

GROUPE CSA™

RECHERCHE SUR LES NORMES

Soutenir la santé mentale et le bien-être dans les établissements de soins en hébergement communautaire

Un cadre pour des solutions basées sur la normalisation

décembre 2021

Auteur

Penny MacCourt, **M. Serv. Soc., Ph. D.,** au nom de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Comité consultatif

Laura Mullaly, Commission de la santé mentale du Canada

Neil Goedhuis, Santé Canada, division de la santé mentale

Sonia Nizzer, Soins à domicile VHA

Tara White, Alberta Health, Addiction and Mental Health

Hélène Vaillancourt, Groupe CSA

Kay Penn, Groupe CSA

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les membres suivants de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées pour leurs contributions dans ce rapport :

David K. Conn, **M.B., B. Ch., B.A.O., FRCPC**

Julia Kirkham, **MD, M. Sc., FRCPC**

Dallas Seitz, **MD, Ph. D., FRCPC**

Clause de non-responsabilité

Cette étude a été produite par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et est la propriété de l'Association canadienne de normalisation. Elle vise à fournir de l'information de nature générale sur le sujet traité. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et des personnes interrogées. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et l'Association canadienne de normalisation ne sauraient être tenues responsables d'aucune perte ni d'aucun dommage qui pourraient résulter de la confiance que vous accordez au contenu de cette publication ou de l'utilisation que vous en faites.

Avant-propos

Ce document comporte deux parties distinctes, mais connexes :

La **partie A** présente un rapport de recherche détaillé qui fournit un résumé des lignes directrices existantes, des documents de recherche et de l'opinion d'experts pertinents pour soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes vivant dans des établissements de soins en hébergement communautaire. Ce rapport **est destiné aux personnes qui veulent mieux comprendre les recommandations faites dans la partie B,** les preuves examinées et les limites dans l'ensemble des preuves qui restreignent la généralisation.

La **partie B** fournit un document d'orientation éclairé comprenant des recommandations que les établissements de soins en hébergement communautaire devraient suivre afin de promouvoir et de soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents, de leurs familles et des fournisseurs de soins. Les recommandations **visent à fournir des conseils à tous les niveaux régissant les soins résidentiels afin d'assurer la santé mentale et le bien-être des résidents et un milieu de travail qui soutient le personnel.** Les annexes contiennent des ressources visant à soutenir la mise en œuvre des recommandations.

Table des matières

Sommaire 6

Partie A : Soutenir la santé mentale et le bien-être dans les établissements de soins en hébergement communautaire – Une revue des preuves 8

1 Introduction 8

2 Objet 11

3 Méthodes 11

3.1 Recherche documentaire 11

3.2 Entrevues avec les informateurs clés 11

3.3 Sondage 12

4 Résultats et discussion 12

4.1 Aperçu général des résultats de recherche et des lacunes 12

4.2 Documentation décrivant les caractéristiques démographiques des résidents, des soignants familiaux et du personnel 13

4.2.1 Personnes vivant dans des établissements de soins résidentiels au Canada 13

4.2.2 Soignants familiaux 13

4.2.3 Personnel de soins résidentiel 13

4.3 Santé mentale et bien-être dans les foyers de soins résidentiels au Canada 14

4.3.1 Perceptions des résidents au sujet des facteurs contribuant à la santé mentale, au bien-être et à la qualité de vie 14

4.4 Application d'un cadre de promotion de la santé mentale à partir des résultats 15

4.4.1. Créer des environnements physiques qui soutiennent la santé mentale et le bien-être 15

4.4.2 Renforcer la santé mentale et le bien-être des personnes 19

4.4.3 Renforcer les relations qui soutiennent la santé mentale et le bien-être 25

4.4.4. Environnements sociaux positifs qui soutiennent la santé mentale et le bien-être 29

4.4.5 Milieux de travail qui soutiennent la santé mentale et le bien-être 34

4.4.6 Capacité de la main-d'oeuvre et formation pour soutenir la santé mentale et le bien-être 37

4.4.7 Politiques et pratiques pour soutenir la santé mentale et le bien-être 45

5 Limites 51

6 Conclusion 52

Partie B : Considérations et recommandations découlant du rapport de recherche 54

1 Principes directeurs et meilleures pratiques 54

2 Domaine d'application 55

3 Recommendations 55

3.1 Environnement physique 55

3.2 Renforcer les personnes 56

3.2.1 Résidents 56

3.2.2 Entre le personnel et la famille 57

3.3 Renforcer les relations 57

3.3.1 Entre le personnel et le résident 57

3.3.2 Staff-Family 57

3.4 Environnement social positif 57

3.5 Milieu de travail qui soutient 59

3.6 Capacité de main-d'oeuvre et formation 60

3.7 Politiques et pratiques 60

Références 62

Annexe A – Script et questions à l'intention des informateurs clés 80

Annexe B – Sondage sur les soins communautaires résidentiels : Soutenir la santé mentale 82

Annexe C – Ressources pour appuyer la mise en oeuvre des recommandations 85

Sommaire

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la nouvelle maladie du coronavirus (COVID-19) était une pandémie mondiale, et il est devenu évident que les établissements de soins en hébergement communautaire, en particulier les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée, étaient l'épicentre d'infections et de décès. Des lacunes structurelles et systémiques prépandémiques (comme une main-d'œuvre de première ligne précaire alimentée par des décennies de déréglementation, la privatisation, l'externalisation de services de soutien, des niveaux de dotation inadéquats, des établissements médicaux vétustes, des services de soins réduits et un manque de surveillance efficace) ont créé un système surmené qui ne pouvait pas répondre à la pandémie. La réduction systématique du personnel offrant une couverture médicale, du personnel infirmier réglementé, des physiothérapeutes et des ludothérapeutes, ainsi que des travailleurs sociaux a fait en sorte que des aides-soignants mal formés ont eu à se débrouiller seuls avec peu de soutien pour répondre aux besoins complexes des résidents. Dans de telles circonstances, et dans de nombreux établissements, cela a entraîné l'utilisation d'un modèle de soins institutionnel axé sur les soins physiques et personnels de base et sur l'achèvement des tâches. Les besoins psychosociaux, de santé mentale et émotionnels, ainsi que les facteurs qui favorisent le bien-être et la qualité de vie, ont été largement ignorés, car le personnel avait de la difficulté à fournir simplement les soins physiques de base, même avec compassion, et les résidents ont dépéri.

Les problèmes de santé mentale sont fréquents dans les établissements de soins de longue durée, la majorité (76 %) des résidents ayant reçu un diagnostic de trouble mental (40 %) ou de maladie d'Alzheimer et de démence connexe (36 %) [1]. De plus, l'état confusionnel touche 40 % des résidents des établissements de soins de longue durée [2], jusqu'à 20 % des résidents vivent avec un trouble anxieux, et entre 6,5 % et 58,4 % des résidents présentent des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs [3]. De 2 % à 3 % des résidents d'établissements de soins de longue durée vivent avec la schizophrénie [4]. La prévalence médiane de la démence est de 58 % dans les établissements de soins de longue durée, et 78 % des personnes atteintes de démence sont atteintes de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) [5]. Environ 19 % des résidents présentent des comportements agressifs graves à très graves [6]. L'accès à une formation continue pour le personnel de l'établissement sur la reconnaissance et la prise en charge de la maladie mentale et des SCPD est limité, tout comme l'accès aux conseillers en santé mentale, particulièrement dans les régions rurales et éloignées. Compte tenu de ces circonstances et d'une première ligne surmenée, des interventions pharmacologiques peuvent être mises en œuvre plutôt que psychosociales, qui sont parfois inadéquates.

Le but de ce rapport est d'élaborer une orientation complète avec des recommandations visant à soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes vivant dans des établissements de soins en hébergement communautaire, et qui pourraient fournir un cadre pour une nouvelle norme.

La méthodologie comprenait (1) une revue de la documentation scientifique révisée par des pairs et de la documentation parallèle sur les stratégies ou interventions, pratiques, programmes, formations et politiques qui soutiennent la santé mentale et le bien-être des personnes vivant dans des établissements de soins en hébergement communautaire, (2) des entrevues avec des informateurs clés et (3) un sondage en ligne auprès de personnes ayant de l'expérience dans des établissements de soins en hébergement communautaire. Un résumé des résultats a été compilé dans un rapport de recherche (partie A), organisé selon un cadre de promotion de la santé mentale. Les points clés de la documentation de recherche ont ensuite été utilisés pour élaborer un document d'orientation (partie B).

Un cadre de promotion de la santé mentale met l'accent sur la réciprocité des résidents, des proches aidants et du personnel dans le milieu des soins à domicile, et s'applique aux personnes qui ne sont pas atteintes de maladie mentale, à celles qui risquent de vivre avec la maladie mentale et celles qui vivent déjà avec la maladie mentale. Un cadre de promotion de la santé mentale est conforme à la *stratégie et au plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'Organisation mondiale de la santé.* Les actions clés comprennent l'orientation des systèmes de santé autour de la capacité intrinsèque et des capacités fonctionnelles, le développement et l'accès à des soins cliniques intégrés et centrés sur les personnes âgées de qualité, et la mise en place d'une main-d'œuvre en soins de santé durable et adéquatement formée, déployée et gérée [7].

Les environnements physiques et sociaux, qui interagissent souvent l'un avec l'autre, sont des influences puissantes sur la vie quotidienne des résidents, leurs capacités et leur activité. Des preuves et une opinion d'expert sont fournies sur la façon dont les installations sont en mesure d'être conçues, modifiées et adaptées pour soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents. De la même façon, il y a des preuves qu'un environnement social soutenu par un modèle relationnel de soins centrés sur la personne a des effets positifs sur la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents, ainsi que sur le moral, la satisfaction et le maintien de l'effectif. Il existe de nombreuses approches efficaces pour réduire l'isolement social, renforcer les capacités des résidents et résoudre les problèmes de santé mentale qui peuvent être mis en œuvre dans les établissements de soins en hébergement communautaire. Les relations entre les résidents, leurs familles et le personnel sont importantes pour le bien-être des résidents et peuvent être soutenues et améliorées.

Le lien entre la qualité des soins des résidents et la qualité de vie avec un environnement de travail favorable et le bien-être du personnel a été clairement établi par les effets de la pandémie. Plus de personnel de première ligne/de soins directs, autonomes et dotés de meilleures conditions de travail, des changements apportés à la façon dont les soins sont organisés, un leadership de soutien axé sur les gens et une augmentation du nombre de professionnels de paramédicaux, ce sont là tout ce qui est nécessaire pour permettre aux établissements de créer des environnements et des conditions qui soutiennent la santé mentale et le bien-être de tous les résidents, familles et fournisseurs de soins. De plus, étant donné la diversité et la complexité de la population résidente dans les établissements de soins de longue durée et l'importance des problèmes ou des maladies de santé mentale, l'accès à une formation spécialisée sur la démence et la santé mentale, des consultations et la gestion des comportements difficiles est essentiel pour augmenter la capacité du personnel de l'établissement à fournir des soins de santé mentale compétents et assurer le bien-être des résidents.

La COVID-19, en exposant les défauts dans la façon dont les soins communautaires résidentiels sont fournis, nous a également donné une carte et une occasion de mettre en œuvre des changements qui permettront aux établissements de soins de longue durée et aux autres établissements de soins résidentiels de devenir des lieux où les résidents s'épanouissent et où le personnel est enthousiaste de travailler. Les politiques et pratiques visant à favoriser un environnement de soins résidentiels positif pour les résidents, les familles et le personnel sont décrites tout en reconnaissant que le gouvernement a la responsabilité de financer les installations et de construire et de soutenir adéquatement une main-d'œuvre, en quantité suffisante, et grâce aux compétences et aux connaissances variées requises pour répondre aux besoins globaux et complexes de nos citoyens les plus vulnérables.



« Les lacunes de longue date dans les établissements de soins en hébergement communautaire, exacerbées par la pandémie de COVID-19, ont entraîné des manques dévastateurs dans les soins de ces résidents vulnérables, allant de la négligence et de l'abus à la mort. »

Partie A : Soutenir la santé mentale et le bien-être dans les établissements de soins en hébergement communautaire – Une revue des preuves

1 Introduction

Au Canada, environ 225 000 personnes âgées (environ 1,2 % des personnes âgées), principalement des femmes (65 à 70 %), vivent dans des établissements de soins de longue durée ou des foyers de soins et 168 000 autres personnes âgées vivent dans d'autres établissements de soins en hébergement communautaire [8]. On connaît relativement peu les caractéristiques et les besoins des personnes vivant dans des établissements de soins en hébergement communautaire comme des auberges, des résidences ou des logements supervisés, car les variations dans la définition, les critères d'admissibilité, les services fournis et la terminologie à travers le pays rend difficile la collecte de données ou l'élaboration de preuves de recherche. Par contre, bien que la terminologie diffère également d'une province à l'autre, on en sait beaucoup plus sur la population dans les foyers de soins, les maisons de soins personnels ou les établissements de soins de longue durée (le terme qui sera le plus fréquemment utilisé dans ce document).

La population des établissements de soins de longue durée, principalement les femmes et les personnes âgées de plus de 85 ans [6], a les besoins en soins les plus élevés et est composée de personnes ayant un héritage culturel différent vivant avec la démence, des maladies invalidantes, des problèmes de santé mentale, des comportements difficiles/réactifs, la consommation de substances, et des maladies psychiatriques graves, ainsi que les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou physique, sans déficience cognitive, et celles qui sont physiquement aptes, mais dont les facultés cognitives sont significativement déficientes. La majorité d'entre eux ont au moins une maladie chronique et ont besoin d'une aide importante (47 %) ou complète (35 %) pour les activités de la vie quotidienne [6]. Les problèmes de santé mentale sont prédominants chez la majorité (76 %) des résidents ayant reçu un diagnostic de trouble mental (40 %) ou de maladie d'Alzheimer et de démence connexe (36 %) [1]. De plus, l'état confusionnel touche 40 % des résidents pendant leur séjour dans un établissement de soins de longue durée [2], jusqu'à 20 % des résidents vivent avec un trouble anxieux, et entre 6,5 % et 58,4 % des résidents présentent des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs [3]. De 2 à 3 % des résidents d'établissements de soins de longue durée vivent avec la schizophrénie [4]. La prévalence médiane de la démence est de 58 % dans les établissements de soins de longue durée, et 78 % des personnes atteintes de démence sont atteintes de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) [5]. Environ 19 % des résidents présentent des comportements agressifs graves à très graves [6].

Les lacunes de longue date dans les établissements de soins en hébergement communautaire, exacerbées par la pandémie de COVID-19, ont entraîné des manques dévastateurs dans les soins de ces résidents vulnérables, allant de la négligence et de l'abus à la mort. Les facteurs systémiques et structuraux exposés au public par la COVID-19 (mais connus par les responsables des services aux personnes âgées et par ceux qui offrent des soins depuis de nombreuses années, comme le montrent une multitude de rapports de recherche et des médias) comprennent :

- Des décennies de réduction du financement, de dérèglement, de sous-traitance de services de soutien (p. ex., alimentation, lessive et entretien ménager), de privatisation, des effectifs insuffisants, des services de soins réduits et un manque de supervision efficace;
- Des installations médicales vétustes;
- Un accès limité à la technologie et à l'équipement qui pourraient soutenir les soins;
- Une main-d'œuvre de première ligne instable, principalement des aides-soignants[1] qui sont mal rémunérés et qui ne sont ni adéquatement formés ni soutenus pour répondre aux besoins complexes des résidents;
- Des pratiques telles que l'embauche de travailleurs temporaires, occasionnels et à temps partiel en première ligne et d'employés de soutien au lieu de créer des postes à temps plein ou permanents;
- La réduction systématique du personnel offrant une couverture médicale, du personnel infirmier réglementé, des physiothérapeutes et ludothérapeutes et des travailleurs sociaux;
- L'accès limité à la formation en milieu de travail pour les aides-soignants;
- L'accès limité à des services spécialisés en santé mentale ou en soins palliatifs; et
- Un modèle de soins institutionnel/médical avec des pratiques de soins centrées sur l'achèvement des tâches, dans des environnements physiques médicaux [8], [10], [11], [12].

Ces facteurs, alimentés par un manque depuis longtemps de ressources dans les soins de santé de longue durée, peuvent refléter l'âgisme, où les personnes âgées, surtout celles qui ont de forts besoins avec dépendance, sont considérés comme des fardeaux pour la société plutôt que comme des citoyens ayant des droits [13], [14], [15].

Les lacunes préexistantes exposées par la COVID-19 ont été exacerbées lorsqu'un système de soins résidentiels surmené n'a pu faire face aux pressions supplémentaires causées par la pandémie. De nombreux résidents ont connu une solitude et un isolement social accrus, un déclin des capacités fonctionnelles cognitives, physiques et mentales, et une aggravation des comportements réactifs, tandis que pendant la même période, l'utilisation de psychotropes et de dispositifs de retenue physique a augmenté [16]. Depuis la pandémie, 44 % des Canadiens affirment qu'ils appréhendent l'idée des établissements de soins de longue durée, et les trois quarts affirment que des changements importants (45 %) ou une révision totale (31 %) des établissements de soins de longue durée sont nécessaires [17].

Les résidents, le personnel et les membres de la famille sont touchés par des lacunes de longue date dans la façon dont les établissements de soins de longue durée sont approvisionnés, organisés et offrent des soins. Les résidents, comme nous tous, ont besoin d'activités significatives et, parfois, d'un soutien émotionnel. Ils doivent aussi avoir du plaisir, sentir qu'ils sont importants, qu'ils font partie de la communauté et se sentir appréciés. L'emploi à court terme, le roulement élevé du personnel et le recours à des employés occasionnels en première ligne exigent que le personnel se concentre sur les tâches et laissent peu d'occasions de connaître les résidents. De plus, la normalisation des tâches en vue de promouvoir l'efficacité élimine l'autonomie du personnel en première ligne et offre peu ou pas d'espace pour répondre aux besoins et préférences des résidents et des familles [18]. Dans ces conditions, dans la plupart des établissements, les tâches physiques, les soins corporels et les soins personnels sont classés

1 Les aides-soignants comprennent les aides en soins de santé, les aides en résidence, les aides infirmiers et les autres employés non professionnels qui offrent presque tous les soins directs et personnels.

par ordre de priorité par nécessité, sans temps pour échanger avec le résident ni pour répondre aux besoins psychosociaux et de santé mentale. Si le résident n'est pas considéré comme une personne par les aides-soignants qui fournissent presque tous les soins directs, les soins ne peuvent être que platoniques, même s'ils sont gentiment effectués, et le bien-être du résident est alors compromis et sa santé mentale et sa qualité de vie sont minés. De même, il y a peu de temps pour soutenir la famille du résident.

Un environnement institutionnel surexploité, sans soins relationnels et individualisés, est peu susceptible de promouvoir et de soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents sans problèmes de santé mentale existants, ce qui expose ces résidents à un risque de développer des problèmes de santé mentale. Si les besoins psychosociaux et de santé mentale du résident « moyen » sont ignorés, alors les besoins culturels plus spécifiques des résidents faisant partie de groupes minoritaires (p. ex., LGBTQ2S+, non aînés, autochtones) ne seront pas satisfaits. De même, les besoins des résidents qui ont des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales, ou qui présentent un état de santé avec SCPD, ne seront pas adéquatement traités. Bien qu'il existe des exemples d'excellence partout au pays, notre système de soins résidentiels ne soutient pas les aspects psychologiques, émotionnels, mentaux, relationnels, culturels et le bien-être social ou n'offre pas un soutien spécialisé pour les besoins complexes. Cela est en grande partie causé par le manque de personnel, à la culture et à l'organisation des soins, et par la connaissance limitée des besoins des personnes qui en découle.

Les aides-soignants en première ligne manquent non seulement de temps, mais aussi n'ont pas la formation, les connaissances, le leadership et le soutien organisationnel nécessaires pour identifier et répondre efficacement aux besoins diversifiés et complexes des résidents présentant des problèmes de santé mentale, une maladie mentale ou des comportements réactifs/difficiles. Les aides-soignants doivent souvent précipiter les soins qu'ils offrent et, ce faisant, peuvent précipiter ou exacerber involontairement les événements de SCPD pour lesquels ils ne possèdent pas les compétences nécessaires pour les désamorcer. Surtout dans les régions rurales, le personnel d'établissement a peu d'occasions d'éducation et de développement des compétences dans la gestion des comportements difficiles, et a un accès limité aux conseillers des équipes de santé mentale des personnes âgées pour l'évaluation du soutien et la planification des soins. Les problèmes et les défis en matière de santé mentale sont trop souvent réglés par des médicaments seuls plutôt que par des soins et des soutiens holistiques non médicaux.

Le bien-être des résidents est lié au bien-être des personnes qui offrent des soins, au niveau individuel et organisationnel, ainsi que dans les systèmes de soins de santé au sens large [19]. La main-d'œuvre qui offre des soins directs aux personnes âgées dans les établissements de soins résidentiels est genrée et racialisée – environ 90 % sont des femmes, environ 60 % parlent anglais comme langue seconde, et environ la moitié de celles des centres urbains sont des immigrants – dont plusieurs ont déjà vécu de la peur, connu un deuil et subi de la détresse morale, surtout pendant la pandémie [8]. Cette main-d'œuvre est mal payée et vulnérable à l'exploitation en raison des ressources humaines et des pratiques commerciales. De plus, ces fournisseurs de soins ont besoin de soutien eux-mêmes, ainsi que du temps et des outils (p. ex., formation appropriée, accès à des consultants et environnement de travail plus positif), pour leur permettre de fournir des soins de qualité à la population résidente complexe. Trente-neuf pour cent des Canadiens affirment qu'ils augmenteraient le nombre minimum d'employés par établissement et 38 % affirment qu'ils augmenteraient leur salaire afin de recruter et de conserver des employés de qualité [17].

Il existe de plus en plus de preuves empiriques que des obstacles comme la dotation en personnel insuffisante, le manque de formation du personnel, les conflits interprofessionnels ou intraprofessionnels et la détresse morale peuvent nuire à la qualité et à la sécurité de la prestation des soins de santé [20]. Un changement est nécessaire du modèle actuel de soins institutionnels/platoniques à une culture/un environnement social qui accorde la priorité à la qualité de vie, qui favorise et soutient la santé mentale et le bien-être et qui respecte toute la personne et ses préférences, est sensible à la culture et implique le partage de pouvoir dans une alliance thérapeutique pour améliorer les résultats cliniques et la satisfaction à l'égard des soins [21].

Les soins résidentiels au Canada bénéficieraient du développement d'un cadre cohérent, intégré et fondé sur des principes qui accorde la priorité à la santé mentale et au bien-être et qui guide la planification, le développement et la mise en œuvre des services, des programmes, de l'éducation et de la formation, ainsi que des politiques. Un tel cadre pourrait fournir une carte aux établissements pour créer des environnements positifs qui soutiennent les résidents, leurs familles et les fournisseurs de soins. Elle inclurait des principes et des normes clairs auxquels comparer les politiques et le rendement et à partir desquels évaluer les réformes proposées pour la prestation des soins, ce qui aurait pour effet de façonner des politiques et des lignes directrices particulières au niveau des soins individuels [22]. Des normes claires sont nécessaires pour les établissements de soins résidentiels afin de s'assurer que le système de soins résidentiels est adapté aux besoins de santé complets des résidents, de leurs familles et des collectivités [23].

2 Objet

Le but de ce rapport est d'élaborer une orientation complète avec des recommandations visant à soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes vivant dans des établissements de soins en hébergement communautaire, et qui pourraient fournir un cadre pour une nouvelle norme.

3 Méthodes

Trois sources d'information étayent ce rapport de recherche : une revue de la documentation de recherche canadienne et internationale sur les stratégies/interventions, les pratiques, les programmes, les formations et les politiques qui soutiennent la santé mentale et le bien-être des personnes vivant dans des milieux de soins résidentiels communautaires, des entrevues avec des informateurs clés et un sondage en ligne auprès de personnes ayant de l'expérience dans les établissements de soins en hébergement communautaire.

3.1 Recherche documentaire

Les deux questions de synthèse utilisées pour cette analyse documentaire étaient les suivantes : (1) Quels facteurs influencent la santé mentale et le bien-être (i) des personnes diverses vivant dans les établissements de soins résidentiels, y compris celles avec ou sans maladie mentale, et (ii) des familles et du personnel, lorsque cela touche les résidents? (2) Quels facteurs et interventions soutiennent la santé mentale et le bien-être des résidents, des familles et du personnel dans les établissements de soins à domicile? Des recherches ont été effectuées dans Medline, PsycINFO, EMBASE (par l'intermédiaire d'OVID) et CINAHL pour des recherches empiriques publiées dans des revues révisées par des pairs de 2010 à 2021. Les termes utilisés étaient (établissement de soins de longue durée, foyer de soins, résidence et logement supervisés) et (santé mentale et bien-être, qualité de vie, bien-être émotionnel et santé mentale positive), et les résultats relatifs à chacun des éléments suivants : conception physique, environnement social, environnement de travail, modèles de soins; dotation en personnel, isolement social, connexion sociale. Une recherche distincte a été effectuée sur les expériences des soignants des résidents et familiaux. Soixante-douze revues systémiques, 58 méta-analyses, 65 études sur les résultats, 110 revues et 48 études qualitatives ont été examinés. La documentation universitaire et parallèle internationale (à l'aide de LibrisDocs) a été utilisée pour trouver les politiques canadiennes et internationales pertinentes, la conception et la mise en œuvre des programmes et les meilleures pratiques. D'autres recherches dans des bases de données et recherches manuelles ont été effectuées pour des domaines qui n'ont donné que peu de résultats : jeunes adultes, LGBTQ2S+, origine ethnique, autochtone, sexe.

3.2 Entrevues avec les informateurs clés

Des entrevues avec des informateurs clés ont été menées par téléphone auprès de personnes choisies pour leur expertise dans des domaines précis où la documentation était rare ou lorsque des perspectives plus approfondies sur des sujets particuliers étaient

requises. Seize entrevues ont été menées avec un architecte de résidences de soins, un sociologue, un gérontologue, un responsable des politiques, un représentant de l'organisation nationale pour les personnes âgées, un représentant national de la Société de la SP, deux psychiatres gériatriques, un chef des changements de culture, un exploitant d'un établissement de modèle d'Eden, un exploitant d'un établissement de soins de longue durée autochtone, un conseiller en santé mentale auprès des communautés du Nord, y compris les communautés autochtones, un dirigeant du LGBTQ2S+, un président d'une association provinciale de conseils familiaux dans les établissements de soins de longue durée, un chef en approches technologiques pour former les fournisseurs de soins et un chef en approches novatrices pour soutenir la qualité de vie des personnes âgées. Parmi les personnes interrogées, certaines provenaient du Québec, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Ontario, et de la Nouvelle-Écosse. Les personnes interrogées ont été avisées que les renseignements sélectionnés qu'elles ont fournis seraient intégrés au rapport, mais anonymisés et que leurs noms ne seraient pas inclus, et toutes les personnes interrogées ont donné leur consentement. Le script et les questions posées aux informateurs clés sont en annexe à ce rapport (voir l'annexe A).

3.3 Sondage

Les personnes ayant de l'expérience (définies comme étant des résidents dans un établissement de soins communautaires résidentiel ou comme membre de la famille ou ami d'un résident) ont été interrogées pour connaître leur point de vue concernant la santé mentale et le bien-être des résidents. Un sondage en ligne anonyme a été élaboré en français et en anglais. Celui-ci a permis aux résidents, aux membres de leur famille ou à leurs amis de répondre au sondage en leur nom, ou aux membres de leur famille ou à leurs amis de le remplir avec le résident. Des questions fermées et ouvertes ont été conçues – voir l'annexe B. Le sondage a été distribué aux organisations et associations pertinentes identifiées par nos réseaux, et les destinataires ont été invités à le transmettre aux autres. Cinq résidents et 96 soignants familiaux/amis, dont 18 en collaboration avec un résident, ont répondu au sondage. Les résultats du sondage sont intégrés à des endroits pertinents dans le rapport.

4 Résultats et discussion

4.1 Aperçu général des résultats de recherche et des lacunes

La vaste majorité des publications de recherche identifiées pour ce rapport concernent les établissements de soins de longue durée et les personnes (le plus souvent les personnes âgées) vivant avec la démence. La plupart des recherches sur les familles concernent les personnes qui s'occupent d'une personne dans la collectivité, habituellement atteinte de démence. On a trouvé peu de documentation sur la santé mentale des résidents dans des résidences et des logements supervisés. Bien qu'elles n'aient pas été étudiées pour ce rapport, les recherches relativement approfondies sur les personnes âgées vivant dans la collectivité et les soignants familiaux pourraient être pertinentes pour les résidents qui vivent dans des logements supervisés. La recherche sur l'intervention identifiée est principalement axée sur les résidents des établissements de soins de longue durée et sur les personnes vivant avec une démence, avec une petite partie qui se concentre sur la population générale de l'établissement et une partie encore plus petite sur les personnes atteintes d'une maladie mentale importante.

Il y a des recherches sur les problèmes de main-d'œuvre, la dotation en personnel, le leadership, la formation, l'organisation du travail, la culture et les modèles de soins, mais presque tous sont liés aux systèmes, aux structures et aux populations des établissements de soins de longue durée. De même, la recherche sur les soins centrés sur la personne et son incidence sur le bien-être et la satisfaction du personnel et des résidents se rapporte principalement aux établissements de soins de longue durée, tout comme l'influence des facteurs organisationnels sur les soins.

On a trouvé peu de documentation de recherche sur les résidents dans des établissements de soins en hébergement communautaire qui sont de jeunes adultes, des personnes aux prises avec une maladie mentale grave ou des membres de la communauté LGBTQ2S+ ou de communautés autochtones. Une petite quantité de documents de recherche a été identifiée au sujet des groupes ethniques minoritaires vivant dans des établissements de soins résidentiels communautaires, mais les populations étudiées étaient trop petites et trop diverses pour généraliser.

4.2 Documentation décrivant les caractéristiques démographiques des résidents, des soignants familiaux et du personnel

4.2.1 Personnes vivant dans des établissements de soins résidentiels au Canada

Environ 225 000 personnes âgées (environ 1,2 % des personnes âgées) et principalement des femmes (65 % à 70 %) vivent dans des établissements de soins de longue durée ou des foyers de soins et 168 000 autres personnes âgées vivent dans d'autres établissements de soins en hébergement communautaire [8], [24]. L'âge moyen des résidents des établissements de soins de longue durée est de 83 ans, 54,4 % sont âgés de plus de 85 ans et 6,7 % sont âgés de moins de 65 ans [6]. La durée de séjour moyenne dans les établissements de soins de longue durée est de deux ans et demi.

La population des établissements de soins de longue durée est plus dépendante et plus âgée que dans les années précédentes, avec des besoins complexes en matière de santé sociale, mentale et de soins médicaux, et présente souvent plusieurs affections concomitantes. Les maladies mentales sont prédominantes. Un quart des personnes admises dans les établissements de soins de longue durée ont un diagnostic de santé mentale [25], tandis que plusieurs d'entre elles tombent en dépression peu après leur admission. Environ 87 % des résidents d'un établissement de soins de longue durée présentent un certain degré de déficience cognitive, environ les deux tiers ont un diagnostic officiel de démence, et environ 25 % des résidents d'un établissement de soins de longue durée présentent une déficience cognitive grave [8]. Les SCPD touchent 78 % des personnes atteintes de démence dans les établissements de soins de longue durée [5]. Quatre-vingts pour cent ou plus des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée souffrent d'une forme quelconque de trouble mental, la dépression, la démence et l'anxiété étant les problèmes les plus fréquents [8]. Environ 23 % des résidents d'établissements de soins de longue durée souffrent de dépression et de démence, 27 % des résidents souffrent de dépression et jusqu'à 20 % présentent un trouble anxieux [5]. De plus, certains résidents d'établissements de soins de longue durée vivent avec la dépression bipolaire, le trouble dépressif majeur et la schizophrénie, indépendamment de la démence [26]. En Ontario seulement, 40 % des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée ont besoin de services psychiatriques, mais moins de 5 % reçoivent ces soins [27].

Il n'y a pas de données recueillies partout au Canada au sujet des établissements de soins en hébergement communautaire autres que les établissements de soins de longue durée. Dans le système des soins de longue durée, les données sur la diversité – la race, l'origine ethnique, l'appartenance à la communauté LGBTQ2S+, etc. – ne sont pas recueillies. Dans les soins aux personnes âgées en général, on a identifié des iniquités et des inégalités en fonction de la pauvreté, de la maladie mentale, de la consommation de substances et de la toxicomanie, de l'itinérance, de l'absence de famille ou d'amis, de l'incapacité physique et intellectuelle, de l'état des minorités visibles, du statut d'Autochtone et de l'identité LGBTQ2S+ [8]. Il est très probable que ces facteurs aient aussi eu une incidence sur la vie des personnes vivant dans des établissements de soins en hébergement communautaire, y compris dans les établissements de soins de longue durée.

4.2.2 Soignants familiaux

Les soignants familiaux sont une population genrée. Les femmes représentent des deux tiers à trois quarts des soignants qui dispensent des soins non rémunérés aux adultes, dont plusieurs ont des responsabilités envers des enfants et le travail [8].

4.2.3 Personnel de soins résidentiel

Les aides-soignants fournissent environ 70 % à 80 % des soins directs dans les établissements de soins de longue durée[28]. Les personnes qui prennent soin des personnes âgées sont principalement des femmes, et plus encore, parmi celles qui prennent soin de personnes atteintes de démence. La majorité des professionnels paramédicaux sont des femmes [11], tout comme les aides-soignants (90 %), dont 70 % sont âgés de plus de 40 ans [8]. Les résultats des recherches menées dans l'Ouest du Canada indiquent que la majorité des aides-soignants (60 %) parlent anglais comme langue seconde, et environ la moitié des personnes qui travaillent dans les centres urbains sont des immigrants [29]. Les aides-soignants



« L'amélioration de la qualité de l'environnement physique est de plus en plus considérée comme une stratégie importante pour soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents et pour améliorer leur qualité de vie. »

sont mal rémunérés et travaillent souvent à temps partiel et sans avantages sociaux. Avant la pandémie, environ 30 % des aides-soignants ont travaillé dans plus d'un établissement en raison des pratiques des ressources humaines de ces établissements [8]. La nature précaire de leur position les rend vulnérables à l'exploitation par leurs employeurs.

4.3 Santé mentale et bien-être dans les foyers de soins résidentiels au Canada

4.3.1 Perceptions des résidents au sujet des facteurs contribuant à la santé mentale, au bien-être et à la qualité de vie

La documentation porte souvent sur un amalgame des concepts de santé mentale, de bien-être, de santé émotionnelle, de joie de vie et de qualité de vie, et sur la façon dont les adultes dans les soins résidentiels parlent de leur bien-être. En tenant compte de cela, il y a un point commun dans ce que les gens dans les établissements de soins résidentiels considèrent comme important pour eux-mêmes. Du point de vue des personnes âgées de plus de 85 ans dans les établissements de soins résidentiels, le fait de rester en santé et d'avoir de l'indépendance contribue **à leur santé mentale et à leur bien-être,** tout comme le fait d'avoir des relations étroites avec leur famille et leurs amis [30].

Plusieurs études ont examiné **la qualité de vie** dans les établissements de soins résidentiels. Dans les établissements de soins de longue durée, les personnes âgées perçoivent leur capacité à maintenir leur indépendance, leur autonomie et leur individualité comme les critères les plus importants pour déterminer leur qualité de vie [31]. D'autres chercheurs, d'après des observations et des entrevues approfondies menées auprès de résidents (atteints ou non de démence), de leurs familles et du personnel dans 100 établissements de soins de longue durée aux États-Unis, ont identifié l'autonomie/le choix, la dignité, le plaisir de manger, la compétence fonctionnelle, l'individualité, les activités pertinentes, le confort physique, la vie privée, les relations, la sûreté/sécurité/ordre et le bien-être spirituel comme étant importants pour la qualité de vie des résidents [32]. Le bien-être spirituel et le plaisir de manger, selon une autre étude, ont été identifiés comme des facteurs prédictifs de la satisfaction globale de l'établissement, tandis que la dignité a également été identifiée comme un facteur prédictif de la satisfaction des résidents tant envers l'établissement qu'envers le personnel [33]. Une revue thématique systématique des études qualitatives sur les points de vue des résidents dans des établissements de soins de longue durée sur ce qui influence leur qualité de vie a identifié quatre facteurs clés : l'acceptation et l'adaptation de la personne à sa situation de vie, leur connexion avec les autres, leur vie dans un environnement qui ressemble à une vie à la maison et des soignants qui utilisent des pratiques attentionnées [34]. Le respect de la vie privée pendant les visites et l'honnêteté du personnel avec eux (73,6 %) a été jugé par les résidents des établissements de soins de longue durée comme ayant un effet très positif sur leur qualité de vie, plus que d'autres facteurs comme l'autonomie, le lien entre les résidents et les relations personnelles [9].

La joie de vivre et **le sens de la vie** ont également été étudiés et sont en accord avec les études sur la qualité de vie. Une étude menée en Norvège a montré que les résidents des établissements de soins de longue durée conceptualisent l'essence de la joie de vivre comme étant des relations positives, le sens d'appartenance, trouver un sens, les moments de bien-être et l'acceptation [35]. Ces résultats font écho aux résultats d'une autre étude sur le sens de la vie. Les résidents des établissements de soins de longue durée ont identifié quatre facteurs comme améliorant le sens de la vie : la connectivité, la survie malgré une capacité fonctionnelle en déclin, la pratique d'activités « normales » et la recherche d'un lieu de refuge [36].

4.4 Application d'un cadre de promotion de la santé mentale à partir des résultats

Un cadre de promotion de la santé mentale sera utilisé pour structurer le reste de ce rapport de recherche. La santé mentale est comprise comme étant « un état de bien-être qui permet à une personne de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. » [37]. Un cadre de promotion de la santé mentale met l'accent sur la réciprocité des résidents, des proches aidants et du personnel dans le milieu des soins à domicile, et s'applique aux personnes qui ne sont pas atteintes de maladie mentale, à celles qui risquent de vivre avec la maladie mentale et celles qui vivent déjà avec la maladie mentale. Un cadre de santé mentale repose sur une vision holistique et globale des systèmes, englobant les approches suivantes, chacune contribuant à l'ensemble et interagissant avec les autres [38] :

1. La création d'environnements physiques;
2. Le renforcement des personnes;
3. Le renforcement des relations;
4. Les environnements sociaux positifs;
5. Les environnements de travail qui soutiennent;
6. La capacité de la main-d'œuvre et la formation; et
7. Les politiques et les pratiques.

Cette approche est conforme à la *stratégie et au plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé* de l'Organisation mondiale de la santé. Les actions clés comprennent l'orientation des systèmes de santé autour de la capacité intrinsèque et des capacités fonctionnelles, le développement et l'accès à des soins cliniques intégrés et centrés sur les personnes âgées de qualité, et la mise en place d'une main-d'œuvre en soins de santé durable et adéquatement formée, déployée et gérée [7]. Le cadre de promotion de la santé mentale appuie également le concept de rétablissement, ancré dans l'importance du choix, de l'espoir, du respect, de l'autonomisation et des soins individualisés et centrés sur la personne [39]. « Le rétablissement signifie qu'une personne est en mesure de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et significative, même si des limitations sont toujours présentes et causées par des problèmes de santé mentale. » [40].

4.4.1. Créer des environnements physiques qui soutiennent la santé mentale et le bien-être

L'environnement physique dans lequel les résidents vivent, englobant les éléments de construction et de conception, influence leur santé mentale, leur bien-être et leur qualité de vie. L'environnement physique façonne de façon importante la vie quotidienne des résidents en soutenant ou en minant leurs capacités, leurs capacités fonctionnelles, leurs possibilités sociales et leurs liens, et en ajoutant du stress ou en l'atténuant. De plus, l'environnement physique influence l'attitude des familles envers l'établissement et la façon dont le personnel peut prodiguer des soins [41].

L'amélioration de la qualité de l'environnement physique est de plus en plus considérée comme une stratégie importante pour soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents et pour améliorer leur qualité de vie. Un environnement habilitant qui favorise le transfert indépendant, la mobilité, les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et les activités de la vie quotidienne (AVQ) est favorisé par la conception du bâtiment (p. ex., portes accessibles aux fauteuils roulants) et les technologies (p. ex. fauteuils roulants motorisés), et peut permettre aux résidents de maintenir leur autonomie, leur dignité et leur estime de soi. Un environnement physique conçu pour soutenir les capacités des résidents atteints de démence et réduire les facteurs de stress environnementaux peut également prévenir les SCPD et d'autres maladies mentales. Une revue des données a révélé que la prévalence de SCPD augmente si des facteurs dans l'environnement physique, comme la température ambiante, la puissance de l'éclairage, les niveaux de bruit et l'ambiance institutionnalisée, ne sont pas pris en compte [42].

Des analyses systématiques des publications empiriques ont montré que les comportements et le bien-être des résidents atteints de démence résidant dans des établissements de soins de longue durée sont influencés par la taille de l'unité, la disposition spatiale, le style « comme à la maison », la stimulation sensorielle, les caractéristiques environnementales des espaces sociaux et l'engagement envers les espaces extérieurs [43], [44]. Il est établi que des chambres individuelles, des mesures de sécurité discrètes, une ambiance variée et des niveaux de stimulation contrôlés devraient être intégrés dans la conception des établissements de soins de longue durée afin de maximiser l'activité et le bien-être mental des résidents [45]. Bien que tous ces résultats soient liés à la démence, l'utilisation de principes de conception fondés sur des données cliniques est susceptible d'aider aussi les résidents non atteints de démence.

1. Taille de l'unité

Plusieurs des établissements de soins résidentiels d'aujourd'hui sont anciens et institutionnels, créés selon le modèle des hôpitaux et reflètent le modèle médical traditionnel : des stations de soins infirmiers centrales, de grandes unités avec de longs couloirs, des chambres et des salles de bains partagées, etc. Les études semblent indiquer que de grandes unités (plus de 30 résidents) sont associées à plus d'agitation, d'agressivité, de déclin cognitif, de perturbation émotionnelle et d'interactions négatives dans le territoire [46]. Par contre, une comparaison des résultats des résidents dans de petites unités (5 à 10 lits) avec ceux d'unités traditionnelles (20 lits et plus) a révélé que ceux des unités plus petites présentaient un engagement social accru, un effet positif plus important, une amélioration de la fonction AVQ, ils se sentaient plus comme à la maison et avaient des scores de qualité de vie plus élevés [43]. Une étude longitudinale a montré que les résidents de petites unités présentaient un déclin significativement moins important des capacités fonctionnelles cognitives globales que ceux vivant dans de grandes unités [47]. Ces résultats sont appuyés par des études de déménagement dans lesquelles les résidents qui sont passés d'une grande unité à une petite unité ont connu une amélioration de la fonction AVQ, de l'engagement social et des comportements sociaux non verbaux [48]. Les entrevues avec les résidents de petites unités suggèrent que la petite taille favorise un sentiment d'appartenance et les relations sociales avec les autres [49].

La famille et le personnel sont également influencés par la taille de l'unité. Une analyse systématique a révélé que les soignants familiaux se sentent nettement moins comme un fardeau et qu'ils sont plus satisfaits du personnel infirmier dans les unités de petite taille comparativement aux grandes ailes de soins traditionnelles [44]. La même analyse a révélé que le personnel infirmier travaillant dans des environnements à petite échelle, comparativement à ceux qui travaillent dans des milieux plus institutionnels et traditionnels, était plus satisfait et motivé, et moins susceptible de démissionner, que leurs collègues. De plus, les unités à grande échelle sont corrélées avec une augmentation de la pression quant au temps parmi le personnel et une diminution de la qualité de vie des résidents.

2. Disposition spatiale

Une analyse de la documentation sur la conception favorable à la démence a conclu qu'un espace mal conçu nuisait au bien-être des résidents en augmentant les symptômes neuropsychiatriques, la confusion, la perte des facultés de la mémoire et le déclin de la fonction cognitive, en perturbant le sommeil, en réduisant la clarté visuelle et l'orientation et en augmentant le taux de morbidité et de mortalité [46]. La disposition spatiale d'une unité de soins peut faciliter ou nuire à la socialisation, à la mobilité, à l'errance et à l'orientation. Les longs corridors doubles avec des portes à égale distance et un décor peu distinctif, typique des institutions traditionnelles, ne fournissent pas de repères visuels adéquats à de nombreux résidents pour trouver où ils vont, menant souvent à de l'agitation et à l'entrée dans les chambres des autres, ce qui entraîne des conflits. Les aires ouvertes et les couloirs plus courts avec des repères et des affiches clairs peuvent soutenir la capacité des résidents à s'orienter, ce qui favorise un sentiment de compétence et de sécurité [50]. Des stratégies de conception telles que la peinture des portes, des interrupteurs d'éclairage et des accessoires muraux d'une couleur différente de celle des murs, l'utilisation de couleurs plus variées, la création de surfaces non lustrées et l'installation de motifs de plancher de couleur unie peuvent réduire la confusion et faciliter l'orientation [51].

3. Style « comme à la maison »

Les établissements ayant un style « comme à la maison » pour les soins de la démence ont été associés à une amélioration des capacités fonctionnelles émotionnelles et cognitives, à une interaction sociale,

à une autonomie et à une participation dans les activités quotidiennes accrues et à une diminution de l'agressivité verbale et globale, de l'agitation verbale et de l'anxiété, de l'intrusion et de la recherche de sortie. Les petites salles à manger dont le décor ressemble à un décor de maison sont associées à une réduction de l'anxiété et de l'agitation et à une interaction sociale accrue [43]. L'indépendance, l'autonomie et l'interaction sociale des résidents sont accrues par l'accès aux cuisinettes avec un four à micro-ondes, un réfrigérateur et une machine à café [52]. Tant le personnel que les membres de la famille déterminent les environnements qui ressemblent à une maison comme étant essentiels à la diminution des perturbations comportementales et à l'amélioration de la qualité de vie des résidents [52].

Contrairement aux établissements de soins de longue durée traditionnels et parallèlement au changement culturel, plusieurs modèles novateurs de logements à petite échelle ont émergé avec des influences positives sur la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents. La mise en œuvre de l'Eden Alternative a permis d'améliorer le bien-être psychologique des résidents, notamment des taux réduits de dépression, de solitude, d'impuissance et d'ennui [53]. Une comparaison longitudinale de l'environnement de Green House avec celui de plus grandes installations a révélé que les résidents de Green House avaient obtenu des scores plus élevés dans les domaines de la qualité de vie : vie privée, autonomie, relations et activités significatives, ainsi qu'une plus grande satisfaction et un mieux-être émotionnel [54]. Le personnel du modèle de Green House, qui offre des soins personnels, la préparation des repas et la lessive à 5 à 15 résidents, passe plus de temps avec les résidents que le personnel des autres modèles de soins de longue durée [55]. La mise en œuvre du modèle Butterfly, caractérisé par la formation des fournisseurs de soins en intelligence émotionnelle pour prendre soin des résidents, a entraîné des niveaux plus élevés d'engagement social des résidents, moins de congés de maladie du personnel, moins de chutes et une diminution de l'utilisation d'antipsychotiques dans un établissement ontarien [56]. Des villages de démence, tels que Hogeweyk aux Pays-Bas, sont composés de petites maisons de groupe dans un village sécurisé avec des boutiques et des cafés qui semblent familiers et améliorent la qualité de vie des résidents en leur permettant de participer autant que possible à la vie quotidienne et à la communauté [56].

4. Stimulation environnementale

La stimulation environnementale influence les niveaux d'apathie des résidents (caractérisée par le retrait social, le manque d'intérêt et les réponses émotives passives), qui sont associés au bien-être des résidents et de la famille [57]. Les taux élevés d'apathie chez les résidents sont associés à une diminution de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne des résidents, ce qui augmente le risque de dépression et le fardeau des soignants pour les familles des résidents [58]. Les résultats d'une étude semblent indiquer que si une stimulation environnementale claire et forte est fournie, les résidents atteints de démence présentent beaucoup moins d'apathie [57].

Le niveau de bruit dans les établissements influence la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents.

D'après une revue systématique, une interaction sociale réduite, l'agitation et l'agressivité accrues, un comportement perturbateur et l'errance sont associés à un fort niveau de bruit, tandis que la réduction du niveau de bruit est associée de façon positive à une amélioration de la qualité de vie [43].

Le bien-être des résidents est influencé positivement par la puissance de la lumière [44], mais l'éclairage des établissements est généralement faible et sous les niveaux recommandés de plus de 2 000 lux [43]. Le sommeil peut être amélioré, et l'agitation et l'anxiété souvent associées à la fin de l'après-midi ou en soirée peuvent être réduites par l'exposition à une lumière naturelle de deux à trois heures tôt le matin, à un minimum de 1 000 lux [59]. Des puissances d'éclairage plus élevées (en utilisant une boîte lumineuse de 2 500 à 10 000 lux) sont associées à un meilleur sommeil nocturne et à une meilleure période d'éveil pendant la journée, à une humeur améliorée, à une vivacité d'esprit accrue et à de plus hauts scores à l'examen miniature de l'état mental, ainsi qu'à une agitation et à des comportements perturbateurs réduits [43].

5. Espaces extérieurs

L'accès aux espaces extérieurs peut améliorer la santé mentale, la qualité de vie, l'humeur, le sommeil et la socialisation des résidents, et réduire leur agitation, leur agressivité, leurs chutes et l'utilisation de médicaments pour la gestion du comportement [60]. Les éléments de conception qui créent un environnement calme et sécuritaire et qui favorisent l'orientation incluent un accès ouvert et sécuritaire à l'intérieur (avec des affiches), des couloirs plats et larges qui sont antidérapants, mats et en boucle, des rampes, des clôtures et des barrières cachées, des textures et des matériaux pour une expérience tactile, la continuité des surfaces, des plantes, des places assises et de l'ombre [46].

6. Lignes directrices sur les environnements physiques adaptés aux gens atteints de démence qui favorisent la santé mentale et le bien-être

Les « Universal Design Guidelines » (lignes directrices pour une conception universelle) adaptées aux gens atteints de démence [61], rédigées en Irlande et fondées sur un examen international des meilleures pratiques, peuvent être utilisées pour soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents. Fondée sur les soins centrés sur la personne et les données montrant que les symptômes comportementaux et affectifs associés à la démence peuvent être atténués par un environnement physique bien conçu, une conception adaptée aux gens atteints de démence vise à :

- Encourager les liens sociaux et l'engagement significatif avec la famille, les amis et les membres de la communauté locale;
- Renforcer la familiarité et l'identité personnelle;
- Soutenir des activités significatives;
- Promouvoir la prise de risques, l'autonomie et le choix;
- Rehausser l'estime de soi et la confiance en soi; et
- Assurer l'utilisation éthique de la technologie d'assistance, le cas échéant [61].

Les stratégies pour créer un environnement physique adapté aux gens atteints de démence sont décrites dans les lignes directrices pour une conception universelle comme suit :

- « Encourager une approche participative de conception où les personnes atteintes de démence, leur famille et leurs soignants peuvent participer au processus de conception;
- Utiliser une conception familière avec des caractéristiques reconnaissables conformes aux attentes de l'utilisateur;
- Soutenir la personnalisation de l'environnement pour améliorer la continuité de soi;
- Fournir un environnement facile à interpréter et calme, en portant une attention particulière à la réduction des perturbations acoustiques et visuelles;
- Fournir un bon accès visuel aux zones clés de l'habitation ou aux objets importants pour permettre à l'occupant de se souvenir et pour le stimuler, au besoin; et
- Offrir des mesures de sécurité discrètes et une technologie appropriée, comme la technologie d'assistance (TA), l'assistance à l'autonomie à domicile (AAD), le télétriage ou télésanté, afin d'offrir un environnement sûr et sécuritaire;
- Créer des espaces distincts pour différentes activités domestiques afin que le sens et la fonction de ces espaces soient plus faciles à déterminer et à se rappeler;
- Fournir des espaces extérieurs sécuritaires et accessibles que l'on peut voir à l'intérieur pour encourager l'utilisation de ces espaces par les occupants. » [61, pp. 8-9].

Un informateur clé, un architecte qui a conçu des établissements de soins résidentiels au Manitoba, croit fermement que l'environnement physique influence la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents, et soutient les unités domestiques de 6 à 10 résidents dans des chambres individuelles, avec accès à des espaces extérieurs donnant l'impression d'être à la maison [62]. Il croit que même le meilleur environnement physique à lui seul ne peut soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie, et que la philosophie des soins est essentielle. Il soutient le modèle de Green House avec ses postes universels pour le personnel réduisant la hiérarchie et permettant au personnel d'agir comme des « parents à la maison ». Il croit que l'âgisme (« personne ne se soucie de ce qui

se passe dans les établissements ») et que les intérêts de l'entreprise ralentissent l'adoption des modèles de foyers au Canada. Il pense toutefois que les recherches montrant que les taux d'incidence et de mortalité de la COVID-19 étaient inférieurs dans le cadre du programme Green House et dans d'autres petits établissements (moins de 50 lits) comparativement aux taux observés dans les établissements traditionnels (plus de 50 lits) [63] pourraient susciter des changements. L'informateur a estimé que les grands établissements qui placent trois à quatre personnes dans une même chambre devraient être éliminés ou que des modifications devraient être apportées afin d'assurer que seules des chambres individuelles ou des chambres pour deux personnes soient utilisées. Cela est possible selon les dires d'autres informateurs clés, des exploitants d'établissements, qui ont modifié des établissements traditionnels de quatre étages à 60 lits pour créer des groupes familiaux qui sont pourvus en personnel et exploités selon un modèle de dotation universel et qui respectent la philosophie de Green House [64]. Un informateur a recommandé aux exploitants d'utiliser l'outil de vérification de l'environnement bâti appelé Built Environment Audit Tool [65], développé en Australie, pour vérifier leur environnement physique et élaborer des plans d'action basés sur des pratiques exemplaires.

Il est clair que l'environnement physique, qui, pour la plupart des résidents des établissements de soins de longue durée, est leur monde entier, peut avoir un effet considérable sur la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie. Il existe de nombreuses preuves et lignes directrices qui peuvent aider les concepteurs et les opérateurs à créer ou à modifier l'environnement afin de soutenir l'activité physique, émotionnelle et cognitive optimale des résidents tout en atténuant autant que possible les facteurs de stress. Bien que l'élimination des anciens établissements traditionnels en faveur d'un environnement plus humain offrant un meilleur soutien des soins relationnels soit idéal, les modifications d'ici là sont souvent possibles [47], [65]. L'attention portée à l'environnement physique ne fera pas que rehausser la vie des résidents, elle améliorera également l'expérience des familles dans l'installation et la capacité du personnel à fournir des soins de qualité [41].

4.4.2 Renforcer la santé mentale et le bien-être des personnes

4.4.2.1 Interventions renforçant les résidents

Les résidents, comme nous tous, ont besoin d'activités significatives et, parfois, d'un soutien émotionnel. Ils doivent aussi avoir du plaisir, sentir qu'ils sont importants, qu'ils font partie de la communauté et qu'ils sont appréciés. La participation à des activités et à des engagements significatifs avec les autres est importante pour les résidents et leur famille [66], et elle contribue également au plaisir, au maintien des fonctions et des capacités, au développement de compétences et au sentiment que la vie a un sens, tous des éléments qui soutiennent la résilience, la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie.

De nombreuses personnes vivant dans des établissements de soins résidentiels ont des troubles sensoriels et cognitifs qui nuisent à la communication, et plusieurs d'entre elles ont une autonomie réduite et une dépendance accrue qui ont une incidence sur les occasions de connexion sociale. Ces facteurs, ainsi que les perturbations des relations avant l'emménagement, sont particulièrement importants pour ceux qui se sentent différents des autres, et exposent les résidents à un risque d'isolement social [67]. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) qui peuvent se manifester, par exemple, comme l'apathie, l'agitation ou des comportements inappropriés, influent également sur les relations sociales et entraînent l'isolement de la personne. L'isolement social peut éroder la santé mentale par la solitude, la détresse émotionnelle, la dépression et le déclin cognitif, et peut augmenter le risque de mortalité souvent associé à une telle isolation [68]. Ces divers facteurs, qui peuvent avoir une incidence sur les capacités mentales, sociales et physiques des résidents, interagissent souvent entre eux, ainsi que sur des facteurs environnementaux, sociaux et physiques. Cette complexité nécessite une approche biopsychosociale complète pour l'évaluation et un traitement qui tient compte de tous les facteurs contributifs et de leurs effets les uns sur les autres et d'apporter des corrections lorsque c'est possible.

Les stratégies visant à renforcer les capacités des personnes peuvent atténuer ou modifier les limites et soutenir le bien-être. On reconnaît que le lien social est

bon pour la santé et le bien-être et qu'il est important pour la qualité de vie dans les maisons de soins de longue durée [69], [70]. Il existe une documentation assez complète sur les interventions psychosociales visant à soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents et à réduire ou à prévenir les SCPD en augmentant les liens sociaux et la participation. Bon nombre de ces activités visent à favoriser une activité et un plaisir significatifs, à développer ou à renforcer des compétences et à augmenter la participation sociale.

La solitude, qui est une expérience subjective, est un facteur de risque d'isolement social et a des répercussions sur la santé mentale et le bien-être, la morbidité et la mortalité. En Grande-Bretagne, la solitude dans les maisons de soins a été identifiée comme un problème important et est presque deux fois plus fréquente chez les personnes vivant dans les établissements de soins de longue durée que dans la collectivité [71]. La solitude chez les résidents est associée à des limitations significativement plus élevées dans les activités de la vie quotidienne, à une mauvaise santé signalée par les résidents, à une incapacité, à des problèmes de mobilité, à une fonction cognitive réduite, à la dépression, au mal-être psychologique et, en fin de compte, à un risque de mortalité significativement plus élevé [72]. La solitude peut être réduite au fil du temps, comme en témoignent les résultats d'une revue systématique des interventions (15 études) pour traiter la solitude, principalement chez les résidents d'établissements de soins de longue durée vivant avec la démence [73]. La majorité des interventions (environ 87 %) ont réussi à réduire la solitude, en particulier le développement des loisirs et des compétences (six études), comme des programmes d'exercice et de gestion de la douleur, le jardinage et l'écoute de la radio, les thérapies psychologiques (cinq études) et les interventions de soutien animal (deux études). La thérapie par le rire, la thérapie de réminiscence et la thérapie horticole ont eu le plus d'effet sur la réduction du sentiment de solitude. Une autre revue systématique a révélé que les traitements canins sont possibles et peuvent produire des expériences positives en matière de qualité de vie chez les personnes vivant en établissement avec la démence [74].

Des stratégies efficaces pour établir et maintenir des liens sociaux ont été identifiées au moyen d'une revue systématique de la documentation de recherche (61 études) qui comprenait la gestion de la douleur, des troubles du sommeil et de l'altération de la vision, des programmes d'expression créative, des activités religieuses, la zoothérapie et des animaux robotiques thérapeutiques (PARO), la thérapie par le rire, la thérapie de réminiscence, le tai-chi, les visites régulières ou les vidéoconférences avec les membres de la famille [75]. D'après leur analyse, les chercheurs ont suggéré que ces stratégies pourraient être adaptées aux situations de pandémie comme la COVID-19. De même, les stratégies mises en œuvre grâce à la technologie [76], qui facilitent les interactions sociales à distance pour les personnes âgées qui ont un réseau social élargi, qui ont renforcé les liens existants, fourni un soutien social ou construit une communauté et soutenu la relation intergénérationnelle, pourraient aussi être utilisées pour gérer la COVID-19 ou des situations similaires. Les interventions identifiées au moyen d'une revue systématique (25 études) étaient principalement des conversations téléphoniques, des conversations vidéo, des courriels et l'utilisation d'Internet (pour des discussions sur les forums), et la plupart permettaient une interaction avec un groupe en ligne ou avec la famille et les amis. Dans les établissements de soins en hébergement communautaire, et particulièrement dans les établissements de soins de longue durée, l'aide du personnel peut être nécessaire pour utiliser la technologie, selon les capacités des résidents et la disponibilité de l'équipement personnel.

Un de nos informateurs clés, un chef de file dans les approches novatrices pour soutenir la qualité de vie des personnes âgées [77], a parlé de la nécessité de stratégies technologiques supplémentaires pour réduire l'isolement social ou augmenter les liens sociaux entre les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement communautaire qui ont été mis en évidence par la pandémie. L'organisation appelée le Centre for Aging and Brain Health Innovation (CABHI), promeut des solutions « réelles » testées dans des environnements réels. Les fournisseurs de soins en première ligne, les gestionnaires et les chercheurs cliniques sont financés au moyen d'un processus concurrentiel visant



« Considérant que de nombreux résidents passent de longues périodes de la journée avec une interaction minimale, et souvent seuls, ce qui a été exacerbé pendant la crise de COVID-19, les chercheurs ont examiné l'effet des activités non animées sur le bien-être des résidents. »

à mettre à l'essai et à évaluer leurs idées et solutions novatrices, à les soutenir jusqu'à leur diffusion ou à les commercialiser lorsque les résultats le justifient. Certains des projets prometteurs peuvent être consultés sur le site Web du CABHI[2].

La santé mentale des personnes âgées peut être encouragée, et la dépression peut être évitée, grâce à des interventions psychosociales fondées sur des données provenant d'une revue systématique de 69 essais contrôlés prospectifs et d'une méta-analyse de 44 études. Les interventions psychosociales (classées comme exercice physique, entraînement de compétences, réminiscence, activités sociales, soutien de groupe et intervention multicomposantes) ont eu un effet positif sur la qualité de vie et sur la santé mentale, et les interventions groupées ont également eu un effet statistiquement significatif sur la réduction des symptômes dépressifs [78]. Lorsqu'elles sont analysées séparément, les interventions d'entraînement de compétences (p. ex., jouer à des jeux vidéo, programmes de réadaptation cognitive) ont augmenté la santé mentale positive, et les activités sociales significatives (p. ex., repas de style en famille, tutorat bénévole et chant dans un choeur) ont amélioré la santé mentale positive, la satisfaction à l'égard de la vie et la qualité de vie, et ont réduit les symptômes dépressifs. Une intervention multicomposantes, une intervention offerte avec une activité individualisée basée sur les activités de la vie quotidienne, a eu une incidence positive sur la satisfaction envers la vie. D'un autre côté, l'exercice physique, la thérapie de réminiscence et les interventions de soutien de groupe n'ont eu aucun effet sur la santé mentale et les résultats relatifs au bien-être. Bien que les études aient examiné des personnes exclues souffrant d'une maladie mentale ou d'une démence, et que seulement 15 d'entre elles se trouvaient dans les établissements de soins de longue durée, les interventions identifiées pourraient être adaptées aux populations des établissements de soins de longue durée si elles étaient personnalisées selon les capacités et préférences individuelles des résidents.

Considérant que de nombreux résidents passent de longues périodes de la journée avec une interaction minimale, et souvent seuls, ce qui a été exacerbé pendant la crise de COVID-19, les chercheurs ont examiné l'effet des activités non animées sur le bien-être des résidents. (La majorité des interventions visant à promouvoir et à soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes dans les établissements de soins de longue durée qui ont été examinées dans le cadre d'études ont été menées par des fournisseurs de soins de santé.) D'après une revue systématique [79], l'impact d'activités non animées significatives (p. ex., musique, présence familiale simulée par des connexions audio ou vidéo, animal robotique, jouets en peluche et poupées réalistes) sur des mesures psychologiques, telles que la qualité de vie, la solitude, l'humeur et les SCPD, a été examiné. La

2 Site Web du CABHI (https://www.cabhi.com/our-impact/)

méta-analyse a révélé des bienfaits variables dans l'ensemble : la musique était associée à des niveaux inférieurs de dépression et d'agitation, et a amélioré la qualité du sommeil et la participation sociale; la présence de la famille simulée était associée à des niveaux d'agitation inférieurs; l'activité avec des animaux robotiques était associée à une agitation plus faible et à un plaisir accru; et l'activité de la poupée a été associée à un plaisir accru. Cependant, les bienfaits n'ont été observés que sur le moment et ne se sont pas maintenus. Les chercheurs concluent que les données probantes appuyant les activités non dirigées sont insuffisantes et trop inconcluantes pour justifier que de telles activités remplacent des activités dirigées. De la même façon, une revue de la portée examinant le rôle et le potentiel des nouvelles technologies pour améliorer l'engagement significatif chez les patients atteints de démence a conclu que même si elles pouvaient être un traitement d'appoint à l'activité humaine, les données indiquent que l'accent doit demeurer sur la création d'interactions directes d'humain à humain, tout en tenant compte des préférences individuelles et des principes centrés sur la personne [80].

Les SCPD, touchant jusqu'à 90 % des personnes vivant avec la démence [81], ont une incidence sur l'activité sociale, les relations et la qualité de vie de la personne, et sont angoissants pour les familles, ce qui ajoute à leur sentiment de fardeau [82]. Les SCPD sont très difficiles à gérer pour les employés de première ligne, car ils ont souvent peu de formation dans ce domaine. De plus, lorsque le personnel n'est pas familier avec un résident ou que les soins sont prodigués rapidement en raison de contraintes de temps, le personnel peut précipiter ou exacerber le comportement difficile par inadvertance. Une approche complète et intégrée est nécessaire pour une intervention et une prise en charge efficaces des SCPD et peut comprendre des approches pharmacologiques ou non pharmacologiques[3]. Deux grandes catégories de stratégies non pharmacologiques ont été identifiées dans la documentation de recherche : (a) les interventions indirectes, y compris le travail avec les soignants ou l'adaptation de l'environnement, et (b) les interventions directes, y compris celles qui portent directement sur les personnes atteintes de démence (p. ex., thérapie récréative individualisée, thérapie sensorielle, exercice, musicothérapie, massage) [83]. Pour comprendre comment les interventions indirectes et directes visant à gérer les SCPD fonctionnent, une revue réaliste a examiné les études empiriques qui ont évalué les interventions non pharmacologiques pour diminuer les SCPD, en vue de répondre à la question « Quelles interventions non pharmacologiques fonctionnent pour gérer les SCPD? Et dans quelles circonstances fonctionnent-elles et pourquoi? » [84]. Les chercheurs ont passé en revue 77 études sur les interventions (établissements de soins de longue durée et communautaires), qui ont donné lieu à 14 types différents d'interventions non pharmacologiques allant des interventions indirectes spécifiques (p. ex., formation et éducation, accent sur la lumière) aux interventions directes spécifiques (p. ex., massage, musique) qui ont été analysées pour déterminer les relations entre le contexte, le mécanisme et les résultats. Ils ont conclu que trois mécanismes sont essentiels – l'environnement bienveillant, le développement et le maintien des compétences en matière de soins et la personnalisation des soins – pour la mise en œuvre efficace d'interventions visant à réduire les SCPD. Ils ont également conclu que la conception et la mise en œuvre des interventions doivent tenir compte à la fois de l'environnement physique et social, et que la formation initiale et continue sur la démence et les SCPD doit être appuyée par des facteurs organisationnels habilitants. Les données les plus probantes en matière d'interventions efficaces proviennent d'études utilisant des approches individualisées qui favorisent l'autodétermination et l'autonomie des personnes atteintes de démence. En accord avec cela, une revue systématique d'activités significatives ou personnalisées pour les personnes atteintes de démence vivant dans les établissements de soins de longue durée a montré qu'elles avaient des effets positifs sur un éventail de symptômes comportementaux et psychologiques [85].

La dépression et l'anxiété, qui sont courantes chez les personnes atteintes de démence et qui sont liées à une diminution de la qualité de vie, à une détérioration de la fonction cognitive et à une

3 Les traitements pharmacologiques, tout en reconnaissant leur importance dans le traitement de la maladie mentale et des SCPD, ne sont pas inclus dans ce rapport de recherche. Pour plus d'informations, consulter [89], [248].

augmentation des incapacités fonctionnelles, des troubles du comportement et des taux de mortalité [86], peuvent être soulagées par des antidépresseurs et/ou des interventions psychosociales. Une méta-analyse (six essais randomisés) visant à évaluer l'efficacité des interventions psychosociales chez les personnes atteintes de démence et présentant une dépression et de l'anxiété [87] a montré que les interventions multicomposantes (tai-chi, thérapie d'adaptation aux problèmes et exercice/marche) atténuaient les symptômes de dépression, tandis que la musicothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) atténuaient les symptômes de l'anxiété. De même, une autre revue systémique a révélé que chez les résidents atteints de démence, la musique préférée a eu un effet positif sur l'agitation, la dépression et l'anxiété, tandis que la thérapie de réminiscence a eu un effet positif sur l'humeur et l'activité cognitive [85]. Il est recommandé dans les *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées* que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie par la résolution de problèmes, toutes deux appuyées par des méta-analyses, soient accessibles à toutes les personnes âgées atteintes de dépression (symptômes et troubles) [88].

Les liens sociaux (définis pour inclure les réseaux sociaux, l'engagement social, le soutien social, l'inclusion sociale et le capital social) peuvent atténuer certains SCPD parmi les personnes vivant dans des établissements de soins résidentiels. Une revue systématique d'études ayant mis à l'épreuve l'association entre les liens sociaux et la santé mentale a signalé des associations entre les liens sociaux et la diminution des comportements réactifs, plus particulièrement l'agression, les hurlements et l'agitation (six études), une meilleure humeur, une plus grande affection et de meilleures émotions (huit études) et moins d'anxiété (deux études). De meilleurs liens sociaux ont été associés à moins de dépression (28 études) et à moins d'ennui (deux études), tandis que l'engagement social a été associé à une diminution du déclin cognitif (deux études) [75]. Deux des études, menées dans des foyers de soins chinois, ont signalé les répercussions du soutien social, de la solitude et de l'engagement social relativement aux idées suicidaires.

La musicothérapie et les techniques de gestion du comportement sont efficaces pour réduire les troubles du comportement chez les personnes âgées atteintes de démence, comme en témoignent les résultats d'une revue systémique de traitements non pharmacologiques [89]. Les chercheurs ont classé les interventions comme (1) stimulation sensorielle englobant l'acupression, l'aromathérapie, la massothérapie/le toucher thérapeutique, la photothérapie et la thérapie sensorielle au jardin; (2) étant axées sur la cognition/émotion (13 revues systématiques, 26 études primaires) comprenant la stimulation cognitive, la musique/danse, la danse, la neurostimulation électrique transcutanée de Snoezelen, la thérapie de réminiscence, la thérapie de validation, la thérapie par la présence simulée; (3) techniques de gestion du comportement (6 revues systématiques, 22 études primaires); et (4) autres traitements (5 revues systématiques, 15 études primaires) comprenant la physiothérapie, la zoothérapie, l'unité de soins spéciaux et les interventions en salle à manger. En raison de la comparabilité des études par l'hétérogénéité, les chercheurs ont conclu que les données probantes relatives aux effets des interventions sensorielles et d'autres traitements sur les SCPD n'étaient pas suffisamment solides pour appuyer une large adoption dans la pratique clinique. Parmi les interventions cognitives et émotives, seule la musicothérapie a eu un effet sur les SCPD, plus particulièrement sur l'agitation, le comportement agressif et l'anxiété. Les techniques de gestion du comportement visant à améliorer les aptitudes en communication, la formation officielle des soignants et la cartographie de la démence dans les soins en résidence ont été efficaces pour réduire l'agitation. Les chercheurs ont également trouvé des données prouvant que les problèmes comportementaux graves chez les résidents d'établissements de soins de longue durée peuvent être réduits à l'aide d'une approche de gestion du comportement intégrée, multidisciplinaire et globale combinant des interventions médicales, psychiatriques et de soins infirmiers.

4.4.2.2 Interventions pour renforcer les familles

Le placement d'un membre de la famille dans un environnement de soins résidentiels et les changements dans la santé et le bien-être du parent peuvent entraîner des sentiments de culpabilité, de deuil et d'impuissance chez la famille [90]. La

prévalence de la détresse psychologique, comme les symptômes dépressifs et anxieux, est élevée chez les soignants de personnes atteintes de démence [91]. Les familles contribuent souvent au bien-être et à la qualité de vie des membres de leur famille en continuant de fournir des soins pratiques et en surveillant les soins, en se faisant le porte-parole du résident et en maintenant la continuité et la connectivité du résident avec les autres membres de la famille et les amis [16], [92]. L'importance de ces rôles pour les familles et la nécessité de les soutenir peuvent être perçues par les effets dévastateurs sur certaines familles qui n'ont pas pu rendre visite au résident pendant la pandémie.

Les interventions psychosociales qualifiées sont efficaces pour soutenir les soignants familiaux qui ont placé un membre de leur famille dans un établissement de soins résidentiels et pour les changements dans la santé et le bien-être des résidents [93]. Par exemple, une intervention psychosociale de quatre mois conçue pour aider les familles à gérer leur détresse émotionnelle et psychologique à la suite du placement d'un parent atteint d'une déficience cognitive a eu des effets positifs sur les participants, en réduisant le fardeau du soignant, sa détresse émotionnelle, la surcharge entraînée par son rôle et les réactions négatives face à des comportements difficiles [94]. De plus, un programme de gestion de deuil chronique (PGDC) de 12 semaines, qui fournit des connaissances sur la démence et enseigne des compétences en communication, en résolution de conflits et en gestion de deuil chronique, a réduit le deuil chronique et les sentiments de culpabilité chez les participants et a augmenté leurs interactions positives avec le personnel [95]. D'autres données, provenant principalement de milieux communautaires, mais s'adaptant en grande partie aux personnes qui prodiguent des soins à des résidents d'établissements de soins résidentiels, démontrent qu'un soutien psychosocial qualifié est efficace pour renforcer la résilience, la santé mentale et le bien-être des membres de la famille qui s'occupent d'un parent atteint de démence [96]. Une méta-revue de 66 revues systématiques et méta-analyses sur les interventions non pharmacologiques pour les soignants familiaux de personnes atteintes de démence a révélé que la psychoéducation, le counseling/psychothérapie, l'ergothérapie, les interventions axées sur la pleine conscience et les interventions multicomposantes ont des effets positifs sur la dépression. De plus, la psychoéducation a eu des effets positifs sur la qualité de vie et la maîtrise, tandis que la formation sur la communication a eu un effet positif sur les aptitudes en communication.

Le plan d'action global de l'OMS sur la démence a identifié le besoin de technologies Internet et de téléphonie mobile pour offrir de l'éducation, de la formation sur les compétences et du soutien social [97], ce qui est devenu urgent avec la pandémie. Une revue systématique de programmes de formation et de soutien en ligne conçus pour améliorer la santé mentale des soignants et réduire le fardeau de leurs soins aux personnes atteintes de démence a identifié des effets positifs sur la dépression et l'anxiété des soignants [98] et sur leurs connaissances et leurs compétences [99], [100]. Les analystes n'ont pas pu effectuer une méta-analyse en raison de la diversité méthodologique et statistique dans les études.

Pour conclure, il y a amplement de preuves que les capacités et les forces de la personne, sa santé mentale, son bien-être et sa qualité de vie peuvent être soutenus par des interventions psychosociales ciblées, personnalisées et qualifiées. Il existe de solides associations entre les liens sociaux, la santé mentale et le bien-être qui ont été soulignés par les répercussions néfastes de l'isolation sociale imposée aux résidents par les mesures de protection contre la pandémie de COVID-19 [101]. Les préposés aux activités et les ludothérapeutes doivent concevoir des activités de groupe et individuelles appropriées, les travailleurs sociaux soutiennent les résidents et leurs familles, et les consultants en santé mentale conçoivent des interventions comportementales. Une informatrice clé qui exploite plusieurs établissements de soins de longue durée a parlé de l'importance d'avoir des ressources adéquates et une approche d'équipe pour élaborer et mettre en œuvre des interventions psychosociales personnalisées, et, tout aussi important, d'avoir le soutien de la direction pour des approches flexibles et créatives [64]. Dans ses installations, les aides-soignants assistent aux réunions de planification des soins et sont formés pour observer et signaler les changements dans les comportements et les humeurs des résidents. Ils sont également formés pour mettre en œuvre les interventions pendant l'offre des soins aux résidents.

4.4.3 Renforcer les relations qui soutiennent la santé mentale et le bien-être

Les relations sociales positives soutiennent la santé mentale des résidents des établissements de soins de longue durée vivant avec la démence, cela est démontré par une revue systémique examinant la relation entre les liens sociaux et les résultats en santé mentale [75]. De meilleurs liens sociaux et un meilleur engagement ont été associés à moins de dépression et à une diminution de certains comportements réactifs, une meilleure humeur, une plus grande affection et de meilleures émotions, et moins d'anxiété et de déclin cognitif.

Concernant les soins relationnels, un élément des soins centrés sur la personne et du changement de culture, il est reconnu que les fortes relations réciproques et interdépendantes entre la personne recevant les soins, les membres de sa famille et le personnel font partie intégrante du bien-être de tous, de la qualité des soins et de la qualité de vie des résidents [11].

4.4.3.1 Relations entre les résidents et le personnel

Les interactions entre les infirmières et les résidents influencent le bien-être des résidents – sur les plans physique, émotionnel, social, fonctionnel et spirituel. Dans les établissements de soins de longue durée, la majorité des résidents ont plus d'interactions au quotidien avec le personnel que quiconque, souvent en situation intime, ce qui rend ces relations cruciales pour le bien-être des résidents. Les pratiques de soins infirmiers qui contribuent aux soins relationnels et centrés sur la personne comprennent celles qui reconnaissent les croyances, les préférences et les droits culturels et spirituels des gens, qui permettent aux gens de prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins, qui favorisent une présence sympathique et qui offrent des soins holistiques [102]. La manière dont les résidents des établissements de soins de longue durée évaluent les attitudes, l'apparence et les comportements du personnel infirmier sert souvent à confirmer leur dignité, et leur valorisation ou leur dévalorisation [103].

Les interactions positives entre le personnel infirmier et les résidents donnent le sentiment d'être compris, valorisé, responsabilisé, et favorisent et encouragent les capacités d'adaptation, tandis que les expériences où le personnel est absent, ou être traité avec indifférence, créent un sentiment d'inintérêt et de solitude [34]. Une étude transversale examinant la relation entre les interactions entre le personnel infirmier et les résidents et la joie de vivre (ce qui comprend de donner un sens à la vie, l'émotion, la spiritualité, l'activité significative, la connectivité, les relations et le plaisir) a révélé une association très forte entre la qualité des interactions et la joie de vivre perçue des résidents [35]. Il a été conclu que des interactions améliorées entre le personnel infirmier et les résidents, en encourageant et en prenant le temps d'avoir des interactions positives, pouvaient faciliter/soutenir la joie de vivre et le bien-être des résidents. Cette approche pourrait également être bénéfique pour les résidents atteints de démence. Les publications suggèrent que la qualité de vie et le bien-être des personnes vivant avec la démence sont promus par une approche personnalisée fondée sur l'écoute active, la reconnaissance, la compassion, l'attention et la sensibilité aux besoins et préférences des résidents en matière de soins [104]. Il existe des preuves que la qualité de vie des résidents est positivement influencée lorsque le personnel est formé pour adapter ses stratégies de communication aux capacités individuelles des résidents [105].

Les soins relationnels centrés sur la personne soutiennent la santé mentale et le bien-être des résidents et sont très appréciés par les résidents dans les établissements de soins de longue durée [34]. Une revue systématique des études qualitatives examinant le point de vue des résidents sur les contributeurs à leur qualité de vie a conclu que les résidents souhaitaient et bénéficiaient d'une relation réciproque amicale avec le personnel soignant. Les résidents apprécient qu'on les voie comme ils sont et comme ils étaient avant, et aiment connaître la vie personnelle des employés. Cette réciprocité a contribué au sentiment de compréhension et de sécurité psychologique des résidents pendant les soins, a confirmé leur sentiment de valeur et leur a donné confiance que leurs préférences seraient respectées. Pour que ces relations importantes soient développées et que le lien d'attachement soit formé, la continuité de la dotation est essentielle, tout en laissant au personnel le temps d'apprendre à connaître les résidents et à échanger avec eux. La dignité des

résidents est soutenue lorsque les soins ne sont pas précipités (« soins lents ») et que l'infirmier ou l'infirmière est perçu comme étant pleinement présent [106]. Plusieurs études ont démontré l'importance d'établir des relations avec les résidents caractérisées par l'autonomie, l'indépendance, le respect et le choix, remplaçant ainsi la désautonomisation, la surprotection et la stigmatisation [107].

Fournir des soins axés sur les relations exige une relation thérapeutique fondée sur la confiance mutuelle et la compréhension entre le fournisseur de soins et le destinataire des soins. L'Australian College of Nurses a identifié les compétences professionnelles, les compétences interpersonnelles bien développées, la conscience de soi, l'engagement envers les soins aux patients et de fortes valeurs professionnelles comme caractéristiques d'un infirmier ou d'une infirmière qui lui permet de prodiguer des soins centrés sur la personne [102]. Le Collège note que pour que ces attributs soient appliqués aux soins centrés sur la personne, il faut « une combinaison de compétences appropriée chez le personnel, la présence d'un leadership transformationnel favorisant le développement d'équipes de soins infirmiers efficaces, un pouvoir commun, un potentiel d'innovation, une culture de milieu de travail axée sur le soutien des employés et des systèmes organisationnels efficaces, en plus de la fonctionnalité et de l'esthétique de l'environnement construit » [102, p. 1]. Un informateur clé ayant une expérience en tant qu'exploitant d'un établissement de soins de longue durée, mais travaillant actuellement en tant que responsable provincial des politiques [108] soutient que tout le monde n'est pas en mesure de nouer des relations avec les résidents, et surtout avec les résidents dont la déficience cognitive ou la communication limite leur capacité à exprimer directement leurs besoins ou à participer à l'établissement de relations. Dans cette situation, il est possible que l'aide-soignant reçoive peu de reconnaissance de la part du résident et doive faire preuve de compassion, d'empathie et d'observation attentive pour comprendre et établir un lien avec le résident de manière bienveillante. L'informateur a parlé de la nécessité de dépister l'intelligence émotionnelle et l'empathie chez le personnel, et d'intégrer ces facteurs à la supervision et à l'évaluation du personnel.

Les interactions entre le personnel et les résidents avec des SCPD peuvent être problématiques et constituer une source de tension entre le personnel et les résidents, et souvent le personnel et les familles des résidents. Les contraintes imposées au personnel ont été associées à une moins grande volonté d'aider les résidents, un faible optimisme et des réactions émotionnelles négatives au comportement des résidents [109]. Une étude qualitative transversale [110] menée avec le personnel d'établissements de soins de longue durée a révélé que les principales difficultés rencontrées par le personnel étaient liées au manque de temps pour fournir des soins personnels individualisés, le manque de connaissances sur la démence et la prise en charge des SCPD, les difficultés en matière de communication, le stress et l'épuisement liés aux SCPD. Les interventions axées sur la communication/les interactions avec le soignant/patient et les soins prodigués pour un cas de démence peuvent améliorer la communication entre le personnel et les résidents pendant les routines de soins, en augmentant l'utilisation de phrases positives et en n'exigeant pas plus de temps du personnel pour les activités quotidiennes [111]. Ces résultats indiquent l'importance de recevoir une formation sur les soins en cas de démence et de recevoir du soutien pour gérer le stress et l'épuisement professionnel.

Une consultante psychogériatrique travaillant dans des établissements nordiques a parlé de l'importance de la sécurité culturelle pour les résidents autochtones dans des établissements non autochtones et a signalé les avantages de former le personnel de ces établissements sur la compétence culturelle autochtone SAN'YAS [112]. Elle a parlé de l'importance que tous les membres du personnel aient accès à l'information sur les antécédents de chaque résident et de l'incidence que cela pourrait avoir sur le comportement du résident [113]. Elle a parlé d'une survivante d'internat en fauteuil roulant dont la peur était déclenchée par les longs couloirs de l'établissement le soir. Une fois que le personnel a compris cela, il a pu s'assurer que sa chaise était toujours positionnée de manière à ce que le couloir soit hors de sa vue. Un gérontologue dont le travail est axé sur la diversité et le vieillissement a observé que, sans la compréhension des cultures des résidents ou l'accès rapide à une traduction, les comportements peuvent souvent être incorrectement attribués à la culture ou

inversement à la démence, influençant les interactions entre les employés et les résidents [114]. L'application des principes et des pratiques de sécurité culturelle à toutes les populations minoritaires résidant dans un établissement de soins communautaires résidentiels leur serait bénéfique.

4.4.3.2 Relations entre les familles et le personnel

Les familles qui placent leurs proches dans des établissements de soins résidentiels continuent habituellement de leur offrir des soins personnels, sociaux et émotionnels, contribuant ainsi à leur bien-être et à leur qualité de vie [115]. Les familles sont importantes pour s'assurer que tous les résidents, surtout ceux des communautés marginalisées (p. ex., LGBTQ2S+ et résidents autochtones ou ceux ayant une barrière linguistique), reçoivent des soins appropriés et sécuritaires sur le plan culturel [116]. La phase de transition lors de l'emménagement est l'une des plus incertaines et causant le plus de stress pour les membres de la famille, et leurs premières impressions peuvent donner le ton à leur relation avec le personnel et l'établissement [117]. Souvent, ils prennent le rôle de surveiller les soins et le rendement du personnel, et agissent en tant que porte-parole pour leurs parents [118]. Encourager l'engagement familial à l'égard des soins peut éliminer le risque de culpabilité et favoriser une relation plus étroite entre la famille et le personnel [119].

Malgré le fait que les familles sont les plus investies dans le bien-être de leurs proches, certaines familles ont signalé avoir le sentiment d'être exclues et importunes dans l'établissement, et elles sont souvent réticentes à exprimer des inquiétudes à l'administration de peur que leurs parents subissent des contrecoups [20]. Ces sentiments d'impuissance ont été amplifiés par l'interdiction de visiter les membres de leur famille pendant des mois pendant la pandémie, ce qui a eu pour conséquence que de nombreux membres de la famille ont ressenti des symptômes d'anxiété, un sentiment d'impuissance et de l'angoisse [120].

> « Les blessures émotionnelles sont profondes et risquent de me toucher pour le reste de mes jours. »
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

Répondant aux expériences des soignants, le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest de Montréal a documenté les besoins des soignants familiaux pendant la pandémie, afin d'inspirer des pratiques pour les traiter et faire des recommandations aux gestionnaires des établissements de soins de longue durée et aux décideurs sur la meilleure façon de soutenir les familles [121].

Les relations entre les résidents et le personnel ont une influence importante sur l'expérience et le bien-être des familles des résidents dans les établissements de soins résidentiels. Le personnel infirmier qui entretient de « bonnes » relations avec les résidents est considéré non seulement comme plus réceptif, respectueux et digne de confiance, mais aussi plus éthique et efficace dans les soins qu'il offre [122]. Le bien-être des membres de la famille est encouragé lorsque le personnel les fait participer et leur fait sentir qu'ils sont un partenaire important dans les soins et une ressource importante pour le personnel [123]. Inversement, les familles se sentent isolées lorsque le personnel ne semble pas apprécier les relations de soutien ou n'encourage pas leur participation à prendre soin de leurs proches. Lorsque les membres de la famille se sentent exclus ou ignorés par le personnel, la qualité des visites avec leurs proches est médiocre. Une plus grande satisfaction des résidents et des familles en matière de soins peut être atteinte grâce à la prise de décisions partagée avec le personnel et en augmentant la qualité des décisions concernant les interventions de soins et leur pertinence [124]. Toutefois, le manque de confidentialité des membres de la famille en visite, l'accès limité aux fournitures nécessaires à la prestation des soins, le fait de ne pas avoir de personne-ressource constante pour les membres de la famille et les politiques restrictives peuvent nuire à la participation [125]. De plus, il y a des obstacles structurels au personnel pour s'engager auprès des familles et les soutenir, notamment une acuité accrue des résidents, des séjours de résidents plus courts, des horaires de dotation irréguliers et un roulement élevé du personnel [126].

Les résultats d'une revue systématique des facteurs contribuant à la satisfaction de la famille à l'égard des soins en cas de démence indiquent que les familles accordent de l'importance à un personnel présent et compétent qui interagit bien avec eux et leurs parents

[127]. Une communication claire avec un personnel présent est particulièrement importante pour les soignants à longue distance et peut influencer leur perception des soins et les relations avec le personnel [128].

Trois principales sources de malentendus entre la famille et le personnel dans les établissements de soins résidentiels ont été identifiées : l'influence sur les soins du résident et la participation à ceux-ci, l'incertitude des rôles et les difficultés de communication [129]. Les conflits entre la famille et le personnel ont des conséquences importantes pour les deux parties. Dans le cadre d'une étude portant sur 20 établissements de résidence assistée, un conflit interpersonnel entre la famille et le personnel a été associé de façon positive au fardeau perçu par les soignants parmi les membres de la famille dont un parent était atteint de démence, et à la dépression et l'épuisement professionnel chez le personnel [130]. Le personnel de première ligne, principalement les aides soignants, manque généralement de formation et d'éducation continue sur la façon d'interagir avec les familles pour les soutenir et de communiquer efficacement avec les membres de la famille qui sont en détresse et contrariés par les soins et les routines. Des études axées sur l'amélioration de la communication entre les personnes âgées, le personnel infirmier et les membres de la famille ont démontré des effets bénéfiques pour les résidents (moins de dépression, d'irritabilité et d'agressions verbales), mais pas sur la gestion des comportements problématiques du personnel infirmier [131]. D'après une revue systémique des interventions qui favorisent des relations constructives entre le personnel et les membres de la famille, les chercheurs ont découvert que des interventions efficaces sont basées sur la collaboration dans la planification des soins et la prise de décision, la promotion de compétences de communication efficaces, un processus défini et la participation de l'équipe multidisciplinaire de soins de santé [132]. De plus, les interventions devraient comprendre de l'information sur le développement des relations, les problèmes de pouvoir et de contrôle, les compétences en communication et les techniques de négociation, et inclure la documentation des attentes, des objectifs et des responsabilités [133].

Un informateur clé, un défenseur des conseils familiaux [134], a dit que dans de nombreux établissements, les familles sont, au mieux, tolérées et celles qui se « plaignent » des soins sont considérées comme des fauteurs de troubles. À son avis, la responsabilité de la sécurité du résident – définie de façon très générale – est prise par le personnel au moment de son admission, ce qui crée de la tension avec les familles qui souhaitent continuer à aider avec les soins personnels. Il note que les familles observent souvent les aides-soignants travailler dans des circonstances très difficiles et blâment l'administration plutôt que les aides-soignants pour les soins manquants. Cet informateur a observé que lorsque les établissements accueillent les familles en tant que partenaires de soins, cela crée une atmosphère de confiance et de respect mutuel, et tout le monde en profite. Il a également noté que lorsque les familles sont soutenues dès l'admission et pendant les transitions par un travailleur social de l'établissement, le deuil et la culpabilité sont moins susceptibles de se transformer en colère. Cet informateur préconise la création de conseils familiaux indépendants mandatés dans tous les établissements de soins de longue durée.

Les relations de soutien et de collaboration entre les membres de la famille et le personnel soutiennent les résidents ainsi que les familles, et nécessitent de la planification, des procédures de soutien et un véritable engagement de la part de l'organisation, de la direction et du personnel à tous les niveaux. Les politiques, la formation du personnel, l'orientation de la famille, la planification des soins des résidents demandant la participation de la famille, les relations et la communication entre les membres du personnel et la famille, ainsi que la collaboration sont des éléments essentiels d'une culture axée sur la famille [135].

Pour conclure cette discussion, la qualité de la relation que les aides-soignants ont avec les résidents joue un rôle énorme dans la valorisation, le souci, le respect et la sécurité des résidents. En tant que contact humain principal avec la plupart des résidents, la relation avec le personnel influence l'expérience de soin des résidents, leur bien-être et leur santé mentale. Les aides-soignants détiennent la plus grande part du pouvoir dans la relation et peuvent avoir besoin de conseils sur la façon de l'utiliser ou de le partager positivement avec les résidents et leur famille. Les familles se sentent souvent démunies devant le personnel soignant et par les règles et règlements de



« La qualité de la relation que les aides-soignants ont avec les résidents joue un rôle énorme dans la valorisation, le souci, le respect et la sécurité des résidents. »

l'établissement, et par la personne qui a le pouvoir de prendre des décisions pour le résident. Les relations de pouvoir entre les résidents, les familles et les établissements ont été dissoutes pendant la pandémie lorsqu'il était unilatéralement interdit aux familles de visiter les résidents. Tout le personnel soignant résidentiel doit être sensible à son utilisation du pouvoir, surtout lorsqu'il répond aux inquiétudes des familles, communique clairement avec les familles et partage autant que possible la prise de décisions. En réponse à l'expérience des soignants et à la perte de confiance dans les soins de longue durée pendant la pandémie, les chercheurs ont recommandé que le personnel soit formé pour développer des partenariats efficaces avec les soignants caractérisés par la confiance, l'égalité, ainsi que la compréhension et la connaissance mutuelles des réalités des soignants, dans le but d'améliorer la communication [121].

4.4.4. Environnements sociaux positifs qui soutiennent la santé mentale et le bien-être

L'environnement social des établissements de soins résidentiels, constitué d'une fusion des normes, des règles, des pratiques et d'autres éléments sociaux et culturels qui sont apportés par les différentes personnes vivant et travaillant dans le milieu, crée un monde qui lui est propre [136]. Cet environnement social comprend les interactions entre des personnes directement influencées par les tendances de la culture dans l'environnement formé (p. ex., politiques et pratiques de l'établissement), qui en retour interagissent et s'influencent mutuellement [137]. Ce jeu dynamique entre les résidents et l'environnement forme la « qualité de l'ajustement » entre les besoins et les capacités de l'individu et la structure de l'environnement social, qui influence la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie [138].

Un environnement social positif consiste à soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes âgées afin qu'elles puissent profiter de la meilleure qualité de vie possible, rester aussi saines et actives que possible et participer à des choses qui leur tiennent à cœur [139]. Toutefois, la vie dans de nombreux établissements de soins de longue durée est largement institutionnalisée, ce qui représente la perte des relations sociales, de la vie privée, de l'autodétermination et de la connectivité pour les résidents [140]. Les racines du modèle institutionnel d'aujourd'hui sont fondées sur le modèle médical, et les « soins » sont en grande partie considérés comme étant les soins physiques et corporels, y compris la sécurité [141].

> « La santé physique est bien financée et bien comprise. La santé mentale et émotionnelle et le bien-être doivent être davantage une priorité pour améliorer la qualité de vie. »
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

L'environnement social qui en résulte crée une vie quotidienne réglée et routinière laquelle les résidents peuvent très peu influencer et qui ne reconnaît, promeut ou gère très peu leur santé mentale, leur bien-

être ou leur qualité de vie [142]. Les aides-soignants, qui offrent la grande majorité des soins directs et qui sont les mieux placés pour connaître les résidents et leurs besoins et préférences, sont fixés sur les tâches et le temps, et ont très peu d'occasions d'utiliser leurs connaissances en matière de soins ou de planification des soins [8].

Un changement de culture par rapport au modèle institutionnel actuel, avec son accentuation trop prononcée sur la sécurité, l'uniformité et les problèmes médicaux, vers un modèle social relationnel, centré sur la personne et des soins holistiques, est nécessaire pour soutenir le bien-être des résidents et du personnel [8], [12], [143]. Le changement de culture fait référence à la progression des modèles de soins institutionnels ou traditionnels vers des pratiques plus individualisées et axées sur le consommateur qui adoptent le choix et l'autonomie pour les bénéficiaires et les fournisseurs de soins [107]. Les principes des modèles de changement de culture sont que les résidents ne vivent pas dans le milieu de travail du personnel, mais plutôt que le personnel travaille à la maison des résidents, et « le programme consiste à vivre » [144].

Il existe plusieurs modèles de changement de culture, mais la plupart partagent une vision commune de créer une culture inclusive, qui reflète la vie, qui est satisfaisante, humaine et qui donne un sens à la vie. Les éléments communs du changement de culture sont les suivants : direction des résidents concernant les soins et les activités quotidiennes, ambiance de maison, relations étroites entre les résidents, les membres de la famille et le personnel, autonomisation du personnel, prise de décisions collaborative et processus pour l'amélioration de la qualité [145]. À la suite d'une revue, les modèles de changement de culture sont axés sur « les soins en tant que relation, la personnalisation, la flexibilité pour les résidents et le personnel ainsi que sur la division du travail, ce qui exige une autonomisation structurelle, des environnements physiques, en particulier les petites unités ressemblant à une maison, des plantes, l'accès à l'extérieur et une direction engagée à respecter les principes directeurs » [146, p. 4].

Les établissements de soins de longue durée qui ont mis en œuvre un changement de culture ont démontré des effets positifs sur le bien-être des résidents, des familles et du personnel. L'Eden Alternative vise à soulager la solitude, l'ennui et l'impuissance par des valeurs et des pratiques qui font passer le résident en premier, et par la création d'environnements physiques centrés sur la personne, de structures organisationnelles et d'interactions psychosociales dans la maison [147]. Le personnel a le pouvoir de fournir des soins basés sur les préférences des résidents et qui font participer les familles. La mise en œuvre du modèle d'Eden est associée à des améliorations de la santé mentale et du bien-être des résidents, plus particulièrement en ce qui concerne les taux réduits de dépression, de solitude, d'impuissance et d'ennui [53]. De plus, il a été démontré que les visites par les familles et leur perception du respect des résidents par le personnel augmentaient. Le projet Green House, un dérivé de l'Eden Alternative, vise à offrir une vie significative aux résidents en utilisant des équipes autonomes qui offrent des soins cliniques, personnels et sociaux dans les petits foyers de dix résidents. Comme l'équipe de soins de chaque maison fait la lessive, la préparation des repas, l'entretien ménager et les soins personnels, elle est en mesure de passer plus de temps avec les résidents [55]. Un informateur clé, le chef de la direction d'un établissement Eden Alternative, a déclaré avoir réussi à mettre en œuvre avec succès la philosophie et les pratiques de changement de culture dans une institution conventionnelle [148]. D'autres modèles de changement de culture, comme le modèle de soins Butterfly, Wellspring et Hogeweyk Dementia Village, ont tous eu des répercussions positives sur le bien-être et la qualité de vie des résidents [56].

Les soins centrés sur la personne ont été reconnus comme étant le pilier du changement culturel dans les soins de longue durée et comme étant une approche pour suivre les meilleures pratiques et offrir des soins de qualité [149]. Tant les résidents que les membres de leur famille ont déterminé que le soutien des personnes est le fondement de la qualité de vie, grâce à l'offre d'activités et d'occasions pertinentes pour se sentir utile et valorisé [66].

Les objectifs des soins centrés sur la personne sont les suivants :

- Créer un environnement social positif qui favorise la dignité et le bien-être général;

- Désinstitutionnaliser la prestation des soins aux résidents;
- Prendre des décisions avec les résidents ou ceux qui travaillent le plus près d'eux;
- Habiliter autant les fournisseurs de soins que les résidents;
- Niveler la hiérarchie traditionnelle pour la prise de décision;
- Entretenir des relations entre le personnel en première ligne et les résidents; et
- Donner une plus grande indépendance pour la vie quotidienne de chaque résident [150].

Une revue systématique des revues des soins centrés sur la personne a identifié six composantes des soins : (1) établir une relation thérapeutique; (2) partager le pouvoir et la responsabilité; (3) apprendre à connaître la personne; (4) habiliter la personne; (5) faire confiance et respecter; et (6) communiquer [151]. Les pratiques clés qui sont personnalisées et adaptées à la personne comprennent ce qui suit : connaître l'ensemble de la personne; s'assurer que les membres de la famille sont identifiés et inclus dans l'évaluation, la planification et la mise en œuvre des soins comme le souhaite le résident; explorer les objectifs et les préférences de la personne en matière de soins; évaluer le niveau d'implication souhaité de la personne dans la prise de décision et fournir de l'information pour répondre aux besoins déterminés du résident. Les autres pratiques qui contribuent aux soins centrés sur la personne comprennent celles qui reconnaissent les croyances, les préférences et les droits culturels et spirituels des gens, qui permettent aux gens de prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins, qui favorisent une présence sympathique et qui offrent des soins holistiques [102]. Pour permettre au personnel de mettre en pratique les soins centrés sur la personne, il faut : « une combinaison de compétences appropriée chez le personnel; la présence d'un leadership transformationnel favorisant le développement d'équipes de soins infirmiers efficaces, un pouvoir commun, un potentiel d'innovation, une culture de milieu de travail axée sur le soutien des employés et des systèmes organisationnels efficaces; en plus de la fonctionnalité et de l'esthétique de l'environnement construit » [102, p. 1].

Les interventions centrées sur la personne sont multifactorielles; elles comprennent des éléments d'amélioration environnementale et des occasions de stimulation et d'interaction sociales, et favorisent la santé mentale et le bien-être des résidents. Une revue systématique évaluant les données probantes sur l'impact qu'ont les interventions centrées sur la personne sur les résidents et le personnel infirmier [152] a révélé que les interventions centrées sur la personne sont associées à une amélioration de l'état psychologique des résidents (taux moins élevés d'ennui et de sentiment d'impuissance) et à une réduction des niveaux d'agitation chez les résidents atteints de démence.

Dans un modèle de soins centrés sur la personne, les fournisseurs de soins sont considérés comme étant des personnes ayant « des attitudes et des comportements axés sur la personne qui sont respectueux de l'ensemble de la personne et de ses préférences, qui sont sensibles à la culture et qui utilisent le partage du pouvoir au sein d'une alliance thérapeutique pour améliorer les résultats cliniques et la satisfaction à l'égard des soins » [21, p. 7]. Les chercheurs examinant le changement culturel dans les établissements de soins de longue durée ont signalé qu'un changement de culture entièrement mis en œuvre permet aux résidents de percevoir une meilleure qualité de vie pour eux-mêmes et de réduire les symptômes de dépression et d'utilisation d'antipsychotiques [153].

Au cœur de ce programme, le soin relationnel centré sur la personne consiste à bien connaître les résidents et les individus et à donner aux employés les moyens de créer un environnement social positif et inclusif qui favorise un sentiment de sécurité et d'appartenance chez chaque résident. Si une approche centrée sur la personne est adoptée, le caractère unique de tous les résidents, leurs antécédents, leurs expériences de vie et leur culture, les façons dont ils s'identifient et leurs valeurs et préférences sont découvertes, ce qui favorise des soins individualisés et améliore à son tour la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie. Les pratiques de soins doivent être suffisamment souples pour respecter les besoins de toutes les personnes, peu importe leur mode de vie, leur sexe, leur âge, leur orientation sexuelle ou leur handicap.

La diversité et l'environnement social

La population des soins à domicile est très diversifiée et compte des groupes de résidents jeunes ou qui font partie de la communauté LGBTQ2S+, de communautés autochtones ou de minorités ethniques. L'application d'une approche centrée sur la personne signifie que le personnel est soutenu dans l'établissement de relations qui lui permettent de comprendre et d'apprécier le caractère unique de chaque personne et d'adapter son approche et ses soins en conséquence.

Les jeunes personnes âgées (moins de 65 ans) sont une minorité dans les établissements de soins en hébergement communautaire conçus pour les personnes âgées. L'étape de leur vie signifie qu'ils peuvent encore avoir des enfants à charge, que leur carrière a été écourtée et qu'ils n'ont pas de régime de retraite et donc un très faible revenu. Un informateur clé, un gestionnaire de la Société de la sclérose en plaques (SP), a souligné que bien que plusieurs de ces personnes bénéficieraient d'un fauteuil roulant électrique, d'une technologie facilitant la communication et d'une réadaptation spécialisée et d'ergothérapie, peu d'entre elles sont en mesure de se les permettre. De plus, plusieurs demandent des « soins assidus », mais les établissements n'ont pas l'équipement nécessaire, comme des lève-personnes, ce qui améliorerait leurs soins. De nombreux jeunes résidents ont des déficiences physiques et souvent cognitives de longue date liées, par exemple, à des lésions cérébrales, à la sclérose en plaques, à la maladie de Parkinson, à un accident vasculaire cérébral, à la maladie de Huntington et à la démence apparue à un jeune âge, et vivent dans des établissements de soins résidentiels pendant de nombreuses années. La plupart de ces personnes présentent des incapacités physiques importantes et des besoins complexes en matière de soins concernant la fatigue, la douleur et la dépression. Les publications indiquent que les personnes atteintes de démence apparue à un jeune âge ont souvent un retard dans le diagnostic, sont sans emploi, ont des problèmes financiers, subissent de l'isolement social, connaissent des changements dans les relations, et manquent cruellement d'activités de jour. Tous ces éléments ont des répercussions négatives sur leur qualité de vie, et cela est probablement vrai pour d'autres jeunes adultes [154]. Une étude a rapporté que la démence apparue à un jeune âge est associée à une qualité de vie inférieure à celle des personnes atteintes de démence apparue tardivement [154]. Les jeunes adultes atteints d'une déficience intellectuelle ou développementale peuvent également entrer dans des établissements de soins en hébergement communautaire puisqu'ils ont souvent des problèmes importants de santé et de mobilité liés à l'âge qui surviennent plus tôt que ceux qui ne présentent pas de troubles du développement [155].

Les ressources pour la réadaptation, la programmation, l'horaire, l'environnement et la technologie appropriés sont souvent insuffisantes dans les établissements de soins de longue durée pour les jeunes adultes, et le personnel n'est pas formé pour répondre à leurs besoins spécifiques. À la suite d'un symposium sur les soins continus pour les jeunes adultes handicapés en Alberta, *A Place to Call Home,* les participants ont élaboré un plan d'action comprenant les principes et les priorités clés suivants [156] :

Principes clés pour guider la planification et les services :

- Centré sur la personne et la famille;
- Favoriser l'indépendance;
- Collaboratif et intégré;
- Souplesse, adaptation et réactivité; et
- Accessibilité.

Cinq priorités à suivre pour commencer à travailler dans un avenir immédiat :

- De meilleurs milieux de vie pour plus d'indépendance;
- Des ensembles personnalisés de soins intégrés qui suivent les personnes dans le continuum des soins;
- Des stratégies pour aborder les modes de vie individuels;
- Navigation et transitions améliorées;
- Éducation et répit du soignant.

La culture est un élément clé de la façon dont une personne définit qui elle est. Les soins centrés sur la personne sont bien placés pour répondre aux besoins variés et spécifiques de personnes diverses dans des établissements de soins résidentiels qui appartiennent à des populations ethniques, autochtones, de la communauté LGBTQ2S+ et d'autres communautés, et pour reconnaître la diversité présente au sein de chaque

communauté. La connaissance des résidents et de leurs besoins passe par l'obtention de renseignements de base lors de l'admission, des questions sur les pratiques qui sont importantes pour la personne, l'attribution de tâches aux membres du personnel selon un ordre constant et avec le temps nécessaire pour établir une relation, et la communication de ces renseignements aux autres employés et bénévoles par la documentation et la discussion [157]. Compte tenu du nombre considérable de groupes ethniques au Canada, il est utile de consulter les organismes communautaires pertinents pour obtenir leur avis, sans oublier la diversité parmi les personnes, au moment de concevoir des programmes et des activités convenant à un groupe en particulier.

Si les résidents ont l'impression que leur culture n'est pas soutenue ou respectée, ou s'ils se retrouvent dans un environnement où la culture est radicalement différente de la leur, ils peuvent ressentir de l'isolement social et de la solitude, un isolement spirituel, des conséquences sur la santé et une aliénation [157]. De même, lorsque les résidents sont mal à l'aise avec leur environnement en raison de barrières linguistiques ou de différences dans les normes sociales, ils peuvent se sentir menacés, ce qui peut entraîner une anxiété extrême, de la frustration et de la dépression, et il y a un risque plus élevé de conséquences négatives sur la santé, une mauvaise qualité des soins ou une insatisfaction à l'égard des soins [158].

Les résidents autochtones partagent un héritage de colonisation, de traumatismes historiques, de racisme, de méfiance envers la médecine occidentale et les manières de faire, et parfois d'isolement géographique qui leur est propre [159]. Les centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée de l'Ontario (CARI de l'Ontario) ont fait remarquer qu'il peut y avoir une certaine réticence à engager des organisations non autochtones en raison de « l'inconvenance de la programmation, de la peur du racisme et de la gêne associée au rythme de la médecine occidentale et à son incapacité à comprendre les valeurs culturelles » [159, p. 6]. Une informatrice clé exploite un établissement de soins de longue durée de 60 lits dans une communauté des Premières Nations [160], où environ 85 % des résidents et du personnel sont autochtones et parlent la langue. L'établissement a mis en œuvre un modèle de soins centrés sur la personne, soutenu par les sept enseignements du grand-père : sagesse, amour, respect, courage, honnêteté, humilité et vérité. Elle a souligné l'importance de connaître chaque résident ainsi que son passé et ses préférences afin que la continuité de sa vie en tant que chasseur ou jardinier, par exemple, puisse être maintenue par des conversations personnalisées, de la nourriture et des activités. Elle a également souligné l'importance d'avoir le même personnel qui s'occupe de la même personne autant que possible afin que des relations puissent être établies.

Selon l'organisme Ontario Seniors Pride, bien qu'il y ait des personnes âgées LGBTQ2S+ dans les établissements de soins de longue durée, elles sont pratiquement invisibles et les données n'existent pas ou ne sont pas fiables. Les professionnels de la santé et les consultants de l'établissement de soins de longue durée interrogés au sujet de leur expérience et de leurs connaissances sur le travail avec des résidents de la communauté LGBTQ2S+ ont déclaré qu'ils avaient peu d'éducation sur les problèmes et trouvaient que le manque de formation, les préjugés et les résidents dissimulant leur identité étaient les plus grands obstacles à des soins de qualité [161]. Leurs conclusions suggèrent que les fournisseurs bénéficieraient d'une formation plus étendue sur les problèmes de santé mentale et les traitements fondés sur des données probantes spécifiques aux résidents de la communauté LGBTQ2S+. Ils ont également suggéré que les efforts visant à déstigmatiser les identités LGBTQ2S+ dans les établissements de soins de longue durée pourraient améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Les chercheurs ont proposé des stratégies pour appuyer l'inclusion des résidents LGBTQ2S+ dans les établissements de soins de longue durée [162] comme suit :

- Création d'alliances dans le secteur de la communauté LGBTQ2S+ et des établissements de soins de longue durée;
- Communication avec les communautés LGBTQ2S+;
- Pratiques d'emploi inclusives et formation du personnel;
- Formation sur l'inclusion des gens de la communauté LGBTQ2S+; et

- Pratiques plus visibles pour les résidents et les familles, comme un programme sur le thème de la communauté LGBTQ2S+, un langage et des symboles inclusifs, ou des initiatives conjointes avec les communautés LGBTQ2S+.

Le CARI de l'Ontario, selon une revue de la documentation, des discussions avec divers intervenants et des conseils d'un groupe consultatif d'experts, a identifié des problèmes de soutien à la diversité culturelle dans les établissements de soins de longue durée en lien avec l'acuité des résidents, la complexité et les contraintes du système et le contexte réglementaire dans lequel les résidences fonctionnent, et le risque de conflit culturel entre les résidents, les familles et le personnel. Ils suggèrent que les obstacles aux services de soins de santé adéquats sur le plan culturel (y compris les soins de longue durée) pourraient être surmontés en modifiant la structure du système et en intégrant des politiques interculturelles, en formant le personnel pour réduire les conflits découlant des différences culturelles et de communication, en améliorant les ressources appropriées sur le plan culturel et en augmentant les connaissances des minorités ethniques sur les services offerts [159].

Il semble évident, et cela est soutenu par la recherche, qu'un environnement social positif peut être atteint par la mise en œuvre d'un modèle de soins centrés sur la personne. La culture et les processus qui en découlent sont nettement supérieurs à un modèle institutionnel axé sur les tâches pour soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents. De plus, un modèle axé sur la personne est conçu pour reconnaître l'individualité sous toutes ses formes. Toutefois, une mise en œuvre réussie repose sur un nombre adéquat de membres du personnel habilités à établir des relations avec les résidents et à utiliser leurs connaissances pour prodiguer des soins. Le travail attentionné est émotionnellement et physiquement exigeant, et le personnel soignant ayant un contact direct avec les résidents doit être adéquatement soutenu.

4.4.5 Milieux de travail qui soutiennent la santé mentale et le bien-être

Le maintien d'un environnement social centré sur la personne et la famille et l'approche de la prestation des soins exige un milieu de travail favorable pour tout le personnel [21]. Le milieu de travail influence la capacité du personnel à fournir des soins de qualité et à soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents [163], [164]. La qualité des soins offerts aux résidents qui soutiennent leur santé mentale et leur bien-être et leur qualité de vie ne peuvent être assurées que par une main-d'œuvre saine et bien soutenue [8].

La Société Alzheimer affirme que le personnel soignant direct est le facteur déterminant le plus important dans les soins de qualité offerts aux gens atteints de démence, ce qui est sans aucun doute également vrai pour les résidents sans démence [165]. Le principe des modèles de changement de culture est que la qualité des soins dépend d'un personnel responsabilisé qui est apprécié et soutenu [148]. La pandémie a attiré l'attention sur les lacunes dans les environnements de travail des établissements de soins de longue durée et sur le soutien inadéquat des travailleurs en première ligne [8]. La Société royale du Canada, dans une revue des conditions de travail dans les établissements de soins de longue durée avant et pendant la pandémie, soutient que les aides-soignants sont un groupe déshabilité du modèle institutionnel traditionnel des soins de longue durée [8], [11], [166], avec peu de participation à la prise de décision concernant les soins des résidents, même s'ils sont sûrement ceux qui connaissent le mieux les résidents. Étant principalement des femmes, dont plusieurs proviennent de minorités ou sont des immigrantes arrivées récemment, les aides-soignants travaillent au bas d'une hiérarchie rigide, reçoivent les salaires les plus bas dans le domaine des soins de santé et doivent souvent travailler dans plus d'un établissement pour vivre. On a également remarqué que le nombre d'employés est insuffisant et qu'une dotation insuffisante est fréquente dans les établissements de soins de longue durée, tout comme le recours à des employés occasionnels, ce qui augmente la charge de travail du personnel. Cette main-d'œuvre genrée et racialisée est vulnérable à l'exploitation par des exploitants d'établissements sans éthique. Une étude canadienne indique que 65 % des aides-soignants par quart de travail disent qu'ils doivent précipiter les soins essentiels en raison d'un manque de temps [166].

Les aides-soignants sont mal préparés après leur formation officielle pour répondre aux besoins des résidents atteints de démence ou de maladie

mentale qui présentent souvent des troubles de la communication, de la désorientation, de la confusion, ainsi que des comportements réactifs et difficiles. Il n'est généralement pas requis de la part des aides-soignants de compléter une formation continue, et ces cours ne sont souvent pas offerts dans le milieu de travail au-delà de ce qui est obligatoire, ce qui compromet davantage leur capacité à fournir des soins de qualité. Dans la plupart des établissements, ces employés ne sont pas autorisés à lire les dossiers des résidents ni à assister à des conférences de planification des soins, ce qui leur permettrait de connaître les antécédents et les comportements des résidents. Sans une bonne compréhension de la démence et de la maladie mentale, et sans savoir comment éviter ou traiter les comportements réactifs et autres comportements difficiles, les conséquences peuvent être pénibles pour les résidents et le personnel et exposer le personnel à un risque de blessure. L'accès à la résolution de problèmes sur le moment par les chefs d'équipe, à l'éducation et à la consultation des conseillers en santé mentale est nécessaire, mais souvent non disponible.

Les conditions de travail d'un établissement influencent le bien-être des familles et leur participation significative à la vie dans les foyers de soins. Un modèle de soins précipité et axé sur les tâches (p. ex., accent mis sur les tâches, la routine et les soins physiques) n'est pas adapté à l'intégration de la famille, il étouffe l'engagement familial et laisse peu de temps pour une communication efficace [133]. Le soutien de la direction est essentiel pour s'assurer que les familles et le personnel ont le temps et les ressources nécessaires pour interagir et discuter de la planification des soins.

Sans surprise, les aides-soignants présentent un risque élevé d'épuisement professionnel, de problèmes de santé mentale et de blessures physiques. La Société royale du Canada, en réponse à leurs conclusions sur le soutien inadéquat des travailleurs de soins de longue durée, a recommandé que la formation continue, l'accès à un emploi à temps plein, ainsi que les indemnités et avantages sociaux appropriés, y compris les congés de maladie, soient mis à la disposition des aides-soignants [8], [167]. Elle déclare qu'une main-d'œuvre bien soutenue utilisera probablement moins de congés de maladie et subira moins de blessures, qu'elle sera plus facilement recrutée et retenue, ce qui augmentera la continuité des soins et la qualité de vie des résidents.

En plus de ce qui précède, les pertes répétées liées aux décès et aux transferts des résidents (avec qui ils sont encouragés à établir des relations) ou le déclin des résidents observé sont importants, mais rarement officiellement reconnus ou traités [8]. La mise en œuvre de la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* peut favoriser un milieu de travail qui favorise et soutient la santé mentale et le bien-être des personnes qui travaillent dans des établissements de soins en hébergement communautaire [168]. L'accès au soutien en santé mentale par tout le personnel des établissements de soins de longue durée a été recommandé par la Société royale du Canada [8]. En reconnaissance du besoin unique des travailleurs de la santé de se protéger contre la détresse morale et pour les soins personnels psychologiques, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et SoinsSantéCAN ont compilé plusieurs ressources pour répondre à ces besoins [169]. De plus, Excellence en santé Canada a mis sur pied un réseau canadien de soutien par les pairs pour aider les organismes de soins de santé à soutenir les travailleurs de la santé en créant des programmes de soutien par les pairs (PSP) pour améliorer le bien-être émotionnel des travailleurs et favoriser des soins de qualité et sécuritaires [170].

Un environnement de travail structuré pour soutenir les soins centrés sur la personne avantage le personnel ainsi que les résidents, selon les résultats d'un sondage national aux Pays-Bas [171]. Une revue systématique évaluant les données probantes relatives à l'impact des interventions centrées sur la personne sur le personnel infirmier a trouvé un lien entre ces interventions et des influences positives sur les résultats du personnel, plus précisément sur la satisfaction et la capacité à fournir des soins individualisés [152]. Parmi le personnel infirmier, il existe des preuves que la capacité de fournir des soins centrés sur la personne est associée à une plus grande satisfaction au travail [172].

La mise en œuvre réussie de modèles de soins centrés sur la personne exige un bon leadership et une gestion stable, un travail d'équipe solide et des systèmes de communication efficaces [173]. Dans la documentation,

les aides-soignants ont identifié la formation, le respect et l'appréciation, la communication et la participation à la prise de décision, les programmes de soutien, le travail d'équipe et la bienveillance, et l'engagement de la direction comme étant importants pour une expérience de travail positive et pour leur permettre d'offrir des soins de qualité centrés sur la personne [165].

Tous les employés doivent comprendre les soins centrés sur la personne avant de pouvoir les mettre en œuvre. Un informateur clé, chef de la direction d'une installation Eden Alternative, a souligné l'importance de fournir une orientation complète aux nouvelles embauches, ainsi que de la formation continue aux autres, sur les soins centrés sur la personne qui comprennent la vision, la mission et les valeurs de l'organisation [148]. De plus, les valeurs et les principes sont explicitement discutés lors de toutes les réunions de planification des soins et sous la supervision du personnel. Les chefs d'équipe donnent l'exemple en matière de soins centrés sur la personne et les employés sont corrigés s'ils ne respectent pas les valeurs ou les principes. L'« ingrédient secret » pour soutenir le personnel afin qu'il puisse soutenir les résidents, selon notre informateur clé, est de vraiment valoriser, respecter les résidents et s'occuper d'eux, en plus de reconnaître et de célébrer leurs réalisations lorsqu'ils travaillent de concert avec les résidents et qu'ils offrent des soins personnalisés. Les chefs et administrateurs organisationnels donnent le ton, établissent la culture des organisations de soins de longue durée et influencent de façon significative l'environnement de travail et, par conséquent, la capacité du personnel à mettre en œuvre des soins centrés sur la personne [174]. Les dirigeants efficaces apprécient les efforts du personnel et favorisent une gouvernance partagée qui permet de recueillir des commentaires et de la rétroaction sur la qualité, la conception et le flux de travail des soins et des services [21].

Les superviseurs d'infirmières autorisées (inf. aut.) efficaces promeuvent un milieu de travail positif et soutiennent les aides-soignants au moyen d'interactions fréquentes et de haute qualité entre les superviseurs et le personnel, tout en encourageant l'auto-organisation et la fluidité des rôles. Il a été démontré que ce type de soutien des superviseurs influait sur la capacité des aides-soignants à répondre aux besoins des résidents rapidement, efficacement et avec compassion, ce qui améliore la qualité des soins des résidents et favorise leur santé mentale et leur bien-être [175].

Il existe des preuves que les réunions interservices qui engagent le personnel de tous les services améliorent le sens d'appartenance à l'équipe et la collectivité, l'ouverture d'esprit et le soutien interpersonnel, peu importe son rôle [176]. Les employés de première ligne sont généralement exclus de ces réunions dans les modèles institutionnels, ce qui renforce leur faible statut dans la hiérarchie des établissements et dévalue leurs connaissances. Les données d'une revue de la portée examinant l'efficacité des caucus d'équipe indiquent leur efficacité à améliorer le travail et le processus d'équipe, ce qui entraîne des améliorations dans les résultats cliniques [177].

Une informatrice et exploitante clé d'un établissement autochtone a déclaré qu'elle avait vu le changement de culture de l'établissement au fil des ans sous différents administrateurs [160]. Elle a dit que l'administrateur actuel a rendu possible les soins centrés sur la personne en encourageant le personnel à sortir des sentiers battus et à établir une culture où le personnel est apprécié et reconnu dans le moment présent et publiquement pour ses réussites. Cet administrateur a investi dans le personnel (y compris la lessive et l'alimentation) en offrant une formation en persuasion douce, en thérapie de validation et en reconnaissance du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Elle a dit qu'auparavant, il était difficile d'attirer et de garder le personnel, maintenant les employés aiment venir travailler et l'établissement semble vivant et plein de rires.

Un personnel de première ligne bien soutenu qui est respecté et valorisé de façon démontrable, qui bénéficie d'une formation, d'une supervision constructive et de leadership, dans le contexte de conditions de travail psychologiques et financières positives, est le plus susceptible d'avoir l'énergie, la motivation et la capacité d'offrir des soins humains centrés sur la personne. Les retombées de la pandémie, qui a révélé que le personnel dans de nombreux établissements de soins résidentiels a été laissé à lui-même, est que, maintenant, tous sont sensibilisés à l'importance des environnements de travail favorables au soutien et que cela devrait, avec un peu de chance, mener à des améliorations.



« Afin d'offrir des soins holistiques centrés sur la personne qui soutiennent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents des établissements de soins de longue durée, il faut disposer d'un nombre suffisant d'employés qui prodiguent des soins directs et qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre en charge de façon compétente la population résidente complexe et diversifiée. »

4.4.6 Capacité de la main-d'œuvre et formation pour soutenir la santé mentale et le bien-être

Afin d'offrir des soins holistiques centrés sur la personne qui soutiennent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents des établissements de soins de longue durée, il faut disposer d'un nombre suffisant d'employés qui prodiguent des soins directs et qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre en charge de façon compétente la population résidente complexe et diversifiée.

4.4.6.1 Capacité de la main-d'œuvre

La Société royale du Canada affirme qu'une main-d'œuvre de haute qualité, résiliente et soutenue est sans aucun doute la principale composante des soins de qualité et de la qualité de vie pour les résidents des établissements de soins de longue durée, mais au cours des vingt dernières années, la capacité de la main-d'œuvre à fournir des soins de qualité s'est érodée [8]. Elle note que les établissements de soins de longue durée ne sont ni structurés ni dotés en personnel pour maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des résidents, qui diminuent souvent peu après leur admission. Les niveaux de dotation en personnel pour les soins directs n'ont pas été à la hauteur de la complexité croissante des résidents, et le ratio d'infirmières réglementées par rapport aux aides-soignants a diminué de façon constante, laissant les aides-soignants qui n'ont pas suffisamment de formation faire face à la population de résidents très complexe tout en ne disposant pas de la supervision et du soutien dont ils ont besoin. De plus, les soins directs et le travail d'équipe sont minés de façon chronique par un manque de personnel, ce qui augmente la charge de travail du personnel sur place. En plus des infirmières, le nombre d'employés fournissant une couverture médicale et les professionnels paramédicaux comme les travailleurs sociaux, les ludothérapeutes, les physiothérapeutes, ainsi que les ergothérapeutes, ont systématiquement été réduits. Les résidents ne reçoivent pas les soins spécialisés dont ils pourraient avoir besoin, et le personnel soignant direct doit gérer la situation au meilleur de ses capacités.

Une revue systématique des preuves qualitatives examinant la perception des résidents des établissements de soins de longue durée concernant les facteurs organisationnels qui influencent la qualité des soins qu'ils reçoivent et leur bien-être, a identifié le niveau de dotation, l'attitude du personnel, la continuité, la routine, l'environnement, la prise de décision et le choix, la dignité du risque, les activités, et la culture et la spiritualité en tant qu'influences principales [178]. Tous ces éléments, à l'exception de l'environnement, sont liés à la présence ou non d'un nombre suffisant d'employés prodiguant des soins directs qui possèdent les connaissances et les compétences, ainsi que le temps nécessaire pour régler les problèmes de façon appropriée. Par exemple, lorsque les niveaux de personnel sont bas ou que des

travailleurs occasionnels sont employés, un membre du personnel peut décider unilatéralement de placer un résident lent, mais mobile, en fauteuil roulant pour le transporter à la salle à manger au nom de la sécurité et du temps, ce qui mine le choix et la dignité du résident, ainsi que la fonction. De plus, sans continuité du personnel, encore une fois, il est peu probable que les besoins culturels et spirituels soient comblés.

4.4.6.1.1 Niveaux de dotation – soins directs

Les niveaux de dotation et la composition du personnel sont liés à la qualité des soins et à la qualité de vie au travail [8]. La continuité des soins, partie intégrante des soins relationnels centrés sur la personne et qui soutient la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents, n'est possible qu'avec un ratio personnel-résident adéquat. La mise en œuvre d'une culture de soins centrés sur la personne qui favorise la dignité et le bien-être général du personnel ainsi que des résidents facilite la capacité du personnel à soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents [150]. Cependant, le personnel a besoin de temps continu pour établir des relations avec les résidents, pour en apprendre davantage sur leur personnalité et pour pouvoir utiliser leurs connaissances pour respecter les préférences des résidents. Une revue systématique des niveaux de dotation en personnel des foyers de soins à l'échelle internationale a révélé une forte incidence positive de la dotation en personnel prodiguant les soins directs sur les processus de soins et les mesures des résultats pour les résidents [179].

L'investissement dans l'augmentation des niveaux de dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée au Nouveau-Brunswick a démontré une meilleure qualité de soins et une meilleure qualité de vie pour les résidents. Le ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick a mené un projet pilote visant à évaluer les effets de l'amélioration des niveaux de dotation en personnel dans cinq établissements de soins de longue durée qui ont chacun reçu du financement pour augmenter les niveaux de dotation en personnel de 3,5 heures par jour, au-delà de la norme provinciale de 3,1 heures par jour par résident [163]. Il a constaté que l'augmentation des heures de soins a entraîné les avantages suivants :

- Une plus grande attention et des soins accordés aux résidents avec une amélioration de certains aspects de la qualité de vie et de la qualité des soins des résidents – par exemple, les résidents n'étaient pas précipités pendant leur journée, surtout en ce qui concerne l'hygiène, les soins personnels et les repas.
- Les résidents ont également reçu de l'aide pour se lever chaque jour et, dans la plupart des cas, plus d'une fois par jour (s'ils le souhaitent) et ont pu participer à plus d'activités récréatives.
- Les membres du personnel ont pu mieux connaître les résidents, leur ont donné plus de choix et de dignité, et ont établi des relations significatives avec les résidents.
- Les résidents ont reçu plus d'attention de la part du personnel et ont participé davantage aux activités récréatives.
- L'intégrité de la peau s'est améliorée, car le personnel avait plus de temps pour changer la position des résidents et pour faciliter l'alimentation, la nutrition et l'hydratation.

Avec plus de temps, le personnel a non seulement amélioré la qualité des soins, ce qui est étroitement lié au bien-être et à la qualité de vie, mais a aussi fait la promotion de la santé mentale et appuyé la santé mentale grâce à l'établissement de relations thérapeutiques qui ont mené à plus de choix et plus d'activités significatives, ce qui a eu pour effet de soutenir la personnalité.

Une analyse des recherches internationales sur les références en matière de dotation en personnel pour les soins directs a révélé que les résidents des établissements de soins de longue durée sont à risque si le personnel tombe sous le seuil de 4,1 heures travaillées (246 minutes) par jour pour les soins directs, soit 0,75 heure (45 minutes) pour les infirmières autorisés, 0,55 heure (33 minutes) pour les infirmières auxiliaires autorisées et 2,8 heures (168 minutes) pour les aides-soignants [180]. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) [181] a demandé une garantie de soins de base de 4,0 heures de travail par jour par résident pour les soins directs, que la Commission ontarienne d'enquête dans les foyers de longue durée a recommandé au ministre provincial de la Santé [12]. De plus, la RNAO recommande un membre

supplémentaire du personnel infirmier (préférablement une infirmière ou un infirmier autorisé) pour soutenir la prévention et le contrôle des infections, l'amélioration de la qualité, la formation du personnel, l'intégration et l'orientation [181]. La RNAO soutient que ces allocations de personnel infirmier fourniraient à chaque résident des soins sécuritaires et une qualité de vie [181], et plusieurs études ont souligné l'importance d'avoir un personnel professionnel de haut niveau (rapports entre les infirmiers et infirmières autorisés et le personnel total) [180].

4.4.6.1.2 Maintien de l'effectif et continuité des soins aux résidents

Il est largement reconnu que la main-d'œuvre en première ligne est insuffisante pour répondre aux besoins actuels de l'industrie des soins de longue durée et que cela ne sera que pire dans l'avenir. Ce qui souligne l'importance que les établissements se concentrent sur les facteurs qui favorisent la conservation et le recrutement du personnel. Les niveaux de dotation qui laissent les aides-soignants se débrouiller seuls peuvent influencer la satisfaction et le maintien de l'effectif, ce qui influence en retour la capacité à fournir des soins de qualité et à soutenir la santé mentale et le bien-être. Dans ce cas, les relations entre employés et résidents sont mutuelles; prendre soin de résidents que l'on n'apprendra jamais à connaître peut-être insatisfaisant pour le personnel, ce qui peut entraîner de l'insatisfaction au travail, de l'épuisement professionnel ou une résiliation de contrat. L'insatisfaction professionnelle des aides-soignants pour les soins de longue durée est associée à de lourdes charges de travail. Des revues systématiques des preuves identifiant les facteurs associés à la satisfaction professionnelle ont révélé un lien entre l'insatisfaction et la charge de travail [28], et entre l'épuisement professionnel et le temps, la dotation en personnel, l'espace, la gestion des comportements réactifs, la culture d'unité et les ressources structurelles, et l'auto-efficacité [29]. Une autre revue systématique a révélé que l'attraction et la conservation des infirmiers et infirmières professionnels dans les soins aux personnes atteintes de démence en établissement de soins de longue durée étaient influencées par les niveaux de dotation, l'accès à l'éducation et à la formation continues pour acquérir des compétences de base, en leadership et sur le travail d'équipe [182].

> « Souvent, le personnel qui occupe un poste de direction dans un établissement possède les qualifications minimales avec peu d'expérience en leadership, en conversations difficiles, en animation de réunions, en supervision des soins, en habilitation du personnel à faire mieux, en mentorat, en rédaction et évaluation de plans de soins pertinents ».
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

Les initiatives de perfectionnement professionnel dans les établissements de soins de longue durée peuvent avoir un effet positif sur les facteurs organisationnels et individuels liés à un environnement de travail positif et sur les soins prodigués aux résidents. Les principes LEAP (apprendre, responsabiliser, atteindre, produire), une initiative complète de développement de main-d'œuvre dans le cadre des soins de longue durée, vise à éduquer, à habiliter et à retenir les infirmiers et infirmières et les aides-soignants dans les emplois liés aux soins de longue durée [165]. Les résultats de l'initiative ont démontré une augmentation de l'efficacité du leadership, de l'autonomisation, de la satisfaction au travail et de la perception du climat organisationnel au sein du personnel. De plus, des améliorations ont été apportées aux indicateurs de qualité et il y a eu un nombre réduit de carences en santé, et une diminution du taux de renouvellement du personnel infirmier et des soins médicaux a été signalée.

4.4.6.1.3 Composition du personnel – fournisseur de soins de santé et conseillers

Des soins complets et holistiques qui favorisent la qualité des soins, la qualité de vie, la santé mentale et le bien-être nécessitent plus que des soins infirmiers. Un personnel et une combinaison de compétences plus diversifiés peuvent améliorer la qualité des soins, la qualité de vie et la satisfaction au travail [183]. Il a été montré que les modèles multidisciplinaires étaient particulièrement efficaces pour traiter les personnes âgées présentant des comorbidités médicales et/ou psychiatriques complexes caractéristiques des résidents d'établissements de soins de longue durée [184]. De plus, un examen systématique des interventions non pharmacologiques visant à traiter les troubles du comportement causés par la démence a montré que les problèmes comportementaux graves chez les résidents

d'établissements de soins de longue durée peuvent être réduits en utilisant une approche de gestion du comportement complète, intégrée et multidisciplinaire qui combine des interventions médicales, psychiatriques et infirmières [89]. Médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, ludothérapeutes, diététistes, pharmaciens, soins religieux, psychologues et travailleurs sociaux sont nécessaires pour soutenir les besoins médicaux, psychosociaux, émotionnels, fonctionnels et nutritionnels des résidents, qui influencent tous la santé mentale [8]. La Commission des soins de longue durée de l'Ontario [12], l'Office of the Seniors Advocate de la Colombie-Britannique [185] et le rapport de la Société royale du Canada [8] ont recommandé qu'un plus grand nombre de professionnels paramédicaux soient employés dans les établissements de soins de longue durée.

Les services de physiothérapie et d'ergothérapie sont essentiels dans les établissements de soins de longue durée, car ils améliorent les capacités fonctionnelles physiques et le bien-être professionnel, ce qui améliore la qualité de vie des résidents. Il a été démontré que l'accès à des services uniformes de physiothérapie et d'ergothérapie dans les établissements de soins de longue durée améliore l'activité et la qualité de vie des résidents [185], [186]. Cependant, les établissements ne sont pas équipés pour soutenir et améliorer la fonction physique des résidents, et la mobilité et le transfert indépendant se détériorent souvent peu après l'admission [8]. Les domaines d'intervention thérapeutique peuvent comprendre, sans s'y limiter, l'amélioration de la mobilité, l'attribution de sièges appropriés, la prévention des chutes, les transferts sécuritaires, la gestion des escarres, les activités de la vie quotidienne, l'alimentation et la déglutition, l'équipement d'adaptation, la réduction de la douleur, la réduction de l'incontinence, les activités cognitives, la réadaptation post-hospitalière et la contention [187].

Il existe une forte corrélation entre la nutrition et la santé mentale. Les résidents peuvent avoir de la difficulté à avaler, peu d'énergie ou d'autres problèmes nécessitant souvent une alimentation spéciale ou de l'aide pour manger. Les diététistes agréés peuvent évaluer l'état nutritionnel d'un résident et identifier les carences nutritionnelles et les déséquilibres afin d'améliorer le bien-être, l'état de santé et le niveau d'activité des résidents.

Les résidents des établissements de soins de longue durée sont exposés à un risque élevé d'isolement et de solitude lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'activités et de stimulation, y compris des soins et services personnalisés et un soutien récréatif, ce qui entraîne peu d'engagement, de l'inactivité et un nombre limité de relations sociales [67]. Dans la plupart des provinces, mais pas toutes, il est obligatoire que chaque établissement ait un thérapeute en activités ou en loisirs pour 30 résidents. Les travailleurs sociaux sont nécessaires pour offrir des soins psychosociaux aux résidents et pour compléter les soins physiques et corporels offerts par le personnel en première ligne en s'assurant que tous les employés connaissent les points de vue, les besoins et les valeurs des personnes et de leur famille; ils doivent prendre part aux consultations avec la famille et soutenir celle-ci; organiser et soutenir les conseils familiaux et des résidents; évaluer les besoins psychosociaux des résidents tout au long de la transition vers leur résidence et à mesure que leurs besoins évoluent; et promouvoir le changement institutionnel et systémique.

Le personnel en première ligne doit également avoir accès à des ressources en soins palliatifs qui lui permettent de régler les problèmes de santé mentale et de qualité de vie des résidents en fin de vie. L'accès à des services-conseils pour les équipes de santé mentale des personnes âgées pour obtenir du soutien lors de l'évaluation, de la planification des soins et de l'éducation est également nécessaire pour permettre au personnel de soutenir et de gérer les résidents présentant des comportements réactifs et protecteurs associés à la démence ou des comportements difficiles associés aux maladies mentales et à la consommation de substances [188]. Sans accès à des professionnels de la santé et à des consultants alliés, de nombreux besoins des résidents ne sont pas comblés, avec des conséquences importantes pour leur bien-être et leur santé physique et mentale et, en même temps, cela laisse le personnel de première ligne sans soutien.

Services spécialisés en santé mentale

Étant donné que la majorité (76 %) des résidents des établissements de soins de longue durée canadiens reçoivent un diagnostic de trouble mental (40 %) ou de maladie d'Alzheimer et de démence connexe (36 %), les chercheurs ont indiqué que les troubles mentaux devraient être considérés comme une priorité dans les

établissements de soins de longue durée plutôt que comme une considération après coup [1].

> « La population de ces foyers de soins est vulnérable, et l'inaction dans le domaine de la correction des lacunes depuis des DÉCENNIES est inconcevable. La dépression et l'anxiété ne font pas partie du processus normal du vieillissement, et les personnes âgées et les personnes handicapées continuent de n'être considérées qu'en second plan. »
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

Bien qu'il soit généralement accepté que les approches non pharmacologiques sont le premier traitement des troubles mentaux, l'intervention la plus fréquemment signalée dans les établissements de soins de longue durée est l'utilisation d'antipsychotiques, et un peu trop souvent sans diagnostic de maladie mentale [189]. Ce problème pourrait être réglé si des services spécialisés en santé mentale étaient disponibles et accessibles aux établissements de soins de longue durée pour des soins consultatifs et collaboratifs intégrés aux résidents atteints d'un trouble mental ou de la maladie d'Alzheimer et de démence connexe.

Les résultats d'une revue systématique du bien-être et des résidents atteints de maladies mentales graves ont conclu que le bien-être pouvait être facilité par des soins spécialisés en santé mentale et par une attention particulière pour les résidents dépressifs [190]. Il existe un certain nombre de modèles pour fournir des dispositions en matière de soins de santé mentale, y compris des services de consultation, de liaison, de dotation en personnel infirmier, de dotation en personnel dans l'établissement, des équipes multidisciplinaires externes et la télépsychiatrie [39]. Des modèles d'équipe multidisciplinaire qui utilisent les compétences et les connaissances complémentaires des fournisseurs de soins de santé alliés pour élaborer des évaluations et des interventions biopsychosociales complètes peuvent accroître l'efficacité des consultations et de la liaison. Former le personnel de première ligne à observer et à signaler les problèmes de santé mentale afin qu'ils puissent être traités rapidement est nécessaire pour soutenir les soins spécialisés en santé mentale.

Les services spécialisés en santé mentale sont souvent fournis par des psychiatres en visite ou sur appel, ou par des spécialistes en soins infirmiers cliniques, qui sont formés en gérontopsychiatrie, pour évaluer, planifier et mettre en œuvre des interventions appropriées pour les résidents atteints de troubles mentaux et cognitifs [1]. Il a été démontré que les consultations psychiatriques multidisciplinaires dirigées par des infirmiers et infirmières dans les foyers de soins réduisent efficacement la fréquence et la gravité des symptômes psychiatriques des résidents comme l'agitation, l'agressivité, la dépression, l'anxiété et la désinhibition [191]. Le personnel infirmier des établissements de soins de longue durée croit que les consultations en gérontopsychiatrie seraient bénéfiques pour les résidents atteints de troubles mentaux, mais signale qu'elles ne sont pas souvent disponibles [192]. L'utilisation de la télépsychiatrie a été recommandée comme option pour les établissements de soins de longue durée où l'accès aux spécialistes est limité, souvent dans des zones non urbaines [27].

> « De nombreux résidents ont besoin d'un professionnel de la santé mentale pour parler et obtenir du soutien; il n'est pas facile d'accéder à des services de consultation ou à d'autres services de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée; souvent, c'est un service privé que la famille doit organiser elle-même et il peut y avoir des contraintes financières ou des difficultés liées au transport. »
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

En Ontario, l'organisme Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario[4] (STCO) offre des services de soins de santé comportementaux aux personnes âgées présentant ou à risque de présenter des comportements réactifs ou des expressions personnelles associés à la démence, à la santé mentale complexe, à la consommation de substances ou à d'autres troubles neurologiques. En plus d'offrir des services de soins directs, STCO soutient également les partenaires en soins et les fournisseurs de soins de santé de la famille. L'évaluation des modèles de STCO dans les établissements de soins de longue durée indique que la planification des soins, la collaboration

4 Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario https://www.behaviouralsupportsontario.ca/24/French

et l'esprit d'équipe, ainsi que les résultats chez les résidents à leur domicile sont tous positivement influencés par les équipes intégrées de soutien comportemental qui dirigent, encadrent, coordonnent et propagent des stratégies efficaces de STCO [193].

La diversité de la population des établissements de soins de longue durée, associée à la diversité du personnel, exige l'accès à des traducteurs culturels pour le personnel. Un des informateurs clés, une chercheuse en vieillissement, en origine ethnique et sur la communauté LGBTQ2S+ [194], a parlé de la nécessité d'avoir accès à des membres de diverses communautés parmi le personnel et à titre de conseillers rémunérés pour fournir de la traduction, éduquer le personnel et aider à la planification de programmes pertinents. Sans cela, a-t-elle dit, trop souvent, le personnel identifie les troubles de l'humeur, les comportements et les barrières linguistiques comme étant de la démence, ou inversement, comme des caractéristiques culturelles. Un autre informateur clé de la communauté LGBTQ2S+ [195] a déclaré que ses membres se sentaient incapables d'être eux-mêmes, qu'ils se sentaient exclus ou discriminés par le personnel. L'informateur a suggéré que le personnel soit informé que de nombreuses personnes âgées LGBTQ2S+ présentent un risque accru de solitude, de dépression, d'isolement social et de manque de relations de soutien. Une étude pilote qui a mis en œuvre un outil en ligne pour soutenir les compétences culturelles avec la communauté LGBTQ2S+ a démontré que la formation augmentait la visibilité des préoccupations des membres LGBTQ2S+ chez les participants et que les soins cliniques étaient améliorés [196].

4.4.6.2 Formation du personnel de première ligne

> « Pour vraiment soutenir les personnes vivant dans ces établissements, je crois qu'il est important que le personnel qui y travaille ait les compétences nécessaires pour le faire. Il ne s'agit pas d'un travail que quiconque devrait faire sans avoir reçu de formation officielle. Ils devraient comprendre le rôle que jouent les médicaments dans le soutien ou l'aggravation des comportements. Ils doivent posséder les compétences nécessaires pour être en mesure de penser de façon critique et de résoudre les problèmes, pas seulement supposer que le patient a besoin de plus de médicaments. »
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

Il est impératif de posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents diversifiés et complexes, comme le soutien organisationnel, pour faciliter la transmission efficace des connaissances. Cependant, comme il a été mentionné dans le rapport de la Société royale du Canada [8], les aides-soignants ont peu de formation formelle sur le soutien de la santé mentale ou sur la gestion des comportements réactifs ou difficiles, ni beaucoup de formation sur place. Il est irréaliste de s'attendre à ce que les aides-soignants deviennent des experts dans ces nombreux domaines; au lieu de cela, concernant la santé mentale et le bien-être, l'accent devrait être mis sur les compétences pour établir des relations avec les résidents, communiquer efficacement avec les résidents et les familles, et pour être de fins observateurs des changements d'humeur et de comportement des résidents. L'expertise que les aides-soignants développent pour chaque résident doit être partagée et valorisée par les autres membres du personnel afin qu'ils puissent appliquer leurs connaissances professionnelles de manière appropriée.

Une revue systématique des publications a révélé que le personnel qui reçoit de l'information sur l'autonomisation, la communication et la prise de décision partagée (compétences et processus) a une capacité accrue à offrir des soins centrés sur la personne et la famille, tandis que les résidents obtiennent de meilleurs résultats cliniques et que leur satisfaction et leur perception quant à la qualité des soins sont accrues [21]. De plus, il existe de nombreuses preuves que la formation et l'éducation du personnel en soins centrés sur la personne ont des effets positifs sur le bien-être des résidents et du personnel [197], [198]. Une revue systématique de la formation du personnel en soins centrés sur la personne a démontré des répercussions positives de la formation sur les résidents atteints de démence [199] et facilite la mise en œuvre d'interventions efficaces ayant des répercussions positives sur les résidents et le personnel des établissements de soins de longue durée [200]. La capacité d'offrir des soins de qualité a augmenté de façon plus constante la qualité de vie des résidents, ce qui a pour effet d'augmenter la satisfaction du personnel au travail, de réduire le stress lié au travail et de réduire le roulement du personnel. Cependant, la capacité des fournisseurs de soins à traduire leurs connaissances en

pratique est influencée par des facteurs organisationnels tels que les niveaux de dotation en personnel, la charge de travail, la rémunération et les avantages sociaux, le leadership, les occasions de formation, le climat de travail et la communication avec la direction [165]. Lorsque les aides-soignants ont reçu plus que les heures de formation prévues par les règlements (ce qui laisse supposer un soutien de la direction), il y a eu moins de dépression, moins d'événements indésirables, moins de douleur et moins de chutes avec blessures chez les résidents [198].

Les publications indiquent clairement que l'éducation continue et la formation des professionnels de la santé liés à la compréhension de la démence sont nécessaires à la mise en œuvre des meilleures pratiques dans le domaine des soins de personnes atteintes de démence et qu'un manque dans ces occasions peut entraîner une prévalence accrue des SCPD et des résultats négatifs en découlant [84]. Certaines données montrent que les programmes de formation sur la démence les plus efficaces combinent des stratégies de diffusion d'information en ligne, de formation en personne, de supervision continue en personne et de rétroaction [201].

Le programme de formation STAR (formation du personnel en résidence assistée) sur les soins de la démence fondé sur des données probantes a démontré une réduction significative des SCPD chez les patients atteints de démence résidant dans un milieu de vie assisté et s'applique aux établissements de soins de longue durée [202]. Il existe des données prouvant que la formation initiale et les protocoles cliniques structurés diminuent avec succès les comportements des SCPD, mais seulement s'ils sont combinés à une formation continue et à un soutien clinique [203].

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la majorité des résidents (76 %) dans les établissements de soins de longue durée souffrent d'un trouble mental ou de la maladie d'Alzheimer et d'une démence connexe, souvent avec des comorbidités physiques, qui ont ensemble une incidence sur leurs aptitudes sociales, leurs capacités fonctionnelles, leurs capacités mentales et leurs comportements, ainsi que sur leurs besoins en ressources de santé [1]. De plus, ces résidents présentent également des taux plus élevés de comportements agressifs ou perturbateurs [204].

Bien que la formation en soins centrés sur la personne et en soins pour les personnes atteintes de démence ait des effets positifs sur les SCPD, il est également essentiel que le personnel en première ligne soit formé en maladie mentale gériatrique, y compris sur les moyens d'identifier les troubles de santé mentale et d'y répondre, mais cette formation n'est pas souvent disponible [201].

Le personnel des établissements de soins de longue durée a déterminé que les éléments suivants sont nécessaires pour travailler avec une maladie mentale grave et persistante (MMGP) et pour susciter l'espoir et la responsabilisation chez les résidents atteints d'une MMGP [205]:

- Avoir plus de connaissances sur la MMGP;
- Améliorer les interactions avec le personnel et la communication avec les résidents atteints de MMGP;
- Réduire la stigmatisation de la maladie mentale chez le personnel; et
- Prendre soin des résidents atteints de MMGP en plus des résidents atteints de démence et d'autres diagnostics dans un milieu de soins de longue durée.

La formation sur la MMGP pour les aides-soignants qui met l'accent sur les soins, la compassion, les stratégies pour une communication efficace et thérapeutique, et des principes de gestion comportementale ont démontré des résultats positifs pour le personnel et les résidents. À la suite d'une formation en ligne sur la MMGP et le rétablissement, les aides-soignants ont rapporté des effets positifs sur leur attitude à l'égard de la MMGP et sur leur confiance en eux pour prendre soin de ces personnes [206]. Un programme de formation de six semaines destiné au personnel de soutien dans les foyers de groupe pour les personnes atteintes d'une maladie mentale chronique a également entraîné une amélioration des soins, comme en témoigne la réduction du nombre total de rapports d'incident et des résultats prédéfinis des plaintes relatives aux bénéficiaires, des appels d'urgence et des hospitalisations psychiatriques [207].

Il a été démontré que les programmes d'éducation et de formation en matière de maladie mentale gériatrique qui utilisent les principales caractéristiques de réussite encouragent le changement dans la pratique.

Cependant, leur succès dépend de l'engagement de l'administration de l'établissement des soins de longue durée envers de tels programmes, l'offre au personnel de l'occasion de participer à ces programmes et d'intégrer les nouvelles connaissances dans la pratique. Les caractéristiques suivantes ont été identifiées comme étant les principales caractéristiques de l'éducation et de la formation efficaces en santé mentale gériatrique dans les soins de longue durée [184] :

- Le contenu du programme doit être conçu en tenant compte de l'auditoire visé, en fonction de ses besoins évalués et pertinents pour les besoins des résidents des établissements de soins de longue durée.
- Le matériel éducatif et de formation devrait intégrer la philosophie des soins qui font l'objet d'une promotion dans le cadre des soins de longue durée.
- Le leadership et l'engagement organisationnels sont essentiels au maintien de l'apprentissage et au transfert des connaissances dans la pratique.
- La formation devrait être offerte dans l'ensemble de l'établissement.
- La formation devrait être donnée par des personnes qualifiées possédant une expertise et de l'expérience dans le travail avec des personnes âgées atteintes d'une maladie mentale, y compris la démence.
- Les séances de formation devraient avoir lieu à des moments qui conviennent à l'auditoire visé.
- Le contenu devrait être divisé de manière à faciliter les cours interactifs avec des séances courtes et régulières qui peuvent être répétées.
- Les employés peuvent être encouragés à adopter un comportement plus positif en suivant des activités comme une formation en ligne et en utilisant des feuilles de conseils indiquant les éléments essentiels.
- Une personne-ressource spécialisée en éducation et en formation peut accroître la pérennité des programmes.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a élaboré un certain nombre de lignes directrices nationales sur les meilleures pratiques [208] qui peuvent faciliter les soins fondés sur des données probantes donnés aux personnes âgées en lien avec la dépression, le délire, la démence, la prévention du suicide, la toxicomanie et la dépendance. Ces lignes directrices comprennent des recommandations pharmacologiques et non pharmacologiques fondées sur des données probantes. Un projet d'action participative visant à mettre en œuvre les lignes directrices dans les établissements de soins de longue durée [209] a identifié des répercussions positives sur la capacité du personnel à prendre soin des résidents présentant des troubles de l'humeur et du comportement [24]. Des améliorations ont été signalées quant à la satisfaction professionnelle, à la direction et aux ressources en milieu de travail, ainsi qu'à la collaboration interprofessionnelle, au travail d'équipe, au soutien et à la communication. Les employés ont également déterminé qu'ils étaient plus à l'aise à l'idée d'être appréciés et qu'ils étaient plus confiants à l'égard de leurs propres contributions.

Pendant la pandémie, il y a eu un intérêt et une urgence accrus pour les approches technologiques visant à répondre aux besoins de formation des fournisseurs de soins. Un informateur clé [210] a décrit un programme de formation en ligne sur les soins cliniques du CARI de l'Ontario, conçu pour les professionnels de la santé et qui a été redéployé pour les soins aux résidents des établissements de soins de longue durée pendant la crise de la COVID-19, qui s'est avéré être un outil éducatif efficace [211]. Le CARI de l'Ontario a également mis au point avec succès un programme d'orientation pour le personnel en première ligne des établissements de soins de longue durée afin d'accroître l'orientation sur place [212]. Certaines parties du programme sont effectuées individuellement tandis que d'autres offrent l'occasion d'interagir et de donner une rétroaction. Les jeux vidéo et d'autres stratégies novatrices soutenant le contenu fondé sur des données probantes sont utilisés pour maximiser l'apprentissage.

Pour conclure, les besoins des résidents d'établissements de soins de longue durée et d'autres établissements de soins résidentiels pour des soins de qualité, y compris le soutien de leur santé mentale, de leur bien-être et de leur qualité de vie, sont indiscutables. Pour les combler, il faut du personnel bien formé et bien soutenu qui possède un large éventail de compétences, de connaissances et d'expertise, au-delà de l'étendue des aides-soignants ou d'une seule discipline. Une équipe multidisciplinaire complète qui valorise et combine les forces, les compétences et les connaissances variées de chaque membre, et qui consulte à l'extérieur de



« Pendant la pandémie, il y a eu un intérêt et une urgence accrus pour les approches technologiques visant à répondre aux besoins de formation des fournisseurs de soins. »

l'équipe au besoin, est essentielle pour soutenir les aides-soignants et se soutenir les uns les autres, afin de répondre aux besoins des résidents. La capacité d'offrir des soins relationnels constants et bien informés aux résidents repose sur une main-d'œuvre stable soutenue par des dirigeants qui habilitent leurs employés et organisent leur travail afin qu'ils aient le temps de connaître les résidents et d'adapter les soins aux besoins uniques de chacun. Un personnel bien formé et responsabilisé, avec un nombre suffisant de membres et qui est soutenu par un leadership positif, facilitera le recrutement et le maintien de l'effectif, ce qui favorisera des soins constants et relationnels qui favorisent le bien-être des résidents, des familles et du personnel.

4.4.7 Politiques et pratiques pour soutenir la santé mentale et le bien-être

4.4.7.1 Portée de la politique

Les établissements de soins en hébergement communautaire sont intégrés dans un amalgame de politiques juridiques, réglementaires et autres qui se rapportent au financement, aux conditions de travail, à l'accessibilité, à la responsabilité face aux soins et aux fonds publics, etc. Tous ces facteurs influencent le fonctionnement des établissements de soins communautaires, mais ils dépassent le cadre de ce rapport. Ici, nous ne considérons que les politiques et les pratiques au niveau de l'établissement ou de l'organisation en lien avec leur influence sur la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents.

4.4.7.2 Principes centrés sur la personne : un guide pour les politiques et les pratiques

Les soins centrés sur la personne ont été reconnus comme étant le pilier du changement culturel dans les soins de longue durée et comme étant une approche pour suivre les meilleures pratiques et offrir des soins de qualité [149]. Bien connaître le résident signifie que ses besoins et ses préférences liés à diverses identités seront reconnus et respectés à l'aide de soins relationnels offerts par un effectif de première ligne qui est adéquatement diversifié, en nombre suffisant, bien formé et bien soutenu. Intégrés dans un environnement social et physique positif, les principes des soins centrés sur la personne peuvent encadrer des politiques et des pratiques qui favorisent et soutiennent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents diversifiés, ainsi que le bien-être de leurs familles et de leurs fournisseurs de soins.

De multiples stratégies sont nécessaires pour créer une culture centrée sur la personne dans les organisations, avec le résident et sa famille au cœur de la refonte [213]. Des stratégies prometteuses ont été proposées pour lancer des innovations centrées sur la personne : (1) leadership efficace; (2) motivation interne et externe face au changement; (3) mission organisationnelle claire et constante; (4) stratégie organisationnelle harmonisée; (5) capacité organisationnelle solide; (6) rétroaction continue et apprentissage organisationnel [214].

Un informateur clé et un chef de file en changement de culture [215] confirme que les dirigeants jouent un

rôle central dans la création et le maintien d'une culture axée sur les relations qui soutient l'innovation, et qu'ils doivent être en mesure de projeter une vision claire qui inspire et motive le personnel et qui se présente comme le modèle du changement. De plus, la mission organisationnelle doit être claire et refléter les valeurs, les croyances et les normes du changement de culture. Dans les établissements de l'informateur, les principes et les valeurs de l'énoncé de mission sont explicitement soulevés lors de la supervision du personnel, des réunions d'équipe et de la planification, et toute formation externe offerte au personnel est encadrée par l'énoncé de mission avant sa mise en œuvre. La stratégie organisationnelle est dictée par la mission qui façonne tous les objectifs, les politiques et les actions de l'organisation, qui à son tour crée une culture centrée sur la personne qui habilite les résidents et le personnel.

La mise en œuvre réussie de modèles de soins centrés sur la personne nécessite un bon leadership et une gestion stable, un travail d'équipe solide, des systèmes de communication efficaces et un investissement dans la formation et l'éducation du personnel sur le changement de culture [216]. La RNAO déclare que l'établissement d'une culture centrée sur la personne signifie que les organisations doivent assumer la responsabilité de ce qui suit [21] : (1) créer des environnements qui illustrent la valeur des partenariats et des pratiques respectueux centrés sur la personne et sa famille, et qui permettent aux fournisseurs de soins d'utiliser leurs connaissances, leurs compétences et leurs aptitudes; (2) assurer la continuité du personnel pour favoriser des relations thérapeutiques cohérentes; (3) permettre la participation et la rétroaction de tout le personnel (y compris les bénévoles) en ce qui concerne la qualité, la conception et le flux de travail des soins et des services; (4) veiller à ce que les ressources soient disponibles pour l'éducation et le mentorat continus du personnel dans les soins centrés sur la personne et sa famille, et améliorer leurs compétences et leur capacité à prodiguer de tels soins en pratique; (5) apporter des améliorations organisationnelles fondées sur les résultats de la surveillance, de la collecte et de l'évaluation des données sur l'expérience des personnes en matière de soins et de services; (6) intégrer les attentes en matière de soins centrés sur la personne et sa famille dans les révisions de politiques, l'élaboration de procédures, les pratiques d'embauche et les évaluations de rendement de l'organisation.

4.4.7.3 Rôle du résident et de sa famille dans les politiques et les pratiques

Les résidents et leurs familles, bien qu'ils soient directement concernés par les politiques et les pratiques de leur résidence, ont généralement peu de voix dans les établissements. Le fait de pouvoir s'exprimer sur les politiques et les pratiques des établissements de soins de longue durée qui les concernent responsabilise les résidents et les familles et augmente la probabilité que les politiques et les pratiques facilitent leur bien-être et leur qualité de vie. En Alberta, contrairement à la plupart des provinces, la loi exige que les établissements de soins résidentiels agréés soutiennent le développement et l'entretien de conseils des résidents et des familles [217].

Les conseils de résidents sont un moyen potentiel pour les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée d'influencer les processus de prise de décision qui reflètent leurs désirs et leurs besoins, ce qui contribuerait à l'élaboration d'une « voix et d'une autonomisation collective [218] ». Les résultats d'une étude qualitative qui a retenu les services de groupes de résidents dans sept établissements pour déterminer des éléments à améliorer ont permis d'identifier les sujets suivants : avoir un sentiment de communauté, se sentir à la maison, avoir des contacts sociaux entre les résidents, avoir une indépendance, maintenir ses loisirs et son mode de vie, maintenir des relations interpersonnelles entre les résidents et les soignants, être informé, se sentir en sécurité au sein de l'établissement de soins de longue durée et apprécier la nourriture [219]. En Hollande, où les conseils de résidents ont un droit légal de conseiller l'organisation sur des questions qui les concernent, des études ont démontré que leur influence réelle est limitée [220]. Les résidents ont une perspective unique et précieuse sur les établissements de soins de longue durée, et leurs connaissances expérientielles devraient participer à l'amélioration des pratiques. Pour ce faire, il faut des structures institutionnelles, un soutien de la direction et la volonté d'apporter des changements en fonction des commentaires du conseil des résidents.

Les conseils de familles sont des groupes composés de membres de la famille (y compris des amis) ayant pour principal objectif de protéger et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant dans des établissements

de soins de longue durée. Certaines provinces, comme l'Alberta, exigent des conseils de familles dans les établissements de soins de longue durée, tandis que d'autres ne le font pas. Un sondage interdisciplinaire auprès d'administrateurs d'établissements de soins de longue durée de la Colombie-Britannique a permis de déterminer les avantages des conseils de familles comme une meilleure communication entre le personnel et les familles, un soutien par les pairs et une assistance collective [221]. Ces participants ont identifié le manque d'intérêt, la tendance à se concentrer sur les plaintes individuelles et la nature transitoire des familles comme des obstacles à la formation et au maintien des conseils de familles. Un informateur clé, président d'une association provinciale de conseils de familles, a reconnu ces obstacles, mais a ajouté que ce ne sont pas tous les établissements qui encouragent la création ou l'activité des conseils de familles, et qu'ils sont parfois codirigés par les exploitants [222]. Cet informateur a souligné l'exclusion unilatérale de la famille des établissements de soins de longue durée pendant la crise de COVID-19 comme preuve du manque d'influence des familles sur les politiques des établissements de soins de longue durée qui les concernent. Il préconise une association provinciale de conseils de familles ayant une ligne de communication directe avec le bureau du ministre de la Santé. L'Office of the Seniors Advocate de la Colombie-Britannique recommande le soutien des conseils de familles dans les établissements de soins de longue durée en tant que défenseurs et surveillants [164]. Les chercheurs recommandent d'améliorer l'accessibilité, le partage d'information et la raison d'être des conseils de familles pour améliorer l'engagement familial et étendre leur voix [221]. Les conseils de familles peuvent être avantageux pour les membres de la famille en améliorant leur expérience et leur lien avec un établissement, grâce à l'éducation, au soutien des pairs et à des occasions de développement communautaire [223].

4.4.7.4 Lignes directrices pour l'élaboration des politiques et des pratiques relatives à la santé mentale

Étant donné que la majorité des résidents des établissements de soins de longue durée sont des personnes âgées et ont un problème de santé mentale ou sont à risque d'un tel problème, les politiques et les pratiques du système doivent refléter cette réalité en incluant ceux qui ont de l'expérience dans les comités consultatifs et de planification des gouvernements et des organisations nationales pertinentes. La CCSMPA a défini les principes suivants pour promouvoir et soutenir la santé mentale et le bien-être de ces résidents présentant une maladie mentale ou étant à risque d'en avoir une, y compris les SCPD :

- Les résidents devraient recevoir des soins personnalisés en fonction des directives et des préférences des résidents, dans la mesure du possible.
- Les liens familiaux devraient être respectés, et les familles considérées comme des partenaires de soins.
- Les soins devraient se concentrer sur les forces du résident et réduire au minimum les répercussions sur ses limites.
- Les soins devraient tenir compte des besoins physiques, mentaux, sociaux et spirituels du résident.
- Le personnel devrait recevoir une éducation et une formation continues pour prodiguer des soins éclairés et compétents.
- Un environnement favorable et utile devrait être créé pour répondre aux besoins changeants des résidents.
- Une culture de bienveillance devrait être élaborée et donner la priorité à la qualité de vie.
- Les stratégies de prévention de la maladie mentale devraient être intégrées à la programmation et comprises dans les programmes de formation pour le personnel et les familles. [209]

Les exploitants des établissements de soins de longue durée peuvent utiliser *l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés* [224] pour déterminer dans quelle mesure leurs politiques et programmes favorisent et soutiennent la santé mentale des résidents. L'Outil d'évaluation, un cadre analytique éclairé par des données académiques et expérimentales, peut être utilisé pour évaluer les politiques actuelles et prévues. De plus, pour soutenir le développement d'une approche complète, intégrée, fondée sur des principes et sur des preuves afin de répondre aux besoins en santé mentale des résidents, les Lignes directrices relatives à la *planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens* [39] de la Commission de la santé mentale du Canada peuvent être utilisées. Les

recommandations formulées peuvent s'appliquer aux personnes âgées vivant avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale, et aux personnes à risque d'en développer une, dans tous les milieux de soins communautaires résidentiels.

4.4.7.5 Diversité culturelle dans les politiques et les pratiques

Il existe une grande diversité dans la race, l'origine ethnique, la religion, la spiritualité, la langue, la capacité, l'identité sexuelle, l'expression sexuelle, l'orientation sexuelle et le statut socioéconomique des résidents des établissements de soins en hébergement communautaire, ainsi que de ceux qui offrent des soins [225], ce qui rend essentiel au bien-être de chacun que ces milieux soient inclusifs et permettent l'affirmation de soi. Soutenir les résidents et leur famille de façon appropriée sur le plan culturel soutient les soins centrés sur la personne et dépend de la connaissance des résidents, de leurs antécédents et de la signification de leur identité.

Reconnaissant que les expériences en matière de soins peuvent être influencées par l'identité d'une personne et sa « compatibilité » dans le contexte d'un établissement de soins, le CARI de l'Ontario a conçu des ressources qui soutiennent la diversité et l'inclusion dans le but de développer la capacité d'une main-d'œuvre et de favoriser les soins centrés sur la personne. *Embrasser la diversité : La Trousse pour appuyer l'inclusion dans les foyers de soins de longue durée* [226] met l'accent sur sept domaines d'impact que les foyers peuvent améliorer, comme la culture organisationnelle, l'éducation et la formation des employés, ainsi que l'engagement des résidents et des membres de la famille. Elle comprend des ressources pour la réflexion personnelle sur les préjugés implicites conçues pour être utilisées par des personnes, ainsi que des outils à l'échelle de l'organisation pour évaluer les forces et les points à améliorer d'un établissement, et un guide sur les façons de rendre l'installation inclusive. Le guide comprend des exemples d'établissements qui célèbrent et honorent la diversité avec succès. De plus, reconnaissant le passé, l'expérience et les besoins uniques des résidents autochtones, le CARI de l'Ontario, en collaboration avec des organisations autochtones, a mené une évaluation des besoins et publié le rapport qui s'intitule : *Supporting Indigenous Culture in Ontario's Long-Term Care Homes: Needs Assessment and Ideas for 2017–18* [159], qui décrit les besoins et les problèmes avec des suggestions sur la façon de les résoudre. Le rapport souligne que le traumatisme historique, la modification des structures sociales, les services fragmentés en raison de problèmes juridiques et souvent la distance avec la famille ou les communautés où il vivait auparavant constituent tous des points de tension des résidents. De plus, le rapport souligne l'importance de reconnaître que de nombreuses personnes âgées autochtones sont allées dans des internats et que l'impact négatif de cette expérience peut être déclenché lorsqu'ils emménagent dans un établissement de soins de longue durée.

Une organisation compétente sur le plan culturel accepte et respecte les différences dans les différents groupes et entre eux [225]. La réactivité culturelle va au-delà de cela pour refléter le jeu interculturel entre les personnes qui apportent leur propre réalité ethnoculturelle à l'interaction et qui exigent que le personnel soit attentif et qu'il soit connecté à plusieurs aspects de la composition culturelle d'une personne. La sécurité culturelle intègre l'idée de structures de pouvoir et met moins l'accent sur les avantages de la sensibilisation et de la sensibilité interculturelles et mise plus sur les risques associés à leur absence [227]. Des pratiques non sécuritaires sur le plan culturel ont été définies comme suit : « toute action qui diminue, rabaisse ou met en situation de faiblesse l'identité culturelle et le bien-être d'une personne » [159, p. 9]. *La sécurité culturelle* est alignée sur les modèles de changement de culture centrés sur la personne qui visent à aplanir la hiérarchie dans les établissements de soins de longue durée et à habiliter les résidents et le personnel soignant.

4.4.7.6 Protéger les résidents contre la stigmatisation, la discrimination, l'abus et la négligence

Stigmatisation et discrimination

L'âgisme se produit au niveau individuel sous forme de stéréotypes sur le vieillissement (qui peuvent être internalisés ou entraîner une discrimination à l'égard des autres en fonction de leur âge) et dans les politiques et la structure des services qui privent les personnes âgées d'occasions et de ressources [228]. Un représentant d'une organisation nationale

de personnes âgées confirme que l'âgisme est évident dans les ressources inadéquates allouées aux soins des personnes âgées les plus vulnérables de notre société, celles qui vivent dans les établissements de soins de longue durée. Un commentaire écrit par plus de 20 chercheurs internationaux dans le domaine du vieillissement indique que la COVID-19 a mis de l'avant l'âgisme, les personnes âgées étant mal représentées et sous-évaluées dans le cadre de l'évolution publique entourant la pandémie [13]. Ils identifient les problèmes de documentation des décès des personnes âgées, le manque de préparation à une telle crise dans les établissements de soins de longue durée, la façon dont certaines politiques de « protection » peuvent être considérées comme de la condescendance et la façon dont la perception initiale du public était que le virus était vraiment un problème pour les personnes âgées. Un informateur clé (un sociologue) suggère que la déconstruction des mythes liés au vieillissement (p. ex., la démence est une partie normale du vieillissement) fasse partie de l'éducation et de l'orientation de tous les fournisseurs de soins de santé dans des établissements de soins de longue durée [229].

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont souvent stigmatisées dans les milieux de soins de santé et signalent souvent qu'elles se sentent dévaluées, rejetées et déshumanisées par les professionnels de la santé avec qui elles sont en contact [230]. La CSMC dispose de matériel éducatif sur la lutte contre la stigmatisation qui pourrait être utilisé auprès du personnel des établissements de soins de longue durée pour réduire la stigmatisation. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, l'éducation est efficace pour améliorer les connaissances et les attitudes du personnel soignant à l'égard des maladies mentales graves [206].

Un informateur clé de la communauté LGBTQ2S+ a signalé que certains de ses membres se sentaient discriminés dans des établissements de soins en hébergement communautaire, ce qui les a conduits à s'isoler eux-mêmes. L'informateur a suggéré que les établissements élaborent et mettent en œuvre des politiques pour le personnel et les résidents pour protéger les personnes LGBTQ2S+ contre l'hostilité et la discrimination anti-LGBTQ2S+. De plus, il est recommandé qu'une interprétation claire de « famille » et de « partenaire(s) », qui comprend pleinement et explicitement les familles et partenaires choisis de la communauté LGBTQ2S+, soit adoptée par les établissements. Dans la ville de Toronto, le CARI pour les foyers et les services de soins de longue durée a mis au point la trousse d'outils *LGBT Tool Kit: Creating Lesbian, Gay, Bisexual and Trans Inclusive and Affirming Care and Services,* conçue pour permettre aux organisations de soins de longue durée de devenir socialement et culturellement compétentes [231].

Abus et négligence

Le groupe de travail sur les soins de longue durée de l'Ontario sur les soins et la sécurité des résidents [232] a affirmé que les facteurs contribuant à l'abus et à la négligence des résidents des établissements de soins de longue durée pourraient être atténués si les établissements adoptaient des soins centrés sur la personne qui reconnaissent le caractère unique de chaque résident et si les établissements développaient une culture saine au travail qui reconnaît l'importance du bien-être émotionnel des employés.

Les personnes âgées qui subissent de l'abus et de la négligence sont confrontées à des problèmes de santé mentale et de qualité de vie. Les conséquences comprennent un traumatisme physique, une diminution de l'estime de soi et de la dignité, un sentiment d'insécurité et même un risque accru de décès précoce [233].

Les mauvais traitements des personnes âgées, y compris l'abus et la négligence, font référence à des actions et/ou des comportements, ou à un manque d'actions et/ou de comportements qui causent des dommages ou entraînent des risques de blessures dans le cadre d'une relation de confiance, dont la fréquence dans les établissements de soins en hébergement communautaire demeure inconnue, bien qu'il y ait des recherches qui suggèrent que ce n'est pas rare [234]. On croit que les pénuries de personnel chroniques et l'incapacité à répondre aux besoins de plus en plus complexes des personnes âgées contribuent à l'abus et à la négligence dans les établissements institutionnels. Pendant la pandémie, la négligence grave et l'abus à l'encontre des résidents ont été documentés par les Forces armées canadiennes en Ontario et au Québec [235], [236].

La RNAO a élaboré des lignes directrices sur les meilleures pratiques dans son document intitulé : *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches* [234]. Ces pratiques traitent des blessures infligées aux personnes âgées par la violence physique, la violence émotionnelle et psychologique, l'abus sexuel, l'abus/l'exploitation financière et la négligence. Les lignes directrices comprennent :

- Recommandations de pratique pour les infirmières et autres professionnels de la santé qui prodiguent des soins directs aux personnes âgées et à leurs familles dans des milieux communautaires et institutionnels;
- Recommandations de formation destinées aux personnes responsables de la formation du personnel, comme les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement; et
- Recommandations relatives aux politiques, à l'organisation et aux systèmes pour les gestionnaires, les administrateurs, les responsables des politiques, les organismes de réglementation en soins infirmiers et les organismes gouvernementaux.

Les soins liés à un trauma connu peuvent être bénéfiques aux résidents qui ont infligé ou subi de la violence et de la victimisation dans leur vie, ce qui n'est pas rare chez les populations marginalisées, par exemple les populations autochtones, d'autres personnes faisant partie des communautés racialisée, immigrée ou LGBTQ2S+, et celles qui vivent avec une maladie mentale grave et persistante [237]. Les principes fondamentaux d'un traumatisme sont les suivants [238] :

- Sécurité – sur le plan émotionnel et physique, p. ex., l'environnement est-il accueillant?
- Confiance – le service est-il sensible aux besoins des gens?
- Choix – offrez-vous des occasions de faire un choix?
- Collaboration – communiquez-vous l'idée d'« amener la personne à le faire » plutôt que de « forcer la personne à le faire »?
- Responsabilisation – est-ce que l'habilitation des employés est une priorité?
- Respect de la diversité – respectez-vous la diversité sous toutes ses formes?

Le personnel soignant qui offre des soins directs peut découvrir un traumatisme dans sa relation avec un résident et devrait être formé pour identifier un traumatisme historique, répondre adéquatement à la révélation et aviser le travailleur social de l'établissement pour un suivi.

4.4.7.7 Habiliter et soutenir le personnel

Les principes des meilleures pratiques, fondés sur des données probantes, peuvent soutenir les travailleurs de première ligne dans les établissements de soins de longue durée et dans d'autres contextes. Les principes, comme ceux énumérés ci-dessous, permettront au personnel d'offrir des soins de qualité et de favoriser le bien-être et la qualité de vie des résidents atteints de démence [165] :

- Les niveaux de dotation en personnel et le mélange devraient être adéquats pour permettre des soins appropriés en tout temps, de jour comme de nuit.
- Le personnel devrait être suffisamment formé pour tous les aspects des soins centrés sur la personne et de la démence.
- Les employés devraient être adéquatement rémunérés pour leur travail précieux.
- Les employés devraient travailler dans une atmosphère de soutien qui reconnaît leur contribution.
- Des environnements de travail améliorés permettront de réduire le roulement du personnel.
- Le personnel devrait avoir l'occasion de faire progresser sa carrière.
- Le personnel devrait être autorisé à travailler avec les familles.

Ces principes sont harmonisés avec les pratiques prometteuses tirées d'une étude de pratiques menée dans six pays et dans 25 établissements de soins résidentiels qui répondent aux critères suivants : traiter les résidents et les fournisseurs avec dignité et respect; comprendre les soins comme une relation; et tenir compte des différences et de l'équité. Les chercheurs ont conclu que les relations de soins sont essentielles

pour traiter les résidents, le personnel et les familles avec dignité et respect, et que les éléments suivants sont essentiels pour promouvoir et maintenir les soins en tant que relation : personnel adéquat et mélange de personnel approprié; main-d'œuvre stable; temps adéquat; normes appliquées de manière efficace; formation et éducation appropriées; conditions de travail appropriées; système intégré; et tolérance à certains risques. D'après leur travail, les chercheurs ont publié des idées qui peuvent inspirer le changement dans les établissements de soins de longue durée [116].

4.4.7.7.1 Prévenir et gérer la violence en milieu de travail

La violence, le harcèlement et l'intimidation ne sont pas rares dans les établissements de soins de santé : Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario a constaté que 68 % (en 2000) des travailleurs en première ligne avaient été physiquement agressés l'année précédente, que 86 % avaient été victimes de violence verbale et que 42 % avaient été victimes d'agression ou de harcèlement sexuel [239]. Tel que décrit dans le document *Preventing Violence, Harassment, and Bullying against Health Workers* [240] de la RNAO, les conséquences de la violence en milieu de travail pour les travailleurs comprennent :

- Des blessures physiques;
- Des conséquences psychologiques comme le trouble de stress post-traumatique, l'hypervigilance, l'irritabilité, les difficultés à se concentrer, les troubles du sommeil, la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel;
- Des conséquences émotionnelles, comme la colère, la tristesse, la peur et la méfiance; et
- Un risque accru de problèmes de santé mentale et somatique, comme l'anxiété et la dépression, les idées suicidaires, les maux de tête et les troubles du sommeil en raison de l'intimidation prolongée et persistante.

La RNAO comprend des pratiques exemplaires dans ses lignes directrices qui peuvent être utilisées dans les établissements de soins en hébergement communautaire. Les lignes directrices mettent l'accent sur les outils et les stratégies d'évaluation des risques, les politiques, les procédures, les exigences et les responsabilités organisationnelles; les approches et stratégies éducatives, les stratégies et outils de mise en œuvre pour les organisations et critères d'évaluation [240].

En somme, la mise en œuvre de politiques et de pratiques qui soutiennent les résidents et le personnel dans le cadre de soins centrés sur la personne fondés sur des principes est faisable, et bon nombre d'entre elles ne sont pas coûteuses (p. ex., philosophie, protection des résidents et du personnel, valorisation du personnel, leadership efficace), mais elles exigent une vision et un engagement. De plus, la mise en œuvre de pratiques sécuritaires sur le plan culturel et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination seraient avantageuses pour les résidents, leur famille et le personnel à un coût minime. Permettre aux résidents et aux familles de partager leurs expériences vécues et leurs opinions sur les politiques qui les touchent par l'intermédiaire de conseils de résidents et de familles accroîtrait la transparence et la fiabilité d'un établissement.

5 Limites

Il existe un certain nombre de mises en garde sur la généralisation des résultats de recherche et des recommandations dans ce rapport qui doivent être prises en considération. La majorité des publications de recherche consultées concernent les établissements de soins de longue durée avec d'autres arrangements (où les recherches existent) déployés dans la collectivité. Cela est en partie dû à l'absence de définitions communes ou d'un langage commun pour les établissements de soins en hébergement communautaire partout au pays. Les principes et la philosophie de la promotion de la santé mentale et des soins centrés sur la personne, ainsi que de nombreuses recommandations sur la création de milieux physiques et sociaux qui soutiennent la santé mentale et le bien-être, pourraient toutefois s'appliquer à tout environnement de soins communautaires résidentiel. Certaines des discussions et recommandations relatives aux environnements de travail favorables et à la formation du personnel peuvent également être pertinentes dans tous les contextes, en tenant compte de l'hétérogénéité des employés, du nombre d'effectifs et de la façon dont l'établissement est organisé.

La plupart des publications de recherche concernent les personnes atteintes de démence, tout comme les publications portant sur les familles et les professionnels de la santé. Dans de nombreux cas, ces recommandations pourraient également être bénéfiques pour la population de soins résidentiels plus vaste, mais chaque recommandation doit être évaluée pour déterminer les effets non voulus sur les personnes non atteintes de démence.

Dans les publications consultées, on accorde peu d'attention à l'intersectionnalité de l'âge, de l'orientation sexuelle, de la race, de l'identité ethnique/raciale, des maladies mentales et d'autres différences, limitant la généralisation à des populations particulières. L'effet de chacune de ces intersections et de ses interactions sur les résidents doit être pris en considération avant d'appliquer les recommandations. Très peu de données ont été recueillies sur différentes populations dans des établissements de soins résidentiels, et il y a des lacunes dans les publications de recherche sur leurs besoins ou la façon dont ils sont satisfaits. C'est le cas des membres de la communauté LGBTQ2S+, des gens d'une autre ethnie ou race, des jeunes adultes, des personnes avec une déficience intellectuelle/développementale ou une fonction cognitive intacte, et des populations autochtones. Plus de consultations seraient nécessaires pour élaborer des recommandations spécifiques à chaque groupe. Néanmoins, les principes de la promotion de la santé mentale, des soins centrés sur la personne et de la sécurité culturelle pourraient servir à évaluer la pertinence des recommandations faites et à les adapter au besoin.

6 Conclusion

Le système de soins communautaires résidentiels, et en particulier les soins de longue durée, a besoin d'une réforme, comme en témoignent les nombreuses faiblesses et lacunes structurelles révélées par la pandémie de COVID-19. Les conditions et les problèmes exposés ne sont pas propices au soutien de la santé mentale et du bien-être des diverses populations de résidents vulnérables aux besoins complexes qui vivent dans des établissements de soins résidentiels. Chroniquement sous-approvisionnés par une main-d'œuvre instable et mal soutenue, souvent dans des institutions désuètes, de nombreux établissements avaient de la difficulté, même avant la COVID-19, à offrir des soins humains.

Les établissements ont le pouvoir de créer une culture qui favorise et soutient la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des personnes à qui ils prodiguent des soins. Un environnement social positif – sans doute la stratégie la plus puissante – soutenu par des soins relationnels centrés sur la personne – est possible, à peu de frais, avec une direction engagée qui permet au personnel en première ligne d'offrir des soins individualisés. De même, la création d'un milieu de travail favorable peut commencer par le respect, l'encouragement et la valorisation démontrée du personnel et des connaissances qu'il possède. Le changement de culture peut être facilité en intégrant les valeurs et les principes qui sous-tendent ce rapport aux énoncés de mission, aux plans stratégiques, aux ressources humaines et aux autres politiques des établissements de soins de longue durée, et être explicite auprès des résidents, de leurs familles et du personnel. Bien que certaines modifications puissent être apportées pour améliorer l'environnement physique, certains établissements peuvent nécessiter des ressources hors de leur budget. De même, certaines des interventions décrites pour renforcer les personnes et les relations nécessitent suffisamment de personnel et de compétences appropriées pour les mettre en œuvre, souvent indisponibles ou difficiles d'accès, surtout dans les régions rurales. Les responsables des gouvernements et des établissements ont tous deux la responsabilité de bâtir et de soutenir adéquatement une main-d'œuvre, en nombre suffisant et avec les compétences et les connaissances variées requises pour répondre aux besoins globaux et complexes de nos citoyens les plus vulnérables.

Plusieurs informateurs clés ont fait remarquer que la capacité des établissements de soins résidentiels à fournir des soins de qualité qui soutiennent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents repose dans une grande mesure sur les ressources publiques affectées aux soins des résidents, ce qui est ultimement une décision politique. Un informateur clé, un sociologue, a dit que les problèmes structuraux et systémiques mis en évidence par la COVID-19 étaient déjà bien connus et il espérait que la publicité obtenue pendant la pandémie motiverait le public à exiger plus de ressources du gouvernement pour apporter les

changements nécessaires. Un autre informateur clé (un gérontologue) a suggéré que le financement des soins de longue durée était faible parce que « nous disons que nous ne pouvons pas nous le permettre, car en tant que société âgiste, nous n'accordons pas la priorité à ces institutions ou ne valorisons pas les personnes atteintes de démence dans celles-ci » [114]. Un responsable de politiques interrogé a déclaré qu'il existait des preuves que les fonds publics versés à certains établissements de soins de longue durée ne sont pas dépensés en soins directs, mais plutôt en profit [108]. Cet informateur, ainsi que trois autres, a déclaré que pour améliorer les soins dans les établissements de soins de longue durée, le but lucratif doit être retiré, les exploitants doivent être davantage responsables des fonds publics et l'accent doit être mis fermement sur les soins, et non sur les profits. Un représentant de l'organisation nationale des personnes âgées a défendu l'idée de normes nationales pour les soins de longue durée en fonction des droits de la personne et des meilleures preuves disponibles pour les niveaux de dotation minimum obligatoires et la combinaison, avec la responsabilité et les mesures d'application pour aider les exploitants d'installations à se conformer [241].

La COVID-19, en exposant les défauts dans la façon dont les soins communautaires résidentiels sont fournis, nous a également donné un plan et une occasion de mettre en œuvre des changements qui permettront aux établissements de soins de longue durée et aux autres établissements de soins résidentiels de devenir des lieux où s'épanouir et où le personnel est enthousiaste de travailler.

> « Un plan d'action clair et prévisible est nécessaire à l'avenir. Il est raisonnable de penser que chaque pandémie soit différente, mais l'adaptation constante rend plus difficile pour le personnel de rester concentré sur les résidents lorsqu'il ne faisait qu'endurer le changement. Je crois qu'il est essentiel qu'une meilleure stratégie pour prendre soin des résidents traumatisés et du personnel soit en place afin que les gens puissent maintenir une efficacité maximale. »
>
> **—Réponse au sondage pour les membres de la famille**

Tout ce dont vous avez besoin, c'est de vous engager à changer la culture et la volonté politique de fournir les ressources nécessaires à ce changement.



« Les recommandations fondées sur des données probantes formulées dans ce rapport sont basées sur des principes et des pratiques exemplaires qui (1) appuient la santé mentale et le bien-être de tous les résidents. »

Partie B : Considérations et recommandations découlant du rapport de recherche

1 Principes directeurs et meilleures pratiques

Les recommandations fondées sur des données probantes formulées dans ce rapport sont basées sur des principes et des pratiques exemplaires qui (1) appuient la santé mentale et le bien-être de tous les résidents, y compris ceux présentant une maladie mentale ou qui sont à risque d'en avoir une, y compris les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et des établissements de soins résidentiels similaires, le cas échéant, et (2) qui appuient la capacité du personnel à fournir des soins de qualité.

1. Les soins aux résidents et les pratiques organisationnelles devraient être guidés par les principes suivants qui favorisent et soutiennent la santé mentale et le bien-être des résidents :
   - Une culture de soins centrée sur la personne et basée sur la relation est mise en œuvre avec les ressources adéquates.
   - Les résidents reçoivent, en fonction de leurs directives et de leurs préférences, des soins personnalisés.
   - Les familles sont des partenaires de soins et leurs liens familiaux sont respectés.
   - Les soins minimisent l'impact des limites des résidents et se concentrent plutôt sur leurs forces.
   - Les soins tiennent compte des besoins physiques, mentaux, sociaux et spirituels du résident.
   - Un environnement favorable est créé pour répondre aux besoins changeants des résidents.
   - La détermination du programme et les programmes de formation pour le personnel et les familles comprennent des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention/gestion des SCPD.
2. Les principes des meilleures pratiques qui suivent devraient être mis en œuvre pour soutenir et permettre aux travailleurs en première ligne d'offrir des soins de qualité et de favoriser la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents :
   - Le personnel est suffisamment formé sur tous les aspects des soins centrés sur la personne.
   - Les niveaux de dotation en personnel et leur combinaison – de jour comme de nuit – sont adéquats pour permettre d'offrir des soins de qualité en tout temps.

- Une éducation et une formation continues sont offertes au personnel pour permettre des soins éclairés et compétents.
- La consultation de spécialistes (p. ex., santé mentale, douleur) est accessible.
- Le travail est organisé pour permettre au personnel d'établir des relations avec les résidents.
- Les milieux de travail et les dirigeants soutiennent et reconnaissent le personnel et leurs contributions.
- Les employés ont accès à des possibilités d'avancement professionnel.
- Le personnel a la possibilité de travailler avec les familles.
- Le personnel est adéquatement rémunéré.

2 Domaine d'application

Ce document d'orientation prend en compte les points suivants :

a. Mesures pouvant être prises dans les établissements de soins de longue durée canadiens et dans d'autres établissements de soins en hébergement communautaire;

b. Les recommandations visent à fournir des conseils à tous les paliers qui régissent les soins résidentiels; et

c. Les recommandations peuvent être mises en œuvre différemment dans divers contextes; toutefois, les principes sous-jacents et l'intention restent les mêmes.

3 Recommandations

Les recommandations fondées sur des données probantes suivantes, qui ont été tirées d'une analyse de la documentation de recherche et recherchées dans un objectif de promotion de la santé mentale, fournissent des conseils aux exploitants d'établissements pour améliorer l'expérience des soins de longue durée et le bien-être des résidents, de leurs familles et de ceux qui offrent des soins.

3.1 Environnement physique

Les exploitants d'installations devraient effectuer une vérification de l'environnement physique à l'aide de l'outil de vérification de l'environnement bâti (Built Environment Audit Tool)[5], et élaborer un plan d'action pour les modifications et les rénovations.

Les éléments de conception du bâtiment suivants devraient être intégrés aux établissements planifiés et à rénover, selon le cas :

a. Créer des unités/espaces pour de petits groupes de cohortes de résidents avec un personnel constant;

b. Fournir des chambres individuelles;

c. Éliminer les salles de bains partagées;

d. Fournir des espaces extérieurs accessibles, sécuritaires, avec des aires qui permettent de marcher tout en revenant à son point de départ;

e. Assurer un niveau adéquat de lumière de > 2000 lux;

f. Réduire le bruit provenant de l'extérieur et entre les pièces grâce à des stratégies acoustiques;

g. Offrir des salles de bains de style « comme à la maison » et des cuisines accessibles qui semblent familières;

h. Utiliser une technologie discrète pour plus de sécurité (p. ex., entrées codées, bracelets d'errance);

i. Minimiser le bruit (p. ex., sonneries d'appel silencieuses); et

j. Offrir une variété d'espaces qui offrent différentes ambiances, dimensions et fonctions.

Les éléments suivants devraient être intégrés à la conception ou à la décoration de l'établissement, selon le cas :

a. Faire participer les résidents, les membres de la famille et le personnel aux décisions de conception et de décoration des installations, à l'intérieur comme à l'extérieur;

b. Utiliser des repères visuels clairs pour soutenir l'orientation indépendante, comme de très grands noms sur les portes des résidents, des flèches pointant vers une image de nourriture pour la salle à manger;

5 Voir l'annexe C, Ressources pour appuyer la mise en œuvre des recommandations, pour une description et une référence.

c. Utiliser des couleurs et des images pour délimiter clairement les espaces selon les différentes utilisations – salle de bain, salle à manger;

d. Encourager les résidents et les familles à personnaliser leur espace pour favoriser la continuité de leur personnalité;

e. Favoriser le calme en utilisant la couleur;

f. Assurer un niveau élevé d'éclairage dans les aires publiques et dans les chambres des résidents;

g. Réduire les perturbations visuelles – éclairage antireflet, plancher mat;

h. Fournir des espaces extérieurs fermés accessibles et visibles de l'intérieur;

i. Utiliser la peinture, des murales ou des rideaux pour camoufler les portes.

3.2 Renforcer les personnes

3.2.1 Résidents

Les exploitants d'établissements et les fournisseurs de soins devraient permettre aux résidents de participer socialement avec les autres résidents, les membres de leur famille et leurs amis, le personnel et les bénévoles au moyen de stratégies telles que :

a. Repas de type familial;

b. Connexion par l'entremise de la technologie en fournissant de l'équipement et en aidant les résidents;

c. Visites par Zoom/Skype, par téléphone, et en personne;

d. Discussion et soutien de groupe sur Internet et soutien en personne; et

e. Interaction humaine facilitée avec la technologie servant d'appoint.

Les problèmes physiques suivants qui nuisent à la capacité ou au désir des résidents de participer socialement devraient être abordés par les fournisseurs de soins :

a. Gestion de la douleur;

b. Problèmes visuels – cataractes, nécessité de porter des lunettes;

c. Problèmes auditifs; et

d. Troubles du sommeil, y compris le sommeil diurne.

Un éventail de programmes sociaux et d'activités qui se sont avérés efficaces pour réduire la solitude chez les résidents devraient être mis en œuvre, en fonction des intérêts et des capacités des personnes :

a. Programmes d'expression créative – art, musique, narration;

b. Activité religieuse;

c. Exercice – marche, tai-chi;

d. Interaction avec des animaux de compagnie et des animaux robotiques;

e. Chorale;

f. Thérapie par le rire;

g. Loisirs/perfectionnement des compétences, comme le jardinage et l'écoute de la radio;

h. Thérapie de réminiscence; et

i. Thérapie horticole.

Les fournisseurs de soins devraient prendre en charge les SCPD, la dépression et d'autres maladies mentales à l'aide des mesures suivantes, le cas échéant :

a. Créer un environnement physique et social favorisant la santé mentale et le bien-être;

b. Offrir une formation initiale et continue au personnel sur la démence et les techniques de gestion du comportement afin d'améliorer les compétences en communication;

c. Assurer un dépistage régulier des maladies mentales;

d. Utiliser une approche de gestion comportementale complète, intégrée et pluridisciplinaire qui combine des interventions médicales, psychiatriques et infirmières;

e. Utiliser les médicaments appropriés lorsque les symptômes sont graves et persistants;

f. Fournir des conseils spécialisés en santé mentale au besoin;

g. Utiliser la cartographie de la démence;

h. Mettre en œuvre des interventions psychosociales adaptées aux préférences individuelles;

i. Favoriser un lien social, une participation et un engagement significatifs;

j. Fournir de la musique en fonction des préférences des résidents;

k. Favoriser l'exercice – tai-chi, marche; et

l. Mettre en œuvre des programmes thérapeutiques;

- **i.** Programme de réminiscence;
- **ii.** Musicothérapie;
- **iii.** Programme de réadaptation cognitive;
- **iv.** Thérapie d'adaptation aux problèmes;
- **v.** Thérapie cognitivo-comportementale.

3.2.2 Soignants familiaux

Les fournisseurs de soins devraient faciliter l'accès aux soins en personne, en groupe et avec la technologie afin de soutenir les soignants familiaux lors des transitions et de la détresse émotionnelle, à l'aide des moyens suivants :

a. Counseling/psychothérapie;

b. Interventions axées sur la pleine conscience;

c. Éducation sur la démence;

d. Groupes de psychoéducation; et

e. Formation sur les compétences en communication.

3.3 Renforcer les relations

3.3.1 Entre le personnel et le résident

Les exploitants d'établissements et les fournisseurs de soins devraient promouvoir et favoriser les interactions positives entre le personnel infirmier et les résidents, notamment :

a. Embaucher du personnel ayant des compétences interpersonnelles bien développées;

b. S'assurer que le personnel possède des aptitudes en communication et relationnelles efficaces nécessaires aux soins centrés sur la personne;

c. Offrir une formation continue sur les compétences relationnelles et en communication et sur les soins centrés sur la personne;

d. Fournir une formation et un soutien continus dans la gestion des SCPD;

e. S'assurer que les superviseurs, les politiques et la culture du milieu de travail permettent au personnel d'être présent et de s'identifier aux résidents – s'exercer à offrir des « soins lents »; et

f. S'assurer que le personnel a accès au soutien et au mentorat pour réduire les répercussions du stress.

3.3.2 Entre le personnel et la famille

Les exploitants d'établissements et les fournisseurs de soins devraient prendre les mesures suivantes pour promouvoir et soutenir des interactions positives entre le personnel infirmier et les membres de la famille :

a. Fournir une orientation dans l'établissement avant l'emménagement ou immédiatement après l'emménagement, qui comprend des renseignements sur les pratiques de soins, les routines et les politiques pertinentes, les moyens de communication, l'endroit où aller en cas de problème;

b. Offrir une formation continue au personnel sur la façon de comprendre l'expérience des membres de la famille en tant que soignants, de reconnaître leurs symptômes de deuil et d'interagir efficacement avec les familles et en tant que partenaires de soins;

c. Fournir aux membres de la famille des renseignements clairs et opportuns sur les changements dans la santé et le comportement de leur parent et dans leur plan de soins;

d. Faire participer les familles à des conférences pour la prise de décision et concernant les soins;

e. Offrir du soutien aux membres de la famille au besoin, individuellement et/ou en groupe;

f. Encourager les membres de la famille à se joindre aux conseils de familles; et

g. Reconnaître et soutenir les conseils de familles.

3.4 Environnement social positif

Les exploitants d'établissements et les fournisseurs de soins devraient créer un environnement social positif qui favorise la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie en mettant en œuvre des principes de changement de culture et de soins centrés sur la personne.

Des pratiques de collecte et de partage d'information sur les résidents afin qu'ils soient reconnus comme des personnes à part entière devraient être mises en place, par exemple :

a. Développer et partager un historique détaillé des résidents au moment de leur admission, leur identité et leur raison d'être, leurs buts, leurs préférences, leurs intérêts, leurs forces et leurs limites, leurs capacités et leurs relations sociales;

b. Faire participer les familles et les personnes importantes afin d'apprendre à connaître et comprendre les résidents;

c. Créer un processus pour les aides-soignants afin qu'ils puissent partager leurs connaissances sur les résidents et les pratiques de soins efficaces;

d. Faire participer les familles et les organisations culturelles au besoin pour approfondir la compréhension de la culture des résidents; et

e. Mettre en œuvre des méthodes de documentation et de partage de l'information concernant le passé, les besoins et les préférences des résidents.

Les pratiques visant à reconnaître la diversité et à s'adapter à celle-ci devraient être mises en œuvre comme suit :

a. Recueillir auprès des résidents et des familles des renseignements sur leur identité culturelle et sa signification auprès des résidents;

b. Consulter les résidents, les familles et les conseillers sur les façons de reconnaître et d'intégrer les coutumes, les rituels et les pratiques dans les soins individuels et l'environnement de l'établissement; et

c. S'assurer que le personnel comprend et peut appliquer les principes de la sécurité culturelle.

Des stratégies visant à permettre au personnel en première ligne d'établir des relations thérapeutiques avec les résidents devraient être mises en œuvre, notamment :

a. Affectations constantes et permanentes du personnel et de l'équipe;

b. Favoriser les « soins lents » qui permettent l'établissement de relations;

c. Encourager la réciprocité des relations en portant attention aux limites professionnelles;

d. Éduquer sur les compétences relationnelles et en communication, la sécurité culturelle; et

e. S'assurer que le personnel a accès au soutien émotionnel lié aux problèmes relationnels et aux répercussions du décès d'un résident.

Les aides-soignants devraient être en mesure de fournir des soins compétents et centrés sur la personne en mettant en œuvre les éléments suivants :

a. Fournir de l'information sur les principes du changement de culture, les soins centrés sur la personne, la sécurité culturelle;

b. Aider le personnel à prodiguer des soins en fonction des préférences des résidents plutôt que de l'horaire de l'organisation (p. ex., prendre un bain);

c. Aider le personnel à élaborer des approches novatrices en matière de soins personnels en fonction des préférences et des besoins des résidents; et

d. Faire participer les aides-soignants à la planification des soins et aux conférences d'équipe.

Des pratiques visant à soutenir l'autonomie et l'indépendance des résidents devraient être mises en place, notamment :

a. Déterminer et soutenir les capacités et atténuer les limites;

b. Faire participer les résidents et/ou substituer les décideurs au moment de prendre des décisions concernant les soins;

c. Fournir de l'information et des ressources pour appuyer la prise de décision;

d. Accorder la priorité aux préférences des résidents (p. ex., mobilité indépendante) sur la sécurité autant que possible; et

e. S'assurer que toutes les restrictions (p. ex., aller à l'extérieur) sont les moins restrictives et les plus discrètes possible.

La dignité des résidents devrait être soutenue par les pratiques suivantes :

a. Faire preuve de respect. Utiliser le nom préféré des résidents – aucun diminutif ni surnom d'animal de compagnie;

b. Les employés doivent se présenter, porter de grands porte-noms et toujours demander la permission avant d'effectuer les soins;

c. Respecter la vie privée – cogner avant d'entrer dans une pièce; et

d. Reconnaître les identités culturelles, spirituelles, ethniques et de genre.

Le personnel de l'établissement devrait faire participer les résidents à des activités qui ont eu sens pour eux :

a. Identifier et mettre en œuvre des activités en fonction des préférences et des capacités des résidents;

b. Faire participer la famille et la communauté pour déterminer et fournir les activités appropriées; et

c. Soutenir les aides-soignants afin de permettre des activités « à l'improviste ».

Un environnement accueillant pour les familles devrait être créé en mettant en œuvre des pratiques comme ce qui suit :

a. Des heures de visite;

b. Faire participer les familles aux soins en fonction de leurs préférences autant que possible;

c. Partager des renseignements sur les résidents selon les limites des préférences des résidents;

d. Faire preuve d'ouverture aux questions et aux commentaires concernant les soins aux résidents;

e. Offrir un accès gratuit aux boissons et aux collations; et

f. Sensibiliser les familles aux conseils de familles et encourager la participation.

Les routines de soins devraient être désinstitutionnalisées autant que possible des manières suivantes :

a. Donner un accès continu au déjeuner en fonction des préférences plutôt que d'offrir un déjeuner à une heure fixe;

b. Rendre les collations disponibles et accessibles en tout temps aux résidents et aux familles; et

c. Permettre l'heure du bain en fonction de la préférence des résidents plutôt qu'en fonction d'un horaire de bain institutionnel.

3.5 Milieu de travail qui soutient

Les exploitants d'établissements devraient créer un environnement de travail positif qui soutient et permet au personnel d'offrir des soins centrés sur la personne qui favorisent et soutiennent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents.

Les exploitants d'établissements de soins de longue durée devraient stabiliser leurs effectifs en mettant en œuvre les recommandations de la Société royale du Canada :

a. Rendre le travail à temps plein disponible;

b. Fournir un salaire, inclure des avantages sociaux et des congés de maladie payés; et

c. Appliquer des niveaux de dotation en personnel basés sur des preuves et considérer les combinaisons.

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que tout le personnel connaît bien les soins centrés sur la personne et les valeurs et principes sous-jacents grâce aux moyens suivants :

a. Fournir de la formation à l'orientation et de façon continue;

b. Intégrer les valeurs et les principes centrés sur la personne dans les pratiques d'embauche, la supervision et l'évaluation du personnel; et

c. Rendre les valeurs et les principes explicites dans les programmes, les soins des résidents et les réunions d'équipe.

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que le personnel est soutenu dans la prestation de soins centrés sur la personne grâce aux moyens suivants :

a. Avoir suffisamment de personnel pour donner des soins pendant tous les quarts de travail sans précipiter les choses;

b. Encourager les employés à partager leurs connaissances sur les résidents et les familles avec d'autres employés ou services;

c. Intégrer le personnel de première ligne aux réunions concernant les soins des résidents et aux réunions interservices; et

d. Donner accès à des conseillers en santé mentale pour aborder les comportements réactifs et difficiles.

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que la direction est centrée sur la personne et soutient le personnel de façon constructive de la manière suivante :

a. Offrir une formation continue sur le leadership axé sur la personne;

b. Intégrer les valeurs et les principes centrés sur la personne lors de la supervision et de l'évaluation du personnel;

c. Encourager les approches créatives aux soins des résidents en fonction des connaissances du personnel; et

d. Mettre en œuvre et soutenir autant que possible les stratégies de désinstitutionnalisation.

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que le personnel peut obtenir du soutien en matière de santé mentale de la manière suivante :

a. Suivre les principes de la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail [171] en utilisant le document du Groupe CSA Une étape à la fois – Guide sur la mise en œuvre de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* [242]; et

b. Faciliter l'accès du personnel au Réseau canadien de soutien par les pairs.

3.6 Capacité de main-d'œuvre et formation

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que le personnel en première ligne dispose de l'éducation, des compétences et du soutien nécessaires pour promouvoir et soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie dans les établissements de soins de longue durée en mettant en œuvre les recommandations ci-dessous, le cas échéant.

Les exploitants d'installations devraient mettre en œuvre des stratégies pour accroître l'attraction et le maintien de l'effectif :

a. Offrir des postes à temps plein;

b. Offrir des avantages sociaux et des congés de maladie payés;

c. Fournir une formation continue appropriée aux employés en première ligne et une formation en leadership et en soutien pour les chefs d'équipe;

d. Évaluer et sélectionner le personnel selon son intelligence émotionnelle, son empathie et sa capacité à établir des relations avec une communauté diversifiée de résidents;

e. Fournir à tous les nouveaux employés une orientation complète sur les soins centrés sur la personne, la démence et la gestion des SCPD; et

f. Intégrer des facteurs tels que l'intelligence émotionnelle, l'empathie et la capacité à établir des relations avec une communauté diversifiée de résidents dans la supervision et les évaluations du personnel.

Les exploitants d'établissements devraient doter l'établissement de personnel en fonction des preuves et des besoins des résidents :

a. Embaucher au moins le nombre d'employés nécessaire selon des données probantes concernant les aides-soignants et les infirmières professionnelles;

b. Faciliter la continuité des soins en mettant sur pied un bassin interne de personnel occasionnel plutôt qu'en faisant appel à des agences;

c. Embaucher au moins les niveaux minimaux de professionnels paramédicaux nécessaires; et

d. Donner accès à une consultation lorsque des professionnels paramédicaux particuliers ne sont pas employés.

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que le personnel a la formation et le soutien nécessaires pour prendre soin de populations de résidents complexes :

a. Offrir une formation sur les soins centrés sur la personne, la démence et la maladie mentale gériatrique;

b. Utiliser des méthodes variées, y compris la technologie, pour former le personnel; et

c. Assurer l'accès à des conseillers en soins palliatifs et en santé mentale gériatrique.

Les exploitants d'établissements devraient s'assurer que les dirigeants sont formés en soins centrés sur la personne et qu'ils soutiennent le personnel pour mettre en œuvre des interventions personnalisées.

3.7 Politiques et pratiques

Les exploitants d'établissements devraient utiliser l'*Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés* [224] afin d'évaluer dans quelle mesure les politiques favorisent et soutiennent la santé mentale des résidents et abordent les lacunes, le cas échéant.

Les exploitants d'établissements devraient mettre en œuvre et fournir des ressources pour un modèle de soins centré sur la personne :

a. S'assurer que l'énoncé de mission reflète les valeurs et les principes du changement de culture et du modèle centré sur la personne;

b. Intégrer explicitement l'énoncé de mission/les principes dans toutes les politiques et pratiques, l'orientation du personnel, la formation et la supervision;

c. Aider les dirigeants à mettre en pratique les innovations en matière de changement de culture et à encourager le personnel de soutien à offrir des soins individualisés;

d. Veiller à ce que les pratiques de dotation en personnel appuient les soins relationnels et les affectations constantes du personnel;

e. Veiller à ce que l'organisation du travail reflète les valeurs et les principes de l'énoncé de mission, appuie les soins relationnels centrés sur la personne et donne au personnel le temps d'établir des relations;

f. S'assurer que le nombre d'employés et les combinaisons permettent l'offre de soins relationnels holistiques;

g. S'assurer que tous les fonds publics pour les soins directs sont utilisés pour offrir des soins directs; et

h. Veiller à ce que les pratiques de dotation en personnel appuient les soins relationnels et les affectations constantes du personnel.

Les exploitants d'établissements devraient aider le personnel à acquérir les attitudes, les compétences et les connaissances nécessaires pour les soins centrés sur la personne :

a. Veiller à ce que tous les employés soient formés en observation et en développement de relations;

b. S'assurer que tout le personnel est formé pour reconnaître les signes de maladie mentale et de traumatisme historique et qu'il y a des ressources appropriées et accessibles pour y remédier;

c. Intégrer des stratégies de réduction de la stigmatisation liée l'âgisme et à la maladie mentale lors de l'orientation, de l'éducation et de la supervision du personnel;

d. Mettre en œuvre la trousse d'outils des services et des soins de longue durée de la Ville de Toronto *LGBT Tool Kit: Creating Lesbian, Gay, Bisexual and Trans Inclusive and Affirming Care and Services* [231].

Les exploitants d'établissements devraient soutenir le développement et l'entretien de conseils de résidents et de familles et être ouverts à leurs commentaires.

Les exploitants d'établissements devraient mettre en œuvre les recommandations du document de la RNAO intitulé : *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches* [234].

Les exploitants d'établissements devraient mettre en œuvre les recommandations du document de la RNAO intitulé : *Preventing Violence, Harassment and Bullying Against Health Workers* [240].

Références

[1] V. Kehyayan, J. Chen, and J.P, Hirdes, "Profile of Residents with Mental Disorders in Canadian Long-Term Care Facilities: A Cross-Sectional Study," Journal of Long-term Care, pp. 154-166, 2021.

[2] E. N. M. Cheung, S. Benjamin, G. Heckman, J. M. W. Ho, L. Lee, S. K. Sinha and A. Costa, "Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents," BMC Geriatrics, vol. 18, no. 1, pp. 1-7, 2018.

[3] A. Creighton, T. Davison and D. Kissane, "The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review," International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 31, no. 6, pp. 555-566, 2016.

[4] D. Grabowski, K. Aschbrenner, Z. Feng and V. Mor, "Mental illness in nursing homes: Variations across states," Health affairs, vol. 28, no. 3, pp. 689-700, 2009.

[5] D. Seitz, N. Purandare and D. Conn, "Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: A systematic review.," International Psychogeriatrics, vol. 22, no. 7, pp. 1025-1039, 2010.

[6] Institut canadien d'information sur la santé, « Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée, 2018-2019 », Victoria, C.-B., 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.cihi.ca/fr/profil-des-residents-des-etablissements-de-soins-en-hebergement-et-hopitaux-de-soins-de-longue-0

[7] Organisation mondiale de la Santé, « Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf

[8] C. A. Estabrooks, S. E. Straus, C. M. Flood, J. Keefe, P. Armstrong, G. J. Donner, V. Boscart, F. Ducharme, J. L. Silvius and M. C. Wolfson, "Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care," FACETS, vol. 5, no. 1, pp. 651-691, 2020.

[9] V. Kehyayan, J. Hirdes, S. Tyas and P. Stolee, "Residents' Self-Reported Quality of Life in Long-Term Care Facilities in Canada," Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement, vol. 34, no. 2, pp. 149-164, 2015.

[10] Canadian Health Coalition, "Policy brief: Ensuring quality care for all seniors," 2018. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2018/11/Seniors-care-policy-paper-.pdf

[11] Canadian Academy of Health Sciences, "Improving the quality of life and care of persons living with dementia and their caregivers," 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2019/04/REPORT.pdf

[12] Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, « Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée : rapport final », Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, Toronto, 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : http://www.ltccommission-commissionsld.ca/fr/report/pdf/20210623_LTCC_AODA_FR.pdf

[13] S. Fraser, M. Lagacé, B. Bongué, N. Ndeye, J. Guyot, L. Bechard, L. Garcia, V. Taler, CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group and et al, "Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us?," Age and Ageing, vol. 49, no. 5, p. 692–695, 2020.

[14] Organisation mondiale de la Santé, « Rapport mondial sur l'âgisme », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866

[15] M. Gillis and K. Rabheru, "Protecting human rights during and after COVID-19: Challenges to the human rights of older people in Canada," International Longevity Centre Canada, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/COVID-19/International-longevity-centre-canada.pdf

[16] N. Stall, J. Johnstone, A. McGeer, M. Dhuper and J. D. Sinha, "Finding the right balance: An evidence-informed guidance document to support the re-opening of Canadian nursing homes to family caregivers and visitors during the coronavirus disease 2019 pandemic," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 21, no. 10, p. 1365–1370.e7, 2020.

[17] Angus Reid Institute, "Long-Term Care in Canada: Three-quarters say significant change is needed; only one-in-five believe it will happen," Angus Reid Institute, 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://angusreid.org/canada-long-term-care-policy/

[18] D. Baines and P. Armstrong, "Promising Practices in Long Term Care: Can Work Organisation Treat Both Residents and Providers with Dignity and Respect?" Social Work and Policy Studies: Social Justice Practice and Theory, vol. 1, no. 001, 2018.

[19] T. A. Nairn, "Who is the person in person-centred care?," Journal of the Catholic Health Association of the United States, March-April, 2012. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/ethics---who-is-the-person-in-person-centered-care-pdf.pdf?sfvrsn=0

[20] P. MacCourt, L. Amdam and S. Clarke, "Improving quality of life in long-term care - A way forward," Action for Reform of Residential Care BC, Nanaimo, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : http://arrcbc.ca/Improving%20Quality%20of%20Life%20in%20LTC%20-%20A%20Way%20Forward.pdf

[21] Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Person- and Family-Centred Care, Toronto, Ont., Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care

[22] M. L. Harrigan, Leadership challenges in Canadian health care: Exploring exemplary professionalism under the malaise of modernity, Vancouver, BC, 2005. [En ligne]. Accessible à l'adresse : http://summit.sfu.ca/item/10222

[23] R. Romanow, L'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf

[24] D. Conn, "Implementing mental health guidelines in long-term care homes: Challenges and opportunities," International Psychogeriatrics, vol. 25, pp. S19-S20, 2013.

[25] M. Rahman, D. C. Grabowski, O. Intrator, S. Cai and V. Mor, "Serious mental illness and nursing home quality of care," Health Services Research, vol. 48, no. 4, p. 1279–1298, 2013.

[26] M. Fornaro, M. Solmi, B. Stubbs and et al, "Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: systematic review and meta-analysis," The British Journal of Psychiatry, vol. 216, no. 1, pp. 6-15, 2020.

[27] C. Perlman, J. Kirkham, C. Velkers, R. Leung, M. Whitehead and D. Seitz, "Access to psychiatrist services for older adults in long-term care: A population-based study," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 20, no. 5, pp. 610-616, 2019.

[28] J. Squires, M. Hoben, S. Linklater, H. Carleton, N. Graham and C. Estabrooks, "Job satisfaction among care aides in residential long-term care: A systematic review of contributing factors, both individual and organizational," Nursing Research and Practice, 2015. https://doi.org/10.1155/2015/157924

[29] S. Chamberlain, M. Hoben, J. Squires, G. Cummings, P. Norton and C. Estabrooks, "Who is (still) looking after mom and dad? Little improvement over five years in quality of work life for care aides in Western Canadian nursing homes," Journal on Aging, vol. 31, no. 1, 2018.

[30] M. Ådnanes, L. Melby, J. Kaasbøll and J. Kalseth, "Mental well-being among the oldest old, living in nursing homes or at home," European Journal of Public Health, vol. 29, no. Issue Supplement_4, p. ckz186.592, November 2019. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.592

[31] D. Lee, D. Yu and A. Kwong, "Quality of life of older people in residential care home: a literature review," Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, pp. 116-125, 2009.

[32] R. Kane, "Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Towards a reasonable practice, research, and policy agenda," The Gerontologist, vol. 43, no. Special edition II, pp. 28-36, 2003.

[33] O. Burack, A. Weiner and J. Reinhardt, "What matters most to nursing home elders: Quality of life in the nursing home," J Am Med Dir Assoc, no. 13, p. 48–53, 2012.

[34] S. Bradshaw, E. Playford and A. Riazi, "Living well in care homes: A systematic review of qualitative studies," Age and Ageing, vol. 41, pp. 429-40, 2012.

[35] G. Haugan, W. M. Eide, B. André, V. X. Wu, E. Rinnan, S. E. Taasen, B. M. Kuven and J. Drageset, "Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents: The impact of the nurse–patient interaction," Scand J Caring Sci, vol. 35, p. 208– 219, 2021.

[36] D. Welsh, S. Moore and B. Getzlaf, "Meaning in life the perspective of long-term care residents," Research in Gerontological Nursing, vol. 5, pp. 185-94, 2012.

[37] Commission de la santé mentale du Canada, « Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada », Commission de la santé mentale du Canada, Toronto, 2009. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2020/06/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE_1.pdf

[38] S. Watson and K. McDonald, "Mental health promotion: Let's start speaking the same language," Region of Waterloo Public Health & Emergency Services, Waterloo, ON, 2016. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.regionofwaterloo.ca/en/regional-government/resources/Reports-Plans--Data/Public-Health-and-Emergency-Services/MentalHealthPromotion_Report.pdf

[39] P. MacCourt, K. Wilson et M. Tourigny-Rivard, « Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens », Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa, 2011. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Lignes-directrices-relatives-a-la-planification-et-a-la-prestation-de-services-complets-de-sante-mentale-pour-les-aines-canadiens.pdf

[40] Commission de la santé mentale du Canada, « La Commission dévoile le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement », 9 juin 2015. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://commissionsantementale.ca/news-releases/23339-9-juin-2015-la-commission-devoile-le-guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement/ [Consulté en avril 2021].

[41] S. Lee, L. Hung, H.Chaudhury and A. Morelli, "Staff perspectives on the role of physical environment in long-term care facilities on dementia care in Canada and Sweden," Dementia, vol. 20, no. 7, pp. 2558–2572, 2021.

[42] G. Marquardt, K. Bueter and T. Motzek, "Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review," Health Environments Research & Design Journal, vol. 8, pp. 127-157, 2014.

[43] H. Chaudhury, H. A. Cooke, H. Cowie and L. Razaghi, "The influence of the physical environment on residents with dementia in long-term care settings: A review of the empirical literature," Gerontologist, vol. 58, no. 5, p. e325–e337, 2018.

[44] A. Joseph, X. Quan and Y. Choi, "Impact of the physical environment of residential health, care, and support facilities (RHCSF) on staff and residents: A systematic review of the literature," Environment and Behavior, vol. 48, 2015. Accessible à l'adresse : https://doi.org/10.1177/0013916515597027

[45] R. Fleming and N. Purandare, "Long-term care for people with dementia: Environmental design guidelines," Int Psychogeriatrics, vol. 22, no. 7, pp. 1084-96, 2010.

[46] N. L. Olson and B. C. Albensi, "Dementia-friendly "design": Impact on COVID-19 death rates in long-term care facilities around the world," Journal of Alzheimer's Disease, vol. 81, p. 427–450, 2021.

[47] S. Kok, M. Heuvelen, I. Berg and E. Scherder, "Small scale homelike special care units and traditional special care units: Effects on cognition in dementia: a longitudinal controlled intervention study," BMC Geriatrics, vol. 16, 2016.

[48] W. Thistleton, J. Warmuth and J. Joseph, "A cottage model for eldercare," Health Environments Research & Design Journal, vol. 5, no. 3, pp. 99-114, 2012.

[49] E. van Zadelhoff, H. Verbeek, G. Widdershoven, E. van Rossum and T. Abma, "Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff," Journal of Clinical Nursing, vol. 20, p. 2490–2500, 2011.

[50] G. Marquardt and P. Schmieg, "Dementia-friendly architecture: Environments that facilitate wayfinding in nursing homes," American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, vol. 24, p. 333–340, 2009.

[51] K. Kleibusch, "Wayfinding & dementia: How design can improve navigation among older adults in assisted living facilities," SPNHA Review, vol. 14, pp. 25-42.

[52] H. Chaudhury, L. Hung, T. Rust and S. Wu, "Do physical environmental changes make a difference? Supporting person centred care at mealtimes in nursing homes," Dementia: The International Journal of Social Research and Practice, vol. 16, no. 7, pp. 878-896, 2016.

[53] J. Li and D. Porock, "Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research," International Journal of Nursing Studies, vol. 51, no. 10, pp. 1395-415, 2014.

[54] R. Kane, T. Lum, L. Cutler, H. Degenholtz and T. Yu, "Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program," Journal of the American Geriatrics Society, vol. 55, pp. 832-839, 2007.

[55] P. Brown, S. Hudak, S. Horn, L. Cohen, D. Reed, S. Zimmerman and for the THRIVE Research Collaborative, "Workforce characteristics, perceptions, stress, and satisfaction among staff in green house and other nursing homes," Health Services Research, vol. 51, pp. 418-432, 2015.

[56] National Institute on Ageing, "Enabling the future provision of long-term care in Canada," National Institute on Ageing, Toronto, ON, 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://cnpea.ca/images/futureoflong-termcare_v7_final-09-09-2019.pdf

[57] Y.-L. Jao, D. L. Algase, J. K. Specht and K. Williams, "The association between characteristics of care environments and apathy in residents with dementia in long-term care facilities," The Gerontologist, vol. 55, no. Issue Suppl_1, p. S27–S39, 2015.

[58] S. Starkstein and A. Leentjens, "The nosological position of apathy in clinical practice," Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, vol. 79, pp. 1088-1092, 2008.

[59] K. Konis, W. Mack and E. Schneider, "Pilot study to examine the effects of indoor daylight exposure on depression and other neuropsychiatric symptoms in people living with dementia in long-term care communities," Clin Interv Aging, vol. 13, pp. 1071-1077, 2018.

[60] M. Detweiler, P. Murphy, L. Myers and K. Kim, "Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents?," American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, vol. 23, p. 31–45, 2008.

[61] T. Grey, M. Pierce, S. Cahill and M. Dyer, "Universal design guidelines: Dementia friendly dwellings for people with dementia, their families and carers," Trinity College Dublin, Dublin, 2015. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://universaldesign.ie/Web-Content-/UD-DFD-Guidelines-Intro-June-15.pdf

[62] P. MacCourt, Communication privée avec un architecte, juin 2021.

[63] S. Zimmerman, C. Dumond-Stryker, M. Tandan, J. S. Preisser, C. J. Wretman, A. Howell and S. Ryan, "Nontraditional small house nursing homes have fewer COVID-19 cases and deaths," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 22, no. 3, pp. 489-493, 2021.

[64] P. MacCourt, Communication privée avec un exploitant d'établissement, juillet 2021.

[65] Victoria State Government, "Built Environment Audit Tool," August 2012. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.health.vic.gov.au/publications/residential-aged-care-services-built-environment-audit-tool. [Consulté le 21 mai 2021].

[66] R. Milte, W. Shulver, M. Killington, C. Bradley, J. Ratcliffe and M. Crotty, "Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood," Arch Gerontol Geriatr, vol. 63, pp. 9-17, Mar-Apr 2016.

[67] S. Boamah, R. Weldrick, T.-S. Lee and N. Taylor, "Social isolation among older adults in long-term care: A scoping review," Journal of Aging and Health, vol. 33, no. 7-8, pp. 618-632, 2021.

[68] I. Sample, "Loneliness twice as unhealthy as obesity for older people, study finds," London, 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.theguardian.com/science/2014/feb/16/loneliness-twice-as-unhealthy-as-obesity-older-people

[69] J. Holt-Lunstad, T. Smith, M. Baker and et al, "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review," Perspect Psychol Sci, vol. 10, no. 2, pp. 227-237, 2015.

[70] W. Moyle, D. Fetherstonhaugh, M. Greben and et al, "Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: A descriptive exploratory approach," BMC Geriatr, vol. 15, p. 50, 2015.

[71] C. R. Victor, "Loneliness in care homes: a neglected area of research?," Aging Health, vol. 8, no. 6, pp. 637-646, 2012.

[72] R. Mann, P. Rabiee, Y. Birks and M. Wilberforce, "Identifying loneliness and social isolation in care home residents with sight loss: Lessons from using the De Jong Gierveld Scale," Journal of Long-term Care, p. 167–173, 2020.

[73] N. Quan, M. Lohman, N. Resciniti and D.Friedman, "A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities," Aging & Mental Health, vol. 24, no. 12, pp. 1945-1955, 2020.

[74] W. Wood, B. Fields, M. Rose and M. McLure, "Animal-assisted therapies and dementia: A systematic mapping review using the Lived Environment Life Quality (LELQ) Model," American Journal of Occupational Therapy, vol. 71, 2017.

[75] J. Bethel, K. Aelick, J. Babineau, M. Bretzlaff, C. Edwards, J. Gibson, D. H. Colborne, A. Iaboni, D. Lender, D. Schon and K. McGilton, "Social connection in long-term care homes: A scoping review of published research on the mental health impacts and potential strategies during COVID-19," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 22, no. 2, pp. 228-237, 2021.

[76] F. Ibarra, "A Systematic review on technology-supported interventions to improve old-age social wellbeing: Loneliness, social isolation, and connectedness," Journal of Healthcare Engineering, vol. 2020, p. 1–14, 2020.

[77] P. MacCourt, Communication privée avec un chef de file en approches novatrices pour soutenir la qualité de vie des personnes âgées, juillet 2021.

[78] A. Forsman, K. Nordmyr and K. Wahlbeck, "Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults," Health Promotion International, vol. 26, no. Issue suppl_1, |p. i85–i107, December 2011.

[79] C. Jones, F. Liu, J. Murfield and W. Moyle, "Effects of non-facilitated meaningful activities for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review," Geriatric Nursing, vol. 41, no. 6, p. 863–871, 2020.

[80] I. Neal, S. du Toit and M. Lovarini, "The use of technology to promote meaningful engagement for adults with dementia in residential aged care: a scoping review," Int Psychogeriatr, vol. 32, no. 8, pp. 913-935, 2020.

[81] H. Kales, L. Gitlin and C. Lyketsos, "Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia," BMJ, p. 350:h369, 2015.

[82] J. Givens, R. Jones, K. Mazor and et al, "Development and psychometric properties of the family distress in advanced dementia scale," J Am Med Dir Assoc, vol. 16, p. 775–80, 2015.

[83] J. Grand, S. Caspar and S. Macdonald, "Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care," J Multidiscip Healthc, vol. 4, p. 125–147, 2011.

[84] S. Caspar, E. D. Davis, A. Douziech and D. Scott, "Nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia: What works, in what circumstances, and why?," Innovation in Aging, vol. 1, no. 3, 2017.

[85] C. Travers, D. Brooks, S. Hines, M. O'Reilly, M.McMaster, W. He, M. MacAndrew, E. Fielding, L. Karlsson and E. Beattie., "Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review," JBI Database System Rev Implement Rep, vol. 14, no. 12, pp. 163-225, December 2016.

[86] D. Conn, "Mental health issues in long-term care facilities for the elderly," in Practical psychiatry in the long-term care facility: A handbook for staff, D. K. Conn, N. Herrmann, A. Kaye, D. Rewilak and B. Schogt, Eds., Boston, MA, Hogrefe & Huber Publishers, 2001, pp. 1-16.

[87] D. Noone, J. Stott, E. Aguirre, K. Llanfear and A. Spector, "Meta-analysis of psychosocial interventions for people with dementia and anxiety or depression," Aging & Mental Health, vol. 23, pp. 1-10, 2018.

[88] Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, « Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées », Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Markham, ON, 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf

[89] I. Abraha, J. Rimland, F. Trotta and et al, "Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series," BMJ, vol. open, 2017. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759

[90] B. Afram, H. Verbeek, M. Bleijlevens and J. Hamers, "Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies," Int. Psychogeriat, vol. 27, no. 6, pp. 891-902, 2015.

[91] Alzheimer's Disease International, "The global impact of dementia 2013-2050: Policy brief," Alzheimer's Disease International, 2013. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.alzint.org/u/2020/08/GlobalImpactDementia2013.pdf

[92] S. Williams, S. Zimmerman and C. Williams, "Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life," The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, vol. 67, no. 5, p. 595–604, 2012.

[93] C. Müller, S. Lautenschläger, G. Meyer and A. Stephan, "Interventions to support people with dementia and their caregivers during the transition from home care to nursing home care: A systematic review," International Journal of Nursing Studies, vol. 71, 2017.

[94] J. Gaugler, M. Reese and J. Sauld, "A pilot evaluation of psychosocial support for family caregivers of relatives with dementia in long-term care: The residential care transition module," Res. Gerontol. Nurs, vol. 8, no. 4, p. 161–172, 2015.

[95] O. Paun, C. Farran, L. Fogg, D. Loukissa, P. Thomas and R. Hoyem, "A chronic grief intervention for dementia family caregivers in long-term care," Western Journal of Nursing Research, vol. 37, no. 1, p. 6–27, 2015.

[96] S.-T. Cheng and F. Zhang, "A comprehensive meta-review of systematic reviews and meta-analyses on nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers," BMC Geriatrics, 2020. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01547-2

[97] G. Rees, "Global action on dementia," Aust J Dement Care, vol. 16, no. 4, 2017.

[98] N. Beauchamp, A. Irvine, J. Seeley and et. al, "Worksite-based internet multimedia program for family caregivers of persons with dementia," Gerontologist, vol. 45, p. 793e801, 2005.

[99] C. Lai, L. Wong, K.H.Liu and et. al, "Online and onsite training for family caregivers of people with dementia: Results from a pilot study," Int J Geriatr Psychiatry, vol. 28, p. 107e108, 2013.

[100] V. Cristancho-Lacroix, J. Wrobel, I. Cantegreil-Kallen and et al, "A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: A pilot randomized controlled trial," J Med Internet Res, p. e117, 2015. doi: 10.2196/jmir.3717

[101] A. Suárez-González, "Detrimental effects of confinement and isolation on the cognitive and psychological health of people living with dementia during COVID-19: Emerging evidence," LTC COVID, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/07/LTCcovid-1-July-Detrimental-effects-confinement-on-people-with-dementia.pdf

[102] Australian College of Nursing, "Position statement: Person centred care," 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/position-statement-person-centred-care.pdf

[103] K. McGilton and V. M. Boscart, "Close care provider-resident relationships in long-term care environments," Journal of Clinical Nursing, vol. 16, p. 2149–57, 2007.

[104] M. Hamiduzzaman, A. Kuot, J. Greenhill, E. Strivens and V. Isaac, "Towards personalized care: Factors associated with the quality of life of residents with dementia in Australian rural aged care homes," PloS One, vol. 15, no. 5, p. e0233450, 2020.

[105] K. McGilton, E. Rochon, S. Sidani, A. Shaw, B. Ben-David, M. Saragosa, M. Pichora-Fuller and et al, "Can we help care providers communicate more effectively with persons having dementia living in long-term care homes?," American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, vol. 32, no. 1, pp. 49-50, 2017.

[106] V. Lohne, B. Høy, B. Lillestø, B. Sæteren, A. Heggestad, T. Aasgaard, S. Caspari, A. Rehnsfeldt and et al, "Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring," Nurs Ethics, vol. 24, pp. 778-88, 2017.

[107] M. Nolan, J. Brown, S. Davies, J. Nolan and J. Keady, "The senses framework: improving care for older people through a relationship-centred approach," 2006. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://core.ac.uk/download/pdf/99946.pdf

[108] P. MacCourt, Communication privée avec un rédacteur de politique, août 2021.

[109] B. Duffy, J. Oyebode and J. Allen, "Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors," Dementia, vol. 8, no. 4, pp. 515-541, 2009.

[110] A. Barbosa, M. Nolan, L. Sousa and D. Figueiredo, "Dementia in long-term care homes: Direct care workers' difficulties," Procedia - Social and Behavioral Sciences, vol. 140, pp. 172-177, 2014.

[111] L. Burgio, R. Allen-burge, D. Roth and et.al, "Come talk with me: Improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines," Gerontologist, vol. 41, no. 4, p. 449– 460, 2001.

[112] "San'yas: Indigenous cultural safety training," Provincial Health Services Authority in BC, [Online]. Accessible à l'adresse : https://www.sanyas.ca/. [Consulté en juin 2021].

[113] P. MacCourt, Communication privée avec un conseiller en psychogériatrie, juillet 2021.

[114] P. MacCourt, Communication privée avec un gérontologue, août 2021.

[115] J. Schlaudecker, "Essential family caregivers in long-term care during the COVID-19 pandemic," J Am Med Dir Assoc, vol. 21, no. 7, p. 983, July 2020.

[116] R. Schulz, S. Belle, S. Czaja, S. McGinnis, A. Stevens and S. Zhang, "Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being," JAMA, vol. 292, no. 8, pp. 961- 967, 2004.

[117] M. Bauer, "Collaboration and control: Nurses' constructions of the role of family in nursing home care," Journal of Advanced Nursing, vol. 54, no. 1, pp. 45-52, 2006.

[118] D. Fetherstonhaugh, J. Rayner, K. Solly and L. Mcauliffe, "'You become their advocate': The experiences of family carers as advocates for older people with dementia living in residential aged care," Journal of Clinical Nursing, 2020.

[119] J. Gaugler, "Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review," Aging Ment Health, vol. 9, no. 2, p. 105–118, 2005.

[120] A. Cagnin, R. D. Lorenzo, C. Marra, L. Bonanni, C. Cupidi, V. Lagana and et al, "Behavioral and psychological effects of coronavirus disease-19 quarantine in patients with dementia," Front Psychiatry, vol. 11, 2020. Accessible à l'adresse : https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.578015

[121] Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, « Personnes proches aidantes de résidents des milieux d'hébergement et de soins de longue durée en contexte de Covid-19 : état des connaissances, pratiques inspirantes et recommandations », Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.creges.ca/wp-content/uploads/2020/12/2020-12-16-Rapport-PPA-et-CHSLD_FR_FINAL.pdf

[122] F. Khalif-Robinson, Understanding the role of family in the long-term care team: A framework for family involvement in long-term care, Victoria, B.C., 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/4446/Khalif-Robinson_Fadumo_MN_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[123] C. Wilson and S. Davies, "Developing relationships in long term care environments: The contribution of staff," Journal of Clinical Nursing, vol. 18, pp. 1746-1755, 2009.

[124] F. Légaré, R. Adekpedjou, D. Stacey, S. Turcotte, J. Kryworuchko, I. Graham and N. Donner-Banzhoff, "Interventions for increasing the use of shared decision-making by healthcare professionals," The Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 7, 2018, doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub4

[125] J. Specht, L. Kelley, P. Manion, M. Maas, D. Reed and M. Rantz, "Who's the boss? Family/staff partnership in care of persons with dementia," Nursing Administration Quandary, vol. 24, no. 3, pp. 64-77, 2000.

[126] J. McDougall, Fostering family relationships in long-term care, Vancouver: T. University of British Columbia, 2017. Accessible à l'adresse : https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0354261

[127] K. Law, T. Patterson and J. Muers, "Staff factors contributing to family satisfaction with long-term dementia care: A systematic review of the literature," Clinical Gerontologist, vol. 40, no. 5, p. 326–351, 2017.

[128] F. Falzarano, V. Cimarolli, J. Minahan and A. Horowitz, "Long-distance caregivers: What are their experiences with formal care providers?," Clinical Gerontologist, pp. 1-12, 2020, https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1783043

[129] M. Bramble and W. M. McAllister, "Seeking connection: Family care experiences following long-term dementia care placement," Journal of Clinical Nursing, vol. 18, p. 3118– 3125, 2009.

[130] F. Falzarano, M. Reid, L. Schultz, R. Meador and K. Pillemer, "Getting along in assisted living: Quality of relationships between family members and staff," The Gerontologist, 2020.

[131] M. Sánchez-Izquierdo, M. Santacreu, R. Olmos and R. Fernández-Ballesteros, "A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study," Clinical Interventions in Aging, vol. 14, p. 1515–1525, 2019.

[132] E. Haesler, M. Bauer and R. Nay, "Recent evidence on the development and maintenance of constructive staff–family relationships in the care of older people – A report on a systematic review update," International Journal of Evidence-Based Healthcare, vol. 8, pp. 45-74, 2010.

[133] R. Barken and R. Lowndes, "Supporting family involvement in long-term residential care: Promising practices for relational care," Qualitative Health Research, vol. 28, 2017.

[134] P. MacCourt, Communication privée avec un défenseur des conseils de familles, juillet 2021.

[135] C. Levine, D. Halper, A. Peist and D. Gould, "Bridging troubled waters: Family caregivers, transitions, and long-term care," Health Affairs, vol. 29, no. 1, pp. 116-124, 2010.

[136] L. Morgan, A. Frankowski, E. Roth, L. Keimig, S. Zimmerman and J. Eckert, Quality assisted living: Translating research into practice, New York: Springer Publishing, 2011.

[137] P. Doyle, K. de Medeiros and P. Saunders, "Nested social groups within the social environment of a dementia care assisted living setting," Dementia, vol. 11, no. 3, pp. 383-399, 2012.

[138] H. Wahl and F. Lang, "Aging in Context Across the Adult Life Course: Integrating physical and social environmental research perspectives," Annual Review of Gerontology & Geriatrics, vol. 23, pp. 1-33, 2003.

[139] BC Health Care Providers Association, "The best day possible: A quality of life framework for seniors care," 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://bccare.ca/wp-content/uploads/2019/06/BCCPA_Quality_Framework_June2019.pdf

[140] J. Drageset, "The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—A questionnaire survey in Bergen, Norway," Int J Nursing Studies, vol. 46, p. 66–76, 2009.

[141] E. F. White-Chu, W. J. Graves, S. M. Godfrey, A. Bonner and P. Sloane, "Beyond the medical model: The culture change revolution in long-term care," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 10, no. 6, pp. 370-378, 2009.

[142] J. Harrison and S. Frampton, "Resident-Centered Care in 10 U.S. Nursing homes: Residents' perspectives," J Nurs Scholarsh, vol. 49, pp. 6-14, 2017.

[143] M. Birtha, R. Rodrigues, E. Zólyomi, V. Sandu and K. Schulmann, "From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people," European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.euro.centre.org/publications/detail/3514

[144] Sherbrooke Community Centre, "The Eden Alternative philosophy," Sherbrooke Community Centre, 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.sherbrookecommunitycentre.ca/sherbrooke-difference/the-eden-alternative-philosophy/. [Consulté en juin 2021].

[145] Alzheimer Association, "Person centered care in nursing homes and assisted living," July 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.alz.org/media/greatermissouri/person_centered_care.pdf. [Consulté le 25 avril 2021].

[146] P. Armstrong, A. Banerjee, H. Armstrong, S. Braedley, J. Choiniere, R. Lowndes and J. Struthers, "Models for long-term residential care: A summary of the consultants' report to long-term care homes and services," City of Toronto, Toronto, ON, 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-130891.pdf

[147] Eden Alternative, "The Eden Alternative," 2016. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.edenalt.org. [Consulté le 25 avril 2021].

[148] P. MacCourt, Communication privée avec le PDG de l'établissement Eden Alternative, avril 2021.

[149] S. Zimmerman, V. Shier and D. Saliba, "Transforming nursing home culture: evidence for practice and policy," Gerontologist, vol. 54, p. S1–5, 2014.

[150] H. Degenholtz, "Defining, measuring and improving person centered care in nursing homes," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 3, no. 14, p. B14, 2013.

[151] T. Sharma, M. Bamford and D. Dodman, "Person-centred care: an overview of reviews," Contemporary Nurse, vol. 51, no. 2-3, pp. 107-120, 2015.

[152] S. Brownie and S. Nancarrow, "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review," Clin Interv Aging, vol. 8, pp. 1-10, 2013.

[153] J. Galiana and W. Haseltine, "Person-centered long-term care," in Aging Well: Solutions to the Most Pressing Challenges of Aging, Singapore: Palgrave Macmillan, 2019, pp. 29-58. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553888/

[154] B. Appelhof, J. C. Van Duinen-van den Ijssel, C. Bakker, S. A. Zwijsen, M. Smalbrugge, F. R. J. Verhey, M. E. de Vugt, S. U. Zuidema and R. T. C. M. Koopmans, "The determinants of quality of life of nursing home residents with young-onset dementia and the differences between dementia subtypes," Dement Geriatr Cogn Disord, vol. 43, pp. 320-329, 2017.

[155] Ontario Ministry of Children, Community and Social Services, "Guidelines for supporting adults with a developmental disability when applying to, moving into and residing in a long-term care home," 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.mcss.gov.on.ca/fr/mcss/publications/developmentalServices/ltc_home_guidelines.aspx. [Consulté le 25 juillet 2021].

[156] Alberta Health Services, "A place to call home: A continuing care symposium for younger adults with disabilities: Report and recommendations," Alberta Health Services, Edmonton, AB, 2016. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://mssociety.ca/library/document/gzovOjV6GeJHNI8pScqm40MiQuZLaW7x/original.pdf

[157] S. Cragg, "Supporting cultural diversity in long-term care: needs assessment and work plan for 2017-18," Ontario Centres for Learning, Research and Innovation in Long-Term Care, Toronto, 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/10/Supporting-Cultural-Diversity-Report-final_full_March-30-2017_update_A.pdf

[158] C. Cheng, Achieving Cultural Competence: A case study of ethnic Chinese elders in Vancouver long-term residential care, Burnaby BC: Simon Fraser University, 2005. http://summit.sfu.ca/item/5540/

[159] S. Cragg., Supporting Indigenous Culture in Ontario's Long-Term Care Homes: Needs Assessment and Ideas for 2017-18, Ontario Centres for Learning, Research and Innovation in Long-Term Care, 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://clri-ltc.ca/resource/supporting-indigenous-culture-in-ontarios-long-term-care-homes-needs-assessment/

[160] P. MacCourt, Communication privée avec l'exploitant d'un établissement autochtone, juillet 2021.

[161] R. W. Smith, J. Altman, S. Meeks and K. Hinrichs, "Mental health care for LGBT older adults in long-term care settings: Competency, training, and barriers for mental health providers," Clinical Gerontologist, vol. 42, no. 2, p. 198–203, 2019.

[162] T. Sussman, et al, "Supporting lesbian, gay, bisexual, & transgender inclusivity in long-term care homes: A canadian perspective," Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement, vol. 37, no. 2, pp. 121-132, 2018.

[163] Government of New Brunswick, "Evaluation of 3.5 hours of care pilot in nursing homes: Summary report," Government of New Brunswick, Fredericton. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/NursingHomes/NursingHomesSummaryReport.pdf (consulté le 3 novembre 2021).

[164] Office of the Seniors Advocate British Columbia, "Every voice counts: Residential care survey provincial results," Victoria, BC, 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.seniorsadvocatebc.ca/osa-reports/residential-care-survey/

[165] S. D. Gilster, M. Boltz and J. L. Dalessandro, "Long-term care workforce issues: Practice principles for quality dementia care," The Gerontologist, vol. 58, no. Issue Suppl_1, p. S103–S113, 2018.

[166] Y. Song, M. Hoben and P. Norton, "Association of work environment with missed and rushed care tasks among care aides in nursing homes," JAMA Netw Open, vol. 3, no. 1, 2020, doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.20092.

[167] S. Chamberlain, A. Gruneir, M. H. M and et al, "Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada," International Journal of Nursing Studies, vol. 71, pp. 60-69, 2017.

[168] *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail,* CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803, Association canadienne de normalisation, Toronto, 2013. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN_CSA-Z1003-13_BNQ_9700-803_2013_FR.pdf

[169] Commission de la santé mentale du Canada, « Promouvoir la santé et la sécurité psychologiques dans les établissements de santé », Commission de la santé mentale du Canada, [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://bridgingthegap.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/secteur-sante [Consulté le 25 avril 2021].

[170] Excellence en santé Canada, « Créer un espace sûr : La sécurité psychologique des travailleurs de la santé », 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Creating-a-Safe-Space-Psychological-Safety-of-Healthcare-Workers/Documents/Manuscript%20Documents/Creer%20un%20espace%20sur%20FR.pdf

[171] B. Willemse, J. D. Jonge, D. Smit, Q. Visser, M. Depla and A. Pot, "Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: A cross-sectional survey in nursing homes," Journal of Advanced Nursing, vol. 71, p. 404–416, 2015.

[172] J. den Boer, P. Nieboer and J. Cramm, "A cross-sectional study investigating patient-centred care, co-creation of care, well-being and job satisfaction among nurses," Nursing Management, vol. 25, no. 7, pp. 577-584, 2017.

[173] B. Barba, A. Tesh and N. Courts, "Promoting thriving in nursing homes: The Eden Alternative," J Gerontol Nurs, vol. 28, p. 7–13, 2002.

[174] E. O. Siegel, A. Zisberg, D. Bakerjian and L. Zysberg, "Nursing home administrator quality improvement self-efficacy scale," Health care management review, vol. 42, no. 4, pp. 328-340, 2017.

[175] A. Escrig-Pinol, K. Corazzini, M. Blodgett, C. Chu and K. McGilton, "Supervisory relationships in long-term care facilities: A comparative case study of two facilities using complexity science," Journal of Nursing Management, vol. 27, no. 2, p. 311–319, 2019.

[176] A. Guzman, J. Wenborn, R. Ledgerd and M. Orrell, "Evaluation of a staff training programme using positive psychology coaching with film and theatre elements in care homes: Views and attitudes of residents, staff and relatives," International Journal of Older People Nursing, vol. 12, pp. 1-10, 2017.

[177] C. Pimentel, A. Snow, S. Carnes, N. Shah, J. Loup, T. Vallejo-Luces, C. Madrigal and C. Hartmann, "Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: A scoping review," J Gen Intern Med, 8 Feb 2021.

[178] A. Gilbert, S. Garratt, L. Kosowicz, J. Ostaszkiewicz and B. Dow, "Aged care residents' perspectives on quality of care in care homes: A systematic review of qualitative evidence," Research on Aging, 2021.

[179] C. Harrington, J. Schnelle, M. McGregor and S. Simmons, "Article commentary: The need for higher minimum staffing standards in u.s. nursing homes," Health Services Insights, vol. 9, pp. 13-19, 2016.

[180] K. Eagar, A. Westera, M. Snoek, C. Kobel, C. Loggie and R.Gordon, "How Australian residential aged care staffing levels compare with international and national benchmarks," Centre for Health Service Development, Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong, Wollongong, 2019.

[181] Registered Nurses Association of Ontario, "Nursing home basic care guarantee RNAO submission to the Long-Term Care Staffing Study Advisory Group," Toronto, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://rnao.ca/policy/nursing-home-basic-care-guarantee

[182] L. Chenoweth, Y. Jeon, T. Merlyn and H. Brodaty, "A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care," J Clin Nurs, vol. 19, no. 1-2, p. 156–167, 2010.

[183] L. Koopmans, N. Damen and C. Wagner, "Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study," BMC Health Services Research, vol. 18, no. 1, p. 988, 2018.

[184] International Psychogeriatric Association, The IPA complete guides to behavioural and psychological symptoms of dementia – Specialists guide, B. Draper, H. Brodaty and S. I. Finkel, Eds., 2012. [En ligne]. Accessible à l'adresse : http://myalzheimersstory.com/wp-content/uploads/2018/05/IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online-1.pdf

[185] Office of the Seniors Advocate British Columbia, Long-term Care Facility Quick Facts Directory Summary, 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2020/12/QuickFacts2020-Summary.pdf

[186] C. McArthur, J. Hirdes, K. Berg and L. Giangregorio, "who receives rehabilitation in Canadian long-term care facilities? A cross-sectional study," Physiotherapy Canada, vol. 67, no. 2, pp. 113-121, 2015.

[187] Ontario Society of Occupational Therapists, Occupational Therapy in Long-term Care, 2012. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.osot.on.ca/CMDownload.aspx?ContentKey=c7294dbd-fe33-48ad-bc77-48d6b7f5122f&ContentItemKey=7cdeb1f2-58c8-4b07-b076-c7f5c4b33043

[188] Ministry of Health of British Columbia, "Best practice guideline for accommodating and managing behavioural and psychological symptoms of dementia in residential care: A person-centred interdisciplinary approach," Ministry of Health, Victoria, BC, 2012. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf

[189] A. Foebel, G. Onder, H. Finne-Soveri, A. Lukas, M. Denkinger, A. Carfi, D. Vetrano, V. Brandi, R. Bernabei and R. Liperoti, "Physical restraint and antipsychotic medication use among nursing home residents with dementia," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 17, no. 2, p. 184.e9–184.e14, 2016.

[190] E. van der Wolf, S. A. van Hooren, W. Waterink and L. Lechner, "Well-being in elderly long-term care residents with chronic mental disorder: A systematic review," Aging & Mental Health, pp. 287-296, December 2017.

[191] B. Koekkoek, C. Baarsen and M. Steenbeek, "Multidisciplinary, nurse-led psychiatric consultation in nursing homes: A pilot study in clinical practice," Perspectives in Psychiatric Care, vol. 52, no. 3, p. 217–223, 2016.

[192] L. Wilson, C. Power, R. Owens and B. Lawlor, "Psychiatric consultation in the nursing home: Reasons for referral and recognition of delirium," Irish Journal of Psychological Medicine, vol. 36, no. 2, p. 121–127, 2019.

[193] M. Grouchy, N. Cooper and T. Wong, "Implementation of Behavioural Supports Ontario (BSO): An evaluation of three models of care," Healthc Q, vol. 19, no. 4, pp. 69-73, 2017.

[194] P. MacCourt, Communication privée avec un chercheur en vieillissement, ethnicité et LGBTQ2S+, juillet 2021.

[195] P. MacCourt, Communication privée avec un informateur clé de la communauté LGBTQ2S+, juillet 2021.

[196] W. Donaldson, H. Smith and B. Parrish, "Serving all who served: Piloting an online tool to support cultural competency with LGBT U.S. military veterans in long-term care," Clinical Gerontologist, vol. 42, no. 2, pp. 185-191, 2019.

[197] A. Spector, C. Revolta and M. Orrell, "The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: A systematic review," International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 31, no. 11, p. 1172–1187, 2016.

[198] A. M. Trinkoff, C. L. Storr, N. B. Lerner, B. K. Yang and K. Han, "CNA training requirements and resident care outcomes in nursing homes," The Gerontologist, vol. 57, no. 3, pp. 501-508, 2017.

[199] L. Chenoweth, J. Stein-Parbury, S. Lapkin, A. Wang, Z. Liu and A. Williams, "Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review," PLoS One, vol. 14, no. 2, 2019.

[200] S. Rajamohan, "Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena," Journal of Nursing Scholarship, vol. 51, no. 5, p. 560–568, 2019.

[201] A. Muralidharan, W. Mills, D. Evans, D. Fujii and V. Molinari, "Preparing long-term care staff to meet the needs of aging persons with serious mental illness," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 20, no. 6, p. 683–688, 2019.

[202] P. Huda, "Integrating non-pharmacological and pharmacological interventions in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia," The American Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 28, no. 4, p. S37, 2020.

[203] M. McCabe, M. Bird, T. Davison and et al, "An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings," Aging Mental Health, vol. 19, pp. 799-807, 2015.

[204] J. Hirdes, J. Major, S. Didic, C. Quinn, L. Mitchell, J. Chen, M. Jantzi and K. Phillips, "A Canadian cohort study to evaluate the outcomes associated with a multicenter initiative to reduce antipsychotic use in long-term care homes," Journal of the American Medical Directors Association, vol. 21, no. 6, p. 817–822, 2020.

[205] B. E. McGarry, N. R. Joyce, T. G. McGuire, S. L. Mitchell, S. J. Bartels and D. C. Grabowski, "Association between high proportions of seriously mentally ill nursing home residents and the quality of resident care," Journal of the American Geriatrics Society, vol. 67, no. 11, pp. 2346-2352, November 2019.

[206] V. Molinari, J. Hobday, R. Roker, M. Kunik, R. Kane, M. Kaas, C. Mehrotra, C. Williams, J. Robbins and D. Dobbs, "Impact of serious mental illness online training for certified nursing assistants in long term care," Gerontol Geriatr Educ, vol. 38, no. 4, pp. 359-374, 2017.

[207] A. Amirsadri, A. Pizzuti, D. Smith, D. Duckett and C. Arfken, "Training for direct support staff at group homes for people with chronic mental illness," Community Ment Health J, vol. 54, no. 1, pp. 54-57, 2018.

[208] Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, "Areas of focus". [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2017/12/Mental-health-Issues-in-Long-Term-Care-Homes-booklet.pdf

[209] Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, Mental health issues in long-term care homes: A guide for seniors and their families, 2009. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2017/12/Mental-health-Issues-in-Long-Term-Care-Homes-booklet.pdf

[210] P. MacCourt, Communication privée avec un chef de file en approches technologiques pour former des fournisseurs de soins, août 2021.

[211] Ontario Centre for Learning, Research and Innovation, "COVID care learning – Training," Ontario Centre for Learning, Research and Innovation, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://clri-ltc.ca/resource/covidcarelearning/

[212] Ontario Centre for Learning, Research and Innovation in Long Term Care, "LTC orientation for incoming support". [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://clri-ltc.ca/orientation/

[213] World Health Organization, "People-centred health care: A policy framework," 2007. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.who.int/publications/i/item/9789290613176

[214] S. Hernandez, D. Conrad, M. Marcus-Smith, P. Reed and C. Watts, "Patient-centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application," Health Care Management Review, vol. 38, no. 2, p. 166–175, 2013.

[215] P. MacCourt, Communication privée avec un informateur clé et un dirigeant en changement de culture, juin 2021.

[216] J. Steiner, C. Eppelheimer and M. D. Vries, "Successful Edenization through education," Nurs Homes, vol. 53, p. 46–49, 2004.

[217] Alberta Health, "Alberta Resident and Family Councils Act Toolkit," Govt. of Alberta, 2018. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.alberta.ca/resident-family-councils.aspx#jumplinks-0

[218] V. Baur, T. Abma, F. Boelsma and S. Woelders, "Pioneering partnerships: Resident involvement from multiple perspectives," Journal of Aging Studies, vol. 27, no. 4, pp. 358-367, 2013.

[219] F. Boelsma, V. Baur, S. Woelders and T. Abma, "Small things matter: Residents' involvement in practice improvements in long-term care facilities," Journal of Aging Studies, 2014.

[220] C. O'Dweyr and V. Timonen, "Rethinking the value of residents' councils: Observations and lessons from an exploratory study," Journal of Applied Gerontology, vol. 29, no. 6, pp. 762-771, 2010.

[221] J. Baumbusch, I. S. Yip, S. Koehn, R. Reid and P. Gandhi, "A survey of the characteristics and administrator perceptions of family councils in a western Canadian province," Journal of Applied Gerontology, September 2020, doi: 10.1177/0733464820961257.

[222] P. MacCourt, Communication privée avec le président d'une association provinciale de conseils de familles, juin 2021.

[223] J. Baumbusch, R. Reid and S. Koehn, "Family councils: How do they influence family involvement in long term care," 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://nursing-gero.sites.olt.ubc.ca/files/2017/03/FAMILY_COUNCIL_report_March_20-2017-Province_wide_report-1.pdf

[224] P. MacCourt, « Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés », British Columbia Psychogeriatric Association, Victoria, 2008. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Aines-Outil-devaluation-des-politiques-en-matiere-de-sante-mentaledes-aines.pdf

[225] Registered Nurses' Association of Ontario, "Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence. Nursing best practice guidelines program," 2007. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence

[226] Comité consultatif de soutien à la diversité et à l'inclusion dans les soins de longue durée du CARI de l'Ontario, « Embrasser la diversité : Trousse pour appuyer l'inclusion dans les foyers de soins de longue durée », Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://clri-ltc.ca/fr/resource/embrasser-la-diversite/

[227] L. Werkmeister-Rozas and K. Waldo, "Cultural responsiveness in long-term-care case management: Moving beyond competence," Care Management Journals, vol. 10, no. 1, pp. 2-7, 2009.

[228] S. Koehn, "Aging at the intersections: Executive summary," Employment and Social Development Canada, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/341713922_Ageing_at_the_intersections_A_literature_review

[229] P. MacCourt, Communication privée avec un sociologue, août 2021.

[230] Commission de la santé mentale du Canada, « Stigmatisation et discrimination », Commission de la santé mentale du Canada, 2021. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/stigmatisation-et-discrimination/. [Consulté en juin 2021].

[231] City of Toronto, Long Term Care Homes and Services, "LGBT tool kit: Creating lesbian, gay, bisexual and trans inclusive and affirming care and services," Ontario Centres for Learning, Research and Innovation in Long-Term Care, Toronto, 2017.

[232] Ontario Long-Term Care Task Force on Resident Care and Safety, "Resident care and safety progress report," Ontario Long-Term Care Task Force on Resident Care and Safety, 2013. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/Long-Term%20Care%20Task%20Force%20on%20Resident%20Care%20and%20Safety_Progress%20Report_2013.pdf

[233] X. Dong, M. Simon, C. M. d. Leon, T. Fulmer, T. Beck, L. Hebert, C. Dyer, G. Paveza and D. Evans, "Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population," JAMA, vol. 302, no. 5, pp. 517-526, 2009.

[234] Registered Nurses' Association of Ontario, "Preventing and addressing abuse and neglect of older adults: Person-centred, collaborative, system-wide approaches," Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://rnao.ca/bpg/guidelines/abuse-and-neglect-older-adults

[235] J. Laucius, "Bugs, bedsores and burnout: Observations on five distressed LTC homes," Ottawa Citizen, 26 May 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://ottawacitizen.com/news/local-news/bugs-bed-sores-and-burnout-observations-on-five-distressed-ltc-homes/. [Consulté le 15 juin 2021].

[236] C. Mialkrowski, Letter from C.J.J. Mialkrowski, Brigadier General Joint Task Force: OP LASER-JTFC observations in long term care facilities in Ontario, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : http://s3.documentcloud.org/documents/6928480/OP-LASER-JTFC-Observations-in-LTCF-in-On.pdf

[237] L. Butler, F. Critelli and E. Rinfrette, "Trauma-informed care in mental health," Directions in Psychiatry, vol. 31, pp. 197-210, 2011.

[238] Government of New South Wales, "Health: What is trauma-informed care?," 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/psychosocial/principles/Pages/trauma-informed.aspx. [Consulté en avril 2021].

[239] T. Brophy, M. Keith and M. Hurley, "Assaulted and unheard: Violence against healthcare staff," New Solutions: A journal of environmental and occupational health policy, vol. 27, no. 4, pp. 581-606, 2018.

[240] Registered Nurses' Association of Ontario, "Preventing violence, harassment and bullying against health workers," Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, 2019. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://rnao.ca/bpg/guidelines/preventing-violence-harassment-and-bullying-against-health-workers

[241] P. MacCourt, Communication privée avec un représentant d'une organisation nationale pour les personnes âgées, juin 2021.

[242] Commission de la santé mentale du Canada, « Guide Une étape à la fois », CAN/Groupe CSA, Ottawa, 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/SPE-Z1003-Guidebook.pdf

[243] Victoria State Government, "Dementia friendly environments," Department of Health, nd. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www2.health.vic.gov.au/ageing-and-aged-care/dementia-friendly-environments. [Consulté le 25 mai 2021].

[244] Y. Wells, S. Bhar, G. Kinsella, C. Kowalski, M. Merkes, A. Patchett, B. Salzmann, K. Teshuva and J. v. Holsteyn, What works to promote emotional wellbeing in older people: A guide for aged care staff working in community or residential care settings, Melbourne: beyondblue, 2014.

[245] Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, « Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée – Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement) », Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/LTC-final-french.pdf

[246] Mount Saint Vincent University Centre on Aging, "Relationships matter: Nursing home resident quality of life knowledge sharing series," Mount Saint Vincent University, Halifax, NS, 2015. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.msvu.ca/wp-content/uploads/2020/05/Care20and20Construction20Relationships20brochure20cnr.pdf

[247] Société Alzheimer du Canada, « Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne : Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée », 2011. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Lignes-directrices-sur-les-soins_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer-Canada.pdf

[248] J. Carson, S. Brown and J. d'Avernas, Working together to put living first a guidebook to change the culture of aging in long-term care, Waterloo, Ont., University of Waterloo, Research Institute for Aging, 2015. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/08/Culture-Change-Guidebook-FINAL-Accessible.pdf

[249] Ontario Senior Pride, "Ontario senior pride submission to the long-term care COVID-19 Commission - Long-term care COVID-19 and Ontario's 2S-LGBTQ+ seniors - A call to action," 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.seniorpridenetwork.ca/post/2slgbttqi-seniors-covid-19-and-ontario-s-long-term-care-system

[250] Ottawa Senior Pride Network, Organizational LGBT Cultural Competency Assessment, Ottawa Senior Pride Network, 2017. [En ligne]. Accessible à l'adresse : http://ospn-rfao.ca/wp-content/uploads/2017/04/Organizational-Assessment-of-LGBT-Cultural-Competency.pdf

[251] M. Mellinger and L. Stemp-Morlock, "Multi-faith practices: Guidelines for caregivers," Schlegel-University of Waterloo Research Institute for Aging (RIA), Waterloo, 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/08/Multi-Faith-Resource-Guide_Accessible_2018-02.pdf

[252] Algonquin College and Ontario Centres for Learning, Research and Innovation (CLRI) Bruyère, "Clinical nursing leadership elearning toolkit/training course," Ontario Centres for Learning, Research and Innovation, 2020. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://clri-ltc.ca/resource/clinical-leadership-training/

[253] *Une étape à la fois : Guide sur la mise en œuvre de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail,* SPE Z1003, Association canadienne de normalisation, Toronto, 2014. [En ligne]. Accessible à l'adresse : https://www.csagroup.org/store/product/SPE%20Z1003%20IMPLEMENTATION%20HB/ [Consulté en 2021].

Annexe A – Script et questions à l'intention des informateurs clés

1. Présentation du projet – buts et description

a. L'objectif de ce projet est d'élaborer des recommandations fondées sur des données probantes pour soutenir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents diversifiés vivant dans des établissements de soins communautaires canadiens (y compris des établissements de soins de longue durée) et de leurs familles, pendant et après la pandémie.

b. Les recommandations visant à soutenir la santé mentale et le bien-être répondront aux besoins des personnes atteintes ou non de maladie mentale ou de démence, et comprendront la prévention de l'isolement social et des SCPD, ainsi que la gestion psychosociale des comportements difficiles.

c. Les recommandations seront fondées sur une synthèse de preuves sur la façon dont les interventions psychosociales, les modèles de soins, les environnements physiques, sociaux et de travail de soutien, la capacité de la main-d'œuvre et la formation et les politiques et les pratiques de l'établissement influencent la santé mentale, la qualité de vie, ainsi que la santé mentale et le bien-être des soignants familiaux et du personnel en première ligne.

d. Vous êtes interviewé en raison de votre expertise en ce qui concerne les groupes ethniques et minoritaires et en tant que chercheur engagé dans la communauté. L'entrevue durera environ 45 minutes. Les renseignements recueillis seront regroupés et incorporés au rapport que nous préparons, et votre nom ne sera pas utilisé. Veuillez fournir votre consentement verbal pour passer une entrevue selon ces modalités.

2. Demander le consentement verbal

a. Les enregistrements sont effectués aux fins de prise de notes uniquement, et seuls la Dr Penny MacCourt et moi-même les écouterons. Ils seront détruits au plus tard le 30 septembre 2021.

3. Questions générales (questions supplémentaires à développer en fonction de l'expertise des informateurs clés)

a. Parlez-moi de votre lien avec les soins communautaires résidentiels (dans quel type d'établissement de soins avez-vous eu de l'expérience?) – Quel a été votre rôle et quelles expériences importantes avez-vous eues?

b. Selon vous, en tant que XXXX, qu'est-ce qui favorise la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des résidents en général? Plus précisément, les résidents atteints de maladie mentale?

c. Quelles stratégies peuvent être utilisées pour promouvoir ou soutenir la santé mentale et la qualité de vie des résidents?

d. Qu'est-ce qui augmenterait les relations sociales des résidents (et plus particulièrement pendant une pandémie)?

e. Quels facteurs du système doivent être en place pour soutenir la santé mentale et la qualité de vie des résidents (dotation en personnel, organisation du travail, soutien du personnel)?

f. Qu'est-ce qui permet au personnel de soutenir la santé mentale et la qualité de vie des résidents?

g. Selon vous, quel type de formation ou de compétences est nécessaire en première ligne pour soutenir la santé mentale et la qualité de vie des résidents? Pour gérer les comportements difficiles?

h. Comment les établissements de soins de longue durée peuvent-ils offrir un meilleur soutien aux familles pendant les transitions et la COVID-19?

i. Pouvez-vous décrire l'environnement idéal pour les résidents qui appuierait la santé mentale et la qualité de vie? Quels sont les obstacles?

Annexe B – Sondage sur les soins communautaires résidentiels : Soutenir la santé mentale

Préambule

Merci d'avoir participé à ce sondage anonyme de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). L'objectif du sondage est d'intégrer les points de vue des résidents et des membres de la famille alors que nous rédigeons un rapport de recherche et des recommandations sur le soutien à la santé mentale et au bien-être dans les établissements de soins en hébergement communautaire (y compris les établissements de soins de longue durée, les résidences et les logements supervisés). Cette recherche et les recommandations serviront à étayer les normes nationales pour les soins de longue durée et les autres établissements résidentiels. N'hésitez pas à communiquer ce sondage à vos amis et aux membres de votre famille qui souhaitent donner leur avis.

La participation à ce sondage est entièrement volontaire. Seuls des témoignages anonymes et des données sommaires seront utilisés par notre équipe de projet. Si vous avez des questions au sujet du sondage, veuillez communiquer avec la CCSMPA à l'adresse info@ccsmh.ca. Nous estimons que vous aurez besoin de 3 à 5 minutes pour répondre au sondage.

Dans le cadre de ce sondage, un établissement de soins communautaires résidentiels est défini comme un établissement qui offre un logement et des soins en fonction des besoins de la personne. Par exemple, les établissements de soins de longue durée, les foyers de soins, les maisons de retraite, les résidences, les logements supervisés et les établissements de soins pour personnes âgées infirmes.

Questions du sondage

1. Êtes-vous…?
(Si vous correspondez à plus d'une catégorie, n'hésitez pas à répondre au sondage plusieurs fois.)

- Une personne vivant dans un établissement de soins communautaires résidentiels
- Un soignant / membre de la famille / ami d'une personne vivant dans un établissement de soins communautaires résidentiels
- Un soignant / membre de la famille / ami qui remplit le sondage en consultation avec une personne vivant dans un établissement de soins communautaires résidentiels ou en son nom

Veuillez répondre aux questions suivantes selon votre point de vue, comme indiqué ci-dessus.

2. Dans quelle province ou quel territoire habitez-vous ou habite le membre de votre famille qui reçoit des soins?

3. Dans quel type d'établissement de soins communautaires résidentiels vivez-vous ou vit le membre de votre famille qui reçoit des soins?

- Établissement de soins de longue durée / foyer de soins
- Maison de retraite

- Résidence
- Logement supervisé
- Autre (veuillez préciser)

4. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé : « Ma santé mentale et mon bien-être ou ceux du membre de ma famille sont bien soutenus dans l'établissement de soins communautaires résidentiels. »

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

5. Selon vous, qu'est-ce qui est essentiel pour favoriser la santé mentale et le bien-être dans votre établissement de soins communautaires résidentiels? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Possibilité de visites de la famille et des amis
- Soins physiques de haute qualité
- Personnel compatissant qui me connaît bien
- Niveaux de dotation adéquats
- Excellentes communication et relations avec le personnel et la direction
- Activités significatives
- Programmes officiels de loisirs thérapeutiques
- Occasions informelles de socialiser
- Environnement « comme à la maison »
- Environnement confortable à température contrôlée
- Nourriture nutritive et savoureuse
- Accès aux espaces extérieurs
- Relations de pairs avec d'autres résidents (amitiés)
- Autre (veuillez préciser)

6. À votre avis, votre établissement de soins communautaires résidentiels offre-t-il ceci de manière satisfaisante? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Possibilité de visites de la famille et des amis
- Soins physiques de haute qualité
- Personnel compatissant qui me connaît bien
- Niveaux de dotation adéquats
- Excellentes communication et relations avec le personnel et la direction
- Activités significatives

- Programmes officiels de loisirs thérapeutiques
- Occasions informelles de socialiser
- Environnement « comme à la maison »
- Environnement confortable à température contrôlée
- Nourriture nutritive et savoureuse
- Accès aux espaces extérieurs
- Relations de pairs avec d'autres résidents (amitiés)
- Autre (veuillez préciser)

7. Selon vous, que pourrait-on faire de plus pour soutenir votre santé mentale et votre bien-être ou ceux du membre de votre famille dans l'établissement de soins communautaires résidentiels?

8. Comment les restrictions relatives aux visites dans votre établissement de soins communautaires résidentiels ont-elles influencé vos soins ou ceux du membre de votre famille?

9. Comment aimeriez-vous que la visite d'un membre de votre famille ou d'un ami soit faite dans le cas de futures éclosions (COVID-19 ou d'autres virus)? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Protocoles de visite clairs
- Zones de visite sécuritaires et désignées à l'intérieur
- Zones de visite sécuritaires et désignées à l'extérieur
- Soutien du personnel pour les visites en personne
- Soutien du personnel pour les visites virtuelles
- Soutien technologique/disponible pour des visites virtuelles
- Protocoles pour les congés de courte durée des établissements de soins en hébergement communautaire
- Désignation de visiteurs approuvés pour chaque résident
- Mises à jour quotidiennes sur les protocoles actuels
- Autre (veuillez préciser)

10. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez dire au sujet du soutien pour votre santé mentale et votre bien-être dans votre établissement de soins communautaires résidentiels?

Non.

Si oui, veuillez préciser.

Annexe C – Ressources pour appuyer la mise en œuvre des recommandations

1. Environnements physiques qui soutiennent

- L'outil de vérification de l'environnement bâti « Built Environment Audit Tool » [65], conçu en Australie, aide les établissements de soins en hébergement communautaire à vérifier leurs installations et à élaborer des plans d'action pour améliorer l'environnement physique des personnes âgées. Les plans d'action peuvent comprendre des changements faciles à réaliser et des changements à long terme plus coûteux.
- Le site « Dementia-friendly Environments » [243] concernant les environnements adaptés aux gens atteints de démence, est une ressource en ligne complète et conviviale pour les fournisseurs de services, les proches aidants et les familles qui soutiennent des personnes atteintes de démence dans des établissements de soins en hébergement communautaire pour personnes âgées. Mis au point par le ministère de la Santé et des services humains en Australie, il est fondé sur la recherche, les connaissances et l'expérience pratique actuelles dans la construction ou la rénovation d'environnements physiques et la prestation de services de haute qualité centrés sur la personne.

2. Renforcer les personnes

- *What Works to Promote Emotional Well-Being in Older People: A Guide for Aged Care Staff Working in Community or Residential Care Settings,* produit en Australie pour les fournisseurs de services, résume la force des preuves des interventions psychosociales qui favorisent le bien-être émotionnel, particulièrement pour ceux qui présentent des symptômes d'anxiété et de dépression. Les interventions peuvent être appliquées dans les soins résidentiels et/ou dans la communauté. Des études de cas et des discussions sur les méthodes d'évaluation sont incluses [244].
- *Les Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée – Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement),* mises au point par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, comporte des lignes directrices fondées sur des données probantes visant à promouvoir la santé mentale et à régler les problèmes de santé mentale (y compris les troubles mentaux) chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée, en mettant l'accent sur les symptômes dépressifs et comportementaux [245]. Les recommandations concernent les soins généraux et les problèmes liés au système, ainsi que l'évaluation et le traitement des symptômes dépressifs et comportementaux présentés individuellement chez les résidents.
- *The Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care: A Person-Centred Interdisciplinary Approach* [188], qui intègre le document en deux parties intitulé *Algorithm for Accommodating and Managing BPSD in Residential Care,* soutiendra les médecins, le personnel infirmier, les cliniciens et le personnel soignant afin de fournir des soins interdisciplinaires, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne aux personnes présentant des

symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), en mettant l'accent sur l'utilisation appropriée des antipsychotiques dans le contexte des soins résidentiels. Les lignes directrices reflètent l'importante culture des soins interdisciplinaires centrés sur la personne et de la prise de décision qui touche les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les soignants, les membres de la famille, le personnel soignant et les personnes qui en sont responsables.

- *Personnes proches aidantes de résidents des milieux d'hébergement et de soins de longue durée en contexte de Covid-19 : état des connaissances, pratiques inspirantes et recommandations* [121], élaboré par le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, est destiné aux gestionnaires d'établissements de soins de longue durée et aux décideurs du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Son objectif est d'améliorer les pratiques mises en place pour répondre aux besoins des soignants des résidents des établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19. D'après une analyse documentaire, il décrit les besoins des soignants durant la pandémie, ainsi que ce qui a empêché de satisfaire ces besoins. Les pratiques inspirantes qui peuvent être mises en œuvre pour soutenir les soignants dans les établissements de soins de longue durée sont discutées, et des recommandations sont faites aux gestionnaires et aux décideurs.

3. Renforcer les relations

- La recherche effectuée au Centre universitaire du Mont Saint-Vincent sur le vieillissement en Nouvelle-Écosse pour le projet de soins et de construction a été le fondement du dépliant intitulé « Relationships Matter », qui met l'accent sur l'importance des relations entre les résidents, les membres de la famille et le personnel pour la qualité de vie des résidents. Il comporte des suggestions de mesures pour faciliter les relations [246].

4. Environnements sociaux positifs

- *Les Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens* [39] peuvent être utilisées pour mettre l'accent sur l'importance des soins centrés sur la personne et sur la relation dans tous les contextes.
- La Société Alzheimer du Canada a élaboré un cadre fondé sur des données probantes pour renforcer la capacité du personnel des foyers de soins à mettre en œuvre des soins centrés sur la personne en influençant la culture des soins et en encourageant la reconnaissance de l'individualité de chaque résident. Le cadre s'applique également aux personnes qui ne sont pas atteintes de démence [247].
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a lancé le projet *Person and Family Centred Care* [21].
- L'Institut de recherche sur le vieillissement de l'Université de Waterloo a conçu *Working Together to Put Living First: A Guidebook to Change the Culture of Aging in Long-Term Care* [248].
- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario a élaboré des lignes directrices pour soutenir les adultes atteints d'une déficience développementale qui présentent une demande de résidence dans un établissement de soins de longue durée, qui y sont transférés et qui y résident. Les lignes directrices soulignent l'importance de la planification, du choix et du consentement et des adultes atteints d'une déficience développementale qui reçoivent des services et du soutien de développement appropriés dans un établissement de soins de longue durée [155].

- Les centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée de l'Ontario ont publié un rapport intitulé *Supporting Cultural Diversity in Long-Term Care,* qui souligne les problèmes liés à la prestation de soins culturels à des populations diversifiées dans des établissements de soins de longue durée et qui identifie des ressources supplémentaires [157].
- Les centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée de l'Ontario ont élaboré un rapport qui identifie les besoins des populations autochtones dans les centres de soins de longue durée de l'Ontario, avec des suggestions éclairées pour les satisfaire [159].
- La présentation du document de l'Ontario Senior Pride à la Commission de la COVID-19 pour les soins de longue durée intitulé « Long-Term Care COVID-19 and Ontario's 2S-LGBTQ+ Seniors: A Call to Action » [249] a fait des recommandations pour intégrer l'inclusion de le respect de la communauté 2S-LGBTQ+ envers les personnes âgées 2S-LGBTQ+ au sein du système de soins de longue durée, et pour favoriser une meilleure compréhension et une plus grande conscience de leurs besoins uniques en matière de santé, de soins et de bien-être social. La présentation comprend une revue des problèmes dans les établissements de soins de longue durée et une liste des ressources et des trousses d'outils disponibles pour les fournisseurs de services afin de renseigner sur les soins des personnes âgées 2S-LGBTQ+.
- Le réseau Fierté des aîné(e)s d'Ottawa a mis au point un outil de compétences culturelles pour permettre aux organisations [250] d'évaluer les politiques, les programmes et les pratiques pour évaluer leur soutien au bien-être des aînés LGBTQ2S+.
- *Multi-Faith Practices: Guidelines for Caregiver* est une ressource conviviale qui aide les membres de l'équipe dans des maisons de retraite et des établissements de soins de longue durée à comprendre les traditions et les pratiques de six religions principales : bouddhisme, christianisme, hindouisme, islam, judaïsme et sikhisme [251].

5. Environnements de travail qui soutiennent

- Les principes des meilleures pratiques, fondés sur des données probantes, ont été proposés par la Société Alzheimer pour soutenir les travailleurs en première ligne dans les soins de longue durée et dans d'autres contextes afin d'offrir et de faciliter des soins de qualité aux résidents atteints de démence [165].
- La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a conçu une trousse, *Une étape à la fois,* pour soutenir les organisations qui travaillent à la mise en œuvre de la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* (la norme). Cette trousse d'outils est un complément à la norme et fournit des conseils pratiques pour la mise en œuvre des éléments clés de la norme, ainsi que des liens vers des outils qui aideront les organisations à prendre des mesures pour la mettre en œuvre [248].

6. Capacité de main-d'œuvre et formation

- Le collège Algonquin et les centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation de l'Ontario (CARI) Bruyère ont élaboré la trousse d'apprentissage en ligne/le cours de formation en leadership en soins infirmiers cliniques [252] afin d'améliorer les compétences en direction clinique des infirmières travaillant dans les soins de longue durée. Les modules comprennent des scénarios réalistes et des pratiques basées sur des scénarios pour aider le personnel infirmier à gérer les conflits, à communiquer avec confiance et à apprendre à prospérer en tant que chefs cliniques.

7. Politiques et pratiques

- *Working Together to Put Living First: A Guidebook to Change the Culture of Aging in Long-Term Care* [248] décrit comment un établissement de soins de longue durée et une organisation offrant des logements pour les gens à la retraite ont utilisé une approche fondée sur les forces pour changer la culture, guidé par une direction collaborative et une interrogation appréciative. Il existe également un recueil de ressources pour permettre aux autres de mettre en œuvre cette approche [248].
- *La Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* [253] peut favoriser un milieu de travail qui favorise et soutient la santé mentale et le bien-être des personnes qui travaillent dans des établissements de soins en hébergement communautaire.
- Alberta Health a créé une trousse d'outils pour aider les résidents et leurs familles à créer et à entretenir des conseils de résidents et de familles, en fournissant des exemples d'ordres du jour, des modèles de procès-verbaux et en décrivant les étapes à suivre pour mettre sur pied un conseil. La boîte à outils est également une ressource pour les exploitants qui soutiennent les conseils de résidents et de familles [217].
- La BC Care Providers Association a élaboré un cadre utile pour définir et améliorer la qualité de vie dans les établissements de soins de longue durée, les résidences et d'autres milieux communautaires, avec des suggestions pour la mise en œuvre [139]. Le cadre comprend :
  - Les principes directeurs (approche centrée sur la personne, collaboration, direction);
  - Les valeurs (engagement, respect, dignité, inclusion); et
  - Les domaines (environnements qui soutiennent, relations significatives, activités enrichissantes et diversité culturelle).

Recherche du Groupe CSA

Dans le but de favoriser l'adoption de solutions normatives fondées sur le consensus afin d'accroître la sécurité et de favoriser l'innovation, le Groupe CSA soutient et effectue des recherches dans des domaines qui visent les industries nouvelles ou émergentes ainsi que sur des sujets et des questions qui touchent une vaste gamme de parties prenantes actuelles et potentielles. Les résultats de nos programmes de recherche étaieront l'élaboration de solutions normatives futures, ils offriront aux industries des directives provisoires sur la conception et l'adoption de nouvelles technologies et ils contribueront à démontrer notre engagement continu envers l'édification d'un monde meilleur, plus sécuritaire et plus durable.

GROUPE CSA™

© 2021 Association canadienne de normalisation. Tous droits réservés.