PASSER D'UNE DOTATION STATIQUE À UNE DOTATION ÉQUILIBRÉE POUR OFFRIR UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

Direction scientifique
Philippe Voyer

Avec la collaboration de
Camille Savoie et Sylvie Rey

AVRIL
2021

Auteurs

Philippe Voyer, inf., Ph.D.

Détenteur d'un doctorat en sciences infirmières, il est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est également chercheur à l'Unité de recherche du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, au réseau québécois de recherche sur le vieillissement, au centre de recherche VITAM et au centre de recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Camille Savoie, inf., Ph.D. (candidate)

Étudiante au doctorat en sciences infirmières et auxiliaire d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, elle est également infirmière clinicienne au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Sylvie Rey, inf., Ph.D. (candidate)

Étudiante au doctorat en sciences infirmières et chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, elle est également infirmière clinicienne au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Si vous avez des questions de nature scientifique, clinique, éthique ou légale en lien avec la dotation équilibrée, vous pouvez les envoyer à profvoyer@gmail.com.
Si vous avez des questions de nature technique, informatique ou financière en lien avec le logiciel Domedic portant sur la dotation équilibrée, vous pouvez les envoyer à Pierre Sioui : psioui@domedic.ca

Comment citer ce document

Voyer, P., Savoie, C., & Rey, S. (2021). Passer d'une dotation statique à une dotation équilibrée pour offrir une réponse adaptée aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Table des matières

Liste des acronymes, des tableaux et des figures 4

Introduction 5

L'approche traditionnelle de dotation au Québec 6

- Les limites de la dotation statique pour les résidents 7
  - Favorisation des changements de milieux de vie 7
  - Iniquité entre les résidents 8
- Les limites de la dotation statique pour les soignants 8
  - Iniquité entre les soignants 8
  - Amenuisement de l'entraide 9
  - Sous-optimisation des rôles du personnel 9

La dotation équilibrée : un modèle novateur de dotation 10

- La dotation orientée sur l'éveil 11
- La dotation verticale 12
- La dotation dynamique 13
- La dotation évolutive 14

La dotation équilibrée : illustration d'une mise en application 17

- La dotation orientée sur l'éveil 18
- La dotation verticale 18
- La dotation dynamique 18
- La dotation évolutive 18
  - 1. Collecter des informations cliniques 19
    - 1.1 Indice de lourdeur de 1 à 14 19
    - 1.2 Profils ISO-SMAF de 10 et plus 20
    - 1.3 Score de personnel 20
    - 1.4 Charge de travail perçue du personnel soignant 22
    - 1.5 Indicateurs cliniques 23
  - 2. Analyser les informations 26
  - 3. Effectuer les ajustements nécessaires au niveau de la dotation 26
  - 4. Mesurer les résultats 26

Conclusion 27

Références 28

Liste des acronymes, des tableaux et des figures

Liste des acronymes

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

DSI : Direction des soins infirmiers

MA : Maison des aînés

MEEM : Mini-examen de l'état mental

NOAE : Le ou la Noae assure support, constance et bienveillance auprès des résidents. Il est en support aux accompagnants pour apporter du bonheur dans les maisonnées. Le titre Noae a été choisi pour sa signification particulière. En Hébreux, Noae signifie « en mouvement » et en japonais il signifie « amour ». Ces lettres signifient également : N : Nécessaire, O : Occupationnel, A : Accompagnement et E : Empathie.

PAR : Préposé aux résidents

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

RI : Ressource intermédiaire

RPA : Résidence privée pour aînés

TES : Technicien en éducation spécialisée

Liste des tableaux

Tableau 1 – Bénéfices des sous-types de dotation

Tableau 2 – Dotation de base d'une maisonnée

Tableau 3 – Exemple de calcul du score de personnel

Tableau 4 – Deuxième exemple de calcul du score de personnel

Tableau 5 – Troisième exemple de calcul du score de personnel

Tableau 6 – Informations cliniques et de gestion

Liste des figures

Figure 1 – Échelle d'évaluation de la charge de travail perçue du personnel soignant

Figure 2 – Tableau de consignation des indicateurs cliniques

Figure 3 – Tableau de bord

Introduction

Au Québec, le continuum de soins de longue durée se compose de divers types d'établissements, notamment les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et les maisons des aînés (MA). Différents professionnels et soignants travaillent dans ces milieux d'hébergement. Le nombre et la composition du personnel de chaque établissement sont déterminés selon un processus nommé dotation. La dotation se définit comme le processus visant à fournir à une organisation le personnel compétent dont elle a besoin à court et à long terme [1]. Dans le continuum de soins de longue durée, la dotation du personnel soignant est variable. En règle générale, on retrouve dans chacun de ces milieux un modèle de dotation statique, c'est-à-dire la présence d'un ratio de personnel défini. Dans un tel cas, le nombre de soignants est déterminé en fonction du nombre de lits présents sur chaque unité de vie de l'établissement. Or, ce type de dotation qui est statique ne permet pas de prendre en considération la complexité des soins à prodiguer, la perte d'autonomie continue et les besoins particuliers des résidents. Une dotation statique entraîne aussi des déménagements multiples pour les résidents suivant l'évolution de leur condition de santé et de leurs besoins. Au courant des dernières années, de nouveaux modèles de dotation ont vu le jour au niveau international permettant d'améliorer les soins prodigués aux aînés en perte d'autonomie et la réponse à leurs besoins. La dotation équilibrée, qui est un modèle de gestion clinique créé par l'auteur principal, est l'appellation retenue afin de décrire ces nouveaux modèles de dotation. La dotation équilibrée intègre quatre sous-types de dotation, soit la dotation orientée sur l'éveil, la dotation verticale, la dotation dynamique et la dotation évolutive.

Ce document a pour objectif de présenter le modèle de la dotation équilibrée ainsi que son impact potentiel dans l'amélioration de la qualité des soins et la réponse aux besoins des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle dans les milieux de soins de longue durée. Pour ce faire, la dotation statique et les limites de ce type de dotation seront d'abord présentées. Dans un deuxième temps, la dotation équilibrée et les quatre sous-types de dotation qui la composent seront expliqués. Enfin, une illustration de mise en application de la dotation équilibrée dans un milieu d'hébergement québécois sera présentée. Cet exemple concret de mise en application permettra d'orienter et de soutenir les gestionnaires qui désirent mettre en place ce type de dotation dans leur milieu d'hébergement.

L'approche traditionnelle de dotation au Québec

Au Québec, les milieux d'hébergement faisant partie du continuum de soins de longue durée sont considérés comme des milieux de vie. À l'origine, les RPA, les RI et les CHSLD accueillaient chacun un profil de résidents bien précis, ce qui justifiait une dotation statique différente d'un milieu à l'autre. Or, le manque de places dans les milieux d'hébergement, en particulier dans les CHSLD, rend la situation nettement plus complexe. On peut retrouver maintenant des RPA (celles des catégories 3 ou 4) qui hébergent des résidents dont le profil est similaire à celui des CHSLD. De même, la proportion de résidents dont la perte d'autonomie fonctionnelle est sévère en RI est en forte croissance. Qui plus est, le Gouvernement du Québec planifie la création de nouveaux milieux d'hébergement nommés « maisons des aînés ». Les maisons des aînés vont accueillir des résidents dont le profil d'autonomie fonctionnelle pourra varier grandement (ISO-SMAF de 7 à 14). Offrir une dotation adaptée afin de répondre aux besoins des résidents dans chacune des maisonnées des maisons des aînés représentera alors un défi. En effet, au sein d'une même maison des aînés, il sera possible d'avoir une maisonnée dont le profil des besoins en soins des résidents est d'une lourdeur modérée et une autre maisonnée dont la lourdeur sera très sévère. Il sera alors important que les gestionnaires puissent ajuster rapidement la dotation aux profils des besoins des résidents de chacune des maisonnées. Avec 12 résidents par maisonnée, il suffit que quelques résidents décèdent en trois mois pour que l'indice de lourdeur de la maisonnée change complètement . Il sera ainsi essentiel que les gestionnaires puissent ajuster la dotation efficacement et avec rapidité. Il semble clair que la dotation statique avait déjà atteint ses limites au courant des 15 dernières années, mais avec l'arrivée des maisons des aînés, ces limites ne seront que davantage mises en évidence.

Il faut d'ailleurs se demander pourquoi la dotation statique continue d'être l'approche privilégiée alors que ses limites sont reconnues depuis longtemps par les soignants dans les milieux de soins. D'abord, il faut reconnaître qu'il n'existe aucune formation spécifique sur la gestion des milieux de soins de longue durée. Des formations générales sur la gestion sont disponibles, mais des formations générales abordant avec précision les enjeux de gestion de la dotation dans les milieux de soins de longue durée sont plutôt rares. De même, on ne retrouve pas d'outils de gestion qui permettent de combiner des données cliniques et administratives éclairant au quotidien et en temps réel le travail du gestionnaire de proximité. Ainsi, la dotation en place dans la majorité des milieux est généralement le résultat de pratiques de gestion traditionnelles et non déterminées selon des données cliniques. L'ensemble de ces facteurs explique une certaine inertie dans les modèles de gestion du personnel dans les milieux de soins de longue durée. Il est plutôt rare qu'un gestionnaire qui débute dans un milieu de soins puisse modifier la dotation en place. Le statu quo est plutôt la norme. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les ratios dans certains milieux de soins sont prescrits [2]. On retrouve pourtant une relation directe entre la dotation et la qualité des soins [3-8]. Il serait ainsi avantageux de permettre aux gestionnaires de déterminer la dotation requise sur une unité à partir des besoins des résidents. Or, il n'existe à ce jour aucun guide sur la dotation permettant d'orienter et de soutenir les gestionnaires dans la constitution des équipes de soignants qui soit adapté au secteur des soins de longue durée. Comme mentionné ci-haut, la dotation statique est le type de dotation le plus fréquemment rencontré dans les milieux de soins de longue durée. Par contre, les études ainsi que l'expérience vécue par des milieux d'hébergement

du Québec amènent à conclure que la dotation statique comporte des limites tant pour les résidents que pour les soignants. La prochaine section traite des limites de la dotation statique pour les résidents. Les limites pour les soignants seront abordées plus loin.

Les limites de la dotation statique pour les résidents

Il existe deux limites principales de la dotation statique pour les résidents, à savoir la favorisation des changements de milieux de vie et l'iniquité entre les résidents.

Favorisation des changements de milieux de vie

La dotation statique favorise les transitions des aînés entre différents milieux de vie. En effet, le profil d'autonomie fonctionnelle des aînés change au fil du temps selon l'évolution de leur condition de santé. Ainsi, avec le temps, les aînés perdent de plus en plus d'autonomie. Malheureusement, la dotation statique mène souvent à ce que la personne âgée qui perd son autonomie fonctionnelle doive déménager dans un établissement pouvant mieux répondre à ses besoins. Cela s'observe au fur et à mesure de l'évolution de sa condition de santé et de son profil d'autonomie fonctionnelle. Par exemple, un aîné peut être admis en RPA et avoir besoin d'assistance seulement pour la prise de ses médicaments et l'entretien ménager de son appartement. Cependant, après quelques mois ou quelques années ou après un problème de santé, l'aîné peut avoir besoin d'assistance à l'hygiène, à l'habillement et à la mobilisation. Cet aîné demande plus de temps au personnel soignant qu'au départ, en raison de l'évolution de sa condition. Cette évolution requiert une intensité de soins de plus en plus élevée à laquelle il est difficile de répondre avec la dotation statique. Ce faisant, le personnel soignant peut manquer de temps pour répondre aux besoins de l'aîné dont l'autonomie fonctionnelle s'est détériorée. Ainsi, cette situation va entraîner le déménagement de l'aîné vers un autre milieu de vie, selon son profil d'autonomie fonctionnelle et ses besoins physiques et psychosociaux, comme une RI ou un CHSLD. Typiquement, les aînés passeront du domicile à la RPA autonome, suivi de la RPA avec soins, à la RI puis au CHSLD. La dotation statique peut ainsi imposer 4 déménagements aux aînés.

Un déménagement comme celui-ci, nommée relocalisation du point de vue de l'organisation des services, peut se produire plusieurs fois dans la vie d'un aîné en perte d'autonomie. Cependant, la relocalisation n'est pas anodine pour le résident puisqu'elle est associée à des conséquences non négligeables. Le résident doit faire le deuil de son ancien milieu de vie, c'est-à-dire des personnes, des lieux et des habitudes, et s'adapter à son nouveau milieu de vie. Le personnel doit, lui aussi, s'adapter au résident et apprendre à le connaître. Il est donc indéniable que la qualité des soins sera affectée, du moins pendant la période d'adaptation, puisque le personnel n'est pas en mesure d'offrir immédiatement des soins personnalisés au résident. De plus, les transitions de milieux de vie sont associées à des altérations au niveau de la condition de santé physique et mentale ainsi qu'au niveau de la qualité de vie de l'aîné [9-13]. Des conséquences négatives de ces changements de milieu de vie sont également observées pour les proches des résidents, pour les soignants, pour les autres résidents, pour les établissements et pour l'organisation générale des soins et des services [14-16]. Enfin, les multiples changements de milieux des résidents engendrent une lourdeur administrative pour les organisations, associée aux nombreux formulaires et documents de départ ou d'admissions à compléter. Ainsi, les transitions affectent l'autonomie et la santé cognitive des résidents, alourdissent la charge administrative des milieux de vie, mais aussi celle du système de santé. De plus, le processus de relocalisation peut prendre du temps ce qui signifie que la réponse aux besoins du résident n'est pas optimale pendant ce temps de latence. L'ensemble de ces éléments font que la relocalisation devrait toujours être une solution de dernier recours.

Iniquité entre les résidents

La dotation statique peut aussi provoquer une iniquité quant aux soins reçus par les autres résidents de l'unité de vie. Actuellement, un seul critère est pris en considération lorsque les aînés sont admis dans les différents milieux de soins de longue durée, soit leur profil d'autonomie fonctionnelle. Or, d'autres facteurs peuvent influencer les soins requis par les résidents et ne sont pas toujours pris en considération par cette manière de procéder, tels que la présence de troubles du comportement (ex. : agressivité, errance nocturne) ou la présence d'autres problèmes psychologiques (ex. : idées délirantes, anxiété, apathie, dépression). Dans le même sens, la supervision constante que nécessite un résident avec un grave problème de dysphagie ou encore une famille ayant des demandes fréquentes ou nécessitant un accompagnement particulier de la part du personnel sont d'autres exemples de facteurs qui ne sont pas toujours pris en considération dans le profil du résident lors de son admission. Tous ces facteurs influencent pourtant de façon significative le travail du personnel soignant et les soins à prodiguer. En effet, le temps consacré par le personnel à répondre aux besoins des résidents présentant de tels besoins diminue le temps qu'il peut consacrer aux autres résidents de l'unité. Or, la dotation statique ne prend pas en considération ces facteurs. Par exemple, un résident pourrait être admis dans un milieu de vie où plusieurs autres résidents ont des troubles de comportement ou des besoins particuliers qui accaparent énormément le personnel soignant de son unité. Inévitablement, le temps requis par le personnel pour gérer les troubles de comportement et les besoins particuliers va diminuer le temps disponible pour ce nouveau résident. Si ce même résident avait été admis dans un milieu de vie plus calme où aucun résident n'avait de troubles de comportement aussi sévères ou de besoins particuliers aussi complexes, sa situation aurait été différente. Le personnel aurait eu sans aucun doute plus de temps pour lui prodiguer ses soins et lui fournir un accompagnement davantage approprié et personnalisé. Ainsi, le personnel n'est pas toujours en mesure de répondre de façon optimale aux besoins des résidents puisque la dotation statique n'adapte pas le ratio soignant-soignés en fonction de ces facteurs. C'est malheureusement à ce moment qu'on pourra observer une iniquité entre les résidents des milieux d'hébergement.

Les limites de la dotation statique pour les soignants

Trois limites principales de la dotation statique ont été relevées pour les soignants, à savoir l'iniquité entre les soignants, l'amenuisement de l'entraide et la sous-optimisation des rôles du personnel.

Iniquité entre les soignants

La dotation statique crée parfois de l'iniquité entre les soignants des unités. L'iniquité entre les soignants est intimement liée à l'iniquité entre les résidents. En effet, en raison des facteurs mentionnés précédemment, des résidents peuvent présenter un profil similaire d'autonomie fonctionnelle, mais un portrait général de leurs besoins très différent. Ainsi, la demande en soins d'une unité de vie peut être plus exigeante qu'une autre en raison de ces facteurs. Par exemple, les résidents qui expriment des comportements de résistance aux soins ou d'errance intrusive nécessitent une supervision et une attention accrue sur une unité de vie, ce qui augmente la charge de travail du personnel. Dans le même sens, la présence d'altercations fréquentes entre des résidents ou la présence d'une famille vivant de la méfiance envers le personnel sont d'autres exemples d'éléments pouvant augmenter la charge de travail et le sentiment de fardeau du personnel soignant. Il peut être extrêmement exigeant pour le personnel de gérer ces situations. Ainsi, le nombre habituel de soignants prévu peut être insuffisant pour faire face aux défis quotidiens d'une telle unité. À l'opposé, la dotation de personnel peut être suffisante si le nombre de ces facteurs est limité. Par conséquent, dans

un même milieu de vie et avec un profil d'autonomie fonctionnelle apparemment identique pour les résidents, la dotation d'une unité peut être acceptable, alors que la dotation d'une autre unité peut être insuffisante par rapport aux besoins des résidents. On observe alors une iniquité entre les soignants, en fonction de l'unité où ils travaillent et des besoins des résidents à cet endroit. Le personnel de certaines unités de vie plus exigeantes devient donc dépassé et s'épuise. Une telle situation entraîne des refus d'aller travailler sur ces unités de la part des soignants parce que la charge de travail est trop lourde et non adaptée. Typiquement, le personnel de telles unités ne prendra pas ses pauses par manque de temps et prendra plus de congés. On pourra observer que le personnel détenant des postes à temps partiel (7/14) refusera de combler leurs journées sur ces unités, car ils observent que la charge de travail y est inéquitable. Dans un tel milieu de soins, l'iniquité entre les soignants nuit également à la santé et à la rétention du personnel.

Amenuisement de l'entraide

La dotation statique fait en sorte que les membres du personnel se sentent dédiés uniquement à l'unité sur laquelle ils sont assignés. Bien qu'il soit souhaitable d'assigner le plus possible de façon continue le personnel sur les mêmes unités, il arrive parfois que de grands défis se présentent temporairement sur certaines unités de vie. Il est ainsi souhaitable, lorsque ces défis se présentent, que le personnel puisse se déplacer d'une unité à une autre pour s'entraider. Or, l'approche de la dotation statique favorise davantage l'immobilité du personnel que l'entraide. Le personnel ne se sentant pas concerné par ce qui se passe deux étages plus haut, cela peut conduire à l'amenuisement de l'entraide.

Sous-optimisation des rôles du personnel

La dotation statique nuit à l'optimisation des rôles des soignants et des professionnels. En effet, la dotation statique est directement liée au ratio. Le ratio représente le nombre de résidents dont chaque soignant prend soin. Chaque unité de vie des milieux d'hébergement a un ratio qui détermine la composition de l'équipe soignante. De façon courante, l'équipe soignante est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires (PAB). Ainsi, un ratio fixe est établi pour chaque milieu d'hébergement. Il peut être rassurant pour les établissements de savoir que par exemple, sur une unité, il y a une infirmière, une infirmière auxiliaire et quatre PAB pour 25 résidents. Or, les ratios ne reflètent pas toujours la réalité. En effet, il peut y avoir des écarts entre le ratio et le temps réellement consacré aux activités de son champ d'exercices. Par exemple, il se peut que l'infirmière d'une unité ait plus de tâches administratives et cléricales que sa collègue d'une autre unité et qu'elle doive aussi aider pour les soins d'hygiène et d'alimentation des résidents. Ainsi, lorsqu'on analyse sur papier l'assignation de cette infirmière à son unité, le ratio peut sembler adéquat, alors qu'en réalité, l'infirmière n'effectue que modérément, voire peu de soins infirmiers.

Dans le même sens, on peut retrouver sur l'unité A trois aînés atteints d'insuffisance cardiaque ayant tendance à faire fréquemment des œdèmes aigus pulmonaires et nécessitant une surveillance clinique infirmière rigoureuse ainsi que des ajustements thérapeutiques fréquents. Sur cette même unité, deux résidents ont aussi une maladie pulmonaire obstructive chronique et présentent fréquemment des surinfections pulmonaires. L'unité A nécessite ainsi une présence accrue d'infirmières pour leur expertise dans la gestion de ces pathologies. Le même milieu d'hébergement peut avoir une seconde unité (unité B) où habitent des aînés avec des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) ayant peu de comorbidités et de décompensation de leur condition de santé. Le besoin prioritaire

pour les aînés de l'unité B est plutôt la présence d'activités occupationnelles. La présence d'une infirmière est alors possiblement moins requise sur l'unité B, mais celle d'un technicien en loisir ou d'un éducateur spécialisé peut s'avérer essentielle. Cet exemple démontre bien que les unités peuvent avoir des besoins différents notamment en termes de soins infirmiers, de soins d'assistance et d'activités occupationnelles et de loisirs, dépendamment du profil de santé et des besoins des résidents. La dotation statique n'incite malheureusement pas à se pencher sur le temps consacré aux tâches de chaque professionnel, puisque seul le ratio est pris en compte. En effet, comme le gestionnaire n'a pas la capacité d'intervenir sur la variable des ratios et du nombre de membres du personnel par unité avec la dotation statique, il s'intéresse possiblement moins, sous cet angle, aux besoins des résidents et à leur réponse. En somme, la dotation statique freine l'optimisation du rôle et des compétences des professionnels et des soignants, et ne permet pas de répondre de façon optimale aux besoins des résidents.

La dotation statique freine également l'optimisation du rôle de gestionnaire en regard de la réponse aux besoins des résidents et de l'organisation des soins.

En résumé, la dotation statique comporte des limites pour les résidents et pour les soignants. Premièrement, ce type de dotation favorise les changements de milieux de vie et provoque de l'iniquité chez les résidents. La dotation statique influence également le travail du personnel soignant. En effet, elle provoque une iniquité entre le personnel soignant et contribue à l'amenuisement de l'entraide. Enfin, la dotation statique ne permet pas d'optimiser à son plein potentiel le rôle de chaque soignant. De même, cette approche de la dotation limite grandement la capacité des gestionnaires d'améliorer la réponse aux besoins des résidents des milieux de soins de longue durée et de soutenir les membres des équipes. Afin de répondre aux limites et aux enjeux discutés, la prochaine section abordera un nouveau type de dotation novateur, soit la dotation équilibrée.

La dotation équilibrée : un modèle novateur de dotation

Depuis quelques années, de nouveaux types d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées ont vu le jour à travers le monde. Ces milieux de vie ont recours à des dotations diversifiées pour répondre aux besoins de leurs résidents. Ces milieux sont inspirants, car ils démontrent que d'autres approches existent pour la dotation.

Le modèle Green House, développé aux États-Unis, est un exemple de modèle d'hébergement novateur. Dans le modèle Green House, six à dix aînés vivent dans des maisons où des préposés sont présents pour donner les soins d'assistance, faire la lessive et préparer les repas. Dans les maisons, chaque résident a sa propre chambre et sa salle de bain. Les espaces partagés sont la cuisine, la salle à manger, le salon et les espaces extérieurs. Chaque maison peut avoir des résidents présentant des conditions différentes. Dans le modèle Green House, il n'y a pas de ratios établis pour les autres professionnels de la santé. Ceux-ci sont planifiés au fur et à mesure lorsque les résidents présentent des besoins particuliers.

Un autre modèle novateur d'origine européenne est le Village Alzheimer. Depuis la création du 1er village aux Pays-Bas, des villages Alzheimer ont vu le jour dans plusieurs pays à travers le monde (Australie, Canada, France, Italie). Ce modèle organise un environnement de vie global qui comporte des chambres individuelles et des lieux de vie communs, mais également des lieux partagés

reproduisant des espaces publics tels que des rues, des restaurants, des magasins ou même des fermettes. Encore une fois, la dotation du personnel n'est pas basée sur les ratios. Les soins sont plutôt prodigués selon un modèle de soutien à domicile à l'intérieur du village. Enfin, certains milieux d'hébergement, notamment en Norvège, ont intégré des dispositifs technologiques à leur organisation. Les caméras et détecteurs acoustiques peuvent notamment être utilisés la nuit pour surveiller les résidents avec une plus grande fréquence et répondre aux besoins des résidents plus promptement. Encore une fois, ces milieux n'ont pas de ratio par étage ou par unité. Les dispositifs technologiques permettent de voir et d'entendre les aînés à distance. Ainsi, le personnel peut être avisé de tout événement inhabituel en temps réel et intervenir rapidement lorsque nécessaire.

Inspiré par ces milieux, le modèle de la dotation équilibrée a été élaboré et expérimenté au Québec. La dotation équilibrée est un nouveau type de dotation qui permet d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins des aînés en perte d'autonomie. Celle-ci se compose de quatre sous-types de dotation : la dotation orientée sur l'éveil, la dotation verticale, la dotation dynamique et la dotation évolutive.

La dotation orientée sur l'éveil

Le principe de la dotation orientée sur l'éveil est de s'assurer de soutenir les résidents quand ils ont la capacité d'être en interaction avec le personnel, c'est-à-dire quand ils sont éveillés. Généralement, dans les milieux de soins, on retrouve plus de personnel sur le quart de jour que sur celui de soir. La dotation des équipes de soir est parfois réduite de 25 à 45 % comparativement aux équipes de jour. Ceci s'explique par le fait que les ratios sont principalement définis en fonction des soins d'hygiène requis ainsi que des tâches cliniques et administratives qui sont pour la plupart réalisées le jour. Toutefois, d'autres besoins restent à combler le soir. Le repas et la collation se déroulant pendant le quart du soir occupent considérablement le temps des préposés. Les mises en nuit et deux tournées d'administration de médicaments sont également effectuées lors du quart de soir. C'est aussi durant la soirée que les familles viennent le plus souvent visiter les résidents. Elles ont souvent des questions et désirent parler au personnel pour savoir comment se sont passés les derniers jours pour leur proche. Enfin, la fréquence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) double en soirée chez les résidents atteints de troubles neurocognitifs majeurs, ce qui augmente et complexifie la charge de travail du personnel [17-20]. Ce faisant, la diminution du personnel pendant le quart de soir n'est pas rattachée à une réelle diminution des besoins chez les résidents.

La dotation orientée sur l'éveil permet de considérer cet enjeu. Ce type de dotation consiste à prévoir plus d'employés lorsque les résidents sont éveillés, c'est-à-dire entre 7 h et 21 h. Ce mode de dotation a comme objectif de fournir un accompagnement plus centré sur les résidents au moment où ils sont éveillés, et permet donc de planifier la présence des soignants en regard de la réalisation des activités de la vie. Les activités de la vie incluent les soins corporels, les repas et les collations, mais aussi les activités récréatives et de loisirs ainsi que les visites des proches ou les sorties en famille. Les soins de santé tels que l'administration des médicaments et des différents traitements ainsi que les activités de marche ont également lieu entre 7 h et 21 h. Enfin, cette dotation favorise l'entraide entre les membres du personnel des quarts de jour et de soir. Par exemple, il arrive fréquemment qu'on demande au personnel de s'entraider entre le jour et le soir afin de répondre aux besoins particuliers des résidents qui aimeraient par exemple prendre un bain le soir. Or, ce type de demande ne correspond pas à la réalité de la dotation statique. Le personnel de soir n'a tout simplement pas le temps de le faire si la dotation n'est pas orientée sur l'éveil.

Il est indéniable que la planification de plus d'intervenants le soir peut générer des coûts supplémentaires pour les organisations et freiner les gestionnaires à adopter la dotation orientée sur l'éveil. Pour répondre à cet enjeu budgétaire, différentes possibilités peuvent être explorées par les gestionnaires, telles que les quarts de travail de 12 h, les chevauchements de quart de travail ou la création de postes de 4 heures. La technologie peut être aussi très aidante lorsqu'un gestionnaire désire mettre en place la dotation orientée sur l'éveil. En effet, l'installation de caméras et de détecteurs acoustiques dans les chambres des résidents ainsi que dans les aires communes permet d'effectuer une surveillance des résidents la nuit. Ainsi, les dispositifs technologiques permettent de répondre en temps réel aux besoins des résidents seulement lorsque cela est nécessaire. De plus, l'utilisation des caméras et des détecteurs acoustiques permet d'effectuer des tournées plus souvent le soir et la nuit, puisqu'il est plus rapide pour le personnel de faire des tournées des images et des sons captés que de faire une tournée physique de chaque chambre. Le remplacement des tournées en personne grâce à l'ajout de dispositifs technologiques permet ainsi d'offrir une meilleure réponse aux besoins des résidents ainsi que d'augmenter la qualité des soins prodigués et la sécurité des résidents[1]. Enfin, si du nouveau financement est accordé pour les milieux d'hébergement, le gestionnaire est invité à s'interroger sur la meilleure manière d'investir les fonds pour répondre aux besoins de la clientèle. La dotation orientée sur l'éveil peut, entre autres, l'inspirer. À titre d'exemple, lorsque le gouvernement du Québec a récemment augmenté le financement pour la création de nouveaux postes en CHSLD, certains établissements qui hébergent plusieurs résidents atteints de TNCM ont ajouté des postes d'éducateurs spécialisés de 12 heures (9 h à 21 h) afin de favoriser une réponse aux besoins de stimulation des résidents et soutenir la prévention et la gestion des SCPD. Ils ont ainsi appliqué le principe de la dotation orientée sur l'éveil. Dans le même sens, la création de nouveaux milieux de vie, tels que les maisons des aînés, représente une occasion unique pour mettre en place ce type de dotation et s'assurer que les résidents ont les soins et services requis lorsqu'ils sont éveillés. Le gestionnaire qui a une enveloppe budgétaire fermée doit s'assurer d'avoir le plus d'employés possible entre 7 h et 21 h, tout en répondant aux besoins des résidents la nuit.

En somme, la dotation orientée sur l'éveil est un concept simple. Elle invite le gestionnaire à planifier la présence du plus grand nombre de membres du personnel au moment où les besoins sont les plus grands. De même, ce type de dotation favorise l'entraide et permet également d'assurer l'équité entre les soignants de jour et de soir.

La dotation verticale

L'objectif de la dotation verticale consiste à assurer la mobilité des soignants en regard des besoins des résidents. La dotation verticale favorise la création de postes qui ne sont pas seulement conçus pour être horizontaux, c'est-à-dire rattachés à une unité particulière, mais aussi verticaux, c'est-à-dire que les soignants sont appelés à se déplacer entre des unités selon le moment de la journée et les besoins des résidents. La dotation verticale permet de mieux répondre aux besoins et aux habitudes des résidents relativement à l'horaire de leurs activités de la vie. En effet, il peut exister des différences importantes au niveau de l'horaire de ces activités selon la condition de santé des résidents. Dans un même milieu, il est possible de retrouver plusieurs types de clientèles qui ont des besoins différents au cours de la journée.

1 Pour en savoir davantage sur l'utilisation des caméras et des détecteurs acoustiques en milieu d'hébergement, vous êtes invités à lire ce document : Voyer, P., & Savoie, C. (2021). Recourir aux caméras et aux détecteurs acoustiques pour accroître la sécurité et améliorer le bien-être psychologique des résidents atteints de problèmes cognitifs. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Voici à titre d'exemple, une décision administrative qui a été prise dans une RI au Québec. Dans cette RI, on retrouve une unité de vie qui est dédiée à une clientèle présentant des problèmes de santé physique. Ces résidents souhaitent typiquement se lever tôt le matin pour réaliser des activités selon des horaires plus routiniers. Ces résidents vont donc avoir besoin d'aide dès le matin pour se laver, s'habiller, se mobiliser et prendre le petit déjeuner. Par ailleurs, l'intensité des besoins d'aide diminue pendant le reste de la journée. Cette RI a aussi une unité de vie dédiée aux aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs. Ces aînés se lèvent à des heures variables le matin. Il est en effet souhaitable de laisser dormir les aînés avec TNCM le plus longtemps possible et de préserver leurs habitudes de sommeil, puisqu'un sommeil de bonne qualité est associé à une diminution de l'irritabilité et des SCPD. De plus, ces aînés ont des besoins spécifiques rattachés au syndrome crépusculaire en fin de journée. Le syndrome crépusculaire est un symptôme neurocomportemental qui se manifeste à la tombée du jour par une augmentation de l'agitation, de l'anxiété, d'une désorientation et de la désorganisation de la pensée. Ainsi, les besoins pour cette unité sont plus élevés en milieu et en fin de journée. Conscients des besoins temporels de ces résidents, les gestionnaires de cette RI ont créé un poste de 12 h « vertical » pour un PAB. Ce PAB se déplace entre l'unité « profil physique » et l'unité « TNCM » pour mieux répondre à l'intensité des besoins des résidents en fonction du moment de la journée. À cet effet, le PAB commence sa journée à 7 h à l'unité « profil physique » afin de prêter main-forte pour les levers, les soins d'hygiène et le déjeuner. Ce PAB se déplace sur l'unité « TNCM » vers 12 h, et ce jusqu'à la fin de son quart de travail à 19 h. De ce fait, il aide au dîner, au souper et à l'accompagnement des résidents ayant un syndrome crépusculaire. Comme il s'agit d'unités de vie avec des regroupements de clientèle basés sur des caractéristiques de santé et de besoins similaires, il est recommandé de créer un tel poste, car ces défis cliniques se présenteront à long terme. Ainsi, une solution à long terme doit être planifiée.

En somme, la dotation verticale permet de mobiliser les soignants entre différentes unités d'un même établissement pour favoriser une meilleure réponse aux besoins des résidents en fonction de la période de la journée. Cette mobilité doit être planifiée rigoureusement et s'ajuste à la réalité de chaque milieu d'hébergement. Ce type de dotation comporte plusieurs avantages pour les aînés et le personnel. De façon similaire à la dotation orientée sur l'éveil, la dotation verticale permet d'avoir une équité entre les résidents et entre les soignants, puisque les ressources sont réparties justement en fonction des besoins. De plus, la dotation verticale favorise l'entraide entre le personnel du milieu d'hébergement.

La dotation dynamique

L'objectif de la dotation dynamique est de permettre le déplacement du personnel de façon temporaire sur les unités où les besoins des résidents sont les plus grands. Elle vise spécifiquement à favoriser l'entraide entre les soignants. La dotation dynamique implique particulièrement les gestionnaires de proximité comme les coordonnateurs, les assistantes-infirmières chefs, les conseillers en soins ou toute personne chargée d'assigner les soignants sur les unités de soins. La dotation dynamique exige qu'une réévaluation constante des unités soit faite pour en évaluer les besoins des résidents. La dotation dynamique n'est pas en opposition avec l'assignation continue. Cette dernière renvoie à une planification à long terme d'équipe de soignants stable par unité de vie. La dotation dynamique ne fait que reconnaître qu'il existe plusieurs défis temporaires dans les unités de vie et que, lorsqu'ils s'étirent dans le temps, il faille parfois faire des ajustements temporaires et valoriser ainsi l'entraide pour mieux répondre aux besoins des résidents.

La dotation dynamique fait la promotion d'une approche centrée sur la personne par opposition au travail orienté sur la tâche. Voici une opérationnalisation du concept ; l'unité A d'un milieu de vie peut être calme et stable, alors que l'unité B

vit des bouleversements comme l'admission de deux résidents avec des SCPD et une situation de soins de fin de vie complexe. Selon la dotation dynamique, la coordonnatrice de ce milieu pourrait décider de demander à un éducateur spécialisé, un ergothérapeute ou encore un responsable des loisirs d'aller prêter main-forte à l'unité B pour quelques jours afin de les aider à passer à travers cette épreuve. Le personnel du milieu de vie A serait alors avisé de la non-disponibilité de l'intervenant déplacé. Ainsi, l'horaire et la planification des tâches de l'intervenant seront modifiés, de manière à pouvoir répondre aux besoins accrus, mais temporaires, de l'unité B.

La dotation dynamique peut aussi être utilisée lors d'une activité de loisirs organisée au rez-de-chaussée du milieu d'hébergement. Par exemple, à l'unité C, sept résidents se rendent à l'activité de loisirs du rez-de-chaussée. Par contre, dans l'unité D, seulement deux résidents s'y rendent, puisque plusieurs enjeux empêchent les autres résidents d'y aller (décompensation cardiaque, SCPD, etc.). Selon la dotation dynamique, une consigne pourrait stipuler que, lorsque sept résidents d'une unité se rendent à l'activité de loisirs, un PAB doit se rendre à l'activité de loisirs avec le groupe de résidents de son unité. L'objectif est d'éviter que les intervenants en loisir soient débordés durant l'activité, ce qui pourrait nuire au bon déroulement de l'activité ou encore limiter le nombre de résidents pouvant participer à l'activité. Le soutien offert par les PAB permet de soutenir les intervenants en loisir et permet à un plus grand nombre de résidents de pouvoir bénéficier de l'activité.

Dans le même sens, la dotation dynamique peut être utilisée la nuit, à l'aide de la technologie. En effet, puisque les caméras et les détecteurs acoustiques assurent une surveillance de toutes les chambres et des aires communes de l'établissement, il est possible pour le personnel soignant de se déplacer uniquement auprès des résidents lorsque nécessaire. Dans ce cas, aucun soignant n'est assigné à une unité spécifique. Les soignants ont plutôt sur eux un appareil mobile qui leur permet d'être avisés (par une notification ou un message texte d'un surveillant) des événements ou des mouvements inhabituels sur les unités. Lorsque nécessaire, le personnel pourra intervenir rapidement auprès des résidents. Ceci évite une fois de plus que des PAB d'un étage soient submergés de travail en raison des chutes et des SCPD alors que d'autres PAB se trouvent sur d'autres étages à attendre que les résidents expriment des besoins.

Enfin, la dotation dynamique favorise le questionnement de la composition des équipes soignantes des unités de vie. En effet, la dotation dynamique oblige, par défaut, à ce que les gestionnaires s'interrogent sur le temps de travail de chaque soignant en lien avec les besoins des résidents.

En résumé, la dotation dynamique exige une vigilance constante concernant la réponse aux besoins des résidents. La mise en application de ce type de dotation permet la juste répartition temporaire des ressources disponibles, pour que tous les résidents aient une réponse adaptée et équitable à leurs besoins respectifs. La dotation dynamique permet aussi d'avoir une équité entre les soignants, puisqu'elle favorise le soutien entre les membres du personnel lors de besoins ponctuels.

La dotation évolutive

Plusieurs facteurs, dont les maladies chroniques présentes chez les aînés, entraînent une perte d'autonomie qui est évolutive. Selon l'organisation actuelle des soins de longue durée, les aînés se voient dans l'obligation de déménager selon l'évolution de leur perte d'autonomie. Or, les transitions associées au changement de milieu de vie engendrent des conséquences importantes pour les aînés, mais également pour les proches et le personnel.

La dotation évolutive permet de répondre à cet enjeu. Ce type de dotation se base sur l'évolution de la condition de santé et du profil des besoins des résidents. Selon la dotation évolutive, c'est le

milieu et le personnel qui s'adaptent aux besoins évolutifs de l'aîné en perte d'autonomie, plutôt que ce soit l'aîné qui doive changer de milieu au cours de l'évolution de sa condition de santé. Une évaluation et un suivi de l'autonomie fonctionnelle ainsi que d'autres paramètres doivent donc être effectués. À partir des données recueillies, les soins et la dotation du personnel sont adaptés aux besoins évolutifs des résidents. La dotation évolutive permet ainsi d'éviter les transitions entre différents milieux de vie, en ajustant quantitativement et stratégiquement le personnel soignant requis autour du résident. De ce fait, les aînés peuvent rester dans le même milieu tout au long de leur vie, tout en ayant une réponse adéquate et adaptée à leurs besoins. Plus les aînés perdent de l'autonomie, plus la quantité des intervenants est ajustée en conséquence. Cet ajustement de personnel concerne particulièrement les PAB, puisque la perte d'autonomie est étroitement liée à une augmentation des besoins dans les soins d'assistance prodigués par ces soignants.

La dotation évolutive est particulièrement intéressante et adaptée au milieu de soins de longue durée. Il faut savoir que les aînés atteints de TNCM représentent 70 à 80 % de l'ensemble des résidents de ces milieux. Or, l'évolution clinique et la perte d'autonomie des aînés atteints de TNCM sont prévisibles, ce qui soutient d'ailleurs toute la pertinence du modèle de dotation évolutive. À titre d'exemple, ces aînés perdent en moyenne 5 points au système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et 3 points au MEEM par année. Puisque le rythme et l'évolution de la perte d'autonomie de ces aînés sont connus et prévisibles, il est plus facile de planifier la dotation, et de mettre en place la dotation évolutive. Il est possible pour les gestionnaires d'anticiper la perte d'autonomie de ces aînés et d'ajuster le nombre d'intervenants en conséquence.

De plus, puisque les milieux d'hébergement sont considérés comme des milieux de vie pour les aînés, il est souhaitable de permettre aux aînés de vivre dans le même milieu jusqu'à la fin de leur vie et d'y être accompagné par des soignants avec qui ils sont en relation de confiance. La mise en place de la dotation évolutive vise la favorisation de liens relationnels durables entre le personnel et les résidents. Ceci permet d'assurer de meilleurs soins en favorisant l'assignation continue. L'assignation continue est intimement liée à la stabilité du personnel dans les unités et représente la situation où la même équipe de soignants est attitrée le plus souvent possible à la même unité pour prendre soin du même groupe de résidents. Les études démontrent que l'assignation continue améliore la qualité des soins et la qualité de vie des résidents [21]. Elle permet aux soignants d'établir une relation plus profonde avec les résidents. De plus, en connaissant bien le profil de santé, les capacités et les habitudes des résidents (préférence alimentaire, positionnement au coucher, etc.), leur qualité de vie sera améliorée puisqu'il sera possible pour le personnel de leur prodiguer des soins personnalisés.

Dans le même sens, la meilleure connaissance des résidents par le personnel est particulièrement utile auprès des aînés atteints de TNCM. En effet, avec l'évolution des troubles neurocognitifs majeurs, les aînés perdent leurs capacités à exprimer clairement leurs besoins et leurs ressentis. Or, si les soignants accompagnent ces résidents depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, ils seront capables de comprendre les expressions non verbales du résident et d'adapter leur mode de communication avec lui. Ils pourront continuer à répondre efficacement à ses besoins. À l'inverse, lorsqu'un aîné dont les capacités langagières sont fortement altérées par son TNCM est nouvellement admis en CHSLD, le personnel devra apprendre à le connaître. La tâche sera plus difficile, car le résident n'est plus en mesure de s'exprimer clairement. Il ne pourra pas dire avec aisance quels sont ses habitudes, ses préférences et ses désirs. Il faut alors demander le soutien des proches aidants. À ce sujet, le personnel doit créer de nouveaux liens avec la famille. Pourtant, si ce résident était resté dans le même établissement, le personnel de cet endroit aurait sans aucun doute été mieux outillé pour le comprendre, puisque ses préférences et

ses habitudes étaient connues. De plus, il est beaucoup plus facile pour le résident de rester dans le même milieu, puisqu'il décode mieux son environnement physique. Il est moins anxieux et conserve un meilleur sommeil. En connaissant mieux le résident, le personnel est donc en mesure d'offrir de meilleurs soins.

Une meilleure connaissance des résidents permet aussi au personnel de détecter des signes atypiques d'altération de la condition de santé tels que des changements au niveau du comportement, de l'autonomie fonctionnelle ou de l'état mental. En effet, des études ont démontré que 20 à 50 % des aînés qui font un infarctus du myocarde ont comme seule manifestation un changement de l'état mental tel qu'un delirium [22]. Ainsi, sans une bonne connaissance des résidents, de tels changements peuvent passer inaperçus, ce qui nuit à la prise en charge rapide des problèmes de santé et peut mener à des complications.

Enfin, le fait que l'aîné puisse rester dans le même milieu de vie comporte des bénéfices pour les familles et les établissements. Premièrement, la favorisation d'un seul milieu de vie facilite et améliore les relations entre le personnel et les familles. En effet, une relation de confiance s'établit au fil du temps entre les soignants et les proches des résidents. On note une diminution de la méfiance des familles envers le milieu d'hébergement. Deuxièmement, la charge administrative des établissements s'en trouve diminuée, puisque les professionnels de la santé évitent de compléter les nombreux formulaires et dossiers de départ et d'admission associés aux changements de milieu d'hébergement. La dotation évolutive permet ainsi de diminuer la bureaucratie du travail des professionnels de la santé.

La dotation évolutive peut être appliquée dans tous les milieux de soins de longue durée. Il s'agit d'associer un soutien financier à un profil ISO-SMAF (un per diem) ou un ajout de personnel selon un indice de besoins. Pour une résidence privée pour aînés, la tarification est établie selon le profil ISO-SMAF des résidents. Plus le résident nécessite des soins, plus le tarif est élevé et plus l'organisation est en mesure d'ajuster la dotation. Le gouvernement pourrait accorder une aide financière à ces résidents selon leur profil ISO-SMAF. Pour les ressources intermédiaires, une bonification du financement pourrait être offerte lorsque l'établissement accueille des résidents ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus. Des catégories 7 et 8 pourraient être créées au système de financement actuel. Ainsi, cet ajout de financement peut permettre d'ajouter du personnel pour répondre aux besoins plus importants de ces résidents sans devoir les transférer en CHSLD. Enfin, pour les CHSLD la dotation évolutive pourra s'appliquer selon les regroupements de la clientèle (problèmes physiques, TNCM, gérontopsychiatrie, etc.). Les principes de la dotation orientée sur l'éveil, la dotation verticale et la dotation dynamique feront aussi une différence positive pour les résidents des CHSLD. Enfin, les maisons des aînés qui vont accueillir des résidents avec des ISO-SMAF variables pourraient aussi recevoir un financement selon le profil ISO-SMAF afin de s'assurer de bien répondre aux besoins d'intensité variable des résidents.

En somme, la dotation évolutive permet à l'aîné de rester dans le même milieu d'hébergement pour le reste de sa vie. Ainsi, le personnel peut apprendre à connaître les résidents, notamment grâce à l'assignation continue. Une meilleure connaissance des résidents par le personnel leur permet de prodiguer des soins qui sont personnalisés et de meilleure qualité. Les soignants ont aussi une meilleure capacité de décoder des changements dans l'état de santé des résidents.

À la lumière des informations mentionnées quant à la dotation équilibrée et les quatre sous-types de dotation qui la composent, le tableau ci-dessous présente un résumé des bénéfices de chaque sous-type de dotation.

TABLEAU 1 – BÉNÉFICES DES SOUS-TYPES DE DOTATION

		BÉNÉFICES
Dotation équilibrée	**Dotation orientée sur l'éveil**	• Équité entre les résidents ; • Équité entre les soignants.
	Dotation dynamique	• Équité entre les résidents ; • Équité entre les soignants ; • Favorisation de l'entraide ; • Optimisation des rôles du personnel ; • Favorisation de la variabilité des intervenants.
	Dotation verticale	• Équité entre les résidents ; • Équité entre les soignants ; • Favorisation de l'entraide.
	Dotation évolutive	• Favorisation d'un seul milieu de vie : – Favorisation du lien de confiance entre le personnel, le résident et les proches ; – Meilleure connaissance du résident par le personnel, soins personnalisés, amélioration de la qualité des soins, amélioration de la communication, détection des changements de l'état de santé ; – Réduction de la charge administrative des établissements.

La dotation équilibrée : illustration d'une mise en application

Afin d'illustrer comment mettre en application concrètement la dotation équilibrée et les sous-types de dotation discutés précédemment, la prochaine section expose un exemple réel de mise en application et illustre plusieurs scénarios concrets. Le but visé par cette illustration est de permettre de clarifier les concepts et de démontrer la faisabilité de son application. L'exemple cité est celui de la résidence privée pour aînés Humanitae, située dans la région de Québec. Les concepts et les principes de la dotation équilibrée ont été mis en application depuis plus de deux ans dans cette résidence. La structure d'implantation et le suivi de la mise en application de la dotation équilibrée dans cet établissement est fait à l'aide du logiciel xPill PRO de Domedic. Cette section pourrait inspirer les gestionnaires qui désirent mettre en place la dotation équilibrée dans leur établissement.

La dotation orientée sur l'éveil

Lors de la création d'Humanitae, il a été considéré comme important d'avoir le plus d'employés possible sur les heures d'éveil des résidents, c'est-à-dire entre 7 h et 23 h. Ainsi, on retrouve le même nombre de préposés aux résidents (PAR [équivalent du PAB]) pour le quart de travail de jour et de soir dans chacune des maisonnées. Il peut y avoir des différences dans le nombre de PAR entre les maisonnées, mais pour une même maisonnée, on retrouve toujours le même nombre de PAR de jour et de soir. Cette même règle s'applique pour les éducateurs spécialisés des maisonnées. Par cette dotation, l'organisation reconnaît que les besoins des résidents sont importants autant de jour que de soir. Qui plus est, comme il s'agit d'un milieu dédié aux aînés atteints de TNCM, il était essentiel d'assurer une équivalence de personnel de jour et de soir afin de tenir compte de l'accroissement des SCPD en soirée. Toujours selon cette logique, on retrouve à Humanitae du personnel dédié aux loisirs de jour et de soir. Enfin, comme le rez-de-chaussée à Humanitae est une aire de stimulation et d'activités, on y retrouve un PAR de jour et un autre de soir afin de favoriser son utilisation. Une dotation centrée sur l'éveil consiste donc en la planification des ressources selon l'état d'éveil des résidents. Pour réaliser une telle dotation, il est indéniable que le recours aux caméras et aux détecteurs acoustiques le soir et la nuit facilite l'implantation de cette approche.

La dotation verticale

La dotation verticale vise à créer des postes facilitant la mobilité entre les maisonnées en raison des besoins qu'on peut anticiper chez les résidents. Pour la résidence Humanitae, il était prévisible qu'il y aurait des enjeux de SCPD variables d'une journée à l'autre et d'une maisonnée à l'autre. Par conséquent, deux postes verticaux ont été créés pour des éducateurs spécialisés (TES) d'urgence pour intervenir lors de SCPD. Ces deux éducateurs peuvent ainsi aller soutenir les maisonnées lors de la survenue de SCPD.

La dotation dynamique

La mise en application de la dotation dynamique se réalise dans la gestion hebdomadaire des soins. Elle implique particulièrement le personnel d'encadrement clinique et les gestionnaires de proximité. À la résidence Humanitae, les Maestro (équivalents aux assistants du supérieur immédiat [ASI] dans les CHSLD), la DSI et les TES d'urgence communiquent ensemble quotidiennement pour voir où sont les priorités et les besoins dans les maisonnées. En fonction de la détermination des besoins, un soutien plus grand sera offert au personnel de ces maisonnées pour assurer une réponse aux besoins des résidents. Ce soutien supplémentaire peut être offert par un PAR, un TES d'urgence, le Maestro ou le personnel infirmier. On retrouve aussi d'autres principes de dotation dynamique à Humanitae comme le suivi en grappe des résidents par les PAR lors d'une activité dans la cour extérieure. Ainsi, dès que six résidents se trouvent à l'extérieur, un PAR de la maisonnée doit les accompagner afin de soutenir le PAR du rez-de-chaussée et soutenir l'engagement des résidents dans l'activité.

La dotation évolutive

La dotation évolutive est bien intégrée aux pratiques de gestion à la résidence Humanitae. Les aînés sont admis dans cette résidence à différents stades d'évolution des troubles neurocognitifs majeurs. Le profil d'autonomie fonctionnelle, des besoins et des comportements est ainsi très variable d'un résident à un autre et évolue dans le temps. Chaque maisonnée accueille des résidents à différents stades de la maladie. De plus, les aînés vivent dans cette résidence jusqu'à la fin de leur vie. Ainsi, avec l'avancement du temps, il y a une croissance des besoins des résidents, car ils perdent naturellement de leur autonomie. Il faut donc ajuster mensuellement la dotation dans les maisonnées.

La dotation évolutive se réalise en quatre étapes : 1) collecter des informations cliniques, 2) analyser les informations, 3) effectuer les ajustements nécessaires au niveau de la dotation et 4) mesurer les résultats. Chaque étape est expliquée dans les prochaines pages.

1. Collecter des informations cliniques

La première étape consiste à collecter des informations cliniques pertinentes à la dotation évolutive. Ces informations cliniques permettent de déterminer les besoins des résidents et la charge de travail des unités. C'est à partir de ces informations que les gestionnaires seront en mesure d'effectuer la dotation évolutive. Selon la nature des données, la collecte des informations cliniques se fait quotidiennement et mensuellement. Cette collecte des données est informatisée et systématique grâce au logiciel de Domedic. Un total de cinq variables sont collectées, soit l'indice de lourdeur de 1 à 14, le nombre de profils ISO-SMAF de 10 et plus, le score de personnel, la charge de travail perçue du personnel soignant et les indicateurs cliniques ciblés.

1.1 Indice de lourdeur de 1 à 14

La première variable qui est consignée par le gestionnaire de proximité est l'indice de lourdeur des résidents du milieu d'hébergement. L'indice de lourdeur varie entre 1 et 14 et est déterminé à partir du SMAF. Le profil ISO-SMAF est un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle qui établit une classification regroupant les usagers selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de l'autonomie. Les profils ISO-SMAF regroupent 14 profils pour représenter qualitativement et quantitativement les besoins des individus. Plus le score du profil ISO-SMAF est élevé, plus la perte d'autonomie est sévère et les soins à fournir importants. Ainsi, tous les mois, le gestionnaire de proximité consigne les profils ISO-SMAF de chaque résident, pour lui permettre d'établir l'indice de lourdeur global de la maisonnée. Le score ISO-SMAF variant de 1 à 14 par résident est additionné et divisé par le nombre de résidents de la maisonnée, ce qui permet d'obtenir l'indice de lourdeur moyen par maisonnée. À Humanitae, l'indice de lourdeur moyen ciblé par unité afin d'établir une dotation de base est de 7.5 avec une étendue de 5 à 10. Généralement, avec la dotation de base établie par maisonnée, le personnel en place devrait pouvoir répondre aux besoins des résidents. Si l'indice de lourdeur moyen est inférieur à 5, il est probable qu'il y ait trop de d'intervenants dans la maisonnée par rapport aux besoins des résidents. À l'inverse, si l'indice de lourdeur est supérieur à 10, il est probable qu'il faille ajouter du personnel afin de répondre avec satisfaction aux besoins des résidents.

Le tableau ci-dessous présente un exemple d'une dotation de base pour une maisonnée de 14 résidents dont l'indice de lourdeur est de 7.5

TABLEAU 2 – DOTATION DE BASE D'UNE MAISONNÉE

QUART DE TRAVAIL	PERSONNEL PRÉVU
Jour (7 h - 15 h)	1 PAR (8 h) 1 Éducateur spécialisé (8 h) 1 Noae (4 h)
Soir (15 h - 23 h)	1 PAR (8 h) 1 Éducateur spécialisé (8 h)
Nuit (23 h - 7 h)	½ PAR[2] (8 h)

2 Il est possible d'avoir 1 PAR pour deux maisonnées la nuit à la résidence Humanitae en raison de l'utilisation des technologies.

1.2 Profils ISO-SMAF de 10 et plus

La deuxième variable consiste à identifier le nombre de résidents dont la perte d'autonomie est sévère. De ce fait, après avoir déterminé l'indice de lourdeur de chaque maisonnée, les résidents ayant des profils ISO-SMAF de 10 et plus sont repérés. Il est important d'identifier les résidents qui ont un profil ISO-SMAF ≥ 10, car la durée des soins d'assistance pour ces résidents est automatiquement plus importante. Ces résidents ont un impact direct sur la dotation de base d'une unité. En repérant ces résidents et en sachant où ils sont localisés dans le milieu d'hébergement, le gestionnaire de proximité pourra ajuster la dotation en conséquence et la juste répartition des ressources.

Par exemple, à la résidence Humanitae, pour une maisonnée de 14 à 15 résidents, une réflexion s'amorce sur la dotation lorsque cinq résidents d'une maisonnée ont des profils ISO-SMAF ≥ 10. Dépendamment de la dynamique de la maisonnée ainsi que des besoins des résidents, la charge de travail peut commencer à être lourde pour les soignants. Par contre, la dotation ne sera pas augmentée de façon automatique. Le jugement des gestionnaires et de l'équipe clinique a préséance. De même, lorsque six résidents ont des profils ISO-SMAF ≥ 10, une augmentation de la dotation devient plus probable, mais encore une fois, elle n'est pas automatique. En effet, si les résidents collaborent aux soins, qu'il n'y a pas de résistance aux soins et qu'aucun résident ne présente de problématique majeure (ex.: dysphagie, parkinsonisme, errance intrusive, etc.), la dotation de base peut être encore suffisante. Ceci dit, lorsqu'une maisonnée héberge sept résidents ou plus avec des profils ISO-SMAF ≥ 10, la dotation du personnel est augmentée automatiquement, c'est-à-dire qu'un préposé est ajouté pour le quart de jour et un préposé est ajouté pour le quart de soir.

1.3 Score de personnel

La troisième variable à recueillir est le nombre de membres du personnel par unité ou maisonnée, ce qu'on appelle le score de personnel. Le gestionnaire de proximité doit savoir combien de soignants sont assignés dans chaque maisonnée pour être en mesure d'ajuster ensuite la dotation en fonction des besoins. Le score de personnel se calcule sur 24 h. Un score de 1 équivaut à un soignant qui travaille à plein temps sur un des trois quarts de travail (jour, soir ou nuit). Pour une maisonnée, si la dotation est d'un préposé à temps plein de jour, un de soir et un de nuit, le score sera de 3.

Le score de base à la résidence Humanitae pour une maisonnée est de 5. La dotation du personnel est illustrée dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 3 – EXEMPLE DE CALCUL DU SCORE DE PERSONNEL

QUART DE TRAVAIL/24 H	DOTATION DU PERSONNEL	ÉQUIVALENT EN SCORE DE PERSONNEL
Jour	1 PAR 1 Éducateur spécialisé 1 Noae (4 h)	1 1 0,5
Soir	1 PAR 1 Éducateur spécialisé	1 1
Nuit	½ PAR	0,5
	Total	**5**

Si par exemple, selon la collecte des informations cliniques et les besoins des résidents, un préposé de jour et un préposé de soir étaient ajoutés dans une maisonnée pour améliorer la réponse aux besoins des résidents, on retrouverait un score de personnel de 7 tel qu'illustré au tableau 4.

TABLEAU 4 – DEUXIÈME EXEMPLE DE CALCUL DU SCORE DE PERSONNEL

QUART DE TRAVAIL/24 H	DOTATION DU PERSONNEL	ÉQUIVALENT EN SCORE DE PERSONNEL
Jour	2 PAR 1 Éducateur spécialisé 1 Noae (4 h)	2 1 0,5
Soir	2 PAR 1 Éducateur spécialisé	2 1
Nuit	½ PAR	0,5
	Total	**7**

Enfin, si par exemple le personnel en place n'était plus en mesure de subvenir aux besoins des résidents de la maisonnée la nuit, 1 préposé pourrait être ajouté à la dotation présentée dans le tableau 4, pour avoir l'équivalent d'un préposé à temps complet sur le quart de nuit. Ainsi, le score de personnel serait de 7,5 tel qu'illustré dans le tableau 5.

TABLEAU 5 – TROISIÈME EXEMPLE DE CALCUL DU SCORE DE PERSONNEL

QUART DE TRAVAIL/24 H	DOTATION DU PERSONNEL	ÉQUIVALENT EN SCORE DE PERSONNEL
Jour	2 PAR 1 Éducateur spécialisé 1 Noae (4 h)	2 1 0,5
Soir	2 PAR 1 Éducateur spécialisé	2 1
Nuit	1 PAR	1
	Total	**7,5**

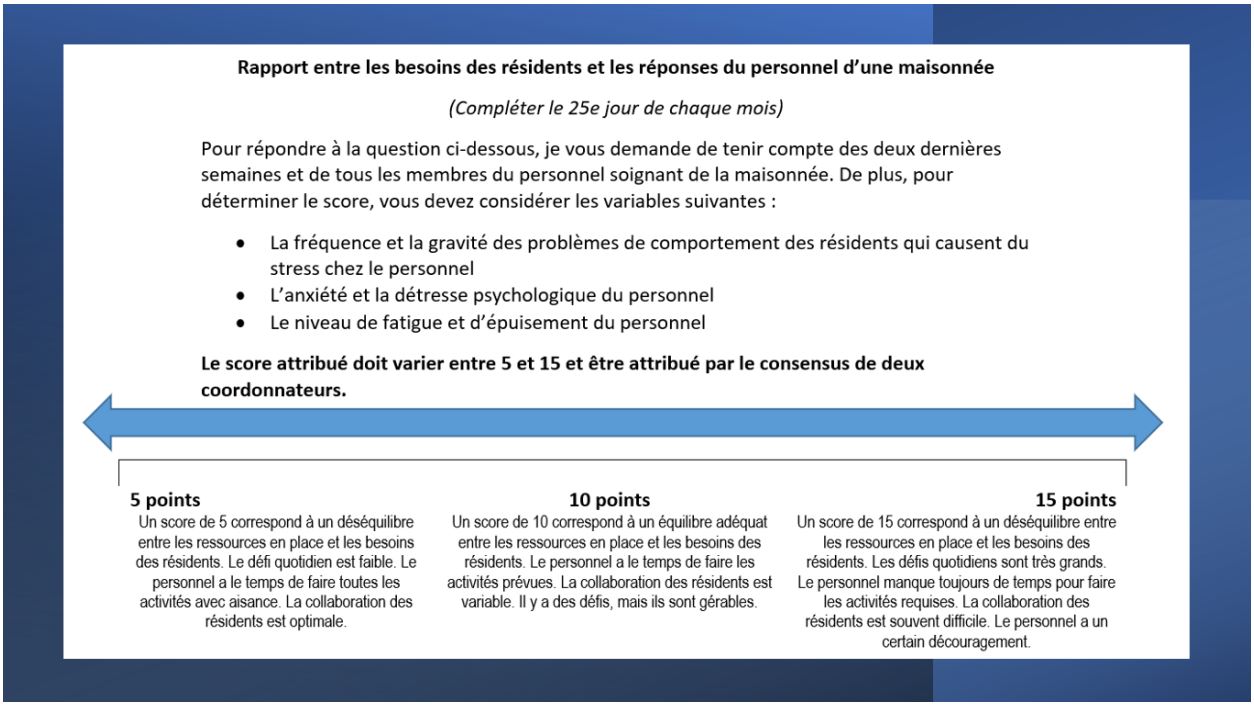
Le score de personnel permet de constater rapidement la dotation en place dans chacune des maisonnées. Il est à noter que le score de personnel à Humanitae n'inclut pas le personnel infirmier ni les éducateurs spécialisés d'urgence.

1.4 Charge de travail perçue du personnel soignant

La quatrième variable que le gestionnaire de proximité doit recueillir est la charge de travail perçue du personnel soignant qui travaille sur les unités. La charge de travail perçue du personnel relève d'une estimation subjective de l'adéquation entre la réponse aux besoins des résidents et la charge de travail en plus du fardeau vécu par les soignants. L'évaluation de la charge de travail perçue du personnel permet d'identifier des enjeux spécifiques qui ne sont pas captés par les autres variables, telles que la présence d'un résident ayant des comportements continus de résistance aux soins, un résident dont l'alimentation est difficile et longue, un résident qui requiert une grande surveillance en raison de son risque de chute, un résident qui est à risque d'entrer dans les chambres des autres et de leur donner des coups, etc. À Humanitae, le personnel qui répond aux questions sur la charge de travail perçue est au nombre de six. Cela se réalise directement dans le logiciel sur la dotation équilibrée de Domedic. Ce dernier calcul le score moyen par maison à partir des six résultats.

L'échelle servant à évaluer la charge de travail perçue du personnel pour un milieu hébergeant des résidents atteints d'un TNCM est présentée ci-dessous.

FIGURE 1 – ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL PERÇUE DU PERSONNEL SOIGNANT



Tel qu'illustré, le gestionnaire de proximité utilise cette échelle d'intensité pouvant donner un score variant de 5 à 15. L'échelle offre trois descriptions qualitatives en regard de chaque cotation (5 points, 10 points ou 15 points) pour aider à attribuer le score d'une maisonnée. Le score cible est celui de 10 points, c'est-à-dire qu'on retrouve, sur l'unité, un équilibre adéquat entre la charge de travail et la dotation en place. Le score de 5 points correspond à une unité où la dotation est trop élevée comparativement à la charge de travail. Enfin, un score de 15 points correspond

à un déséquilibre entre la charge de travail comparativement à la dotation en place qui s'avère être insuffisante. Il importe de noter que le personnel peut choisir des scores autres que les trois mentionnés, comme par exemple 7 ou 11 points. De plus, le personnel peut laisser des notes pour apporter une explication supplémentaire au score. Par exemple, le personnel pourrait laisser comme note que deux nouveaux résidents ont été admis sur telle unité, ou encore qu'une problématique au niveau du sommeil d'un résident est présente, mais qu'il croit que ça se réglera le mois prochain. Cette grille est celle utilisée à la résidence Humanitae auprès d'une clientèle avec trouble neurocognitif majeur. Pour ce type de milieu, la charge de travail subjective du personnel n'est pas forcément toujours dépendante de l'indice de lourdeur, mais plutôt souvent en lien avec les SCPD qui influencent beaucoup la charge de travail et le sentiment de fardeau. Les milieux qui accueillent d'autres types de clientèle (ex. : trouble de santé physique, déficience intellectuelle, trouble de santé mentale) pourraient modifier cette échelle afin qu'elle reflète bien leurs propres réalités.

1.5 Indicateurs cliniques

Enfin, plusieurs indicateurs cliniques s'avérant pertinents à recueillir ont été ciblés. Ces indicateurs influencent aussi l'évaluation de la dotation du personnel en fournissant une meilleure compréhension sur les enjeux de chacune des maisonnées. En effet, la présence de ces indicateurs vient souvent affecter la charge de travail du personnel soignant. Les indicateurs sont consignés quotidiennement par les soignants, à la fin de chaque quart de travail à l'aide d'un appareil électronique mobile. À une heure précise (nuit : 6 h 30, jour : 15 h, soir : 23 h), le soignant reçoit une notification sur son appareil qui lui pose diverses questions servant à consigner les indicateurs cliniques. Les indicateurs cliniques qui sont consignés sont les chutes, les transferts à l'urgence, les soins externes et les infections.

Les chutes représentent un premier indicateur clinique. Elles sont consignées puisqu'elles augmentent la charge de travail du personnel. Une chute s'accompagne de l'évaluation clinique et de la surveillance post-chute, de la surveillance du résident qui a chuté, de l'analyse des causes de la chute et du suivi auprès du représentant. Si le résident qui a chuté s'est blessé, des soins peuvent venir s'ajouter au plan de soins. La mise en place d'interventions visant à prévenir la récurrence d'une autre chute est aussi effectuée. De ce fait, à la fin de chaque quart de travail, les soignants mentionnent s'il y a eu des chutes dans leur maisonnée. Lorsqu'une chute est survenue, le logiciel requiert que le soignant inscrive le numéro de chambre du ou des résidents qui ont chuté.

Les chutes récurrentes sont aussi considérées comme un indicateur clinique ciblé. Le chuteur récurrent est identifié automatiquement par le logiciel. Ainsi, lorsque le logiciel repère que le même résident chute à de multiples reprises, il sera automatiquement inclus dans la section des résidents avec des chutes récurrentes. Il sera donc possible de repérer les résidents les plus à risque de chuter pour permettre aux soignants de mettre en place des interventions. De plus, la présence d'un ou de plusieurs chuteurs récurrents dans une maisonnée alourdit la charge de travail du personnel.

Les transferts à l'urgence constituent le troisième indicateur clinique ciblé et sont consignés par les soignants. Ainsi, à la fin de chaque quart de travail selon la même méthode que pour les chutes, les soignants indiquent si des résidents de leur maisonnée ont été transférés à l'urgence. Le transfert à l'urgence d'un résident est associé à une augmentation de la charge de travail du personnel. En effet, le résident qui a besoin d'être transféré à l'urgence a nécessairement une condition de santé ou un problème de santé qui requiert des soins médicaux aigus. Ainsi, un transfert à l'urgence s'accompagne automatiquement d'une évaluation clinique préalable, d'une discussion avec le résident et son représentant ainsi que

d'une intensification de la surveillance clinique lors de son retour. De plus, plusieurs tâches administratives et cléricales s'ajoutent lorsqu'un résident est transféré à l'urgence, ce qui alourdit encore plus la charge de travail du personnel soignant.

Les soins externes reçus par les résidents constituent également un indicateur clinique ciblé qui est collecté par le logiciel. Les soins externes représentent tout acte d'un professionnel externe qui vient prodiguer des soins à un résident. Le soutien à domicile est compris dans les soins externes, mais on peut également y inclure des soins podologiques ou tout autre soin ou traitement provenant de l'externe (par exemple : dentiste, stomothérapeute, travailleur social, etc.). La présence de tels soins peut indiquer que des besoins ou des problèmes de santé plus complexes sont présents dans certaines maisonnées qui sont susceptibles d'augmenter la charge de travail du personnel. Par exemple, des plans d'intervention complexes pourraient devoir être mis en place par les soignants.

Enfin, le dernier indicateur clinique ciblé enregistré par le logiciel est la présence d'une infection. Ceci permet de déterminer s'il y a une éclosion auprès d'un ou de plusieurs résidents dans la maisonnée. Si tel est le cas, des mesures de prévention et de contrôle des infections doivent être mises en place. Les infections, les mesures de prévention des infections ainsi que le port d'équipement de protection individuel augmentent la charge de travail et la fatigue du personnel soignant. De plus, la mise en place des mesures et le suivi auprès des proches viennent alourdir le travail.

L'ensemble des indicateurs cliniques sont consignés dans un tableau, comme démontré dans l'image ci-dessous.

FIGURE 2 – TABLEAU DE CONSIGNATION DES INDICATEURS CLINIQUES

Performance organisationnelle Imprimer

Mois Juillet Année 2020

Indicateurs cliniques de la qualité des soins

	Observations cliniques					Moyenne de traitement		Nbre de patient consommant au moins un produit (R | P)									
Route	Chute	Chute recur.	Urgence	Soins externes	Infections	Chronique	PRN	Antipsychotiques		Antidépresseurs		Benzos		Analgésiques		Opiacés	
Unité de vie 1	0	0	0	0	0	6.1	1	4	0	8	0	2	0	0	0	3	0
Unité de vie 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unité de vie 3	0	0	2	0	0	7.5	1	6	0	6	0	1	0	0	0	3	0
Unité de vie 4	0	0	2	0	0	6.2	1.3	3	0	7	0	2	0	1	1	2	0
Unité de vie 5	0	0	0	0	0	7.4	1.3	7	0	6	0	5	0	1	0	2	0
Unité de vie 6	0	0	0	0	0	7.5	1	7	0	8	0	1	0	1	0	1	0
Unité de vie 7	0	0	2	0	0	6.1	2	2	0	8	0	1	0	1	0	1	0
Unité de vie 8	0	0	1	0	0	8.5	1	7	0	6	0	1	0	0	0	1	0
Unité de vie 9	0	0	5	0	0	8	2	6	1	5	0	1	0	0	0	2	0
Unité de vie 10	0	0	4	0	0	6.5	1.3	4	1	6	0	1	0	0	0	3	0
Unité de vie 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unité de vie 12	0	0	3	0	0	6.1	1.3	3	0	5	0	1	0	0	0	2	0

Un résumé de l'ensemble des variables faisant partie des informations cliniques à collecter est présenté dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 6 – INFORMATIONS CLINIQUES ET DE GESTION

NOM DE LA VARIABLE	INSTRUMENT DE MESURE ASSOCIÉ	PERSONNE RESPONSABLE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	JUSTIFICATION
Indice de lourdeur de 1 à 14	Outil ISO-SMAF	DSI	C'est une mesure de la perte d'autonomie moyenne de chaque maisonnée de l'établissement.
Profils ISO-SMAF de 10 et plus	Outil ISO-SMAF	DSI	Les résidents ayant des profils ISO-SMAF ≥ 10 requièrent une intensité de soins plus élevée qui influence la dotation.
Score de personnel	Score calculé par le logiciel	DSI	Le calcul de score du personnel permet de savoir le nombre d'employés assigné dans les maisonnées.
Charge de travail perçue du personnel soignant	Grille d'évaluation de la charge de travail perçue	Coordonnateur ou son équivalent	La mesure de l'autonomie des patients ne capte pas la charge de travail qu'entraînent plusieurs enjeux, tels que la présence de résistance aux soins, de SCPD ou de soins de fin de vie.
Indicateurs cliniques • Chutes • Chutes récurrentes • Transfert à l'urgence • Soins externes • Infections	Indicateurs consignés par les soignants sur un appareil électronique mobile	DSI	La mesure des indicateurs cliniques permet d'avoir une appréciation de la charge de travail des maisonnées.

Lorsque l'ensemble des informations est consigné à l'aide du logiciel de Domedic, on obtient automatiquement le tableau de bord ci-dessous. Chaque maisonnée a son propre tableau de bord. Des graphiques sont également générés par le logiciel à partir des informations cliniques consignées dans le tableau. Les graphiques permettent de comparer les données au fil des mois.

FIGURE 3 – TABLEAU DE BORD

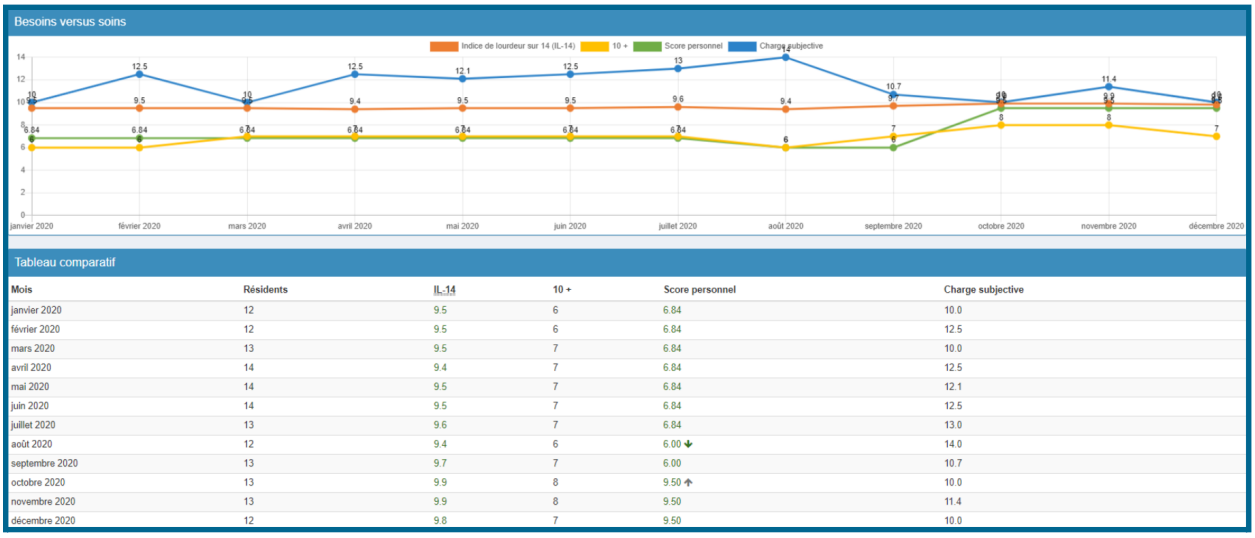


Tableau comparatif

Mois	Résidents	IL-14	10 +	Score personnel	Charge subjective
janvier 2020	12	9.5	6	6.84	10.0
février 2020	12	9.5	6	6.84	12.5
mars 2020	13	9.5	7	6.84	10.0
avril 2020	14	9.4	7	6.84	12.5
mai 2020	14	9.5	7	6.84	12.1
juin 2020	14	9.5	7	6.84	12.5
juillet 2020	13	9.6	7	6.84	13.0
août 2020	12	9.4	6	6.00 ↓	14.0
septembre 2020	13	9.7	7	6.00	10.7
octobre 2020	13	9.9	8	9.50 ↑	10.0
novembre 2020	13	9.9	8	9.50	11.4
décembre 2020	12	9.8	7	9.50	10.0

2. Analyser les informations

Chaque mois, le tableau de bord des maisonnées est analysé par la DSI et des membres de la direction générale. S'il y a des situations ambiguës, les TES d'urgence, le personnel infirmier, et la travailleuse sociale participeront à la rencontre afin d'apporter des précisions pour prendre une décision éclairée. Cette analyse permet de voir si la dotation en place est adéquate et d'apporter les ajustements requis au besoin.

3. Effectuer les ajustements nécessaires au niveau de la dotation

Une fois l'analyse des données réalisée et discutée sous forme de synthèse, les ajustements au niveau de la dotation sont planifiés et effectués. Les ajustements apportés à la dotation du personnel des maisonnées sont opérationnalisés au niveau des feuilles de route des soignants concernés. Dans la vidéo explicative accompagnant ce document, des exemples concrets d'ajustements de la dotation sont présentés afin de favoriser la compréhension des concepts.

4. Mesurer les résultats

Enfin, le gestionnaire de proximité et les coordonnateurs soutiennent les équipes dans la mise en œuvre des changements au niveau de la dotation. Ils assurent également un suivi au niveau des résidents et de leurs proches.

En résumé, la dotation évolutive s'effectue mensuellement. Selon la réalisation des quatre grandes étapes décrites précédemment, la dotation du personnel est revue dans chaque maisonnée de la résidence Humanitae. C'est donc un processus qui est continu et qui vise toujours à offrir la meilleure réponse possible aux besoins des résidents.

Conclusion

Ce document avait pour but de présenter les concepts à la base de la dotation équilibrée. Il s'agit d'un document d'introduction, car plusieurs variables doivent être considérées lors de l'application d'un nouveau modèle de dotation dans une organisation. Néanmoins, certaines variables clés présentées dans la section sur la dotation évolutive sont incontournables et devraient guider le travail des gestionnaires. Il importe d'accorder plus de latitude décisionnelle aux gestionnaires de proximité afin de leur permettre de prendre les meilleures décisions clinico-administratives possible pour les résidents et le personnel soignant. Les principes de la dotation équilibrée présentée dans ce document devraient représenter un premier pas dans cette direction.

Références

1. Ordre des conseillers en ressources humaines agréés. 2020 ; Available from : https://ordrecrha.org/recherche?r=dotation+.
2. Voyer, P., et al., *Les ratios infirmière/résidents en CHSLD - Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ?* Perspective Infirmière, 2016. **13**(3) : p. 45-50.
3. Needleman, J., et al., *Nurse staffing and inpatient hospital mortality.* N Engl J Med, 2011. **364**(11) : p. 1037-45.
4. Cho, E., et al., *Effects of registered nurse staffing on quality of care and resident outcomes in nursing homes.* Geriatr Nurs, 2020. **41**(6) : p. 685-691.
5. Harrington, C., et al., *Experts recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in the United States.* Gerontologist, 2000. **40**(1) : p. 5-16.
6. Harrington, C., et al., *Nursing home staffing and its relationship to deficiencies.* J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2000. **55**(5) : p. S278-87.
7. Schnelle, J.F., et al., *Relationship of nursing home staffing to quality of care.* Health Serv Res, 2004. **39**(2) : p. 225-50.
8. Boscart, V.M., et al., *The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care.* BMC Health Serv Res, 2018. **18**(1) : p. 750.
9. Ryman, F.V.M., et al., *Health Effects of the Relocation of Patients With Dementia : A Scoping Review to Inform Medical and Policy Decision-Making.* Gerontologist, 2019. **59**(6) : p. e674-e682.
10. Horttana, B.M., G. Ahlström, and G. Fahlström, *Patterns of and reasons for relocation in dementia care.* Geriatr Nurs, 2007. **28**(3) : p. 193-200.
11. Horttana, B.M., G. Fahlström, and G. Ahlström, *Experiences of relocation in dementia care from the perspective of six care workers.* Int J Older People Nurs, 2011. **6**(2) : p. 93-101.
12. Cable-Williams, B. and P. Kaur, *Resident-Staff Relationships in Long-Term Care Homes : The Voices of residents.* Perspectives (Gerontological Nursing Association (Canada)), 2020. **41**(1) : p. 6-12.
13. Fitzpatrick, J.M. and V. Tzouvara, *Facilitators and inhibitors of transition for older people who have relocated to a long term care facility : A systematic review.* Health Soc Care Community, 2019. **27** : p. e57-e81.
14. Sury, L., K. Burns, and H. Brodaty, *Moving in : adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families.* International Psychogeriatrics, 2013. **25**(6) : p. 867-76.

15. Eika, M., G.A. Espnes, and S. Hvalvik, *Nursing staff's actions during older residents' transition into long-term care facility in a nursing home in rural Norway.* International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2014. **9**(1) : p. 1-13.

16. Ellis, J.M. and H. Rawson, *Nurses' and personal care assistants' role in improving the relocation of older people into nursing homes.* Journal of Clinical Nursing, 2015. **24** : p. 2005-2013.

17. Lungu, O., et al., *Assessing Neuropsychiatric Symptoms in Long-Term Care : Comparing the NPI-NH and CMAI Scales Across the Circadian Cycle*, in *8th Annual Canadian Conference on Dementia*. Octobre, 2015 : Ottawa, Ontario.

18. Lungu, O., et al., *Changes in Neuropsychiatric Subsyndromes in LTC Residents with Dementia Across the Circadian Cycle.*, in *Alzheimer's Association International Conference*. Juillet, 2015 : Washington, DC.

19. Lungu, O., et al., *Le tableau clinique des symptômes neuropsychiatriques associés à la démence en soins de longue durée.* , in *6e Congrès Mondiale du Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone*. Juin, 2015 : Montreal, Quebec.

20. Wilchesky, M., et al., *Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Long-Term Care Residents with Dementia Across the Circadian Cycle.* , in *35th Annual General Meeting of the Canadian Geriatrics Society*. Avril, 2015 : Montreal, Quebec.

21. Castle, N., *The influence of consistent assignment on nursing home deficiency citations.* The Gerontologist, 2011. **51**(6) : p. 750-60.

22. Samaras, N., et al., *Older patients in the emergency department : a review.* Ann Emerg Med, 2010. **56**(3) : p. 261-9.