

Mémoire

Des soins compétents et humains en CHSLD :
Essentiels pour assurer la dignité et le bien-être en
toute circonstance

Présenté au Protecteur du citoyen dans le cadre de
l'enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans
les centres d'hébergement et de soins et de longue durée
(CHSLD) du Québec

16 octobre 2020



*Parce que
nous sommes
tous
concernés*

**CHAIRE DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS
À LA PERSONNE ÂGÉE ET À LA FAMILLE**

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



*Soigner avec
humanisme et savoirs*

Chaire de recherche
Marguerite-d'Youville
d'interventions humanistes
en soins infirmiers
de l'Université de Montréal

Auteurs

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

C.P. 6128, succ. Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

514 343-6111, poste 2734

www.chairepersonneagee.umontreal.ca/

Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal

Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

C.P. 6128, succ. Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

514 343-6111, poste 34291

www.chairemargueritedyouville.ca

Chercheure régulière, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Chercheure associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Table des matières

Présentation des auteures	4
Avant-propos	5
Résumé des pistes de solution	6
Des enjeux et des pistes de solution	7
<i>Une exacerbation catastrophique et prévisible de problèmes présents depuis plusieurs années : corriger les problèmes pour offrir des soins de qualité aux personnes hébergées dans les CHSLD et à leurs proches.....</i>	<i>7</i>
<i>Améliorer l'organisation des soins et des services offerts dans les CHSLD : contrer l'âgisme, maximiser l'apport professionnel et améliorer les conditions de travail</i>	<i>12</i>
Conclusion	17
Références	18

Présentation des auteures

La Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille (titulaire Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.) et la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal (titulaire Véronique Dubé, inf., Ph. D.) sont des infrastructures de recherche visant spécifiquement à améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes âgées, de leurs proches et des personnes vivant avec un trouble neurocognitif.

Outre notre expérience à titre de titulaires de ces chaires, de chercheuses et de professeures enseignant à des étudiants en sciences infirmières sur cette thématique aux trois cycles d'études (baccalauréat, maîtrise et doctorat), nous avons également toutes deux une expérience clinique auprès des personnes vivant en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). De plus, nous avons aussi une expertise pratique et théorique sur les fondements de la discipline et de la profession infirmière.

À titre de chercheuse, les travaux de Madame Bourbonnais portent sur les soins à offrir aux personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif et à leurs proches en CHSLD. En lien avec la pandémie de la COVID-19, elle finalise actuellement un projet de recherche visant à mieux comprendre l'expérience des proches d'une personne âgée vivant en CHSLD durant cette pandémie, ainsi que leurs recommandations pour des actions de soutien. À travers le récit des proches, des données sur l'expérience des personnes âgées ont aussi pu être obtenues.

Pour sa part, les travaux de Madame Dubé portent sur les soins et le soutien aux personnes proches aidantes de personnes vivant avec un trouble neurocognitif ou de personnes âgées en perte d'autonomie. Plus spécifiquement, ses travaux portent sur le développement et l'évaluation d'interventions humanistes auprès de ces personnes proches aidantes.

Avant-propos

Depuis de nombreuses années et encore plus depuis mars 2020, nous sommes profondément préoccupées, attristées et même choquées de constater l'état des soins offerts aux personnes âgées et à leurs proches dans les CHSLD. Nous avons constaté que certains CHSLD manifestent une indéniable créativité et une résilience à offrir des soins de qualité malgré des ressources en inadéquation avec les besoins depuis plusieurs années. D'autres peinent à offrir des soins de qualité, et ce, avec des conséquences regrettables sur la santé, le bien-être et la dignité de cette population très vulnérable.

Par conséquent, les propos qui suivent s'appuient sur la prémisse que nous considérons que les personnes âgées et les autres personnes vivant en CHSLD, de même que leurs proches sont en droit de s'attendre à des soins de qualité, et ce, même en contexte de pandémie. Pour nous, ces soins s'appuient indiscutablement sur des soins infirmiers en bonne adéquation avec les besoins de santé et offerts par des équipes de soins compétentes.

Nos propos s'appuient sur des écrits scientifiques et professionnels, notre expérience clinique, sur nos projets de recherche en CHSLD et sur nos contacts avec des infirmières, dont des étudiantes à la maîtrise qui ont travaillé dans ce type de milieu de soins durant la pandémie.

C'est à la lumière de cette prémisse, de ces expertises et de ces sources que nous avons analysé les enjeux et que nous émettons des pistes de solution dans le cadre de l'enquête du Protecteur du citoyen sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD.

Résumé des pistes de solution

1. Implanter des solutions concrètes sur les plans de la communication, relationnel, organisationnel et sociétal proposées par des proches de résidents vivant en CHSLD durant la COVID-19.
2. Implanter un dépistage systématique de la détresse chez les proches et les personnes vivant en CHSLD et orienter au besoin vers des services psychosociaux adaptés.
3. Avoir des attentes à l'égard de compétences avancées chez les infirmières pour assurer la qualité des soins en CHSLD, et ce, dans un contexte propice au déploiement de ces compétences.
4. Considérer le discours des infirmières en y accordant de la crédibilité et mettre en place des mécanismes systémiques facilitant, entre autres, la participation des infirmières aux processus d'amélioration des soins en CHSLD.
5. Assurer dans les CHSLD, le déploiement et le maintien de ressources humaines, financières et matérielles (p. ex. en équipement de protection) fondés sur les besoins spécifiques des CHSLD et en s'appuyant sur l'avis de professionnels de la santé et de gestionnaires ayant une compétence reconnue à l'égard de ce milieu de soins.
6. Instaurer une campagne sensibilisant à l'âgisme et des mécanismes pour prévenir les biais inconscients liés à l'âge et au CHSLD dans le réseau de la santé et des services sociaux visant à la fois le personnel, les professionnels et les gestionnaires de tous niveaux.
7. Augmenter le nombre d'infirmières en CHSLD incluant des infirmières cliniciennes (détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières), des infirmières spécialisées en prévention des infections et des infirmières cliniciennes spécialisées en soins à la personne âgée.
8. Créer des équipes cliniques stables et compétentes en CHSLD et favoriser le développement de leur sentiment d'appartenance.
9. Planifier d'avance les horaires dans le respect de la conciliation travail-famille, entre autres, en anticipant des besoins cliniques plus importants ou des imprévus.
10. Valoriser le personnel et les impliquer activement et de façon créative dans la recherche de solutions plutôt que de leur imposer d'emblée.

Des enjeux et des pistes de solution

Une exacerbation catastrophique et prévisible de problèmes présents depuis plusieurs années : corriger les problèmes pour offrir des soins de qualité aux personnes hébergées dans les CHSLD et à leurs proches

Comme cela a été dit à plusieurs reprises depuis le printemps 2020, la pandémie de la COVID-19 a exacerbé des problèmes documentés depuis de nombreuses années, et ce, par plusieurs groupes (par exemple, rapports annuels du protecteur du citoyen depuis de nombreuses années, action collective déposée en 2015 par le conseil pour la protection des malades, Commission de la santé et des services sociaux, 2016; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014, 2016; Réseau FADOQ, 2017). Plusieurs rapports ont également été diffusés expliquant les enjeux en cause dans les CHSLD depuis la crise sanitaire de la COVID-19 (Canadian Nurses Association, 2020; Commandement de la composante terrestre - Force opérationnelle interarmées (Est), 2020; par exemple, Estabrooks et al., 2020; Headquarters 4th Canadian Division Joint Task Force, 2020).

Voici quelques exemples des enjeux mentionnés avant et depuis cette crise :

- le ratio de personnel inadéquat en réponse aux besoins des résidents et des proches,
- le manque de professionnels de la santé appartenant à un ordre professionnel réglementé (infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.) pour assurer des soins appropriés à la population actuelle des CHSLD qui a des problèmes de santé complexes,
- des conditions de travail défavorables (p. ex. : salaire bas, heures supplémentaires, manque de postes à temps plein obligeant à travailler dans plusieurs milieux, peu d'accès à de la formation continue en cours d'emploi),
- le manque de gestionnaires sur place,
- l'insatisfaction des résidents et des proches quant aux soins reçus ou non reçus,
- le manque d'équipement de protection,
- des infrastructures désuètes incluant des chambres avec plusieurs résidents, (Canadian Nurses Association, 2020; Commission de la santé et des services sociaux, 2016; Estabrooks et al., 2020; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014, 2016; Réseau FADOQ, 2017).

Nous partageons donc le constat de la Protectrice du citoyen exprimé lors de sa conférence de presse du 24 septembre 2020 sur l'inaction en regard des problèmes de soins et de services persistants en CHSLD, malgré une connaissance des problèmes et des solutions nécessaires. Ces problèmes ont été exacerbés par la pandémie de la COVID-19 avec les conséquences horribles que l'on connaît. Pourtant, il était prévisible que les milieux de vie des personnes âgées seraient particulièrement vulnérables aux éclosions de COVID-19. Outre, les problèmes déjà identifiés en CHSLD, cette population est connue comme étant vulnérable aux infections étant donné la baisse de l'immunité liée à l'âge. À cela s'ajoute les troubles cognitifs souvent présents chez les personnes âgées en CHSLD et qui rendent difficile le respect de consignes de prévention des infections. De plus, ces personnes vivent en communauté et sont au contact de nombreuses personnes provenant de l'extérieur. Dès le début mars, des éclosions avaient eu lieu dans des résidences pour personnes âgées ailleurs dans le monde (par exemple, éclosion en CHSLD dans

l'état de Washington le 19 février 2020, en Colombie-Britannique, 1^{er} décès en CHSLD dans cette province le 7 mars 2020)(Wikipedia, 2020), soit avant l'apparition du virus au Québec. Le risque était si prévisible que nous avons décidé de suspendre l'ensemble de nos activités de recherche en CHSLD dès le début mars pour éviter tout risque de contaminer les résidents.

Impacts de la crise sanitaire sur les proches et les personnes vivant en CHSLD. Cette situation a eu des impacts importants sur la qualité des soins offerts aux personnes vivant en CHSLD et à leurs proches, tant en lien avec la pandémie elle-même que découlant des mesures de confinement. À cet effet, Mme Bourbonnais a réalisé un projet de recherche qualitative (projet Voix – 24 participants provenant de 8 CHSLD de la région métropolitaine) en mode virtuel afin de mieux comprendre l'expérience des proches de personnes âgées vivant en CHSLD pendant cette pandémie et indirectement celle des personnes âgées auxquelles nous n'avions plus accès comme chercheuses. Les résultats préliminaires découlant d'entrevues semi-dirigées approfondies ont démontré une détresse importante vécue par les proches et les personnes âgées, et ce, toujours bien présente en juillet 2020 lors de la collecte des données. Des échanges ont d'ailleurs eu lieu avec le ministère responsable des aînés durant l'été en lien avec la nature alarmante des données.

Bien que les proches ayant participé à ce projet aient bien compris la nécessité de protéger les résidents en CHSLD, ils déplorent la communication déficiente pendant le confinement. Ils ont soulevé qu'il y a eu peu de communication par vidéoconférence organisée avec les personnes âgées et lorsque cela était le cas, ces moments pouvaient être très courts (p. ex. 3 minutes), à des moments inopportuns (p. ex. lorsque la personne âgée est somnolente) ou sans intimité. Dans certains cas, des proches n'ont eu aucune nouvelle pendant plusieurs semaines voire des mois. Certains proches ont reçu la demande explicite de soignants de ne pas téléphoner. Deux proches sur 24 ont raconté une expérience où le CHSLD avait mis en place un accès adéquat et régulier à la vidéoconférence, ce qui a grandement rassuré et facilité l'expérience des proches et des personnes âgées.

Lorsque les directives ont permis aux proches de se rendre auprès des personnes vivant en CHSLD, une interprétation très variable de ces consignes entre les CHSLD a été notée. Certains proches dont le rôle était principalement de soutien moral, plutôt qu'un soutien aux activités de la vie quotidienne comme l'alimentation, se sont vu refuser l'accès malgré une directive gouvernementale le permettant. Pour certains, les rencontres se déroulaient uniquement à l'extérieur, sous surveillance ou seulement pour quelques minutes. De plus, pour les proches, le manque de personnel est inacceptable tant avant que pendant la pandémie. Ils ont constaté que ce problème mène à une négligence dans les soins aux résidents vivant en CHSLD et semble plus criant durant le quart de travail de soir.

Nos résultats reflètent donc une expérience qui a été et qui a continué durant l'été d'être traumatisante pour les proches, ainsi qu'une profonde détresse morale et psychologique. De plus, ils ressentent des impacts importants et concrets sur leur santé physique et mentale, par exemple de l'insomnie persistante, de l'anxiété, une perte d'appétit et de la peur. Ces effets peuvent s'apparenter à ceux associés à de la maltraitance psychologique.

Je n'avais plus de rôle [comme proche pendant la pandémie], plus une voix, plus un contact physique, je n'avais rien. Je suis devenue sans espoir. Avec pas de pouvoir, parce que le gouvernement a décidé qu'à partir de cette date, tu ne peux plus voir ton proche, tu deviens impuissante, vulnérable, fâchée, triste, c'est un type de deuil qu'on a vécu. Pis là, quand le vrai deuil est venu [avec le décès de mon père en mai de la COVID], c'est encore pire. [...] À mon avis, si j'avais été là ou ma mère, je ne pense pas qu'il serait décédé. [...] Ce n'était pas facile, ce n'est pas une situation que je veux que quelqu'un d'autre vive [voix nouée par l'émotion et larmes]. (Extrait d'une entrevue de recherche avec une proche d'une personne âgée qui vivait en CHSLD)

À travers les propos des proches, il est possible de percevoir également la détresse vécue par les personnes âgées vivant en CHSLD. Chez les personnes âgées qui ont survécu à la crise, plusieurs proches ont constaté une dégradation physique, psychologique et cognitive. Certaines personnes âgées ayant des troubles cognitifs ont démontré de la colère lorsque les proches ont pu les voir et ont exprimé avoir été abandonnées ou être dépressives à cause de la situation.

Les témoignages informels d'infirmières avec qui nous avons été en contact et qui travaillaient en CHSLD pendant la pandémie confirment les conséquences sérieuses rapportées dans cette étude et découlant du manque de personnel sur la santé et le bien-être des personnes âgées dans certains CHSLD. Par exemple, des problèmes de déshydratation et dénutrition ont été notés combinés à une difficulté d'assurer la mobilisation des résidents, ce qui a mené au développement de nombreuses plaies de pression sévères et souvent infectées. Une augmentation de l'utilisation des contentions physiques et chimiques a été mentionnée. Le déconditionnement et un isolement important sont aussi des conséquences physiques, psychiques et sociales rapportées.

Les impacts de la pandémie ont donc été majeurs sur la santé et la qualité des soins offerts aux personnes âgées, ainsi que pour leurs proches qui doivent aussi être accompagnés et soutenus dans leur rôle par les professionnels de la santé.

Dans le projet de recherche Voix mentionné plus haut, les proches ont soulevé des pistes de solution. Ils ont été catégoriques voulant que les proches, même ceux qui offrent un soutien moral, doivent avoir accès à la personne vivant en CHSLD malgré une pandémie, et ce, avec tous les moyens de prévention et de contrôle des infections requis. Ils ont aussi demandé des changements sur les plans de la communication, relationnel, de l'organisation des soins et sociétal et ont proposé des pistes :

- sur le plan de la communication : avoir un intervenant pivot pour chaque résident qui est responsable d'informer les proches sur l'état du proche par courriel ou par téléphone ; fournir de l'information de qualité, régulièrement et fréquemment ; avoir des tablettes en nombre suffisant pour offrir des vidéoconférences au bon moment et fréquemment ;
- sur le plan relationnel : démontrer de l'empathie à l'égard des proches de la part des soignants et des gestionnaires ; reconnaître la souffrance des proches ;
- sur le plan organisationnel : revoir les ratios de préposés aux bénéficiaires et

- d'infirmières par résident en CHSLD ; avoir un gestionnaire sur place 24 h/24, 7 jours/7 ;
- sur le plan sociétal : offrir des congés temporaires d'emploi pour un proche afin qu'il puisse prendre soin d'un résident vivant en CHSLD lors d'un manque de personnel ; honorer les personnes qui sont décédées de la COVID-19 en CHSLD ; continuer de parler des CHSLD dans les médias.

Piste de solution 1

Implanter des solutions concrètes sur les plans de la communication, relationnel, organisationnel et sociétal proposées par des proches de résidents vivant en CHSLD durant la COVID-19.

Étant donné la détresse psychologique et morale importante manifestée par les proches et les impacts possibles de cette détresse sur leur santé ainsi que sur celle des personnes dont ils s'occupent en CHSLD, un dépistage systématique de cette détresse est recommandé. Ce dépistage pourrait être effectué dès l'arrivée des proches en CHSLD lorsqu'ils sont guidés dans l'utilisation de l'équipement de protection. Sur la base des résultats de ce dépistage ou si les proches démontrent des signes exigeant un soutien immédiat, ils devraient être orientés vers des ressources psychosociales appropriées en fonction de l'intensité de cette détresse ou d'un besoin immédiat d'un accompagnement professionnel. À titre de suggestion, une échelle visuelle-analogique de type thermomètre de la détresse et des émotions utilisée fréquemment dans le domaine de l'oncologie pourrait être adaptée à la situation des proches (voir : <http://www.psycho-oncology.info/ET.htm?LMCL=EGnaSJ&LMCL=WUbGpB>). Ce type d'outil de dépistage a l'avantage d'être facile d'usage et rapide pour dépister la détresse permettant d'orienter les personnes vers des services adaptés. Il serait pertinent d'évaluer de la même façon la détresse vécue par les résidents vivant en CHSLD, lorsque leurs capacités cognitives le permettent.

Piste de solution 2

Implanter un dépistage systématique de la détresse chez les proches et les personnes vivant en CHSLD et orienter au besoin vers des services psychosociaux adaptés.

Milieux de soins et compétences infirmières. La crise sanitaire de la COVID-19 a aussi fait ressortir les enjeux découlant du fait de considérer les CHSLD comme des milieux de vie depuis le début des années 2000. Bien que le CHSLD soit le domicile des résidents et qu'il était louable de soutenir cette approche pour assurer une meilleure qualité de vie, il existe des tensions entre ces notions de milieu de vie et de milieu de soins (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2020). Les résidents vivant en CHSLD ont dû se résoudre à cet hébergement en lien avec des problèmes de santé sévères, généralement dégénératifs, et demandant des soins professionnels afin d'assurer leur bien-être et leur sécurité. De plus, plusieurs de ces résidents présentent des problèmes de communication importants découlant de troubles cognitifs. Et finalement, la majorité de ces résidents devra éventuellement être accompagnée par des soins de fin de vie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014). Ce portrait clinique des résidents vivant en CHSLD implique aussi de soutenir les proches qui doivent s'adapter à des situations difficiles en lien avec l'évolution des problèmes de santé dégénératifs. Ces caractéristiques font des CHSLD des milieux où des soins compétents et

professionnels doivent être offerts tant à la personne hébergée qu'à ses proches, et ce, dans une atmosphère de milieu de vie. Selon Leppa (2004), contrairement à la croyance populaire, la nature des soins infirmiers en CHSLD est comparable à celle des soins intensifs en termes d'incertitude et de variabilité à cause de la complexité des soins à offrir.

Pourtant, les ressources attribuées à ces milieux sont peu adaptées à ces caractéristiques. Elles visent surtout au soutien dans les activités de la vie quotidienne sans considérer la complexité d'offrir un tel soutien ni les besoins de santé plus spécialisés qui sont aussi présents. Et même les ressources pour offrir un soutien aux activités de la vie quotidienne sont insuffisantes depuis plusieurs années. En n'ayant pas pris en considération les ressources requises pour offrir un milieu de soins adéquat en temps normal et qui tient compte de l'incertitude et de la variabilité, la crise sanitaire est survenue dans un contexte où les professionnels qui pouvaient évaluer les risques pour la santé physique et mentale des résidents et mettre en place rapidement des mesures pour prévenir l'infection à la COVID-19 étaient largement absents de ces milieux. Ces professionnels sont, entre autres, les infirmières qui devraient être, selon les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2018), les leaders cliniques en CHSLD. Comme dans bien d'autres situations avant la crise sanitaire, l'absence de soins infirmiers professionnels et compétents a contribué au décès de nombreux résidents tant de la COVID-19 que d'autres problèmes de santé, sans compter les impacts sur le bien-être et la qualité de vie des résidents et des proches.

De plus, les propos à l'égard des infirmières en CHSLD portent rarement sur leurs compétences. Les attentes semblent principalement viser leur présence dans les milieux de soins. Pourtant, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a décrit très précisément l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD dans l'intention d'assurer la protection du public et cela requière un maillage de compétences avancées et d'humanisme (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). Nous sommes d'avis que les CHSLD, le réseau de la santé et la société doivent avoir ces attentes à l'égard des infirmières et leur fournir un contexte leur permettant de déployer leurs compétences de façon optimale pour assurer le bien-être et la sécurité des résidents en CHSLD et de leurs proches. Ces compétences incluent, entre autres, l'évaluation de la condition de santé physique et mentale des résidents, la surveillance clinique de l'état de santé, l'accompagnement et l'établissement d'un partenariat avec leurs proches aidants, la coordination du travail de l'équipe intra professionnelle (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières) et de l'équipe interprofessionnelle, ainsi que la prévention et le contrôle des infections qui sont essentiels en tout temps, mais particulièrement dans le contexte d'une pandémie.

Piste de solution 3

Avoir des attentes à l'égard de compétences avancées chez les infirmières pour assurer la qualité des soins en CHSLD, et ce, dans un contexte propice au déploiement de ces compétences.

Crédibilité des infirmières. Par ailleurs, les infirmières qui travaillent en CHSLD ont sonné l'alarme à plusieurs reprises dans les dernières années, entre autres, afin de dénoncer des ratios qui ne leur permettaient pas d'assurer des soins de qualité et le bien-être des résidents. Elles l'ont fait à nouveau au début de la pandémie à l'égard des mesures de protection et de la formation en CHSLD. Pourtant, elles ne semblent pas avoir été entendues. Ce constat nous a amenées à nous pencher sur la crédibilité des infirmières à titre de lanceur d'alerte. Le contexte d'une enquête judiciaire (l'enquête Sinclair) au Manitoba dans les années 90 en lien avec des erreurs médicales commises par un chirurgien a amené une auteure à analyser cette crédibilité des infirmières qui avaient maintes fois dénoncé la situation sans avoir été entendues, ce qui a mené au décès de plusieurs enfants (Ceci, 2004a, 2004b). Bien que le contexte soit différent, des parallèles peuvent être faits avec la situation en CHSLD avant et pendant la pandémie. Ceci (2004a) fait le constat qu'un discours rapportant des faits inquiétants, mais empreint de compassion et d'émotions, soulève souvent des doutes sur la validité des faits rapportés et peut plutôt faire dévier les préoccupations vers les capacités d'adaptation de la personne qui porte ce discours. Les infirmières, exerçant une profession qui est ancrée dans des valeurs humanistes, rapportent souvent des faits en lien avec la qualité des soins en s'appuyant sur un tel discours, réduisant, selon la perception de certains, leur crédibilité. Nous faisons l'hypothèse que ce type de discours, et surtout l'interprétation qui en est faite par les diverses instances, a nui à la mise en place de correctifs aux problèmes de qualité des soins soulevés dans les CHSLD par les infirmières et que cela a aussi pu les amener à se taire face à des enjeux cruciaux. Pourtant, lorsqu'elles soulèvent des enjeux, ces derniers sont généralement ancrés dans une préoccupation profonde pour le bien-être des résidents et de leurs proches.

Piste de solution 4

Considérer le discours des infirmières en y accordant de la crédibilité et mettre en place des mécanismes systémiques facilitant, entre autres, la participation des infirmières aux processus d'amélioration des soins en CHSLD.

Améliorer l'organisation des soins et des services offerts dans les CHSLD : contrer l'âgisme, maximiser l'apport professionnel et améliorer les conditions de travail

Hospitalocentrisme et âgisme. Le système de santé a subi plusieurs réformes au cours des 25 dernières années, dont la réforme Couillard en 2003 ([Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux](#)) et la réforme Barrette en 2015 ([Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales](#)). Ces deux réformes ont laissé les CHSLD dans de piètres conditions, entre autres, sur les plans de l'organisation et du financement. En effet, nombreux sont les experts dans le domaine de l'organisation et de la gouvernance des systèmes de santé à dénoncer les impacts de la centralisation et de l'hospitalocentrisme sur les CHSLD depuis ces réformes (Contandriopoulos, 2020; Martin, 2016; Sampson, 2020). Tristement, les ressources humaines, matérielles et financières ont principalement été concentrées dans les centres hospitaliers au détriment d'une répartition plus équitable et nécessaire envers des soins à domicile et en hébergement (p. ex. : CLSC et CHSLD). En début de pandémie à la COVID-19, nous avons pu constater à nouveau que les préoccupations, les ressources et l'équipement de protection ont été dirigés vers les centres hospitaliers des CIUSSS/CISSS plutôt que dans les

CHSLD regroupés dans ces mêmes CIUSSS/CISS. Pourtant, des foyers d'éclosion apparus ailleurs dans le monde, avant les éclosions québécoises, sont apparus auprès de personnes âgées en CHSLD (Wikipedia, 2020).

Cet hospitalocentrisme a eu des conséquences particulièrement désastreuses en ce qui a trait à la prévention des infections. L'inégalité dans la disponibilité des équipements de protection et dans la formation offerte au personnel entre les centres hospitaliers et les CHSLD a été énorme, les ressources ayant été attribuées principalement aux centres hospitaliers. Les CIUSSS/CISS ont parfois justifié cette décision par le fait que les CHSLD étaient considérés comme des milieux de vie et ne requérant donc que l'application de mesures qui seraient prises au domicile des personnes âgées. Ce raisonnement a démontré une méconnaissance importante au sein des CIUSSS/CISS des besoins en soins en CHSLD et de la vulnérabilité des personnes âgées, sans compter l'absence de considération quant au manque de ressources humaines et à la vétusté des CHSLD ayant souvent des chambres partagées par plusieurs personnes vulnérables, contexte ne correspondant en rien au domicile.

Piste de solution 5

Assurer dans les CHSLD, le déploiement et le maintien de ressources humaines, financières et matérielles (p. ex. équipement de protection) en fonction des besoins spécifiques des CHSLD et s'appuyant sur l'avis de professionnels de la santé et de gestionnaires ayant une compétence reconnue à l'égard de ce milieu de soins.

Nous émettons l'hypothèse qu'une forme systémique et inconsciente de discrimination fondée sur l'âge (âgisme) est véhiculée socialement et influence la prise de décisions dans le réseau de la santé, de telle sorte que les besoins des personnes âgées ne sont que peu pris en considération, méconnus ou encore considéré d'une importance moindre comme cela a été noté depuis la pandémie (Lagacé et collectif de 40 signataires, 2020). La nature des soins dispensés aux personnes vivant en CHSLD est aussi fortement influencée par des stéréotypes négatifs, et ce, même auprès des infirmières et des autres professionnelles de la santé (Ronch, 2004), ce qui nuit à l'attractivité pour travailler dans ces milieux. La pandémie à la COVID-19 aura d'ailleurs révélé à certaines infirmières venues prêter main forte en CHSLD, la complexité des soins à dispenser aux personnes âgées vivant en CHSLD, l'accompagnement nécessaire des proches aidants et le travail de coordination de l'équipe intra et interprofessionnelle exercé par les infirmières œuvrant en CHSLD.

Piste de solution 6

Instaurer une campagne sensibilisant à l'âgisme et des mécanismes pour prévenir les biais inconscients liés à l'âge et au CHSLD dans le réseau de la santé et des services sociaux visant à la fois le personnel, les professionnels et les gestionnaires de tous niveaux.

Apport des divers rôles infirmiers en CHSLD. Par ailleurs, les infirmières forment un groupe de professionnel hétérogène et pouvant occuper divers rôles et responsabilités en CHSLD qui sont primordiaux pour assurer la qualité des soins en contexte normal et encore plus en contexte de pandémie. Il importe de distinguer le titre d'infirmière (activités réservées décrites dans la [loi](#)

[sur les infirmières et les infirmiers](#), article n° 36) de celui des infirmières auxiliaires (activités réservées décrites dans le [Code des professions](#), article n° 37.1, section 5) et de celui des préposés aux bénéficiaires qui n'est pas régi par un ordre ou association professionnel.

Dans cette équipe de soins, l'infirmière a la responsabilité de planifier et de coordonner les soins offerts par les infirmières auxiliaires et les préposés. Lorsque ces équipes ne peuvent pas compter sur la présence d'une infirmière, les résidents ne reçoivent donc pas des soins adaptés à leurs besoins, et ce, malgré les meilleures intentions des infirmières auxiliaires et préposés. Il est donc essentiel qu'un nombre suffisant d'infirmières travaillent en CHSLD afin d'assurer des soins de qualité et humain. L'augmentation du nombre de préposés sans la coordination essentielle des infirmières risque fort de ne pas avoir d'impact significatif sur la qualité des soins et de nuire à la rétention des préposés qui manqueront d'encadrement et de soutien.

De plus, étant donné la complexité des soins en CHSLD et les risques pour les résidents, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec recommande que ce soit des infirmières cliniciennes, soit celles formées au baccalauréat et non avec un diplôme d'études collégiales (DEC), qui travaillent en CHSLD afin d'assurer la sécurité du public (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). Cette recommandation n'est nullement mise en pratique dans les milieux ce qui peut avoir un impact sur la protection et la santé du public, soit les résidents et leurs proches.

D'ailleurs, la situation sur la formation universitaire des infirmières qui n'est pas obligatoire au Québec est unique au Canada puisque dans l'ensemble des autres provinces, ce niveau de formation est obligatoire, comme dans la majorité des autres pays occidentaux et dans les autres professions de la santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012; SIDIIEF, 2019; World Health Organization, 2009). La complexité des problèmes de santé et de soins du public n'est pas plus grande au Canada qu'au Québec. Pourtant ce débat sur la formation initiale des infirmières a cours depuis plus de 30 ans, sans que les gouvernements ne légifèrent afin de s'assurer que la population québécoise reçoive des soins infirmiers d'un même standard qu'ailleurs, et ce, malgré les demandes répétées de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec afin d'assurer la protection du public (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012, 2013). La formation infirmière universitaire permettrait non seulement d'assurer des soins répondant aux besoins de santé de la population québécoise, mais elle agirait aussi comme un effet levier pour attirer des étudiants au sein des programmes de formation en sciences infirmières. En effet, des études ont démontré que ce niveau de formation permet d'augmenter le nombre de personnes intéressées à la profession infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012), ce qui aiderait éventuellement à combler le manque persistant d'infirmières dans le réseau de la santé. Les mécanismes pour assurer une telle transition existent déjà par la formation DEC-Bac en place depuis plusieurs années. Les personnes âgées en CHSLD, ayant besoin de soins hautement compétents et basés sur les meilleures pratiques, bénéficieraient de ce rehaussement de la formation initiale, comme le reste de la population.

La pandémie a aussi fait ressortir le besoin important de compétences en prévention et contrôle des infections. Bien qu'il existe des infirmières spécialisées dans ce domaine (formation de 2^e cycle), celles-ci sont généralement absentes des CHSLD, ce qui a contribué aux difficultés à mettre en œuvre de façon efficace des interventions pour prévenir et gérer les éclosions de la

COVID-19 en CHSLD. Ces infirmières sont les mieux placées pour maîtriser à la fois les notions liées aux infections et aux particularités propres des soins à la clientèle âgée en CHSLD.

Aussi, depuis la réforme du système de santé de 2015, plusieurs postes d'infirmières en pratique avancée qui, formées à la maîtrise, sont responsables d'assurer la qualité des soins, soit les infirmières cliniciennes spécialisées (souvent appelées conseillères-cadre en soins infirmiers) ont été abolis. Durant la pandémie, celles qui restaient pour assurer la qualité des soins dans les CHSLD se sont vues responsables de former les équipes et de préparer des formations pour un très grand nombre de CHSLD (p. ex. deux infirmières cliniciennes spécialisées pour 17 CHSLD dans un CIUSSS). Rôle méconnu du grand public et même dans le réseau de la santé, ce sont pourtant ces infirmières qui ont tenté d'aviser des risques pour les CHSLD en mars, ont facilité la mise en place des directives ministérielles, ont accueilli et formé le personnel provenant des autres milieux (incluant l'armée), soutenues les équipes, et ce, souvent au détriment de leur santé physique et mentale personnelle étant donné qu'elles étaient si peu nombreuses pour accomplir une tâche colossale. Un nombre plus important de ces infirmières cliniciennes spécialisées en CHSLD aurait certainement contribué à mieux prévenir les problèmes d'éclosion dans les CHSLD et à mettre en place de façon plus efficiente les mesures nécessaires à la prévention des infections. De plus, elles permettraient d'améliorer la qualité des soins dans ces milieux en favorisant l'application des meilleures pratiques par des stratégies de gestion du changement.

Piste de solution 7

Augmenter le nombre d'infirmières en CHSLD, incluant des infirmières cliniciennes (détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières), des infirmières spécialisées en prévention des infections et des infirmières cliniciennes spécialisées en soins à la personne âgée.

Conditions de travail. Finalement, bien que cela ait été largement discuté et documenté par le passé et durant la pandémie, nous ne pouvons passer sous silence les conditions de travail du personnel et des professionnels qui est un élément contributif important aux problèmes vécus en CHSLD au Québec avant et pendant la pandémie. Les effets de ces problèmes ont été clairement démontrés, entre autres, par le contre-exemple de la Colombie-Britannique qui a interdit la mobilité de la main-d'œuvre entre les CHSLD et qui a envoyé des spécialistes en prévention des infections et des cliniciens dans ces milieux, et ce, dès le début mars. Ces mesures leur ont permis d'avoir un des plus bas taux de mortalité au Canada en CHSLD (Liu et al., 2020).

Au Québec, les problèmes d'organisation des soins suivants ont été notés et nous les considérons comme ceux qui ont été principalement impliqués dans les défis rencontrés durant cette pandémie. Nous soulignons que la plupart de ceux-ci étaient déjà énoncés dans le cadre de référence et normes relatives à l'hébergement en CHSLD du MSSS (2018) :

- Le manque de stabilité dans les équipes cliniques qui s'est accentué depuis la création des CIUSSS/CISSS où la mobilité du personnel au sein des mégastructures est la pratique usuelle bien qu'il soit clairement documenté que les soins en CHSLD demandent une stabilité du personnel et une bonne connaissance des résidents (MSSS, 2018) ;

- L'utilisation de personnel des agences qui ne peut pas assurer la continuité des soins, qui ne connaît pas les résidents ni les équipes de soins, et qui se déplace entre divers milieux malgré les effets connus de cette pratique sur les risques d'infection ;
- Les heures supplémentaires obligatoires utilisées au détriment d'horaires prévus d'avance et avec un léger surplus de main-d'œuvre plutôt que le strict nécessaire afin de pallier les imprévus liés à des absences ou à des besoins cliniques plus importants, événements qui sont généralement quotidiens ;
- Le manque de valorisation et de reconnaissances du personnel en soins travaillant en CHSLD, alors qu'il est démontré que des soins humains aux résidents passent par un traitement humain du personnel (Ronch, 2004).

L'ensemble de ces conditions est souvent expliqué par la pénurie de personnel, explication rendant difficile l'identification de solutions à court terme. Pour reprendre l'expression et l'explication d'une de nos collègues, Natalie Stake-Doucet, nous sommes d'avis qu'il s'agisse non pas d'une pénurie, mais plutôt d'une hémorragie découlant d'une mauvaise utilisation des ressources humaines qui mène alors à un exode des infirmières et des autres professionnels vers d'autres milieux de soins que les CHSLD, vers les agences privées ou vers l'abandon de leur profession (Lagacé, 2020). La gestion du personnel infirmier par décrets ministériels depuis le printemps a exacerbé ce problème. Bien que la crise soulève inévitablement des besoins urgents en personnel, ces décrets ont eu l'effet pervers d'accélérer les départs du réseau de la santé. Comme une de nos étudiantes l'a exprimé, si on faisait plutôt appel à l'humanisme du personnel, à leur sens de la solidarité et à leur créativité afin de pouvoir en collaboration avec les gestionnaires établir des horaires plutôt que par décret imposé avant même d'avoir essayé ces solutions, plusieurs seraient restées pour répondre à leur idéal moral d'aider les résidents plutôt que de quitter leur emploi. Ce type de gestion faisant appel à l'*empowerment* des soignants et à un leadership transformationnel plutôt que directif a été démontré comme essentiel à un changement de culture en CHSLD (Doody et Doody, 2012; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2018; Xie et al., 2020). De surcroît, ces conditions imposées en contexte d'incertitude sont un facteur aggravant pour le développement de problèmes de santé mentale, tel un trouble du stress post-traumatique, contribuant aussi à accentuer les problèmes de personnel pour cause de congés de maladie (Centre de santé mentale post-traumatique Phoenix Australia et le Centre d'excellence sur le trouble de stress post-traumatique et les états de santé mentale connexes du Canada, 2020). En somme, les problèmes persistants dans la gestion du personnel en CHSLD sont traités de façon répétitive avec les mêmes stratégies, et ce, sans succès depuis plusieurs années, et la pandémie est venue exacerber cette dynamique.

Piste de solution 8

Créer des équipes cliniques stables et compétentes en CHSLD et favoriser le développement de leur sentiment d'appartenance.

Piste de solution 9

Planifier d'avance les horaires dans le respect de la conciliation travail-famille, entre autres, en anticipant des besoins cliniques plus importants ou des imprévus.

Piste de solution 10

Valoriser le personnel et les impliquer activement et de façon créative dans la recherche de solutions plutôt que de leur imposer d'emblée.

Conclusion

À titre de chercheuses, nous espérons sincèrement que la souffrance vécue par les personnes âgées vivant en CHSLD, leurs proches et les soignants ne sera pas vaine et que des changements importants prendront place rapidement pour que dans les prochaines années, des soins compétents et humains soient offerts dans tous les CHSLD, et ce, peu importe le contexte, afin de permettre aux personnes âgées de vivre leurs dernières années dans la dignité et le bien-être. Certaines de nos pistes de solution sont une reprise d'actions demandées depuis plusieurs années et d'autres sont un plaidoyer s'appuyant sur nos connaissances scientifiques et professionnelles pour permettre à un corps professionnel, les infirmières, de pleinement jouer son rôle pour soutenir le bien-être d'une population si vulnérable comme l'a démontré la pandémie de la COVID-19.

Finalement, ayant constaté et étudié depuis plusieurs années les défis et les problèmes rencontrés en CHSLD, nous souhaitons affirmer notre disponibilité pour discuter davantage de nos pistes de solution. Le sens de nos travaux de recherche et de ce souhait s'appuie sur notre volonté attestée de contribuer à la qualité de vie des personnes âgées vivant en CHSLD et de leurs proches aidants.

« (...) la propension à affecter dans les services de long séjour un personnel peu voire pas qualifié témoigne de ce manque de compréhension de la pratique soignante auprès des personnes âgées ou, plus largement, des personnes dépendantes. On y considère que les actes à poser, vu leur faible degré de technicité et leur caractère répétitif, sont des actes simples et que la bonne volonté y est plus importante que la qualification. Or, tant la complexité de la relation de soin dans ce type de services ou d'établissements que le professionnalisme et donc l'intelligence soignante dont il convient d'y faire preuve ainsi que les exigences d'attention, de prévenance à la personne dépendante ne sont en rien moindres que ceux qui prévalent dans les services caractérisés par la technicité. Nous devons ainsi nous rappeler en permanence que si, dans certains services, il est particulièrement important, dans l'extrême urgence parfois, de sauver des vies, nous ne pouvons en aucun cas négliger que, dans tous les services, il devrait toujours être question de préserver l'existence de l'être, jusqu'à son dernier souffle et, par-là, de se soucier en toute circonstance de sa dignité, quel que soit son état » Extrait du livre « La qualité du soin infirmier. De la réflexion éthique à une pratique de qualité » de Walter Hesbeen (2017, p. 5-6)

Références

- Canadian Nurses Association. (2020). *2020 Vision: Improving long-term care for people in Canada*. https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/2020-vision_improving-long-term-care-for-people-in-canada_e.pdf?la=en&hash=8C355FD009CFEEEE990B69AB333B58119FD5C8D15
- Ceci, C. (2004a). Gender, power, nursing: A case analysis. *Nursing Inquiry*, 11(2), 72-81. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00211.x>
- Ceci, C. (2004b). Nursing, knowledge and power: A case analysis. *Social Science and Medicine*, 59, 1879-1889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.022>
- Centre de santé mentale post-traumatique Phoenix Australia et le Centre d'excellence sur le trouble de stress post-traumatique et les états de santé mentale connexes du Canada. (2020). *Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : Guide sur les préjudices moraux*. <https://blessuremorale.ca/>
- Commandement de la composante terrestre - Force opérationnelle interarmées (Est). (2020). *Observations sur les centres d'hébergement de soins de longue durée de Montréal*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216
- Commission de la santé et des services sociaux. (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : Observations, conclusions et recommandations*. https://www.aqdr.org/wp-content/uploads/rapport-chsld_16-06-07.recommandations_final.pdf
- Contandriopoulos, A.-P. (2020, 20 avril). *Crise dans les CHSLD - comment en est-on arrivé là?* <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/penelope/segments/entrevue/166234/hebergement-residences-aines-chsld-crise-covid-19>
- Doody, O. et Doody, C. (2012). Transformational leadership in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1212-1218. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.20.1212>
- Estabrooks, C. A., Straus, S., Flood, C. M., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., Boscart, V., Ducharme, F., Silvius, J. et Wolfson, M. (2020). *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Société royale du Canada. https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB%20%2B%20ES_FR_0.pdf
- Headquarters 4th Canadian Division Joint Task Force. (2020). *JTFC Observations in long term care facilities in Ontario*. <https://www.macleans.ca/wp-content/uploads/2020/05/JTFC-Observations-in-LTCF-in-ON.pdf>
- Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier : de la réflexion éthique à une pratique de qualité* (3^e éd.). Elsevier Masson.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. État des pratiques*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf
- Lagacé et collectif de 40 signataires. (2020, 18 avril). Il faut mettre fin à âgisme. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577265/il-faut-mettre-fin-a-l-agisme>
- Lagacé, P. (2020, 25 septembre). Les hémorragies. *La Presse*. https://mi.lapresse.ca/screens/456ac8ab-1b72-4017-82a5-3219dc8ffa63_7C_0.html
- Leppa, C. J. (2004). The nature of long-term care nursing work. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(3), 26-33. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20040301-10>
- Liu, M., Maxwell, C. J., Armstrong, P., Schwandt, M., Moser, A., McGregor, M. J., Bronskill, S. E. et Dhalla, I. A. (2020). COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia. *CMAJ*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201860>
- Martin, E. (2016). Des CSSS aux CIUSSS. *Perspective infirmière*, 13(1), 26-27. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no01/10-organisation.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière du Québec : Une profession, une formation*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA_memoire-releve.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière: un levier de transformation du système de santé : Une analyse coûts/bénéfices*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3390_MemoireRehaussementFormation.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. https://www.oiiq.org/sites/default/files/3401_memoire-chsld.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Pour des mesures concrètes de bien-être dans les CHSLD et les résidences privées pour aînés*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3464_doc.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Cadre de référence*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>
- Réseau FADOQ. (2017). *La qualité de vie des aînés en CHSLD. Il y a urgence d'agir !* https://www.fadoq.ca/wp-content/uploads/2016/09/avis_20170111_chsld.pdf
- Ronch, J. L. (2004). Changing institutional culture: Can we re-value the nursing home? *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1), 61-82. https://doi.org/10.1300/J083v43n01_06
- Sampson, X. (2020, 6 mai). Crise dans les CHSLD : une succession de réformes malavisées. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1700150/reforme-sante-barrette-couillard-consequences-structure-covid>
- SIDIIEF. (2019). *L'état de la formation dans différents pays francophones - 2018*. Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI), Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la direction de Jacinthe Pepin, Montréal (QC).
- Wikipedia. (2020). *Impact of the COVID-19 pandemic on long-term care facilities*. https://en.wikipedia.org/wiki/Impact_of_the_COVID-19_pandemic_on_long-term_care_facilities
- World Health Organization. (2009). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf
- Xie, Y., Gu, D., Liang, C., Zhao, S. et Ma, Y. (2020). How transformational leadership and clan culture influence nursing staff's willingness to stay. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13092>