

## AVIS<sup>1</sup> : Un produit de courtage de connaissances

*Questions à la base des travaux* : Quelles sont les clientèles qui profiteront le mieux des Maisons des aînés ? Comment les équipes devraient-elles être configurées (qui, avec quels rôles, pour combien d'heures) afin d'assurer le meilleur service possible ?

Provenance de la demande : Émilie Courbron, DSM, CISSS de Chaudière-Appalaches

## LES FAITS SAILLANTS<sup>2</sup>

Un concept québécois que les experts sont en train de définir en s'appuyant sur des expériences reconnues

1. La Maison des Aînés représente un concept unique propre au Québec que les experts d'ici sont en train de définir.
2. Les travaux ministériels s'inspirent principalement des expériences des *Green Houses* (GH) et des *Dementia Villages* (DV) selon les experts consultés.
3. Ces expériences partagent des principes comparables sur plusieurs points :
  - Environnement bâti de type résidentiel et personnalisé ([Aperçu](#) de l'architecture en exemple) ;
  - Philosophie de valorisation de l'autonomisation des aînés et du personnel de première ligne ;
  - Approche familiale où les résidents participent aux activités de la vie quotidienne ;
  - Circulation libre des résidents incluant un accès à l'extérieur ;
  - Équipe au service des résidents pour s'assurer qu'ils aient une vie normale et saine.
4. Plutôt que d'adopter un modèle spécifique (GH ou DV), l'idéal serait d'adopter les meilleures pratiques de chacun des modèles pour répondre aux besoins locaux.
5. Dans les expériences reconnues, bien que l'architecture de ces initiatives se maintienne dans le temps, l'implantation et la pérennisation de la philosophie et de l'approche apparaissent variables d'un milieu à l'autre.
6. La variation dans l'application réelle de la philosophie et de l'approche limite donc la capacité de tirer des conclusions définitives sur l'impact de son adoption.
7. Il s'avérera important de mettre en place des stratégies d'évaluation continue de la qualité des soins et des services.

Une approche nouvelle au cœur du concept de maison des Aînés à développer et à entretenir

8. Des efforts importants doivent être consentis pour que les équipes adoptent la philosophie et l'approche et pour que son application persiste dans le temps.
9. Le développement comme le maintien de la philosophie et de l'approche seraient facilités par différents éléments :
  - Les habitudes d'une organisation en matière de résolution de problèmes ;
  - La formation des intervenants, y compris les bénévoles ;
  - Certaines caractéristiques des personnes embauchées dont les suivantes :
    - Un style d'intervention qui trouve des correspondances naturelles avec la philosophie et l'approche ;
    - Des préposés aux bénéficiaires (PAB) avec de bonnes capacités de résolution de problèmes ;

### <sup>1</sup> Ce qu'est un Avis

L'Avis exprime les recommandations d'un auteur à partir d'un résumé des connaissances de pointe disponibles sur un sujet donné. Il est produit avec le souci de répondre rapidement et brièvement à une préoccupation provenant d'un gestionnaire pour soutenir les orientations de travaux d'amélioration. L'Avis alimente donc la réflexion, mais un exercice plus poussé sera souvent requis soit pour en apprendre plus à l'aide d'une recension étendue des écrits, soit pour que les connaissances s'appliquent au mieux au contexte grâce à une recension de pratiques, à l'avis d'experts ou à l'avis d'acteurs clés. Les sections de l'avis s'inspirent des travaux de Dagenais et Ridde (2020).

### Niveau de fiabilité

- L'Avis reflète l'opinion des auteurs et n'engage qu'eux.
- L'Avis reflète l'opinion de l'auteur et de la personne suivante qui en a validé le contenu :

<sup>2</sup> Les « faits saillants » sont une synthèse des résumés des connaissances qui se trouvent en Annexe.

- Des infirmières en mesure de contrecarrer leurs tendances à solutionner par eux-mêmes les problèmes, privilégiant plutôt l’enseignement, l’autonomisation et le développement des compétences des PAB ;
- Des gestionnaires engagés dans l’approche de manière à ce que cela se répercute dans les pratiques de gestion mises en place.
- Des modèles spécifiques de collaboration notamment entre les infirmières et les PAB.

### De petits groupes de résidents ayant des caractéristiques communes

10. Le modèle GH comprend entre 7 et 10 résidents par maison.
11. Le modèle DV comprend dans les publications consultées de 6 à 8 résidents par maison.
12. Les caractéristiques des clientèles des GH ou DV sont similaires à celles des sites traditionnels.
13. Les clientèles des GH sont des aînés dont la condition nécessite des besoins croissants en matière de soins, sauf dans le cas où un état clinique nécessite une hospitalisation, jusqu’à la fin de leur vie.
14. Certaines GH sont spécifiquement dédiées aux personnes atteintes troubles neuro-cognitifs avancés.
15. Les clientèles des DV sont ambulantes, quoique certains résidents peuvent nécessiter un fauteuil roulant, et sont atteintes de troubles neurocognitifs avancés. Certaines publications précisent que l’âge moyen serait de 83 ans.

### Une équipe qui gravite autour d’un intervenant central

16. Le PAB apparaît comme le point pivot de l’équipe de la Maison.
17. Les équipes peuvent être décrites sous trois principales catégories (description inspirée des GH) :
  - Les membres de l’équipe de base, habituellement le PAB : assure des soins aux résidents en plus de l’entretien ménager, la cuisine, la buanderie
  - Les membres de l’équipe élargie, soit infirmière, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, pharmacien et médecin : suivi ponctuel en respectant les lieux comme si c’était une résidence privée.
  - L’équipe de soutien, incluant: un sage (aîné de la communauté locale qui agit comme mentor à titre bénévole) ; un guide (rôle assumé par un administrateur de maison de retraite qui commande les aliments, coordonne l’entretien ménager, gère les horaires) ; un coordonnateur des soins-DSI (s’assure notamment de la tenue des rencontres d’équipe pour planifier les soins, surveille la conformité des interventions des gestionnaires de la direction des soins infirmiers).
18. En cas d’urgence, une infirmière spécialement formée est disponible par téléphone ou vidéo dans les 10 minutes suivant un « page ».
19. Une équipe de soins palliatifs se joint à la Maison, en soutien pour l’épisode de fin de vie.
20. Une publication précise que le modèle GH compte 5,3 heures par jour de temps d’intervenants (infirmière, infirmière auxiliaire et PAB) par résident.
21. Une publication précise que le modèle DV a une équipe de 6 à 8 employés, y compris des soignants professionnels et des assistants, pour chaque foyer de 6 à 7 résidents.
22. La réussite du modèle où le PAB se trouve au cœur de l’équipe requiert de réfléchir aux rôles respectifs des membres de l’équipe et à la collaboration interprofessionnelle.

## RECOMMANDATIONS POUR L’ACTION

- A. Bien que des milieux « comparables » aient été identifiés au Québec par les experts, à moins de vouloir s’imprégner des approches et des lieux, il apparaît peu utile pour un établissement, à ce stade-ci des travaux nationaux, de recenser leurs pratiques pour répondre aux questions ayant incité cet Avis.
- B. La mise en place de ce type d’initiative au Québec implique nécessairement d’échanger et d’entretenir des liens avec des experts afin de s’assurer de demeurer dans les orientations en cours de définition.
- C. Le choix de la clientèle devrait s’effectuer pour le répondre aux besoins locaux plutôt qu’en lien avec les modèles étudiés, puisque la clientèle de ces modèles s’apparente à celle des sites traditionnels et que certains peuvent s’adapter à des aînés avec ou sans troubles neuro-cognitifs.
- D. À la lumière des données présentées dans cet avis, il est possible de décrire les grandes lignes des équipes à mettre en place (équipe de base, équipe élargie, équipe de soutien et de gestion) ainsi que leurs rôles et caractéristiques souhaitées.

- E. Cependant, afin de soutenir la réflexion sur le déploiement optimal du leadership et de la collaboration, des liens avec le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) pourraient être établis.
- F. Il sera également nécessaire de soutenir le déploiement de ces équipes, incluant les bénévoles, en prévoyant les formations nécessaires pour instaurer et maintenir la culture d'intervention<sup>3</sup> ainsi que les moyens à mettre en place pour soutenir l'appropriation des connaissances<sup>3</sup>.
- G. Par ailleurs, considérant que ce type d'initiative sera une innovation pour le Québec il sera intéressant d'inclure, dès l'amorce de ce projet, des mesures permettant d'apprécier des effets et d'assurer une amélioration continue de la qualité.

## ANNEXE

### 1. Un résumé de connaissances provenant de l'avis d'experts et de publications grises ciblées par eux

#### Des tendances tracées par les experts

##### *M. Stéphane Bouffard*

- Le concept maison des aînés est basé majoritairement sur les *GH* aux États-Unis.
- L'état des connaissances publié par l'INESSS en 2018 est un document qui a été grandement utilisé dans la conception des concepts cliniques. (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)
- Les capsules web de P. Voyer se rapprochent grandement du concept de la maison des aînés (Voyer, 2018)

##### *M. Philippe Voyer*

- Les maisons des aînés représentent un concept qui combine les idées des villages Alzheimer et des maisons GH américaines.
- Il reste que les maisons des aînés constituent un concept unique.
- Pour l'approche, difficile de répondre, car les travaux au MSSS ne sont pas terminés à ce sujet.

##### *Nathalie Brière et Nadia Julien*

- Appuyer la programmation sur un intervenant central, ici le PAB, requiert de réfléchir sur les rôles respectifs des membres de l'équipe et sur la collaboration interprofessionnelle.
- La question du leadership collaboratif devrait être clairement entendue et soutenue par une formation aux membres de l'équipe pour optimiser les pratiques et s'assurer que le PAB dispose de toute la latitude d'action pour assumer pleinement son rôle.
- Le RCPI dispose de connaissances à jour sur le sujet et propose une offre d'accompagnement-conseil et une offre de formation.

#### Le résumé comparatif de publications importantes identifiées par les experts

RUBRIQUES	(Voyer, 2014; Voyer & Allaire, 2020)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019);(Voyer & Allaire, 2020))	(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)	Adaptation québécoise (Voyer, 2020) <sup>3,4</sup>
<b>Philosophie et approche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être comme à la maison et contribuer aux activités quotidiennes</li> <li>▪ Approche familiale et résidentielle</li> <li>▪ Circulation libre à l'intérieur et à l'extérieur</li> <li>▪ Créer de petites maisons où des communautés sont développées intentionnellement et des niveaux élevés de soins sont offerts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mini-village fermé incluant des maisonnettes et des commerces (épicerie, cinéma, café ...)</li> <li>▪ Vivre comme à la maison</li> <li>▪ Circulation libre à l'intérieur et à l'extérieur dans le village</li> </ul>	5 caractéristiques d'un milieu de vie de qualité <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permet de se sentir comme à la maison</li> <li>▪ Adopte une gestion participative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Environnement physique de type résidentiel</li> <li>▪ Poste infirmier intégré</li> <li>▪ Personnalisation des espaces</li> </ul>

<sup>3</sup> Voyer s'appuie sur son expérience et sur le Projet vitrine Alzheimer, soit les travaux réalisés au CHSLD Le Faubourg et le CHSLD Sainte-Monique.

<sup>4</sup> Voyer s'inspire également des pratiques reconnues des GH.

RUBRIQUES	(Voyer, 2014; Voyer & Allaire, 2020)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019);(Voyer & Allaire, 2020))	(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)	Adaptation québécoise (Voyer, 2020) <sup>3,4</sup>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaître et valoriser l'individualité des aînés et du personnel</li> <li>▪ Honorer l'autonomie et le choix</li> <li>▪ Soutenir la dignité des aînés</li> <li>▪ Assurer la confidentialité</li> <li>▪ Offrir des opportunités de relations réciproques entre les aînés et le personnel</li> <li>▪ Favoriser le plaisir</li> <li>▪ Offrir des activités et des occupations significatives</li> <li>▪ Promouvoir une indépendance fonctionnelle maximale</li> <li>▪ Faciliter le confort physique</li> <li>▪ Favoriser le bien-être spirituel</li> <li>▪ Offrir des soins complets</li> <li>▪ Créer une atmosphère de sécurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ouverture du Village à la population pour venir dîner ou prendre un café, moyennant un enregistrement à l'accueil</li> <li>▪ Professionnels sont au service des résidents pour s'assurer qu'ils aient une vie normale et saine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compter sur du personnel compétent, engagé et reconnu</li> <li>▪ Prête attention aux transitions</li> <li>▪ Engagé dans un processus d'amélioration continue de la qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accès à l'extérieur</li> <li>▪ Liberté de déplacement et d'action</li> <li>▪ Activités occupationnelles, autoportantes et normalisées</li> <li>▪ Priorisation de la vie sociale</li> <li>▪ Présence d'animaux</li> <li>▪ Approche familiale</li> <li>▪ Approche intergénérationnelle</li> <li>▪ Lien avec la communauté</li> </ul>
<b>Clientèle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aînés dont la condition nécessite des besoins croissants en matière de soins, sauf dans le cas où un état clinique nécessite une hospitalisation, jusqu'à la fin de leur vie.</li> <li>▪ Peut inclure des maisons dédiées aux troubles neurocognitifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démence avancée</li> <li>▪ Âge moyen : 83 ans</li> <li>▪ Durée de séjour : de 2 à 2 ½ ans</li> <li>▪ 40% des résidents nécessitent des fauteuils roulants</li> <li>▪ Il n'y a presque pas de résidents alités et ce n'est qu'occasionnellement qu'un résident est alité pendant une longue période Jusqu'à la fin de leur vie</li> <li>▪ Environ 1 résident/an ne parvient pas à s'adapter : problème psychiatrique ou incapacité à vivre en petit groupe</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Troubles neurocognitifs majeurs<sup>5</sup></li> </ul>

<sup>5</sup> Nous parlions avant de « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ».

RUBRIQUES	(Voyer, 2014; Voyer & Allaire, 2020)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019);(Voyer & Allaire, 2020))	(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)	Adaptation québécoise (Voyer, 2020) <sup>3,4</sup>
Nombre de résidents	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 à 10 résidents</li> <li>▪ 12 exceptionnellement (en cas de difficultés financières<sup>6</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En 2018, 169 résidents répartis dans 27 maisonnettes (6 résidents par maison)</li> <li>▪ Historique : entre 161 et 184 résidents répartis alors dans 23 maisonnettes (entre 7 et 8 résidents par maison)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entre 5 et 15 résidents</li> </ul>	
<b>Équipe</b>				
Équipe de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PAB<sup>7</sup> (Shahbaz) : cœur de la maison, il assure l'entretien ménager, la cuisine, la buanderie et les soins aux aînés</li> <li>▪ Aucun personnel infirmier présent au quotidien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une équipe pour chaque maison</li> <li>▪ Une équipe contient de 6 à 8 employés, incluant les professionnels et les assistants</li> <li>▪ L'équipe est responsable de l'alimentation, des soins quotidiens, de la santé</li> <li>▪ Tous contribuent aux soins et au plan de vie avec l'implication de la famille</li> </ul>		
Équipe élargie et équipe de soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Équipe externe de support clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>– Inf, TS., experts en activités, thérapeutes, nutritionniste, médecin et pharmacien</li> <li>– Suivi ponctuel en respectant les lieux comme si c'était une résidence privée</li> </ul> </li> <li>▪ En cas d'urgence : infirmière spécialement formée disponible par téléphone ou vidéo dans les 10 minutes suivant un « page » (Andersen, Smith, &amp; Havaei, 2014)</li> <li>▪ Coordonnateur de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> <li>– Liaison entre l'équipe et les familles, les bénévoles, la communauté</li> <li>– Anime les rencontres d'équipe, communique les décisions</li> </ul> </li> <li>▪ Responsable de l'alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Professionnels offrent du soutien <ul style="list-style-type: none"> <li>– Infirmière</li> <li>– Gériatre</li> <li>– Psychologue</li> <li>– Travailleur social</li> <li>– Physiothérapeute</li> <li>– Ergothérapeute</li> </ul> </li> <li>▪ Équipe de soins palliatifs, incluant un gériatre, en soutien en fin de vie</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bénévoles</li> </ul>

<sup>6</sup> Rappelons que le projet initial de GH est américain.

<sup>7</sup> Le titre d'emploi anglophone réfère en partie à celui du PAB et de l'infirmière-auxiliaire. L'INESSS statue pour le rôle de PAB (INESSS, 2018, p.30).

RUBRIQUES	(Voyer, 2014; Voyer & Allaire, 2020)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019);(Voyer & Allaire, 2020))	(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)	Adaptation québécoise (Voyer, 2020) <sup>3,4</sup>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organise et anime la planification hebdomadaire des menus</li> <li>- Commande les aliments</li> <li>- Assure les règles d'hygiène</li> <li>- Surveille l'appétit et la prise alimentaire</li> <li>▪ Coordonnateur de l'entretien ménager <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gère les services de nettoyage</li> <li>- Assure la disponibilité des produits</li> <li>- Organise et surveille le lavage du linge de maison, des autres articles ménagers et des vêtements des aînés.</li> </ul> </li> <li>▪ Coordonnateur des horaires <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fait l'horaire de l'équipe</li> <li>- Voit aux remplacements</li> </ul> </li> <li>▪ Coordonnateur des soins <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assure de la tenue des rencontres d'équipe pour planifier les soins</li> <li>- Surveille la conformité des interventions avec le plan de soins et la réponse aux besoins des aînés</li> <li>- Voit à ce que les soins soient fournis et que la documentation a été remplie conformément aux règles</li> </ul> </li> <li>▪ Sage <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aîné de la communauté locale qui agit comme mentor à titre bénévole</li> <li>- Facilite le développement de l'équipe en mode autogéré en servant de conseiller de confiance pour les PAB et les résidents</li> </ul> </li> </ul>			
Ratio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inf : 1h à 1,2h par résident/jour</li> <li>▪ PAB : 4h par résident/jour</li> <li>▪ Pour une maison de 10 usagers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jour et soir : 2 PAB par maison ; 1 Inf pour 2 maisons</li> <li>- Nuit : 1 PAB par maison ; 1 Inf pour 2-3 maisons</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 250 employés (entre 1,55 à 1,35 employé par résident) – pas d'indication pour la population de 2018</li> <li>▪ Quart de jour, de soir et de nuit</li> <li>▪ 120 bénévoles – pas d'indication pour la population de 2018</li> </ul>		<p><i>Rappel en hébergement : ratios pour une qualité optimale des soins (Voyer, 2014)</i></p> <p><i>Jour</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inf : 1/25-32</li> <li>- Inf aux : 1/25-32</li> <li>- PAB : 1/6-7</li> </ul> <p>▪ <i>Soir</i></p>

RUBRIQUES	(Voyer, 2014; Voyer & Allaire, 2020)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019);(Voyer & Allaire, 2020))	(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)	Adaptation québécoise (Voyer, 2020) <sup>3,4</sup>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Inf</i> : 1/50-64</li> <li>- <i>Inf aux</i> : 1/?</li> <li>- <i>PAB</i> : 1/10-15</li> <li>▪ <i>Nuit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Inf</i> : 1/75-96</li> <li>- <i>Inf aux</i> : 1/32-40</li> <li>- <i>PAB</i> : 1/32-50</li> </ul> </li> </ul>
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucun horaire de travail, flexibilité dans les routines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flexibilité dans les routines</li> <li>▪ Vêtements civils</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bénévoles impliqués dans les activités de loisirs, en groupe et individuelles</li> </ul>
Formation et mentorat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RCR</li> <li>▪ Premiers secours</li> <li>▪ Compétences culinaires</li> <li>▪ Manipulation sécuritaire des aliments</li> <li>▪ Entretien ménager, y compris l'entretien de base et les interventions d'urgence</li> <li>▪ Le programme Green House®, qui comprend: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La philosophie de soins</li> <li>- Compétences en communication</li> <li>- Compétences en équipe de travail autogérée, y compris la résolution de problèmes et la prise de décision fondée sur le consensus</li> <li>- Politiques et procédures spécifiques pour le modèle The Green House®</li> <li>- Soins centrés sur la personne</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tous les employés du village sont formés pour interagir et aider les résidents</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La vision d'un centre Alzheimer aux services des aînés et de leurs proches.</li> <li>▪ Ma contribution à l'œuvre d'un centre Alzheimer.</li> <li>▪ Prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : comment composer avec ses problèmes de mémoire et ses comportements inattendus?</li> <li>▪ Communiquer avec son proche et maintenir une relation satisfaisante.</li> <li>▪ L'examen clinique sommaire de l'aîné</li> </ul>



RUBRIQUES	(Voyer, 2014; Voyer & Allaire, 2020)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019);(Voyer & Allaire, 2020))	(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018)	Adaptation québécoise (Voyer, 2020) <sup>3,4</sup>
				<p>dans le contexte des SCPD.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mentorat clinique</li> </ul>

## 2. Le résumé comparatif de publications tirées de la littérature scientifique et grise sur la clientèle et les équipes

### Ratios et responsabilités

Green House		Dementia Villages
(Sharkey, Hudak, Horn, James, & Howes, 2011)	(Bowers & Nolet, 2014)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019)
Comparaison de vingt-sept sites (maisons GH et Sites traditionnels ST).	Recherche descriptive qualitative	Une recherche documentaire effectuée par un spécialiste de l'information et des consultations avec sept experts cliniques et fournisseurs de soins de longue durée canadiens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5,3h de « soins infirmiers » par résident (Inf. Inf. aux. PAB) versus 3,6 h dans les ST, excluant les heures administratives</li> <li>▪ 1,56 plus heures PAB dans les GH</li> <li>▪ 2h de moins dans les GH versus ST pour le ménage, la buanderie, la nutrition et la formation du personnel.</li> <li>▪ 18 min moins d'heures totales en RH dans les GH</li> <li>▪ PAB, plus d'heures en soins directs, surtout pendant le quart du soir</li> <li>▪ Voir <a href="#">figure</a> des heures de soins par résident</li> <li>▪ Voir <a href="#">figure</a> de la répartition des heures par quart de travail</li> </ul> <p>[Cet article et ces tableaux ont été présentés, car ils présentent des exemples concrets de la répartition des</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsabilités différentes entre les infirmières et les PAB selon les <a href="#">modèles</a> de collaboration <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traditionnel</li> <li>- Intégré</li> <li>- Parallèle</li> <li>- Visiteur</li> </ul> </li> <li>▪ Le modèle intégré ↑ les capacités et les compétences des Shahbazim</li> <li>▪ Le modèle intégré ↑ la probabilité d'obtenir de meilleurs résultats pour les résidents</li> <li>▪ Les responsabilités standards sont décrites dans cette <a href="#">figure</a></li> </ul> <p>[Bien de ces modèles de collaboration indiquent des tendances intéressantes en termes d'effet, notamment sur la charge de travail, la collaboration pourrait être investiguée davantage. EJ]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il y a une équipe de 6 à 8 employés pour chaque foyer de 6-7 résidents</li> <li>▪ Les soignants sont responsables de la nutrition, des soins quotidiens, de la santé et de la contribution aux soins ou au plan de vie de chaque résident, avec la contribution des autres membres de l'équipe et de la famille.</li> <li>▪ Soutien au besoin d'une infirmière, d'un gériatre, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute</li> <li>▪ Les bénévoles travaillent toujours sous la supervision d'un employé responsable de leur travail</li> </ul> <p>[Il existe peu d'articles qui permettent de bien comprendre le fonctionnement interne des équipes d'employés. EJ]</p>

Green House		Dementia Villages
(Sharkey, Hudak, Horn, James, & Howes, 2011)	(Bowers & Nolet, 2014)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019)
heures entre employés. Ils peuvent être utilisés comme source d'inspiration. EJ]		

## Caractéristiques liées aux ressources humaines

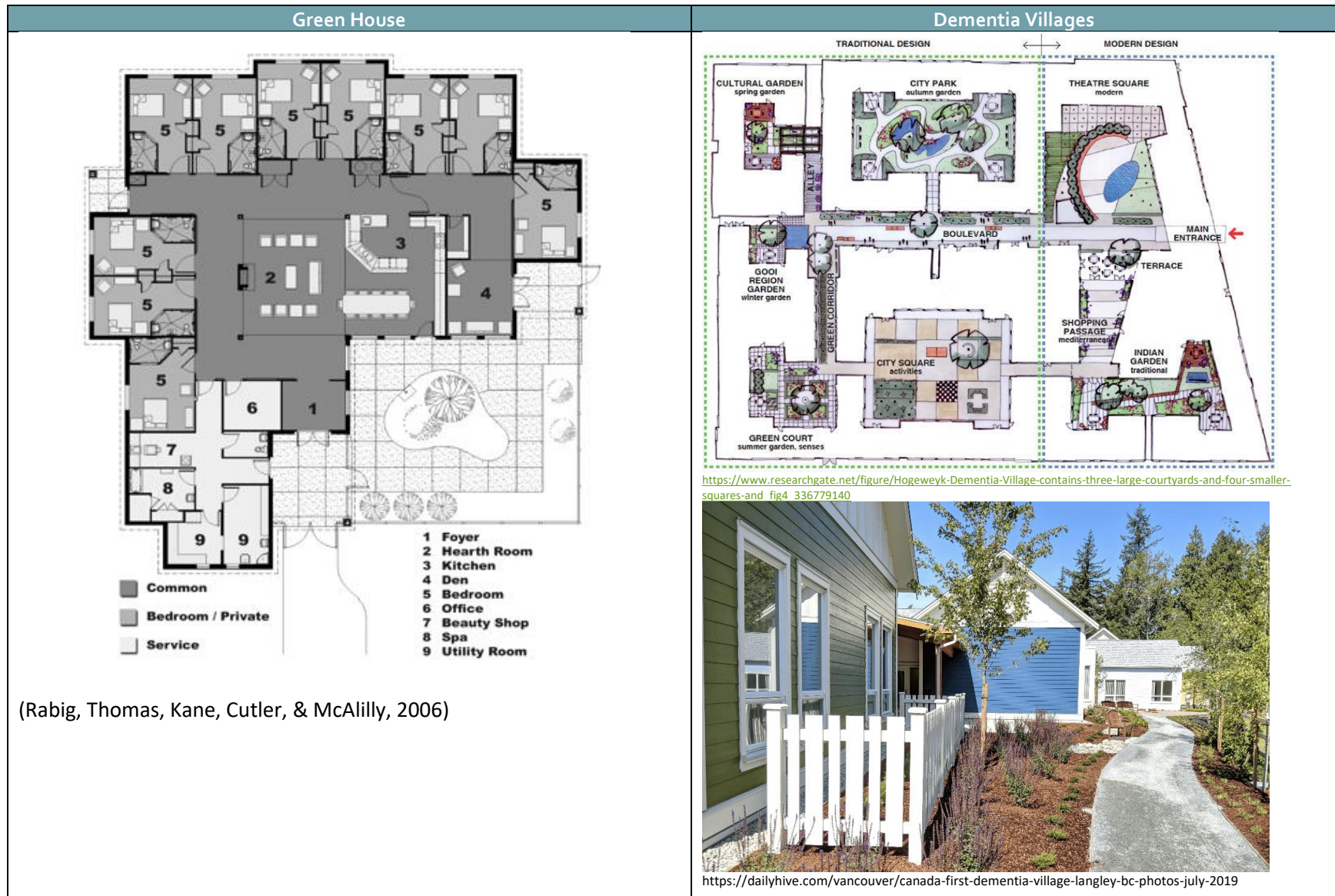
Green House		Dementia Villages
(Brown et al., 2016)	(Bowers, Nolet, Jacobson, & Thrive Research Collaborative, 2016)	(Centre for Policy on Ageing, 2016)
Comparaison de 13 <i>Green House</i> (GH) avec 8 sites traditionnels (ST)	Étude qualitative de 11 <i>Green House</i> (GH)	Description de cas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que le modèle est compatible avec le style des intervenants pour prévenir le roulement</li> <li>▪ Le personnel provient généralement de transfert de poste</li> <li>▪ Les Shahbazim sont légèrement plus âgés que leurs homologues</li> <li>▪ Majoritairement à temps plein dans tous les postes et dans tous les contextes (GH+ST)</li> <li>▪ Aucune différence significative entre les milieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les Shahbazim doivent avoir de bonnes capacités de résolutions de problèmes. (L'empowerment du personnel de première ligne est essentiel pour concevoir la meilleure solution)</li> <li>▪ Les guides et les infirmières doivent être en mesure de contrecarrer leurs tendances naturelles à solutionner les problèmes pour donner l'opportunités aux Shahbazim de résoudre les problèmes et mettre en œuvre solutions</li> <li>▪ Les administrateurs, les directeurs des soins infirmiers et les autres leaders doivent avoir compris le modèle GH et s'y être engagés de manière à le refléter dans le style et la substance de leur leadership</li> <li>▪ Un guide, dont le bureau est à l'extérieur de la maison, supervise les aspects non cliniques du travail de Shahbazim, agissant principalement en tant que coach.</li> </ul>	<p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le logement, pour les 152 résidents, est organisé en 23 ménages, chacun composé de 6 ou 7 résidents.</li> <li>▪ L'installation compte environ 250 employés (l'équivalent de 170 temps pleins), complété par le travail de 140 bénévoles.</li> <li>▪ Il y a des infirmières dans le personnel, mais les installations sont gérées par de vrais cuisiniers, serveurs et autres employés qui ne sont pas des professionnels de la santé.</li> <li>▪ Ces employés sont toutefois formés pour s'occuper des patients atteints de troubles neuro-cognitifs.</li> </ul>

## Approche et impacts

Green House		Dementia Villages	
(Zimmerman et al., 2016)	(Bowers & Nolet, 2014)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019)	(Ghogomu, Welch, & Shea, 2017)
Synthèse des nouvelles découvertes de la collaboration de recherche THRIVE (L'Initiative de recherche valorisant les soins aux aînés)	Étude qualitative de 11 GH	*Décrit plus haut	Revue rapide de la littérature
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les éléments structurels des maisons GH étudiées se maintiennent dans le temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les organisations varient dans leur capacité à soutenir les principes de GH, selon l'approche d'une</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les villages sont conçus de manière à :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↑ Comportement, bien-être, engagement et orientation des résidents</li> </ul>

Green House		Dementia Villages	
(Zimmerman et al., 2016)	(Bowers & Nolet, 2014)	(Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2019)	(Ghogomu, Welch, & Shea, 2017)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toutefois, les maisons GH étudiées différaient considérablement du modèle prévu, dans : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les pratiques destinées à soutenir les choix des résidents (par exemple choix restreint en temps de réveil et de bain, respectivement)</li> <li>- L'implication des résidents dans la prise de décision (par exemple, fournir des commentaires sur les changements).</li> <li>- L'autonomisation et la participation du personnel</li> </ul> </li> </ul> <p>[Attention : En raison de la variabilité dans le maintien de la philosophie et de l'approche, il est difficile de capter les effets. Les auteurs précisent donc qu'il faut instaurer et maintenir des mesures d'évaluation continues de la qualité. EJ]</p>	<p>organisation en matière de résolution de problèmes  ↑ Modèle collaboratif encadré = approche d'équipe et mentorat  ? Menée par la gestion = résolution de problèmes dominés par le Guide et d'autres gestionnaires, qui travaillent ensemble en équipe pour identifier et analyser problèmes et trouver des solutions. Leur niveau d'engagement envers le modèle GH est souvent élevé, bien que la plupart des Shahbazim ne participent pas activement à la résolution de problèmes.  ↓ Hiérarchique=Pilotées par le guide, DSI et autres gestionnaires de manière cloisonnée. Les shahbazim ne s'engagent pas dans la résolution de problèmes par manque d'opportunités ou intérêt ou besoin d'un encadrement approfondi pour résoudre les problèmes. Les solutions aux problèmes vont souvent à l'encontre de l'approche GH.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓ Pressions budgétaires = ↑ soutien pour la prise de décision des Shahbazim et inversement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir une gamme de mouvements beaucoup plus large par rapport à une unité typique</li> <li>- sans impasses ou de portes verrouillées (autre que l'entrée principale du village.</li> </ul> <p>[L'environnement est prévu pour diminuer les éléments pouvant déclencher les SCPD des résidents, ce qui augmente la qualité de vie et diminue la nécessité de recourir à des moyens de contrôle. EJ]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓ Utilisation de la contention ou des drogues psychotropes</li> <li>▪ ↑ Bien-être des aidants naturels des résidents unités de soins.</li> </ul> <p>[Attention. Certains blogues et articles de journaux indiquent que : En raison des coûts, y compris des biens immobiliers et d'autres considérations (p. ex. personnel, etc.), cette approche peut ne pas être réaliste.</p> <p>Les «villages» sont souvent construits à la périphérie des villes, ce qui sépare les personnes qui peuvent bénéficier davantage d'un sentiment de connexion avec leurs communautés locales. EJ]</p>

Figure 1 : Exemples pour donner un aperçu de l'architecture



**Table 3. Staffing Hours per Resident Day (HPRDs)**

Staff	Mean (Range)	
	GH Home (n = 7)	Traditional SNF Unit (n = 13)
<b>Nursing</b>		
CNA	4.16 (4–4.98)	2.60 (2.04–3.08)
Licensed nursing (excludes administrative nursing hours)	1.15 (0.82–1.78)	0.99 (0.79–1.19)
Total nursing (registered nurse, licensed practical nurse, CNA) (excludes administrative nursing hours)	5.3 (4.95–6.76)	3.6 (3.02–4.08)
<b>Nonnursing</b>		
Housekeeping	0.09 (0.01–0.19)	0.53 (0.13–0.93)
Laundry	0.06 (0–0.29)	0.22 (0.06–0.46)
Dietary	0.08 (0.03–0.14)	1.16 (0.62–2.46)
Dietitian	0.03 (0.03–0.04)	0.08 (0.05–0.14)
Activities	0.04 (0–0.10)	0.28 (0.06–0.81)
Staff education	0.02 (0–0.06)	0.04 (0.02–0.06)
Total nonnursing	0.3 (0.08–0.47)	2.3 (1.39–4.16)
<b>Total nursing and nonnursing</b>	<b>5.6</b>	<b>5.9</b>

Figure 3 Répartitions des heures par quart (Sharkey et al., 2011)

Type of Care	Minutes, Mean (Range)	
	GH Home (n = 12)	Traditional SNF Unit (n = 13)
<b>Direct</b>		
Day shift	59.9 (46.6–92.3)	53.0 (37.3–62.3)
Evening shift	58.1 (40.1–83.6)	43.1 (31.3–59.1)
Night shift	23.5 (17–32.9)	21.5 (16.1–30.1)
<b>Total</b>	<b>141.5 (119.9–197.2)</b>	<b>117.6 (91.5–145.6)</b>
<b>Indirect</b>		
Day shift	45.6 (33.6–60.6)	15.0 (6.8–25.2)
Evening shift	34.8 (23.0–43.9)	11.1 (1.0–21.9)
Night shift	25.6 (15.1–32.1)	8.0 (5.7–12.6)
<b>Total</b>	<b>106 (71.7–136.6)</b>	<b>34.1 (12.9–59.7)</b>

Figure 4 (Bowers et al., 2016) Conditions qui favorise le maintien de la philosophie GH

Figure 1: Supporting Sustainability of Green House Principles and Practices

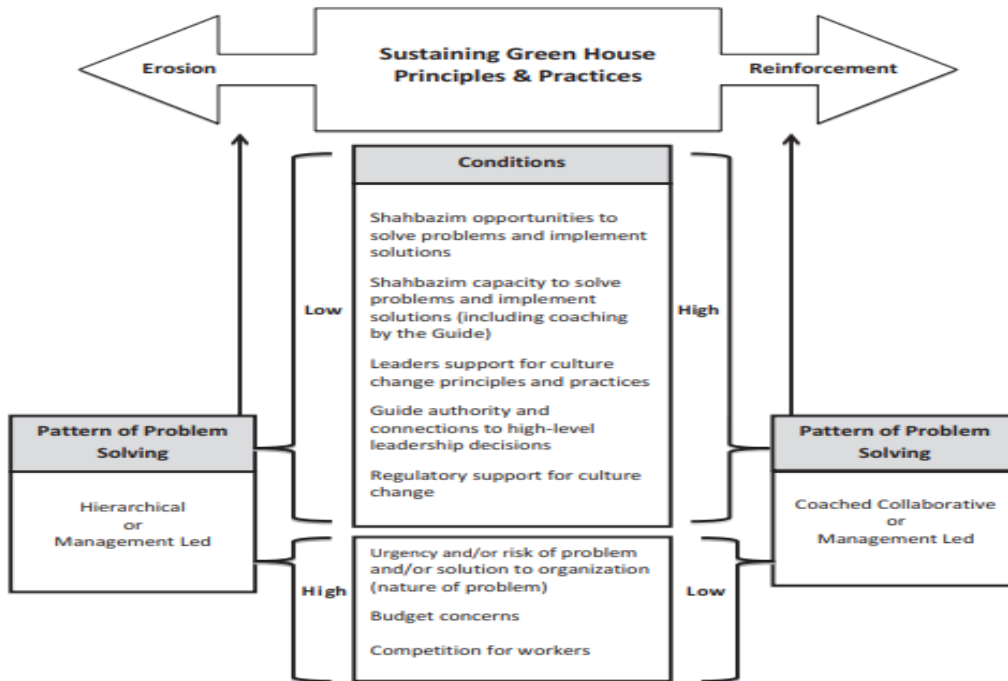


Figure 5 : (Bowers & Nolet, 2014) Common staff responsabilités<sup>8</sup>

Table 1. Common Staff Responsibilities and Role Sharing With Legacy<sup>a</sup> Home

Shahbaz	Nurse	Guide	Director of Nursing	Other clinical support (physicians, therapies, and dietary)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nursing assistant direct care (e.g., bathing, mobility assistance, and check vitals)</li> <li>Organize and conduct activities for elders</li> <li>Organize and lead care plan meetings</li> <li>Communicate with nurses to provide optimal elder care</li> <li>Schedule Shahbazim</li> <li>Order and stock food and supplies</li> <li>Plan menus with elders and prepare meals from scratch</li> <li>Housekeeping of home</li> <li>Personal and/or all laundry</li> <li>Request maintenance as needed</li> <li>Organize and conduct Shahbazim "house" meetings</li> <li>Only works in Green House home</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Practice person-directed, relationship-based nursing care</li> <li>Oversee direct care provided by Shahbazim</li> <li>Skilled nursing direct care (e.g., assessment, medications, and treatment)</li> <li>Care planning, physician calls, rounds, and charting</li> <li>Communicate with Shahbaz and clinical support team to provide optimal elder care</li> <li>Educate and mentor Shahbazim</li> <li>Coach Shahbaz with other team members</li> <li>Only assigned to work in Green House homes, though this sometimes varies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coach Shahbazim</li> <li>Oversee house</li> <li>Direct supervision of Shahbazim</li> <li>Full time vs. Part time depending on number of homes</li> <li>If part time, often has another role in Legacy (e.g., Administrator and Activities Assistant); should not be a nurse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oversight of all clinical care and elder safety</li> <li>Direct supervision of nurses as a coaching supervisor</li> <li>Serves both Green House home and Legacy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consult on care as needed/requested</li> <li>Contribute to care plans</li> <li>Participate as coaching partners with Shahbazim and other team members</li> <li>Serves both Green House home and Legacy</li> </ul>

« Le guide » est un nouveau rôle généralement assumé par un administrateur de maison de retraite (THE GREEN HOUSE® Project Community Solutions Group & LLC NCB Capital Impact, 2010)

Figure 6 Modèles de collaboration inf. shahbaz (Bowers & Nolet, 2014)

Table 4. Green House Homes Nursing Model Typology

Nursing model	Nurse-Shahbaz boundaries/work sharing	Collaboration and communication	Nurse oversight of nonnursing work	Work life quality	Care processes
Traditional	Clear/Minimal overlap	Nurses make most decisions about care and home operations Frequent communication	Yes	Nurse: high, with high work load  Shahbaz: unchanged	Nurse directed
Parallel	Clear/Minimal overlap	Shahbaz reports to nurse on resident care. Shahbazim manage operations of the home/unit Moderate communication	No	Nurse: high  Shahbaz: high	Nurse directed
Integrated	Blurred/ Considerable overlap	Collaboration on many issues Highest level of reciprocal communication	No	Nurse: high, with high work load Shahbaz: high	Collaborative
Visitor	Clear/No overlap	Communication only when seen as necessary from Shahbaz to nurse Lowest level of communication; primarily through Guide	No	Nurse: low  Shahbaz: high	Shahbazim directed



## RÉFÉRENCES

- Andersen, E., Smith, M., & Havaei, F. (2014). *Nursing home models and modes of service delivery: Review of outcomes*.
- Bowers, B., & Nolet, K. (2014). Developing the green house nursing care team: variations on development and implementation. *The Gerontologist, 54 Suppl 1*(Suppl 1), S53-S64. doi:10.1093/geront/gnt109
- Bowers, B., Nolet, K., Jacobson, N., & Thrive Research Collaborative. (2016). Sustaining Culture Change: Experiences in the Green House Model. *Health Serv Res, 51 Suppl 1*(Suppl 1), 398-417. doi:10.1111/1475-6773.12428
- Brown, P. B., Hudak, S. L., Horn, S. D., Cohen, L. W., Reed, D. A., & Zimmerman, S. (2016). Workforce Characteristics, Perceptions, Stress, and Satisfaction among Staff in Green House and Other Nursing Homes. *Health Serv Res, 51 Suppl 1*(Suppl 1), 418-432. doi:10.1111/1475-6773.12431
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2019). *Dementia Villages*. Retrieved from <https://www.cadth.ca/dementia-villages>
- Centre for Policy on Ageing. (2016). *Foresight Future of an Ageing Population - International Case Studies Case Study 4: Housing for Dementia and Integrated Care in the Netherlands*. Retrieved from <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-International-Case-Study-4-Housing-and-Dementia-Care-in-the-Netherlands.pdf>
- Dagenais, C., & Ridde, V. (2020). La note de politique comme outil de transfert de connaissances: pour avoir un impact votre note doit d'abord être lue.
- Ghogomu, E., Welch, V., & Shea, B. (2017). *Dementia: What living environments make a difference? A Bruyère Rapid Review*. Retrieved from [https://www.bruyere.org/uploads/Research/Final\\_Dementia%20what%20living%20environments%20make%20a%20difference.pdf](https://www.bruyere.org/uploads/Research/Final_Dementia%20what%20living%20environments%20make%20a%20difference.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. (2018). *État des connaissances: Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport rédigé par Isabelle David*. Retrieved from Qc:
- Rabig, J., Thomas, W., Kane, R. A., Cutler, L. J., & McAlilly, S. (2006). Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist, 46*(4), 533-539. doi:10.1093/geront/46.4.533
- Sharkey, S. S., Hudak, S., Horn, S. D., James, B., & Howes, J. (2011). Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the Green House project sites. *J Am Geriatr Soc, 59*(1), 126-131. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03209.x
- Voyer, P. (2014). Les ratios et la qualité des soins en hébergement. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=E9OLanlcU9g&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=2>
- Voyer, P. (2018). 52 - Ma visite à la Maison Carpe Diem. Retrieved from <https://youtu.be/cHpH7c9214g>
- Voyer, P., & Allaire, É. (2020). *Comment transformer un CHSLD en centre Alzheimer? Guide de transformation*. Retrieved from Québec:
- Zimmerman, S., Bowers, B. J., Cohen, L. W., Grabowski, D. C., Horn, S. D., Kemper, P., . . . Nolet, K. (2016). New evidence on the green house model of nursing home care: synthesis of findings and implications for policy, practice, and research. *Health Serv Res, 51*, 475-496.