



Santé mentale et bien-être dans les milieux de soins de longue durée (SLD) et avec soutien à l'autonomie (SA)



Avis juridique concernant les normes

L'Association canadienne de normalisation (qui exerce ses activités sous le nom «Groupe CSA») élabore des normes selon un processus consensuel approuvé par le Conseil canadien des normes. Ce processus rassemble des volontaires représentant différents intérêts et points de vue dans le but d'atteindre un consensus et d'élaborer une norme. Bien que le Groupe CSA assure l'administration de ce processus et détermine les règles qui favorisent l'équité dans la recherche du consensus, il ne met pas à l'essai, ni n'évalue ou vérifie de façon indépendante le contenu de ces normes.

Exclusion de responsabilité

Ce document est fourni sans assertion, garantie ni condition explicite ou implicite de quelque nature que ce soit, y compris, mais non de façon limitative, les garanties ou conditions implicites relatives à la qualité marchande, à l'adaptation à un usage particulier ainsi qu'à l'absence de violation des droits de propriété intellectuelle des tiers. Le Groupe CSA ne fournit aucune garantie relative à l'exactitude, à l'intégralité ou à la pertinence des renseignements contenus dans ce document. En outre, le Groupe CSA ne fait aucune assertion ni ne fournit aucune garantie quant à la conformité de ce document aux lois et aux règlements pertinents.

LE GROUPE CSA, SES VOLONTAIRES, SES MEMBRES, SES FILIALES OU SES SOCIÉTÉS AFFILIÉES DE MÊME QUE LEURS EMPLOYÉS, LEURS DIRIGEANTS ET LEURS ADMINISTRATEURS NE PEUVENT EN AUCUN CAS ÊTRE TENUS RESPONSABLES DE TOUTE BLESSURE, PERTE OU DÉPENSE OU DE TOUT PRÉJUDICE DIRECT, INDIRECT OU ACCESSOIRE, Y COMPRIS, MAIS NON DE FAÇON LIMITATIVE, TOUT PRÉJUDICE SPÉCIAL OU CONSÉCUTIF, TOUTE PERTE DE RECETTES OU DE CLIENTÈLE, TOUTE PERTE D'EXPLOITATION, TOUTE PERTE OU ALTÉRATION DE DONNÉES OU TOUT AUTRE PRÉJUDICE ÉCONOMIQUE OU COMMERCIAL, QU'IL SOIT FONDÉ SUR UN CONTRAT, UN DÉLIT CIVIL (Y COMPRIS LE DÉLIT DE NÉGLIGENCE) OU TOUT AUTRE ÉLÉMENT DE RESPONSABILITÉ TIRANT SON ORIGINE DE QUELQUE FAÇON QUE CE SOIT DE L'UTILISATION DE CE DOCUMENT ET CE, MÊME SI LE GROUPE CSA A ÉTÉ AVISÉ DE L'ÉVENTUALITÉ DE TELS PRÉJUDICES.

En publiant et en offrant ce document, le Groupe CSA n'entend pas fournir des services professionnels ou autres au nom de quelque personne ou entité que ce soit, ni remplir les engagements que de telles personnes ou entités auraient pris auprès de tiers. Les renseignements présentés dans ce document sont destinés aux utilisateurs qui possèdent le niveau d'expérience nécessaire pour utiliser et mettre en application ce contenu. Le Groupe CSA rejette toute responsabilité découlant de quelque façon que ce soit de toute utilisation des renseignements contenus dans ce document ou de toute confiance placée en ceux-ci.

Le Groupe CSA est un organisme privé sans but lucratif qui publie des normes volontaires et des documents connexes. Le Groupe CSA n'entend pas imposer la conformité au contenu des normes et des autres documents qu'elle publie et ne possède pas l'autorité nécessaire pour ce faire.

Propriété et droits de propriété intellectuelle

Tel que convenu entre le Groupe CSA et les utilisateurs de ce document (qu'il soit imprimé ou sur support électronique), le Groupe CSA est propriétaire ou titulaire de permis de toutes les marques de commerce (à moins d'indication contraire) et de tous les documents contenus dans ce document, ces derniers étant protégés par les lois visant les droits d'auteur. Le Groupe CSA est également propriétaire ou titulaire de permis de toutes les inventions et de tous les secrets commerciaux que pourrait contenir ce document, qu'ils soient ou non protégés par des brevets ou des demandes de brevet. Sans que soit limitée la portée générale du paragraphe, l'utilisation, la modification, la copie ou la divulgation non autorisée de ce document pourrait contrevenir aux lois visant la propriété intellectuelle du Groupe CSA ou d'autres parties et donner ainsi droit à l'organisme ou autre partie d'exercer ses recours légaux relativement à une telle utilisation, modification, copie ou divulgation. Dans la mesure prévue par le permis ou la loi, le Groupe CSA conserve tous les droits de propriété intellectuelle relatifs à ce document.

Droits de brevet

Veuillez noter qu'il est possible que certaines parties de cette norme soient visées par des droits de brevet. Le Groupe CSA ne peut être tenue responsable d'identifier tous les droits de brevet. Les utilisateurs de cette norme sont avisés que c'est à eux qu'il incombe de vérifier la validité de ces droits de brevet.

Utilisations autorisées de ce document

Ce document est fourni par le Groupe CSA à des fins informationnelles et non commerciales seulement. L'utilisateur de ce document n'est autorisé qu'à effectuer les actions décrites ci-dessous.

Si le document est présenté sur support électronique, l'utilisateur est autorisé à :

- télécharger ce document sur un ordinateur dans le seul but de le consulter ;
- consulter et parcourir ce document ;
- imprimer ce document si c'est une version PDF.

Un nombre limité d'exemplaires imprimés ou électroniques de ce document peuvent être distribués aux seules personnes autorisées par le Groupe CSA à posséder de tels exemplaires et uniquement si le présent avis juridique figure sur chacun d'eux.

De plus, les utilisateurs ne sont pas autorisés à effectuer, ou à permettre qu'on effectue, les actions suivantes :

- modifier ce document de quelque façon que ce soit ou retirer le présent avis juridique joint à ce document ;
- vendre ce document sans l'autorisation du Groupe CSA ;
- faire une copie électronique de ce document.

Si vous êtes en désaccord avec l'une ou l'autre des dispositions du présent avis juridique, vous n'êtes pas autorisé à télécharger ou à utiliser ce document, ni à en reproduire le contenu, auquel cas vous êtes tenu d'en détruire toutes les copies. En utilisant ce document, vous confirmez que vous acceptez les dispositions du présent avis juridique.



Service de mise à jour des normes

CSA Z2004:24

Juin 2024

Titre : *Santé mentale et bien-être dans les milieux de soins de longue durée (SLD) et avec soutien à l'autonomie (SA)*

Vous devez vous inscrire pour recevoir les avis transmis par courriel au sujet des mises à jour apportées à ce document :

- allez au www.csagroup.org/fr/store/
- cliquez sur **Service de mise à jour**

Le **numéro d'identification** dont vous avez besoin pour vous inscrire pour les mises à jour apportées à ce document est le **2430999**.

Si vous avez besoin d'aide, veuillez nous contacter par courriel au techsupport@csagroup.org ou par téléphone au 416-747-2233.

Consultez la politique du Groupe CSA en matière de confidentialité au www.csagroup.org/fr/juridique pour savoir comment nous protégeons vos renseignements personnels.

L'Association canadienne de normalisation (qui exerce ses activités sous le nom «Groupe CSA»), sous les auspices de laquelle cette Norme nationale a été préparée, a reçu ses lettres patentes en 1919 et son accréditation au sein du Système de Normes nationales par le Conseil canadien des normes en 1973. Association d'affiliation libre, sans but lucratif ni pouvoir de réglementation, Groupe CSA se consacre à l'élaboration de normes et à la certification.

Les normes du Groupe CSA reflètent le consensus de producteurs et d'utilisateurs de partout au pays, au nombre desquels se trouvent des fabricants, des consommateurs, des détaillants et des représentants de syndicats, de corps professionnels et d'agences gouvernementales. L'utilisation des normes du Groupe CSA est très répandue dans l'industrie et le commerce, et leur adoption à divers ordres de législation, tant municipal et provincial que fédéral, est chose courante, particulièrement dans les domaines de la santé, de la sécurité, du bâtiment, de la construction et de l'environnement.

Plus de 10 000 membres témoignent de leur appui au travail de normalisation mené par Groupe CSA en participant bénévolement aux travaux des comités.

Groupe CSA offre des services de certification et de mise à l'essai qui appuient et complètent ses activités dans le domaine de l'élaboration de normes. De manière à assurer l'intégrité de son processus de certification, Groupe CSA procède de façon régulière et continue à l'examen et à l'inspection des produits portant la marque du Groupe CSA.

Outre son siège social et ses laboratoires à Toronto, Groupe CSA possède des bureaux régionaux dans des centres vitaux partout au Canada, de même que des agences d'inspection et d'essai dans huit pays. Depuis 1919, Groupe CSA a parfait les connaissances techniques qui lui permettent de remplir sa mission d'entreprise, à savoir Groupe CSA est un organisme de services indépendant dont la mission est d'offrir une tribune libre et efficace pour la réalisation d'activités facilitant l'échange de biens et de services par l'intermédiaire de services de normalisation, de certification et autres, pour répondre aux besoins de nos clients, tant à l'échelle nationale qu'internationale.

Pour plus de renseignements sur les services du Groupe CSA, s'adresser au

Groupe CSA
178 Rexdale Boulevard
Toronto (Ontario) M9W 1R3
Canada

Une Norme nationale du Canada est une norme qui a été élaborée par un organisme d'élaboration de normes (OEN) titulaire de l'accréditation du Conseil canadien des normes (CCN) conformément aux exigences et lignes directrices du CCN. On trouvera des renseignements supplémentaires sur les Normes nationales du Canada à l'adresse : www.ccn.ca.

Le CCN est une société d'État qui fait partie du portefeuille d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada (ISDE). Dans le but d'améliorer la compétitivité économique du Canada et le bien-être collectif de la population canadienne, l'organisme dirige et facilite l'élaboration et l'utilisation des normes nationales et internationales. Le CCN coordonne aussi la participation du Canada à l'élaboration des normes et définit des stratégies pour promouvoir les efforts de normalisation canadiens.

En outre, il fournit des services d'accréditation à différents clients, parmi lesquels des organismes de certification de produits, des laboratoires d'essais et des organismes d'élaboration de normes. On trouvera la liste des programmes du CCN et des organismes titulaires de son accréditation à l'adresse : www.ccn.ca.

Conseil canadien des normes
55, rue Metcalfe, bureau 600
Ottawa (Ontario) K1P 6L5
Canada



This National Standard of Canada is available in both French and English.

Bien que le but premier visé par cette norme soit énoncé sous sa rubrique Domaine d'application, il est important de retenir qu'il incombe à l'utilisateur de juger si la norme convient à ses besoins particuliers.

®Une marque de commerce de l'Association canadienne de normalisation, qui exerce ses activités sous le nom « Groupe CSA ».

Norme nationale du Canada

CSA Z2004:24

Santé mentale et bien-être dans les milieux de soins de longue durée (SLD) et avec soutien à l'autonomie (SA)



*® Une marque de commerce de
l'Association canadienne de normalisation,
qui exerce ses activités sous le nom « Groupe CSA »*



*Édition française publiée en juin 2024 par Groupe CSA,
un organisme sans but lucratif du secteur privé.
178 Rexdale Boulevard, Toronto (Ontario) Canada M9W 1R3*

*Pour acheter des normes et autres publications, allez au www.csagroup.org/fr/store/ ou
composez le 1-800-463-6727 ou le 416-747-4044.*

*ICS 11.020.10, 13.100
ISBN 978-1-4883-4835-8*

*© 2024 Association canadienne de normalisation
Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite par quelque
moyen que ce soit sans la permission préalable de l'éditeur.*

Table des matières

Comité technique sur les soins à domicile et en milieu communautaire	5
Sous-comité sur la santé mentale et le bien-être dans les milieux de soins de longue durée et avec soutien à l'autonomie	8
Préface	10
Avant-propos sur les ODD	11
0 Introduction	12
0.1 Généralités	12
0.2 Aperçu	12
0.3 Contexte	15
0.4 Utilisateurs	15
1 Domaine d'application	15
1.1 Généralités	15
1.2 Exclusions	16
1.3 Terminologie	16
2 Ouvrages de référence	16
3 Définitions et abréviations	20
3.1 Définitions	20
3.2 Abréviations	23
4 Principes directeurs	23
4.1 Principes directeurs généraux	23
4.2 SAP	24
4.2.1 Généralités	24
4.2.2 Principes des SAP	24
4.3 EDI	24
4.3.1 Généralités	24
4.3.2 Principes de l'EDI	24
4.3.3 Droits de la personne	25
4.3.4 Discrimination et stigmatisation liées à la santé mentale	25
4.4 Sécurité et humilité culturelles	26
4.4.1 Généralités	26
4.4.2 Appel à l'action du document <i>Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir</i>	26
4.4.3 Principes de sécurité et d'humilité culturelles	26
4.4.4 Soutien culturel	26
5 Engagement organisationnel à l'égard de la santé mentale et du bien-être	27
6 Amélioration de la qualité	28
6.1 Processus d'amélioration de la qualité	28
6.2 Alignement	28

6.3	Éléments du processus d'amélioration de la qualité	28
6.4	Application du processus d'amélioration de la qualité	28
6.4.1	Généralités	28
6.4.2	Étapes	28
6.4.3	Indicateurs de qualité	29
6.4.4	Évaluations	29
7	Main-d'œuvre	30
7.1	Généralités	30
7.2	Santé mentale et bien-être des travailleurs	30
7.3	Pratiques à l'égard de la main-d'œuvre	30
7.3.1	Généralités	30
7.3.2	Recrutement	30
7.3.3	Continuité des soins	30
7.3.4	Ratios de main-d'œuvre	30
7.3.5	Diversité de compétences et de professions	31
7.3.6	Modèles	31
7.4	Milieu de travail	31
7.4.1	Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail	31
7.4.2	Soutien accessible en santé mentale	31
7.5	Formation des travailleurs	31
7.5.1	Généralités	31
7.5.2	Contenu de la formation	31
8	Conception des milieux de SLD et avec SA	32
8.1	Généralités	32
8.2	Éléments de conception du bâtiment	32
8.2.1	Généralités	32
8.2.2	Caractéristiques de conception de base	32
8.2.3	Ambiance	35
8.2.4	Caractéristiques environnementales	35
9	Programmes de récréation thérapeutique et activités favorisant les liens sociaux, la santé mentale et le bien-être	37
9.1	Offrir un programme de récréation thérapeutique et des activités	37
9.1.1	Généralités	37
9.1.2	Contenu du programme de récréation thérapeutique	37
9.1.3	Élaboration du programme de récréation thérapeutique	37
9.2	Implication des résidents dans le programme de récréation thérapeutique	37
9.3	Types d'interventions thérapeutiques et d'activités offertes	38
9.3.1	Éventail d'activités	38
9.3.2	Interventions thérapeutiques et activités appropriées sur le plan culturel	38
9.3.3	Activités internes et externes	38
9.4	Accessibilité	39
9.4.1	Généralités	39
9.4.2	Adaptation aux forces et aux capacités de chacun	39
9.5	Ressources	39
9.5.1	Généralités	39
9.5.2	Coordination des ressources externes	40
9.6	Mise en œuvre et communication	40

9.7 Évaluation 40

10 Optimisation de la santé mentale et du bien-être grâce aux relations interpersonnelles au sein des milieux de SLD et avec SA 40

10.1 Généralités 40

10.2 Optimisation de la santé mentale et du bien-être des résidents grâce à l'établissement de relations avec les travailleurs et les bénévoles 41

10.2.1 Stratégies de promotion et planification pour soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents 41

10.2.2 Soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents par le partage des connaissances et de la compréhension 41

10.3 Optimisation de la santé mentale et du bien-être des résidents par l'établissement de relations avec la famille et les partenaires de soins 42

10.3.1 Mise en œuvre de pratiques visant à mobiliser et à faire participer les familles et les partenaires de soins 42

10.3.2 Établissement de relations entre les travailleurs, les résidents, les familles, les partenaires de soins et les communautés, favorisant la santé mentale et le bien-être des résidents 42

10.3.3 Ressources pour soutenir la santé mentale et le bien-être des familles et des partenaires de soins 43

10.4 Établissement de relations entre résidents pour favoriser leur santé mentale et leur bien-être 43

11 Soutien aux résidents vivant avec des affectations de santé mentale 44

11.1 Réponse aux besoins en santé mentale 44

11.1.1 Généralités 44

11.1.2 Ressources spécialisées en santé mentale 44

11.1.3 Planification 44

11.1.4 Continuité des services 45

11.1.5 Formation de la main-d'œuvre 45

11.1.6 Modèles de prestation de soins spécialisés en santé mentale 45

11.1.7 Ressources spécialisées en santé mentale considérées comme travailleurs essentiels 45

11.2 Évaluations en santé mentale 46

11.3 Plans de soins 46

11.3.1 Généralités 46

11.3.2 Élaboration du plan de soins 46

11.3.3 Contenu du plan de soins 47

11.3.4 Approches de traitement 47

12 Gestion des incidents critiques 48

12.1 Généralités 48

12.2 Gestion par la main-d'œuvre 48

12.3 Soutien 48

12.4 Processus et protocoles 48

13 Considérations visant les résidents plus jeunes en matière de SLD et de SA 49

13.1 Généralités 49

13.2 Principes des SAP pour les résidents plus jeunes 50

13.3 Transitions 50

13.4 Programme de réadaptation 50

13.5 Relations de travail et de soins 51

13.6 Activités et participation communautaire 51

Annexe A (informative) — Niveaux d'éclairage favorisant la santé mentale et le bien-être 52
Annexe B (informative) — Exemples d'activités offertes dans le cadre d'un programme de récréation
thérapeutique 53
Annexe C (informative) — Options de traitements non pharmacologiques du trouble neurocognitif, du
délirium et de la dépression 54
Annexe D (informative) — Renseignements supplémentaires concernant les résidents plus jeunes 59
Annexe E (informative) — Bibliographie 61

Comité technique sur les soins à domicile et en milieu communautaire

G. Fernie	KITE Research Institute Toronto (Ontario) Canada <i>Catégorie : formation/éducation</i>	<i>président</i>
S. McKay	VHA Home Health Care Toronto (Ontario) Canada <i>Catégorie : utilisateurs — direction</i>	<i>vice-président</i>
J. L. Bank	Age-Friendly London Network London (Ontario) Canada <i>Catégorie : intérêt — divers</i>	
B. Bell	Brampton (Ontario) Canada <i>Catégorie : utilisateurs — direction</i>	
M. Bilek	Mississauga (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>
A. Bridge	Alberta Health Services Red Deer (Alberta) Canada	<i>membre non votant</i>
K. L. Brown	2112218 Ontario Inc. o/a Reno Studios & Brown Healthcare Exeter (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>
S. Chetty	Vancouver Coastal Health Vancouver (Colombie-Britannique) Canada <i>Catégorie : intérêt — utilisateurs</i>	
H. Croucher	Gouvernement du Yukon — Soins prolongés, soins communautaires Whitehorse (Yukon) Canada <i>Catégorie : autorité de réglementation</i>	
R. Dulmage	Carleton Place (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>
M. Esterhammer	Calea Ltd. Mississauga (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>

A. Gaudet	Gouvernement du Nouveau-Brunswick Fredericton (Nouveau-Brunswick) Canada <i>Catégorie : autorité de réglementation</i>	
N. Islic	Conestoga College Kitchener (Ontario) Canada <i>Catégorie : formation/éducation</i>	
F. Ismail	SE Health Markham (Ontario) Canada <i>Catégorie : utilisateurs — direction</i>	
J. Kirkham	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Université de Calgary Calgary (Alberta) Canada	<i>membre non votant</i>
T. Learmonth	Bayshore Home Care Solutions Quispamsis (Nouveau-Brunswick) Canada <i>Catégorie : utilisateurs — direction</i>	
S. Leduc	Service paramédic d'Ottawa Ottawa (Ontario) Canada <i>Catégorie : intérêt — utilisateurs</i>	
A. Lee	OntarioMD Inc. Toronto (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>
D. Lee-Bagglely	Dalhousie University, Saint Mary's University, Dr. Lee-Bagglely and Associates Halifax (Nouvelle-Écosse) Canada <i>Catégorie : formation/éducation</i>	
C. Loadman	Queer Seniors of Saskatchewan Vanscoy (Saskatchewan) Canada	<i>membre non votant</i>
A. Nickoloff	SE Health Markham (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>
S. Ryall	Sara Vista LTC (Revera) Elmvale (Ontario) Canada <i>Catégorie : intérêt — utilisateurs</i>	
R. Shaikh	City of Toronto, Seniors Services and Long-Term Care (SSLTC) Toronto (Ontario) Canada <i>Catégorie : autorité de réglementation</i>	

L. Tamblyn Watts	CanAge: Canada's National Seniors Advocacy Organization Sandy Cove (Nouvelle-Écosse) Canada <i>Catégorie : intérêt — divers</i>	
R. H. Wang	University of Toronto Toronto (Ontario) Canada	<i>membre non votant</i>
R. Sogani	Groupe CSA Toronto (Ontario) Canada	<i>chargé de projet</i>

Sous-comité sur la santé mentale et le bien-être dans les milieux de soins de longue durée et avec soutien à l'autonomie

J. Kirkham	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Université de Calgary Calgary (Alberta) Canada	<i>président</i>
J. Y. Jones	Long-Term Care, Island Health Comox (Colombie-Britannique) Canada	<i>vice-président</i>
P. Caron	Saskatchewan Health Authority Blaine Lake (Saskatchewan) Canada	
T. Cohen	Hillel Lodge Ottawa (Ontario) Canada	
V. Desai	Birchview Residences Prince George (Colombie-Britannique) Canada	
T. Fearon	Family Councils Ontario Mississauga (Ontario) Canada	
S. Freeman	School of Nursing, University of Northern British Columbia Prince George (Colombie-Britannique) Canada	
E. Gamble	Hawthorne Seniors Care Community Port Coquitlam (Colombie-Britannique) Canada	
J. Hall	Association canadienne des soins de longue durée Fredericton (Nouveau-Brunswick) Canada	
T. Houghton	WorkSafeBC Richmond (Colombie-Britannique) Canada	
S. Jakobson	Jakobson Consulting & Analytics Holland Centre (Ontario) Canada	
J. Kelndorfer	MS Canada Edmonton (Alberta) Canada	

S. Lockwood	Société Alzheimer du Canada Toronto (Ontario) Canada	
L. Mullaly	Commission de la santé mentale du Canada Ottawa (Ontario) Canada	
P. J. Poirier	Association des Paramédics du Canada Ottawa (Ontario) Canada	
P. Potter-Bereznick	Consultant sur les soins en santé mentale London (Ontario) Canada	
K. G. Scraba	McMaster University Dundas (Ontario) Canada	
A. M. Martel	Groupe CSA Montréal (Québec) Canada	<i>chargé de projet</i>

Préface

Ce document constitue la première édition de CSA Z2004, *Santé mentale et bien-être dans les milieux de soins de longue durée (SLD) et avec soutien à l'autonomie (SA)*.

La version française de cette norme a été préparée par Groupe CSA, d'après l'édition anglaise publiée en juin 2024, laquelle a été élaborée par le Sous-comité sur la santé mentale et le bien-être dans les milieux de soins de longue durée et avec soutien à l'autonomie, sous l'autorité du Comité technique sur les soins à domicile et en milieu communautaire et du Comité directeur stratégique sur la santé et le bien-être, et a été officiellement approuvée par le Comité technique.

Groupe CSA tient à remercier Marie-Christine Laterreur et Julia Kirkham qui ont bien voulu revoir la version française de cette norme.

Cette norme a été élaborée conformément aux exigences du Conseil canadien des normes relatives aux Normes nationales du Canada. Cette norme a été publiée en tant que Norme nationale du Canada par Groupe CSA.

Notes :

- 1) *Dans cette norme, l'utilisation du masculin n'exclut pas le féminin. De même, l'emploi du singulier n'exclut pas le pluriel (et vice versa) lorsque le sens le permet.*
- 2) *Bien que le but visé par cette norme soit énoncé sous sa rubrique *Domaine d'application*, il est important de retenir qu'il incombe à l'utilisateur de juger si la norme convient à ses besoins particuliers.*
- 3) *Cette norme a été élaborée selon le principe du consensus, lequel est défini dans CSA Policy governing standardization — Code of good practice for standardization comme étant un « accord substantiel. Le consensus va beaucoup plus loin que la majorité simple, sans constituer nécessairement l'unanimité ». Par conséquent, un membre peut siéger au comité technique et ne pas être parfaitement d'accord avec tous les articles de cette norme.*
- 4) *Pour soumettre une demande d'interprétation visant cette norme, veuillez faire parvenir les renseignements suivants à inquiries@csagroup.org et inscrire « Demande d'interprétation » dans le champ « Objet » :*
 - a) *énoncer le problème clairement en faisant référence à un article précis et, s'il y a lieu, joindre un croquis;*
 - b) *fournir une explication des conditions d'utilisation; et*
 - c) *si possible, formuler la phrase de sorte qu'il soit possible d'y répondre par un « oui » ou un « non ».**Les interprétations du comité sont élaborées selon la publication CSA Directives and guidelines governing standardization et elles sont disponibles à la page *Activités de normalisation en cours*, laquelle est affichée au standardsactivities.csagroup.org.*
- 5) *Cette norme est soumise à une revue dans les cinq ans après la date de publication. Toute suggestion visant à l'améliorer sera soumise au comité compétent. Pour proposer une modification, veuillez faire parvenir les renseignements suivants à inquiries@csagroup.org et inscrire « Proposition de modification » dans le champ « Objet » :*
 - a) *le numéro de la norme;*
 - b) *le numéro de l'article, du tableau ou de la figure visé;*
 - c) *la formulation proposée; et*
 - d) *la raison de cette modification.*

Avant-propos sur les ODD

Groupe CSA élabore et maintient des normes sur un large éventail de sujets, dont la plupart appuient les objectifs de développement durable des Nations Unies (ODD des Nations Unies) en vue de façonner un avenir durable et résilient.

Grâce à un solide processus de cartographie, des liens entre CSA Z2004:24 et les ODD suivants ont été établis :

ODD					
Cibles	3.8	4.7	8.5, 8.8	10.2	16.1, 16.6, 16.7

CSA Z2004:24 a des liens notables avec les ODD suivants :

- ODD 3 : *Bonne santé et bien-être*
- ODD 4 : *Éducation de qualité*
- ODD 8 : *Travail décent et croissance économique*
- ODD 10 : *Inégalités réduites*
- ODD 16 : *Paix, justice et institutions efficaces*

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'initiative de cartographie des ODD de Groupe CSA, veuillez consulter le site Web à l'adresse suivante :

<https://www.csagroup.org/fr/sdg/>

Avis de non-responsabilité : Il est important de noter que si certaines normes soutiennent explicitement les cibles des ODD, ce ne sont pas toutes les normes qui sont liées aux ODD. Les utilisateurs de normes devraient toujours faire preuve de prudence et de précision lorsqu'ils revendiquent leur soutien aux ODD par l'utilisation de normes. Les résultats de la cartographie des ODD fournis par Groupe CSA ont pour objectif d'aider les utilisateurs à évaluer comment l'application d'une norme peut soutenir leur travail en vue de la réalisation des ODD.

CSA Z2004:24

Santé mentale et bien-être dans les milieux de soins de longue durée (SLD) et avec soutien à l'autonomie (SA)

0 Introduction

0.1 Généralités

Cette norme vise avant tout à promouvoir la santé mentale et le bien-être des résidents des milieux de SLD et des milieux offrant un SA.

Cette norme porte particulièrement sur les soins offerts dans les milieux de SLD et avec SA qui optimisent la santé mentale et le bien-être. Toutefois, la santé mentale et la santé physique sont étroitement liées et le fait de les aborder de manière distincte pourrait ne pas mettre en lumière les relations complexes qui existent entre elles. Deux normes nationales du Canada ont été publiées pour traiter de la sécurité, des besoins et de la qualité de vie des résidents des milieux de SLD : CSA Z8004 et HSO 21001. CSA Z2004 vise à compléter ces deux normes en ce qui a trait aux exigences et aux recommandations. Ces normes traitent des soins qui appuient indirectement la santé mentale et le bien-être; toutefois, les normes qui traitent des soins qui sont directement liés à la santé mentale et au bien-être y sont citées.

0.2 Aperçu

Au Canada, environ 425 000 adultes vivent dans des milieux de SLD ou avec SA, et ce nombre augmente rapidement (Clarke, 2021). La santé mentale et le bien-être font partie intégrante d'une bonne qualité de vie dans ces milieux, tant pour les résidents vivant avec que ceux ne vivant pas avec une affection de santé mentale. Par le passé, la santé mentale n'a pas été priorisée dans les milieux de SLD et avec SA, où la santé et la sécurité physiques ont préséance. Il est essentiel de créer les conditions propices à une bonne santé mentale et de répondre aux besoins en santé mentale des résidents des milieux de SLD et avec SA.

Les résidents des milieux de SLD et avec SA sont généralement âgés et vivent souvent avec des affections de santé graves, chroniques ou multiples, des handicaps ou une fragilité. Au fil du temps, la complexité médicale et les besoins en soins ont augmenté dans les milieux de SLD et avec SA. En particulier, la population des milieux de SLD a maintenant des niveaux de dépendance fonctionnelle plus élevés et des besoins sociaux, médicaux et en santé mentale plus importants que dans les années précédentes (Zimmerman et al., 2022). Les affections de santé mentale sont courantes dans les milieux de SLD; en effet, la majorité (76 %) des résidents ont reçu un diagnostic d'affection de santé mentale ou de trouble neurocognitif (Kehyayan et al., 2021). Parmi les affections de santé mentale autres que le trouble neurocognitif, la dépression majeure est fréquente (prévalence médiane de 10 %), tout comme les troubles anxieux, tandis que les symptômes plus légers de la dépression et de l'anxiété le sont encore plus (Seitz et al., 2010). Les résidents des milieux de SLD sont aussi particulièrement vulnérables au délirium, dont l'incidence est de 40 % au cours d'un séjour en milieu de SLD (Cheung et al., 2018). La plupart des personnes vivant avec un trouble neurocognitif en milieu de SLD (78 %) présentent des

changements dans l'humeur, la personnalité ou le comportement, y compris de l'agressivité chez 1 résident sur 5 (Seitz et al., 2010).

Peu d'études portent sur la santé mentale ou la déficience cognitive, y compris le trouble neurocognitif, dans les milieux avec SA. Toutefois, les données existantes suggèrent que les troubles cognitifs et de santé mentale sont courants et susceptibles de l'être encore plus dans les milieux avec SA avec le vieillissement de la population (Hua et al., 2021; Green, 2022). Les maladies mentales graves, y compris la schizophrénie et le trouble bipolaire, sont plus courants dans les milieux de SLD et avec SA que dans d'autres milieux communautaires, et leur prévalence pourrait également augmenter (Hua et al., 2021; Bucy et al., 2022).

En outre, il existe peu de données sur les besoins en santé mentale dans les milieux de SLD et avec SA, particulièrement au Canada, et peu de recherches ont été menées dans ces milieux (p. ex., sur les interventions cliniques liées aux affections de santé mentale propres aux résidents des milieux de SLD).

Bien que la majorité des personnes vivant dans des milieux de SLD ou avec SA soient âgées, la population des résidents plus jeunes, définie au sens large comme étant âgée de moins de 65 ans, est importante dans les milieux de SLD (près de 7 %) et probablement équivalente dans les milieux avec SA (CIHI, 2022). Les handicaps plus graves et les besoins en soins plus importants, les taux plus élevés d'affections de santé mentale et les durées de séjour beaucoup plus longues, entre autres facteurs, contribuent à des besoins distincts en matière de santé mentale et de bien-être chez les jeunes résidents que chez les résidents plus âgés des milieux de SLD et avec SA. Les soins et les services dans les milieux de SLD et avec SA sont habituellement conçus pour la majorité des résidents (c.-à-d. les personnes âgées) et sont donc souvent mal adaptés pour répondre aux besoins en santé mentale des résidents plus jeunes.

Cette norme offre une occasion de passer d'un modèle institutionnel de soins à un modèle de soins axés sur la personne (SAP) visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être des résidents en mettant l'accent sur les besoins psychosociaux, émotionnels et de santé mentale avec compassion. Pour ce faire, du personnel de soins directs possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour soigner des populations complexes et diversifiées de résidents, y compris celles ayant des affections de santé mentale, est nécessaire (Groupe CSA, 2021). Comme il est possible que la santé mentale et le bien-être des membres du personnel aient une incidence directe sur l'état des résidents, une main-d'œuvre compétente et en santé est tout aussi importante de sorte que les travailleurs et les résidents puissent s'épanouir.

Pour y parvenir, il faut adopter une approche axée sur les droits de la personne, y compris le droit au plus haut degré possible de bien-être mental, physique et social (ACSM, 2021). L'intention de cette norme est d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, des procédures et des pratiques visant à favoriser un environnement de soins positif pour les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs. Les exigences et les recommandations peuvent être mises en œuvre différemment dans divers contextes; toutefois, les principes et l'intention sous-jacents demeureront semblables.

Des initiatives concertées des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont nécessaires pour appuyer des modèles de financement durables qui permettent d'offrir les soins de grande qualité décrits dans cette norme ainsi que la supervision nécessaire pour assurer l'adoption et le maintien de ces soins. Bien que le financement diffère considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, en ce qui a trait aux SLD et au SA, le coût ne devrait pas constituer un obstacle à la prestation des soins de santé. Le gouvernement, les milieux de SLD et avec SA partagent aussi la responsabilité de former et

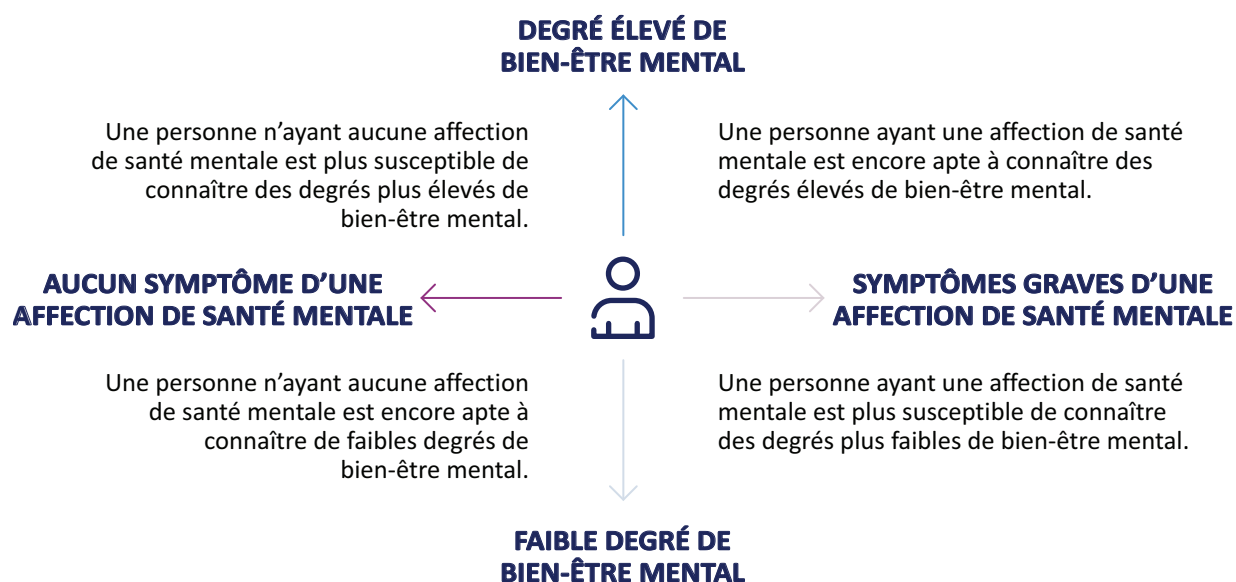
de soutenir un nombre suffisant de travailleurs possédant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins complexes de ces personnes vulnérables.

Les exigences et les recommandations présentées dans cette norme s'appuient sur des principes et des pratiques exemplaires, ainsi que sur des documents de recherche fondée sur des données probantes. Le thème général est encadré par une perspective de promotion de la santé qui répond aux besoins de tous les résidents et vise à améliorer les facteurs de protection pour la santé mentale et le bien-être, et à réduire les facteurs de risque liés à une mauvaise santé mentale (MacCourt et al., 2011).

La santé mentale englobe la santé cognitive, psychologique et émotionnelle d'une personne (McArthur et al., 2023). Le bien-être, quant à lui, concerne l'optimisation de la qualité de vie sur les plans culturel, émotionnel, mental, physique, social et spirituel. Il est possible de considérer la santé mentale comme existant dans un continuum, allant, d'un extrême à l'autre, des états optimaux de bien-être aux symptômes et troubles mentaux; il ne s'agit pas d'un état binaire défini par la présence ou l'absence d'une affection de santé mentale (voir la figure 1). La santé mentale d'une personne varie au fil du temps et est influencée par divers facteurs individuels, sociaux et structurels. Tout au long du continuum, le degré de bien-être et les affections de santé mentale sont vécus différemment par chaque personne (MacCourt et al., 2011).

Pour optimiser la santé mentale et le bien-être dans les milieux de SLD et avec SA, il faut accroître la valeur accordée à la santé mentale dans ces milieux, et façonner l'environnement social, physique et de soins pour soutenir le continuum de la santé mentale. Cela exige la promotion de la santé mentale pour tous les résidents, la prévention de la maladie dans la mesure du possible et, le cas échéant, un accès rapide et équitable au traitement et au soutien en santé mentale (MacCourt et al., 2011).

Figure 1
La relation entre le bien-être mental et les symptômes
des affections de santé mentale.
(Voir l'article [0.2.](#))



Source : Reproduit avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé à partir du document World mental health report: Transforming mental health for all, World Health Organization, chapter 2.1.2, page 13, Copyright 2022.

0.3 Contexte

Le rapport de recherche du Groupe CSA intitulé « *Soutenir la santé mentale et le bien-être dans les établissements de soins en hébergement communautaire* », publié en décembre 2021, a servi de document de base pour l'élaboration du contenu de cette norme.

0.4 Utilisateurs

Cette norme est principalement destinée aux administrateurs, aux travailleurs et aux équipes de soins étendues qui œuvrent dans des milieux de SLD ou avec SA, de même qu'aux résidents, aux membres de leur famille et aux partenaires de soins

1 Domaine d'application

1.1 Généralités

La norme énonce des lignes directrices sur la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de services, de programmes, de formations, de politiques, de procédures et de pratiques visant à favoriser la santé mentale et le bien-être des résidents des milieux de SLD et avec SA. Cette norme traite également des considérations environnementales physiques qui favorisent la santé mentale et le bien-être dans les bâtiments existants et nouvellement construits.

Cette norme s'applique à tous les résidents qui vivent dans des milieux de SLD ou avec SA, peu importe où ils se situent dans le continuum de la santé mentale, y compris ceux qui ne présentent pas de symptômes ou d'affection de santé mentale, et ceux qui présentent une affection de santé mentale ou qui sont à risque d'en développer.

Les principes de SAP, d'équité, diversité et inclusion (EDI), ainsi que de sécurité et d'humilité culturelles sont au premier plan de cette norme de manière à s'assurer que les milieux de SLD et avec SA sont positifs, inclusifs et habilitants.

1.2 Exclusions

Cette norme ne traite pas de sujets liés aux pratiques d'exploitation générales dans les milieux de SLD et avec SA. La pratique médicale et les obligations professionnelles ne sont pas prises en considération dans cette norme. De plus, elle n'aborde pas de traitements médicaux et d'affections de santé mentale précis.

1.3 Terminologie

Dans cette norme, le terme « doit » indique une exigence, c'est-à-dire une prescription que l'utilisateur est obligé de respecter pour assurer la conformité à la norme; « devrait » indique une recommandation ou ce qu'il est conseillé, mais non obligatoire de faire; et « peut » indique une possibilité ou ce qu'il est permis de faire.

Les notes qui accompagnent les articles ne comprennent pas de prescriptions ni de recommandations. Elles servent à séparer du texte les explications ou les renseignements qui ne font pas proprement partie de la norme.

Les notes au bas des figures et des tableaux font partie de ceux-ci et peuvent être rédigées comme des prescriptions.

Les annexes sont qualifiées de normatives (obligatoires) ou d'informatives (facultatives) pour en préciser l'application.

2 Ouvrages de référence

Cette norme renvoie aux publications suivantes. S'il est fait mention de ces ouvrages, le lecteur doit se reporter aux éditions mentionnées ci-dessous, modifications comprises.

Note : Voir également l'annexe [E](#).

Groupe CSA

CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013 (C2022)

Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail – Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes

Z1600-17

Programme de gestion des urgences et de la continuité

Z2003:20

Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire

Z8004:22

Foyers de soins de longue durée — exploitation et prévention et contrôle des infections

Recherche CSA sur les normes. Penny MacCourt. Décembre 2021. *Soutenir la santé mentale et le bien-être dans les établissements de soins en hébergement communautaire.*

ACLT (Association canadienne de loisir thérapeutique)

Standards of Practice for Recreation Therapists and Therapeutic Recreation Assistants, 2023
https://canadian-tr.org/wp-content/uploads/2015/02/Standards_of_Practice_2006-English.pdf

Alberta Health

Continuing Care Health Service Standards, January 2016, amended July 16, 2018.
<https://open.alberta.ca/dataset/c3e8d212-d348-42e0-b29c-5a264c8cb568/resource/8c9af77e-ca21-4f73-b3ee-a63c6b980073/download/continuing-care-health-service-standards-2018.pdf>

Gouvernement du Canada

Loi canadienne sur l'accessibilité (L.C. 2019, ch. 10)

Loi canadienne sur les droits de la personne (LRC, 1985, ch. H-6)

Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada (IR4-7-2015-fra.pdf)

<https://publications.gc.ca/site/fra/9.814357/publication.html>

IWBI (International Well Building Institute)

WELL Building Standard™, version 2, 2020.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

Mental wellbeing of older people in care homes, Quality Standard (QS50), 12 December 2013
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs50/resources/mental-wellbeing-of-older-people-in-care-homes-pdf-2098720457413>

ONS (Organisation des normes de santé)

21001-2023

Soins de longue durée

22004-2023

Santé mentale et dépendances

75000-2022

Sécurisation culturelle et humilité pour la Colombie-Britannique

Autres publications

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). 10 décembre 2021. *Mémoire | La santé mentale comme droit de la personne : la vision de l'ACSM*

<https://cmha.ca/fr/brochure/memoire-la-sante-mentale-comme-droit-de-la-personne-la-vision-de-lassociation-canadienne-pour-la-sante-mentale/>

Bailes, H. J., and Lucas, R. J. 2013. Human melanopsin forms a pigment maximally sensitive to blue light (λ max \approx 479 nm) supporting activation of Gq/11 and Gi/o signalling cascades, *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 280: 1759.

Barber, B. V., et al. 2021. Experiences of health and aging for younger adults in long-term care: a social-ecological multi-method approach, *Disability & Society*, 36(3): 468-487.

Boland, J. W., Lawlor, P. G, and Bush, S. H. 2019. Delirium: non-pharmacological and pharmacological management, *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(4): 482-484.

Brown, T. M., et al. 2022. Recommendations for daytime, evening and nighttime indoor light exposure to best support sleep physiology, sleep and wakefulness in healthy adults, *PLOS Biol*, Mar; 20(3).

Bucy, T., et al. 2022. Serious Mental Illness in the Nursing Home Literature: A Scoping Review, *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8.

Canadian Association for Long Term Care. 2023 *Position Statement on LTC Homes and Reconciliation with Indigenous People*.

<https://j9d0de.p3cdn1.secureserver.net/wp-content/uploads/2023/09/LTC-and-Reconciliation-CALTC-Position-Statement-FINAL-June-2023.pdf> (secureserver.net)

Caspar, S., et al. 2018. Nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia: what works, in what circumstances, and why? *Innovation in Aging*, 2(1).

Cheung, E. N. M., et al. 2018. Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents, *BMC Geriatrics*, 18 (1): 1-7.

Clarke, J. 2021. *Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes au Canada*. Statistique Canada.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2021001/article/00025-fra.pdf?st=2zptk08Y>

First Nations Health Authority (FNHA). 2016. *Policy Statement on Cultural Safety and Humility "It Starts with Me"*, West Vancouver, BC.

<https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>

Grand, J. H. G., Caspar, S., and MacDonald, S. W.S. 2011. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 4: 125-147.

Green, M., Freedberg, A., and Welton, E. 2022. Mental disorders in assisted living facilities. A narrative review of the prevalence, existing models of care delivery, and outcomes, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30.4: S99-S100.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064748122002494>

Harris-Kojetin, L. D., et al. 2019. *Long-term care providers and services users in the United States, 2015–2016*. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/76253>

Hazelton-Provo, E. J., and Weeks, L. E. 2021. Developing a Supplemental Assessment Tool for Younger Residents in Long-Term Care, *Canadian Geriatrics Journal*, 24(3): 170.

Henderson, C., et al. 2014. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings, *Lancet Psychiatry*, 1(6): 467–82.

Hoben, M., et al. 2019. Nursing home length of stay in 3 Canadian health regions: Temporal trends, jurisdictional differences, and associated factors, *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(9): 1121–1128.

Hua, C. L., et al. 2021. Trends in serious mental illness in US assisted living compared to nursing homes and the community: 2007-2017, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5): 434–444.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2022. *Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée, 2021–2022*, Victoria (Colombie-Britannique) <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/residential-hospital-based-continuing-care-ltc-quick-stats-2021-2022-data-tables-fr.xlsx> (live.com)

Kales, H. C. et al. 2014. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62 (4): 762–769.

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

Knaak, S., Mantler, E., and Szeto, A. 2017. Mental illness-related stigma in healthcare, *Healthcare Management Forum*, 30(2): 111–116.

MacCourt, P. 2008. *Promoting Seniors' Well-Being: A Seniors' Mental Health Policy Lens Toolkit*, Victoria, British Columbia: British Columbia Psychogeriatric Association.

MacCourt P., Wilson K. et Tourigny-Rivard, M.-F. 2011. *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens*, Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa, Ontario.

<https://commissionsantementale.ca/resource/lignes-directrices-relatives-a-la-planification-et-a-la-prestation-de-services-complets-de-sante-mentale-pour-les-aines-canadiens/>

McArthur, C., et al. 2023. Mental Health and Quality of Life in Long-Term Care During the Pandemic. COVID-19, *Frontline Responders and Mental Health: A Playbook for Delivering Resilient Public Health Systems Post-Pandemic*, Emerald Publishing Limited, 97–117.

Munch, M., et al. 2006. Wavelength-dependent effects of evening light exposure on sleep architecture and sleep EEG power density in men, *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 290(5): R1421–R1428.

National Health Service (NHS) Digital. 23 Oct 2018. *Adult social care activity and finance report*, England 2017–18.

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-activity-and-finance-report/2017-18>

Oliver, S., et al. 2020. A scoping review to explore the experiences and outcomes of younger people with disabilities in residential aged care facilities, *Brain Injury*, 34(11): 1446-1460.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 17 juin 2022a. *Principaux faits sur la santé mentale*. Genève. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2022b. *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous*. Genève. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>

Perlman, C., et al. 2019. Access to Psychiatrist Services for Older Adults in Long-Term Care: A Population-Based Study, *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(5): 610–616.e612.

Polacsek, M., and Woolford, M. 2022. Strategies to support older adults' mental health during the transition into residential aged care: a qualitative study of multiple stakeholder perspectives, *BMC Geriatr*, 22: 151.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). July 2016. *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults Assessment and Care*, Second Edition.

<https://nao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression>

Seitz, D., Purandare, N., and Conn, D. 2010. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: *A systematic review*, *International Psychogeriatrics*, 22(7): 1025–1039.

Shieu, B. M., et al. 2021. Younger nursing home residents: a scoping review of their lived experiences, needs, and quality of life, *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11): 2296–2312.

The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. 2023. *The Younger Adult in the Long-Term care setting*.

<https://paltc.org/products>

Wrublowsky, R. 2018. *Design guide for long term care homes*, Document version 2018.01, MMP Architects.

https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2018/03/MMP_DesignGuideLongTermCareHomes_2018.01.pdf

Zimmerman, S., et al. 2022. Recommendations for medical and mental health care in assisted living based on an expert Delphi consensus panel: a consensus statement, *JAMA Network Open*, 5(9).

3 Définitions et abréviations

3.1 Définitions

Les définitions qui suivent doivent s'appliquer dans cette norme.

Affection de santé mentale — État caractérisé par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à une importante détresse ou qui nuisent aux relations et à la capacité d'une personne à fonctionner au quotidien. Les affections de santé mentale comprennent la dépression majeure, d'autres troubles de l'humeur et les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles neurocognitifs, le délirium et les troubles de la personnalité. Une personne pourrait avoir plus d'une affection de santé mentale à un moment donné.

Source : Adapté à partir de CSA Z2003 et de Nice, 2013.

Bien-être — Expérience de la qualité de vie la plus élevée permettant de vivre pleinement les facettes :

- a) culturelle;
- b) émotionnelle;
- c) mentale;
- d) physique;
- e) sociale; et
- f) spirituelle.

Source : CSA Z2003.

Changements dans l'humeur, la personnalité ou le comportement liés au trouble neurocognitif — Gamme de symptômes non cognitifs du trouble neurocognitif tels que des signes d'agitation,

d'agressivité, de dépression, d'anxiété, les changements de sommeil, les symptômes psychotiques (hallucinations et délires), l'agitation motrice, la désinhibition et l'apathie.

Note : *Les changements dans l'humeur, la personnalité ou le comportement liés au trouble neurocognitif peuvent aussi être appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), symptômes neuropsychiatriques (SNP), comportements réactifs ou expressions personnelles.*

Contention — Mesure de nature physique ou chimique qui permet de maîtriser ou de limiter les mouvements, le comportement ou la mobilité d'un résident.

Note : *L'utilisation et la définition du terme « contention » varient selon le territoire de compétence et la population ciblée.*

Source : *HSO 21001.*

Direction — Ensemble des personnes responsables de prendre des décisions qui pourraient avoir une incidence sur l'ensemble ou une partie du milieu de SLD et avec SA.

Note : *Cet ensemble de personnes est parfois désigné par l'expression hauts gestionnaires ou haute direction.*

Équité, diversité et inclusion (EDI) — Éventail d'expériences de toutes les personnes, peu importe leur origine ethnique, leur race, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur expression sexuelle, leur identité sexuelle, leur ascendance, leur âge, leur situation socio-économique, leur lieu de vie, leur identité de genre, leur expression de genre, leurs aptitudes, leur état de santé, leurs convictions politiques, leurs croyances religieuses, leur citoyenneté, et celles qui ont subi une colonisation.

Source : *Adapté à partir de CSA Z8004.*

Famille — Personnes de diverses caractéristiques démographiques choisies par le résident en vue de répondre à ses besoins personnels. Ces personnes pourraient être liées au résident par un lien affectif ou biologique, ou sont choisies pour des raisons de commodité, de nécessité ou de respect des lois.

Source : *CSA Z8004.*

Handicap — Toute déficience, notamment physique, mentale, intellectuelle, cognitive ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle, de nature permanente, temporaire ou épisodique, manifeste ou non et dont l'interaction avec un obstacle entrave la participation pleine et égale d'une personne dans la société.

Source : *Loi canadienne sur l'accessibilité.*

Milieu avec soutien à l'autonomie — Endroit qui offre de l'hébergement, des services d'accueil, et des services de soins personnels et peut inclure des soins infirmiers aux adultes capables de vivre de façon autonome, mais qui ont besoin de soutien en raison de problèmes de santé, physiques ou autres.

Note : *Les milieux avec SA offrent souvent divers services, y compris des repas, de l'aide pour les soins personnels et l'entretien ménager, du soutien à l'administration des médicaments, de la supervision, la présence de personnes-ressources sur place (y compris des travailleurs de la santé), ainsi que des activités sociales et récréatives. Les ententes et les services exacts offerts varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Ces milieux sont connus sous différents noms selon les territoires de compétence.*

Milieu de soins de longue durée — Endroit où des adultes demeurent pour une durée prolongée et jouissent d'un niveau varié d'indépendance, reçoivent une gamme de services de santé ou de soins personnels pour lesquels, généralement, aucune intervention médicale effractive n'est nécessaire. Ces milieux sont connus sous différents noms selon les territoires de compétence. Une caractéristique déterminante de ces milieux est leur fonction de domicile permanent (à court ou à long terme) pour les résidents et de lieu de travail pour les travailleurs qui encadrent les résidents.

Note : *Ces milieux sont parfois appelés « établissements de soins en hébergement communautaire ». Étant donné que le terme « résidence » pourrait être trop étroitement associé au terme « école résidentielle » pour les peuples*

autochtones au Canada, et qu'il devient ainsi un obstacle à l'inclusion lorsqu'il s'agit de travailler et de s'engager pleinement avec certaines populations, il n'est pas utilisé dans cette norme.

Source : Adapté à partir de CSA Z8004.

Partenaire de soins — Personnes choisies par le résident ou, en cas d'incapacité, par son mandataire ou la personne qui détient une procuration, pour participer aux soins continus du résident. Il pourrait s'agir d'un membre de la famille, d'un ami proche, d'un fournisseur de soins privé ou d'un autre aidant rémunéré ou non rémunéré.

Plan de soins — Document de travail écrit élaboré par l'équipe interprofessionnelle de soins qui comprend l'évaluation des besoins en soins de santé, y compris les besoins en soins de santé mentale, ainsi que les objectifs et les interventions connexes.

Source : Adapté du document d'Alberta Health intitulé Continuing Care Health Service Standards, 2018.

Professionnels de la santé (PS) — Personne qui prodigue des soins à un résident. Il s'agit, sans s'y limiter :

- a) des personnes de soutien désignées;
- b) des aides-soignants;
- c) des infirmières;
- d) des ergothérapeutes;
- e) des paramédics;
- f) des préposés aux services de soutien à la personne;
- g) des médecins;
- h) des ludothérapeutes;
- i) des inhalothérapeutes;
- j) des travailleurs sociaux; et
- k) des étudiants.

Note : Dans certains milieux de soins non aigus, des bénévoles pourraient prodiguer des soins et être inclus au titre de PS.

Source : Adapté à partir de CSA Z8004.

Récréation thérapeutique — Approche axée sur la personne et tenant compte de ses forces, fondée sur des données probantes, qui aide les personnes handicapées ou souffrant d'une maladie ou d'une autre incapacité à participer de façon significative à des loisirs en vue d'améliorer leur santé et leur bien-être dans un milieu de prestation de services cliniques et communautaires.

Source : ACLT, 2023.

Résident — Personne qui réside dans un milieu de SLD ou avec SA, qu'il est aussi possible de qualifier de client, de locataire, de voisin, de membre de la communauté ou de patient selon le milieu et le contexte.

Ressources spécialisées en santé mentale — Services ou programmes offerts par des fournisseurs possédant une expertise ou une formation supplémentaire en santé mentale, comme des psychiatres ou gérontopsychiatres, des psychologues, des infirmières en santé mentale, des cliniciens, des thérapeutes, des spécialistes du comportement, des travailleurs sociaux, des techniciens en travail social ou d'autres professionnels de la santé mentale.

Santé mentale — État de bien-être qui permet à une personne de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie et d'être en mesure de contribuer à sa communauté.

Source : OMS, 2022a.

Soins axés sur la personne (SAP) — Soins axés sur le résident comme centre de contrôle où l'accent vise à permettre au résident de faire ses propres choix et de prendre en main sa vie quotidienne. Les SAP tiennent également compte de l'expérience relative au système de soins de santé des résidents, des familles et des partenaires de soins, et ils sont organisés autour de l'ensemble des besoins des personnes.

Note : Les SAP sont de plus en plus souvent appelés « soins axés sur la personne et la famille (SAPF) ».

Source : Adapté à partir de CSA Z8004.

Système d'orientation — Processus de résolution de problèmes spatiaux que les personnes utilisent pour comprendre où elles se trouvent dans un milieu ou un bâtiment, repérer la destination souhaitée et savoir comment s'y rendre à partir de leur emplacement actuel.

Note : Voir CSA Z317.14, CSA Z8004 et CSA Z8000.

Source : CSA Z8004.

Technologies d'assistance — Tout article, équipement ou système de produits utilisé pour accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes présentant un handicap, ou qui permet de stimuler, de lutter contre l'isolement, de favoriser l'autonomie et la maîtrise de l'environnement, d'améliorer la santé mentale ou de réduire la charge de travail des travailleurs en permettant aux résidents d'effectuer des tâches autrement effectuées par des travailleurs.

Travailleur — Personne employée par un milieu de SLD ou avec SA ou qui occupe, dans ce milieu ou pour le compte de ce dernier, un poste à durée déterminée, contractuel ou temporaire. Il pourrait s'agir d'une personne, rémunérée ou non, qui remplit un rôle clinique ou non clinique, comme les PS, les superviseurs, les gestionnaires, les sous-traitants, les fournisseurs de services (p. ex., les services de soutien général, alimentaires, d'entretien ménager), les bénévoles, les étudiants ou d'autres parties activement engagées dans l'exécution d'activités au profit du milieu de SLD ou avec SA.

Source : Adapté à partir de CSA Z8004.

3.2 Abréviations

Les abréviations qui suivent doivent s'appliquer dans cette norme.

DDO	—	dépistage du délirium par observation
EDI	—	équité, diversité et inclusion
MÉC	—	méthode d'évaluation de la confusion
PS	—	professionnels de la santé
SA	—	soutien à l'autonomie
SAP	—	soins axés sur la personne
SLD	—	soins de longue durée

4 Principes directeurs

4.1 Principes directeurs généraux

Cette norme est basée sur des principes directeurs généraux qui visent à promouvoir et soutenir la santé mentale et le bien être des résidents. Le milieu de SLD et avec SA doivent favoriser la santé mentale et le bien-être en s'engageant pleinement dans une culture axée sur les SAP et l'EDI, et sur la sécurité et l'humilité culturelles. Bien que chaque programme visant à soutenir la santé mentale et le bien-être au sein des milieux de SLD et avec SA soit unique en fonction des besoins du milieu et des

ressources qui y sont offertes, les principes communs de SAP, d'EDI et de sécurité et d'humilité culturelles devraient guider l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, des procédures et des pratiques. Les résidents, les membres de leur famille et leurs partenaires de soins devraient prendre part à l'élaboration des politiques, des procédures, des pratiques et des programmes.

4.2 SAP

4.2.1 Généralités

Les SAP fournis par des travailleurs très engagés qui se sentent valorisés et en confiance quant à leur responsabilité sont fondamentaux pour créer des environnements de soins et de services qui favorisent la promotion de la santé mentale et du bien-être. Les utilisateurs doivent se reporter aux normes CSA Z8004 et HSO 21001 pour connaître les lignes directrices et les exigences relatives à l'inclusion des SAP dans les milieux de SLD et avec SA.

4.2.2 Principes des SAP

En plus des lignes directrices et des exigences de CSA Z8004 et HSO 21001, les milieux de SLD et avec SA doivent veiller au respect des principes des SAP suivants visant à promouvoir et soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents :

- a) Les besoins des résidents sur les plans physique, mental, social et spirituel sont intégrés au milieu de vie et aux plans de soins.
- b) L'expérience vécue par les résidents (y compris toute expérience traumatisante passée) est reconnue et valorisée par les travailleurs des milieux de SLD et avec SA.
- c) Dans toute la mesure du possible, ce sont les résidents qui décident de leurs propres soins. Lorsque cela n'est pas possible, les travailleurs utilisent les connaissances acquises au sujet des préférences du résident directement ou par l'entremise du mandataire du résident.
- d) Les soins sont axés sur les forces, les capacités, les préférences et les priorités des résidents et sont adaptés aux capacités cognitives et au style de communication qui leur sont propres.
- e) L'identité et l'expression individuelles (y compris le genre, la sexualité, la culture et l'ethnie) sont respectées (l'expression sexuelle est traitée dans CSA Z8004).
- f) Les points de vue des résidents sont pris en considération et les problèmes soulevés sont résolus sans délai et de façon respectueuse.

4.3 EDI

4.3.1 Généralités

Les principes de l'EDI sont fondamentaux pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des résidents et leur assurer un milieu inclusif et non discriminatoire. Les utilisateurs doivent se reporter aux normes CSA Z8004 et HSO 21001 pour connaître les lignes directrices et les exigences relatives à l'inclusion des EDI dans les milieux de SLD et avec SA.

4.3.2 Principes de l'EDI

En plus des lignes directrices et des exigences de CSA Z8004 et de HSO 21001, les milieux de SLD et avec SA doivent respecter les principes d'EDI suivants visant à promouvoir et soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents :

- a) La protection, la promotion et le respect des exigences des droits de la personne, y compris la dignité, l'équité et la liberté (voir l'article [4.3.3](#)).
- b) Les dirigeants, les travailleurs et les bénévoles ont la responsabilité individuelle et collective d'encourager et de démontrer des comportements équitables et inclusifs.

- c) Les milieux de SLD et avec SA s'efforcent d'embaucher une main-d'œuvre qui est aussi diversifiée que celle des communautés qu'ils desservent.
- d) La direction et le personnel comprennent comment les multiples formes de discrimination se combinent, se chevauchent ou se recoupent, et influent sur la santé mentale et le bien-être des résidents, surtout parmi les expériences des personnes ou des groupes marginalisés.

4.3.3 Droits de la personne

Les milieux de SLD et avec SA doivent veiller à ce que les droits des résidents soient respectés, en particulier le droit à la meilleure santé mentale et physique possible (ACSM, 2021).

Toute discrimination exercée à l'endroit d'une personne pour les motifs suivants doit être interdite conformément à la loi (voir la *Loi canadienne sur les droits de la personne*) :

- a) l'âge;
- b) la couleur de la peau;
- c) le handicap (mental, physique, intellectuel, sensoriel);
- d) la situation familiale;
- e) l'identité ou l'expression de genre;
- f) les caractéristiques génétiques;
- g) l'état matrimonial;
- h) l'état de santé mentale;
- i) l'origine nationale ou ethnique;
- j) la race;
- k) la religion;
- l) le sexe; ou
- m) l'orientation sexuelle.

De plus aucune personne ne doit faire l'objet de discrimination en raison de sa situation socio-économique.

4.3.4 Discrimination et stigmatisation liées à la santé mentale

4.3.4.1 Généralités

La discrimination et la stigmatisation liées aux affections de santé mentale ou aux besoins en santé mentale, y compris le trouble neurocognitif, sont courantes dans les milieux de SLD et avec SA, ce qui a une incidence sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes qui vivent dans ces milieux (Knaak et al., 2017). La discrimination et la stigmatisation dans les milieux de SLD et avec SA risquent de se produire à de nombreux niveaux interreliés, notamment sur les plans intrapersonnel (p. ex., autostigmatisation), interpersonnel (p. ex., relations avec les autres) et structurel (p. ex., politiques, culture organisationnelle et systèmes) (Henderson, 2014).

4.3.4.2 Politiques

Afin d'assurer des services équitables pour tous les résidents, les milieux de SLD et avec SA doivent élaborer des politiques qui protègent les résidents contre la discrimination fondée sur les affections de santé mentale, les besoins ou l'un des motifs prohibés énumérés à l'article 4.3.3 pendant la prestation des services et pendant les transitions dans les soins (p. ex., arrivée, transfert, départ). Ces politiques devraient être appliquées en fonction de l'état actuel de la personne, de ses symptômes et de ses besoins connexes, en tenant compte de ses antécédents, y compris les diagnostics qu'elle a reçus ou qu'elle reçoit, ainsi que de la capacité de milieu de SLD ou avec SA à répondre à ses besoins en matière de soins.

4.4 Sécurité et humilité culturelles

4.4.1 Généralités

La sécurité et l'humilité culturelles sont essentielles à la promotion de la santé mentale et du bien-être des résidents, et leur respect est une des priorités du gouvernement du Canada citées dans sa publication intitulée *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir* (2015). Les utilisateurs doivent se reporter aux normes HSO 21001 et HSO 75000 pour connaître les lignes directrices et les exigences relatives au respect de la sécurité et de l'humilité culturelles dans les milieux de SLD et avec SA.

Note : Voir également la publication de l'Association canadienne des soins de longue durée intitulée Position Statement on LTC Homes and Reconciliation with Indigenous People.

4.4.2 Appel à l'action du document *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir*

Les milieux de SLD et avec SA doivent donner suite aux recommandations énoncées dans l'appel à l'action numéro 22 de la publication *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir* (2015) qui préconisent de « reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande ».

4.4.3 Principes de sécurité et d'humilité culturelles

En plus des lignes directrices et des exigences de HSO 21001 et de HSO 75000, le milieu de SLD ou avec SA doit assurer le respect des principes suivants de sécurité et d'humilité culturelles visant à promouvoir et à soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents (FNHA, 2016) :

- a) La reconnaissance des peuples autochtones comme étant constitués de personnes, de familles et de communautés autodéterminées.
- b) La compréhension de ce que la santé mentale et le bien-être signifient pour les membres des peuples autochtones, et la reconnaissance de la diversité de ces compréhensions.
- c) La reconnaissance du rôle qu'ont joué l'histoire, la société et les expériences traumatisantes passées et de leurs répercussions sur la santé mentale, le bien-être et les expériences en soins de santé.
- d) Le milieu d'un lien de confiance en communiquant le respect des croyances, des comportements et des valeurs individuels.
- e) Se reconnaître humblement comme un apprenant permanent lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'une autre personne.
- f) L'introspection sur sa propre culture, ses croyances et ses valeurs et sur la manière dont ces systèmes internes se reflètent dans les pratiques de soins d'une personne, consciemment ou non.
- g) La reconnaissance et l'élimination des obstacles et des préjugés systémiques dans les soins de santé afin de garantir que tous les résidents reçoivent des soins équitables et inclusifs.
- h) La priorisation et l'amélioration de l'accès à des programmes et à des ressources qui sont sécuritaires et appropriés sur le plan culturel, et qui respectent le savoir traditionnel et les façons de faire des résidents autochtones.

4.4.4 Soutien culturel

Le milieu de SLD ou avec SA doit prévoir un lieu pour les pratiques spirituelles et culturelles, y compris celles qui sont exercées par des personnes extérieures au milieu de SLD ou avec SA.

5 Engagement organisationnel à l'égard de la santé mentale et du bien-être

La direction responsable des milieux de SLD et avec SA doit prendre un engagement général à l'égard d'une culture qui favorise la santé mentale et le bien-être de tous. Cet engagement doit découler de la vision, de la mission et des valeurs de l'organisation. L'organisme de financement (privé ou public à l'échelle municipale, régionale, provinciale ou territoriale) des milieux de SLD et avec SA devrait être responsable de s'assurer que des ressources adéquates et soutenues sont disponibles. Le milieu doit s'assurer que les ressources disponibles sont utilisées de façon appropriée pour la promotion de la santé mentale et du bien-être des résidents.

Ceci doit être réalisé en s'assurant que les éléments suivants sont intégrés aux politiques, aux procédures et aux pratiques des milieux de SLD et avec SA afin de refléter un engagement à l'égard de la santé mentale et du bien-être :

- a) La direction doit appuyer les efforts visant à ce que les résidents demeurent au sein de leur propre communauté, ainsi qu'au même endroit que leur partenaire, lorsque cela est possible et lorsqu'une demande à cet égard a été faite.
- b) La direction doit s'engager à offrir une formation continue et être proactive en ce qui a trait à la santé mentale et au bien-être des résidents, ainsi qu'à la santé et à la sécurité psychologiques des travailleurs.
- c) Les travailleurs doivent recevoir le soutien et les ressources nécessaires pour assurer une culture de soins axée sur la personne et sur les relations qui favorise la santé mentale et le bien-être des résidents.
- d) Les effectifs et la combinaison de compétences de la main-d'œuvre doivent favoriser la santé mentale et le bien-être des résidents.
- e) La direction doit relever et traiter de manière proactive tout risque de maltraitance et de négligence auxquels pourraient être exposés les résidents, en élaborant des politiques globales qui visent le traitement respectueux des résidents et qui prévoient des conséquences pour les personnes qui commettent des actes de maltraitance et de négligence. Ces politiques doivent prévoir des programmes d'éducation et de formation à l'intention des travailleurs, la mise en œuvre de mécanismes de signalement, la tenue d'audits réguliers et le traitement rapide des préoccupations. Tous les travailleurs doivent respecter ces politiques et s'engager à relever et à signaler tout acte d'abus et de négligence dont les résidents sont victimes.
- f) Des politiques sur la prévention de la violence doivent être instaurées. Ces politiques doivent prévoir la tenue régulière d'évaluations des risques liées à la sécurité afin de déterminer s'il est nécessaire de prendre des mesures supplémentaires dans les situations où les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs risquent d'être exposés à un danger.
- g) Les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs doivent contribuer, prendre part et participer à la prise de décisions, et promouvoir les changements dans le milieu de SLD ou avec SA.
- h) Les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs doivent faire preuve de civilité et de respect dans le milieu de SLD ou avec SA.
- i) Les résidents, les familles et les partenaires de soins doivent être informés des activités, des ressources et des programmes qui favorisent la santé mentale et le bien-être des résidents.
- j) Une politique et des procédures relatives au recours minimal à la contention doivent être en place et transmises aux travailleurs, aux résidents, aux familles et aux partenaires de soins.
- k) Un processus d'évaluation doit être en place afin que les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs puissent s'exprimer, sans risque de représailles, sur la mesure dans laquelle les programmes et services favorisent la santé mentale et le bien-être des résidents. Ce processus

doit être inclusif en tenant compte des capacités propres à chacune des personnes qui formulent des commentaires.

6 Amélioration de la qualité

6.1 Processus d'amélioration de la qualité

Le milieu de SLD ou avec SA doit établir et mettre en œuvre un processus continu d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins pour la santé mentale et le bien-être. Dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité, la direction doit démontrer son soutien et son engagement à l'égard des activités à l'échelle de l'organisme.

6.2 Alignement

Ce processus d'amélioration de la qualité doit s'aligner à la mission, à la vision et aux valeurs du milieu de SLD ou avec SA, et être intégré ou conforme aux pratiques de gouvernance et aux autres systèmes de ce milieu. Le processus d'amélioration de la qualité doit aussi guider la recherche, la planification des programmes et les pratiques opérationnelles locales.

6.3 Éléments du processus d'amélioration de la qualité

Le processus d'amélioration de la qualité doit comprendre les éléments fondamentaux suivants :

- a) la preuve de l'engagement et du soutien de la direction et de l'instance de gouvernance;
- b) la participation et la mobilisation des résidents, des familles, des partenaires de soins et des travailleurs; et
- c) des procédures visant à mesurer et à surveiller la qualité des soins, à combler les lacunes relevées et à surveiller l'incidence des changements visant à améliorer la qualité des soins.

6.4 Application du processus d'amélioration de la qualité

6.4.1 Généralités

Le processus d'amélioration de la qualité permet notamment de recueillir des données sur la qualité des soins et de les utiliser pour cerner les possibilités d'amélioration. Le processus d'amélioration de la qualité permet également de choisir les stratégies qui conviennent pour l'adoption des changements et l'évaluation des effets des changements mis en œuvre. Il devrait être envisagé d'utiliser, dans le processus d'amélioration de la qualité, des modèles d'amélioration de la qualité [p. ex., Planifier-Faire-Vérifier-Agir (PFVA), Six Sigma] et des modèles de gestion du changement. Le processus d'amélioration de la qualité doit comprendre un engagement à l'égard de l'amélioration continue. Les travailleurs qui prennent part aux processus d'amélioration de la qualité devraient posséder les connaissances et compétences nécessaires ou recevoir la formation nécessaire pour être en mesure de mener ces activités.

6.4.2 Étapes

Le processus d'amélioration de la qualité devrait comprendre les étapes principales suivantes :

- a) recueillir des données pour établir une base de référence organisationnelle ou l'état actuel en mettant l'accent sur la qualité des soins pour la santé mentale et le bien-être des résidents;
- b) effectuer une analyse de l'écart entre l'état actuel et l'état souhaité;
- c) déterminer les points forts et les points à améliorer des politiques, pratiques et programmes qui ont une incidence directe ou indirecte sur la santé mentale et le bien-être;

- d) établir des priorités, des objectifs et des cibles pour combler l'écart relevé entre l'état actuel et l'état souhaité, et améliorer les aspects où la qualité des soins est mauvaise; les objectifs devraient être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART);
- e) déterminer les stratégies de changement et les interventions pour respecter les priorités de même qu'atteindre les objectifs et les cibles avec la participation des résidents, des familles, des partenaires de soins et des travailleurs;
- f) mettre en œuvre ces stratégies et interventions;
- g) évaluer l'incidence des stratégies et des interventions mises en œuvre à l'aide d'une collecte de données;
- h) rendre compte des résultats des stratégies et des interventions mises en œuvre à l'aide des données recueillies;
- i) obtenir de la rétroaction sur les résultats de ces stratégies et interventions, y compris de la part des résidents, des familles, des partenaires de soins et des travailleurs;
- j) maintenir des stratégies et des interventions efficaces qui améliorent la qualité des soins; et
- k) chercher continuellement des possibilités d'amélioration à l'aide du processus d'amélioration de la qualité.

6.4.3 Indicateurs de qualité

Les milieux de SLD et avec SA doivent surveiller la qualité des soins liés à la santé mentale et au bien-être en sélectionnant des indicateurs de qualité pertinents, lorsque disponibles, ou en établissant des moyens de mesurer ces soins en déterminant :

- a) ce qui nécessite un examen régulier au moyen d'un indicateur de qualité ou d'autres méthodes de mesure;
- b) les méthodes de mesure et d'analyse;
- c) la fréquence à laquelle l'examen devrait être effectué;
- d) les cibles des indicateurs de qualité ou des autres méthodes de mesure;
- e) les mesures à prendre lorsque les indicateurs de qualité ou les autres méthodes de mesure ne répondent pas aux objectifs; et
- f) le moment où les résultats seront communiqués et diffusés aux parties prenantes concernées et la manière de le faire.

6.4.4 Évaluations

Les milieux de SLD et avec SA doivent effectuer des auto-évaluations régulières et planifiées de leurs politiques, pratiques et programmes pour s'assurer qu'ils continuent de promouvoir la santé mentale et le bien-être des résidents. Les milieux de SLD et avec SA devraient envisager la possibilité d'utiliser des outils fondés sur des données probantes pour appuyer ces évaluations (p. ex., l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés) et y intégrer les outils de rapports existants lorsque cela est possible.

Le milieu de SLD ou avec SA doit évaluer les éléments suivants :

- a) l'efficacité des stratégies de changement et interventions mises en œuvre;
- b) les résultats de l'examen régulier de la qualité des soins au moyen d'indicateurs de la qualité ou d'autres méthodes de mesure;
- c) les incidents de sécurité signalés; et
- d) la rétroaction des résidents, des familles, des partenaires de soins et des travailleurs.

7 Main-d'œuvre

7.1 Généralités

Les connaissances, les compétences et les aptitudes de tous les travailleurs sont essentielles pour s'assurer que l'ensemble des résidents demeurent en bonne santé. Cette norme définit les exigences visant à soutenir tous les travailleurs et à leur permettre de promouvoir et de favoriser la santé mentale et le bien-être des résidents.

7.2 Santé mentale et bien-être des travailleurs

Il est également primordial d'assurer la santé mentale et le bien-être des travailleurs pour qu'ils soient en mesure de prodiguer des soins de haute qualité à l'appui de la santé mentale et du bien-être des résidents. Les exigences et les lignes directrices de HSO 21001 doivent être mises en application pour s'assurer que la main-d'œuvre est saine et compétente.

7.3 Pratiques à l'égard de la main-d'œuvre

7.3.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit pouvoir compter sur un ensemble optimal de ratios, de compétences et de travailleurs de domaines divers qui maîtrisent les pratiques fondées sur des données probantes et qui répondent aux besoins des résidents en matière de santé mentale et de bien-être. En plus de respecter les exigences et les lignes directrices de HSO 21001 en matière de main-d'œuvre, l'article [7.3](#) de la présente norme doit s'appliquer afin de promouvoir la santé mentale et le bien-être des résidents.

7.3.2 Recrutement

Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que le processus de recrutement permette de reconnaître et de choisir les travailleurs qui font preuve d'intelligence émotionnelle et de compassion et qui sont en mesure d'établir des relations avec la population diversifiée de résidents.

7.3.3 Continuité des soins

Le milieu de SLD ou avec SA doit assurer la continuité des soins afin de mieux connaître les résidents et de bien comprendre les relations qui existent entre les résidents et les travailleurs. Cela devrait être fait en adoptant une approche axée sur le travail d'équipe, en attribuant les tâches de manière cohérente, dans la mesure du possible, et en tenant compte des besoins opérationnels. Le milieu de SLD ou avec SA doit également faciliter la continuité des soins en adoptant une approche de soins axée sur le travail d'équipe ou la collaboration entre des professionnels de divers domaines afin de réduire au minimum le recours à des travailleurs externes qui pourraient moins bien connaître les résidents et le milieu.

7.3.4 Ratios de main-d'œuvre

Les ratios de main-d'œuvre du milieu de SLD ou avec SA doivent permettre aux travailleurs de prendre le temps nécessaire pour interagir avec compassion avec les résidents, en particulier ceux qui pourraient avoir une capacité cognitive variable. Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre en place des plans et des stratégies d'atténuation pour les résidents dont les besoins pourraient dépasser de façon temporaire les ratios opérationnels de main-d'œuvre habituels, (p.ex., mettre en place un ratio travailleurs-résidents temporaire de 1:1)

7.3.5 Diversité de compétences et de professions

Le milieu de SLD ou avec SA doit pouvoir compter sur un ensemble de travailleurs de compétences et de professions diverses qui favorise la santé mentale et le bien-être des résidents. Si le milieu de SLD ou avec SA ne dispose pas de ces travailleurs au sein de sa main-d'œuvre, des mesures devraient être prises pour s'assurer que les résidents ont accès à ces professionnels sur une base régulière.

7.3.6 Modèles

Les milieux de SLD et avec SA devraient élaborer des modèles leur permettant de disposer à l'interne des travailleurs et des ressources spécialisés en santé mentale nécessaires à l'appui des plans de soins relatifs aux comportements, et du mentorat ou de l'encadrement en temps réel des travailleurs. Pour ce faire, il pourrait être nécessaire de financer des postes ou des modèles de soins novateurs (l'article [11.1.6](#) présente des exemples de modèles de soins spécialisés en santé mentale).

7.4 Milieu de travail

7.4.1 Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail

Le milieu de SLD avec SA doit élaborer, mettre en œuvre et tenir à jour des politiques, des procédures et des pratiques visant à promouvoir et à appuyer un environnement de travail sain sur le plan psychologique et sécuritaire, dont celles qui permettent de contrer la violence, le harcèlement et l'intimidation.

Note : *Se reporter à CSA Z1003 pour obtenir de plus amples renseignements.*

7.4.2 Soutien accessible en santé mentale

Le milieu de SLD ou avec SA devrait veiller à ce que les travailleurs aient accès à un soutien interne et externe en santé mentale ainsi qu'à des réseaux de soutien par les pairs, le cas échéant.

7.5 Formation des travailleurs

7.5.1 Généralités

En plus de respecter les exigences et les lignes directrices de HSO 21001 relatives à la formation des travailleurs, l'article [7.5](#) de la présente norme doit s'appliquer afin de promouvoir davantage la santé mentale et le bien-être des résidents.

7.5.2 Contenu de la formation

Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que le contenu de la formation favorise la santé mentale et le bien-être des résidents. Tous les travailleurs doivent être formés, selon leur niveau d'interaction attendu et leur fonction professionnelle, sur les sujets suivants, sans s'y limiter :

- a) les SAP, qui doivent comprendre :
 - i) l'acquisition d'une compréhension de la relation partenaire de soins-résident comme étant essentielle au bien-être du résident et la promotion du partenariat de soins;
 - ii) la reconnaissance des signes et des symptômes qui pourraient être liés à une affection de santé mentale et le choix du moment où mettre en œuvre les interventions;
 - iii) la détection des changements dans la santé mentale ou le comportement des résidents qui pourraient dégénérer en incident critique, les stratégies préventives et, au besoin, les techniques d'intervention pour atténuer le risque de blessure; et
 - iv) la promotion de la reconnaissance des facteurs physiques, sociaux, environnementaux ou situationnels pour être en mesure d'intervenir efficacement;

- b) l'EDI, y compris les préjugés et la stigmatisation liés à la santé mentale et la façon d'y réagir de façon appropriée;
- c) la sécurité et l'humilité culturelles;
- d) une approche tenant compte de tout traumatisme, y compris les connaissances permettant de reconnaître et de prendre en considération les traumatismes ou tout autre facteur du passé d'une personne qui pourraient avoir une incidence sur sa réponse aux soins qu'il reçoit (c.-à-d. les soins sensibles aux traumatismes);
- e) des pratiques respectueuses en milieu de travail, comme la civilité et le respect;
- f) des compétences en matière de communication;
- g) la résolution de conflits;
- h) des compétences en désescalade;
- i) les interventions non pharmacologiques permettant de traiter les troubles de santé mentale comme les changements d'humeur, de personnalité ou de comportement liés au trouble neurocognitif;
- j) l'utilisation appropriée des moyens de contention (c.-à-d. l'application de la politique de contention minimale), y compris les médicaments antipsychotiques; et
- k) l'évaluation du risque de suicide et les interventions connexes.

8 Conception des milieux de SLD et avec SA

8.1 Généralités

L'environnement physique des milieux de SLD et avec SA est un facteur déterminant de la santé mentale et du bien-être des résidents. CSA Z8004 énonce des lignes directrices sur les pratiques d'exploitation sécuritaires, la conception et la prévention et le contrôle des infections dans les milieux de SLD. Une grande partie des lignes directrices sur la conception de l'environnement physique des milieux de SLD présentées dans CSA Z8004 favorisent aussi la santé mentale et le bien-être des résidents des milieux de SLD et avec SA. En plus de respecter les exigences de CSA Z8004, l'article 8 de la présente norme doit s'appliquer afin d'optimiser davantage la santé mentale et le bien-être des résidents de ces milieux.

8.2 Éléments de conception du bâtiment

8.2.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que les éléments de conception du bâtiment, comme les caractéristiques de conception de base, l'ambiance et les caractéristiques environnementales, favorisent la santé mentale et le bien-être des résidents (Wrublowsky, 2018). Dans la mesure du possible, les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs doivent être consultés lors du processus de planification et de conception des rénovations prévues des bâtiments existants et des nouvelles constructions pour s'assurer que les éléments de conception du bâtiment répondent aux besoins des résidents et tiennent compte des aspects physiques, environnementaux et sociaux liés à leur qualité de vie.

8.2.2 Caractéristiques de conception de base

8.2.2.1 Généralités

Les éléments de conception et d'orientation de CSA Z8004 doivent être intégrés aux installations planifiées et rénovées, le cas échéant. En plus de respecter les exigences de CSA Z8004, les

caractéristiques de conception de l'article [8.2.2](#) de la présente norme doivent s'appliquer afin d'optimiser davantage la santé mentale et le bien-être des résidents de ces milieux.

8.2.2.2 Accommodements relatifs aux pratiques religieuses et culturelles

Le milieu de SLD ou avec SA doit évaluer les besoins des résidents, en tant que communauté, en matière de pratiques religieuses et culturelles. Dans le cas des bâtiments existants où des SLD ou avec SA sont offerts, des espaces devraient être prévus pour répondre aux besoins relevés lors de l'évaluation tout en trouvant le juste équilibre avec les exigences relatives à la santé et la sécurité et les considérations pratiques. Dans le cas des nouvelles constructions où des SLD ou avec SA sont offerts, la conception devrait prévoir des espaces pour les pratiques religieuses et culturelles en tenant compte des résultats de l'évaluation de la communauté censée être desservie par le milieu concerné.

8.2.2.3 Aménagement spatial

Le milieu de SLD ou avec SA doit privilégier les espaces ouverts au moment de rénover des bâtiments existants ou de concevoir de nouveaux bâtiments. Les aires existantes permettant d'accéder à d'autres espaces, comme les couloirs, devraient être conçues ou adaptées pour ressembler aux milieux familiaux. Des zones ou des salles communes calmes devraient être désignées pour répondre aux besoins des résidents qui ont besoin de vivre des moments de tranquillité.

8.2.2.4 Quartier

La taille des quartiers a une incidence importante sur la santé mentale et le bien-être des résidents. Dans les milieux de SLD, des efforts devraient être déployés pour créer des unités ou des aires que de petits groupes de résidents qui s'entendent bien pourraient utiliser pour se rencontrer, afin de favoriser l'engagement social, un environnement plus familial et une meilleure qualité de vie, et, par le fait même, la santé mentale et le bien-être.

8.2.2.5 Cuisines

8.2.2.5.1 Généralités

Dans le milieu de SLD ou avec SA, des cuisines devraient être accessibles afin de favoriser les bienfaits thérapeutiques pour les résidents (Wrublow, 2018). La fonction de ces cuisines et l'équipement qui s'y trouve peuvent varier selon le type de milieu et le degré d'indépendance des résidents (selon l'évaluation effectuée dans le milieu de SLD ou avec SA). La cuisine doit être dotée de dispositifs de sécurité et de technologies qui peuvent être utilisés au besoin par les résidents, les familles et les partenaires de soins, selon les capacités, de façon à assurer leur sécurité.

8.2.2.5.2 Cuisines thérapeutiques en milieu de SLD

Il est possible que la préparation de repas stimule, chez les résidents, des réactions sensorielles familiales, par la couleur, l'arôme et la texture des aliments, ce qui crée un milieu apaisant, améliore l'appétit et rehausse l'expérience culinaire des résidents. Dans les milieux de SLD, une cuisine devrait être mise à la disposition des familles, des partenaires de soins et des visiteurs qui souhaitent cuisiner occasionnellement pour le résident ou avec lui, sous supervision si nécessaire. Ce type de cuisine peut également servir d'aire pour les activités récréatives, ce qui permet aux résidents de socialiser dans un endroit familial.

8.2.2.5.3 Cuisines en milieu avec SA

Dans les milieux avec SA, une cuisine devrait être équipée de manière à permettre aux résidents autonomes qui possèdent les aptitudes nécessaires d'effectuer des tâches ménagères courantes, comme cuisiner, mettre la table et laver la vaisselle.

Note : Parmi les avantages qu'offre l'accès à une cuisine, en plus de ceux décrits à l'article [8.2.2.5.2](#), il y a, pour le résident, le renforcement des souvenirs du quotidien antérieur et du sentiment de fierté et d'accomplissement qui accompagne la prise de décisions et l'impression d'avoir fait quelque chose d'utile.

8.2.2.6 Chambre du résident

8.2.2.6.1 Intimité

La conception des milieux de SLD et avec SA doit intégrer des stratégies qui favorisent la protection de la vie privée des résidents, assurent l'autonomie quant à l'espace personnel et aux effets personnels, et limitent l'intrusion des autres résidents et des travailleurs, de sorte que les résidents aient un sentiment d'appartenance et de sécurité dans leur chambre.

8.2.2.6.2 Chambres individuelles avec salle de bain privée

Les chambres individuelles avec salle de bain privée sont particulièrement importantes pour l'intimité des résidents, ce qui pourrait favoriser leur santé mentale et leur bien-être. Pour les nouvelles constructions, les agrandissements et les rénovations d'un milieu de SLD ou avec SA, l'intégration de telles chambres doit être prévue. Lorsque possible, la priorité doit être donnée à l'élimination des chambres pour plus de deux résidents (p. ex., chambres quadruples).

8.2.2.6.3 Chambres à occupation double

Les chambres à occupation double pourraient convenir aux résidents qui souhaitent habiter avec un autre résident de leur choix (p. ex., conjoint, frère ou sœur, ami de longue date). Le milieu de SLD ou avec SA doit évaluer si cette option est convenable, tant du point de vue de la prévention et du contrôle des infections qu'en ce qui a trait aux soins dont les résidents ont besoin. Le milieu de SLD ou avec SA devrait prévoir l'intégration de ces chambres dans les nouvelles constructions, les agrandissements et les rénovations.

8.2.2.6.4 Température et éclairage

Lorsque possible, chaque chambre doit être équipée d'une commande individuelle de la température et de l'éclairage. Le milieu de SLD ou avec SA doit planifier d'intégrer ces contrôles dans les nouvelles constructions, les agrandissements et les rénovations.

8.2.2.6.5 Zones familiales

Pour les jeunes résidents qui sont parents d'enfants mineurs, le milieu de SLD ou avec SA devrait offrir des aires et des salons adaptés aux enfants, ainsi que des chambres privées où il est possible pour les familles de séjourner plus longtemps, y compris la nuit.

8.2.2.7 Espaces naturels extérieurs

8.2.2.7.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit offrir un accès à des espaces naturels extérieurs qui permettent aux résidents de s'asseoir et de circuler dans des zones ensoleillées et dans des zones ombragées. Une

attention particulière devrait être accordée à la stimulation des sens, comme l'ouïe, l'odorat, la vue et le toucher.

Note : *Se reporter à CSA Z8004 pour obtenir de l'information sur les jardins.*

8.2.2.7.2 Mesures de sécurité

Certains espaces naturels extérieurs peuvent être dotés de mesures de sécurité supplémentaires (p. ex., s'il existe un risque que des résidents se perdent ou s'éloignent). L'espace naturel extérieur doit être accessible en fauteuil roulant et en marchette de façon sécuritaire. Des éléments d'orientation et des dispositifs d'éclairage en fonction le jour comme la nuit doivent être inclus.

8.2.2.7.3 Horticulture

Afin d'encourager et de faciliter l'horticulture, des plates-bandes surélevées et des tables de récolte devraient être mises à la disposition des résidents en tenant compte de l'accessibilité.

8.2.3 Ambiance

8.2.3.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit s'efforcer de créer une ambiance familiale en utilisant des éléments de conception familiers (p. ex., cadres photo, plantes) dans les espaces communs et éviter une atmosphère clinique (p. ex., en évitant les affiches qui rappellent les milieux cliniques, comme des affiches concernant les déchets biologiques dangereux).

Note : *Se reporter à CSA Z8004 pour obtenir des renseignements sur l'orientation et d'autres stratégies visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être des résidents.*

8.2.3.2 Participation des résidents, des familles, des partenaires de soins et des travailleurs

Le milieu de SLD ou avec SA doit faire en sorte que les résidents, les familles, les partenaires de soins et les travailleurs prennent part aux décisions relatives à l'aménagement et à la décoration du milieu, et encourager les résidents à décorer leur milieu de vie afin de promouvoir l'individualité. Cela peut comprendre l'utilisation d'objets familiers ou culturellement importants et d'effets personnels.

8.2.3.3 Œuvres d'art

Les œuvres d'art exposées dans les milieux de SLD et avec SA pourraient améliorer la santé mentale et le bien-être des résidents. Les œuvres d'art devraient être choisies avec soin, en consultant, si possible, les art-thérapeutes, les résidents, les familles et les partenaires de soins, et placées de manière à rappeler un milieu familial.

Note : *Se reporter à Wrublowsky (2018) pour connaître les descriptions des types d'œuvres d'art à privilégier (p. ex., non abstraites, tactiles).*

8.2.4 Caractéristiques environnementales

8.2.4.1 Stimulation

Il est possible que certains résidents deviennent plus confus, anxieux et agités lorsqu'ils sont surstimulés par la lumière, le bruit et l'activité. Le milieu de SLD ou avec SA doit s'assurer que les stimuli de fond sont atténués et réduits autant que possible.

8.2.4.2 Éclairage

Le milieu de SLD ou avec SA doit fournir aux résidents un éclairage qui simule les variations diurnes de l'exposition à la lumière naturelle pour avoir un effet positif sur l'humeur et le sommeil. Afin de favoriser le rythme circadien, l'éclairage doit être d'un blanc d'intensité plus élevée au réveil et tout au long de la journée. Trois heures avant le coucher, l'éclairage devrait devenir plus chaud et de plus faible intensité.

Note : Se reporter à l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur les niveaux d'éclairage qui favorisent la santé mentale et le bien-être.

8.2.4.3 Bruit

Puisque les bruits d'intensité trop élevée pourraient nuire aux interactions sociales ou causer de la détresse chez certains résidents, le milieu de SLD ou avec SA doit tenter de réduire le bruit et les autres stimuli environnementaux provenant de l'extérieur et entre les chambres en adoptant des stratégies d'amortissement acoustique ou d'élimination du bruit (p. ex., cloches d'appel silencieuses).

8.2.4.4 Technologies d'assistance

Le milieu de SLD ou avec SA doit intégrer des technologies actuelles et émergentes, comme des connexions Internet haute vitesse, des technologies qui assurent discrètement la localisation et la sécurité des résidents (p. ex., entrées par codes, bracelets de localisation, détecteurs de mouvement) et des technologies qui permettent aux résidents d'explorer leur environnement de façon sécuritaire et qui permettent d'assurer leur surveillance s'ils se retrouvent dans des zones non sécuritaires (p. ex., attaches autobloquantes sur les portes). Ces technologies doivent être utilisées de manière à maintenir un équilibre entre le besoin d'intimité et la qualité de vie des résidents, et leur sécurité, et de manière à promouvoir leur santé mentale et leur bien-être.

8.2.4.5 Utilisation de la technologie

Les résidents doivent recevoir de l'aide dans l'utilisation de la technologie pour leur permettre de participer au programme de récréation thérapeutique et faciliter les activités sociales. Les résidents doivent avoir accès à une connexion Internet leur permettant d'afficher du contenu en direct (p. ex., des vidéos, des films, du contenu sur les médias sociaux) et de participer à des vidéoconférences.

Le milieu de SLD ou avec SA doit :

- a) offrir l'infrastructure nécessaire pour appuyer la participation des résidents au programme de récréation thérapeutique et leur permettre de s'entretenir avec leur famille, leurs partenaires de soins et leurs amis (cela peut nécessiter la fourniture de l'équipement nécessaire, comme l'accès à des téléphones, à des applications de traduction et à d'autres appareils électroniques);
- b) veiller à ce que les résidents puissent avoir facilement accès aux technologies nécessaires;
- c) veiller à accorder le temps et le soutien technologique nécessaires pour permettre aux travailleurs d'utiliser ces technologies; et
- d) veiller à ce que les travailleurs aient le temps d'aider les résidents à apprendre et à utiliser les technologies.

9 Programmes de récréation thérapeutique et activités favorisant les liens sociaux, la santé mentale et le bien-être

9.1 Offrir un programme de récréation thérapeutique et des activités

9.1.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit adopter une approche holistique, axée sur la personne et tenant compte de ses forces, et fondée sur des données probantes, en vue d'offrir des programmes de récréation thérapeutique et des activités qui répondent aux divers besoins individuels et collectifs de tous les résidents, à toutes les étapes de leur vie. La mise en œuvre de programmes de récréation thérapeutique et d'une intervention personnalisée permettra aux résidents de maintenir leurs compétences physiques, cognitives, émotionnelles et sociales et, par le fait même, d'optimiser leur santé mentale, leur bien-être, leur sentiment d'appartenance et de contrer l'isolement social et la solitude.

9.1.2 Contenu du programme de récréation thérapeutique

Les résidents doivent avoir accès à des interventions et à des programmes de récréation thérapeutique qui leur permettent de profiter d'activités de loisir, d'acquérir de nouvelles compétences et de fonctionner de façon autonome. Les résidents doivent pouvoir choisir parmi une combinaison d'activités thérapeutiques et axées sur les loisirs, animées ou non.

Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre les résidents en contact avec d'autres personnes qui partagent des intérêts similaires afin qu'ils participent à ces activités.

9.1.3 Élaboration du programme de récréation thérapeutique

Les résidents devraient être évalués par un ludothérapeute qualifié ou un autre professionnel de la santé formés et appelés à déterminer et à élaborer conjointement un programme et des interventions, en utilisant les récréations, les loisirs et le jeu pour répondre aux besoins des résidents sur les plans physique, émotionnel, cognitif, social et spirituel. Idéalement, les interventions et programmes de récréation thérapeutique devraient être élaborés, offerts et évalués par un ludothérapeute qualifié. Le ludothérapeute ou tout autre professionnel de la santé qualifié devrait évaluer, planifier, mettre en œuvre, réévaluer et documenter les interventions pour garantir que la prestation de services de qualité est conçue pour répondre aux intérêts, aux choix, aux besoins, aux modes de vie antérieurs et aux horaires quotidiens des résidents. Les travailleurs, les bénévoles et les résidents peuvent diriger, appuyer et offrir des activités de loisir, le cas échéant.

9.2 Implication des résidents dans le programme de récréation thérapeutique

Le programme de récréation thérapeutique et les activités doivent être établis en fonction des divers besoins des résidents. Tous les résidents, membres de leur famille, partenaires de soins et travailleurs doivent prendre part au choix des activités qui favorisent l'optimisation de la santé mentale et du bien-être des résidents. Les intérêts, les forces, les capacités, les préférences, les besoins et les buts des résidents, relevés dans le cadre de l'évaluation, doivent être suivis et examinés pour déterminer s'il faut y apporter des changements et à quel moment le faire. Les résidents doivent avoir l'occasion de s'exprimer et de formuler des idées quant aux programmes qui sont mis en œuvre dans leur milieu.

9.3 Types d'interventions thérapeutiques et d'activités offertes

9.3.1 Éventail d'activités

Le milieu de SLD ou avec SA doit offrir un éventail diversifié d'interventions thérapeutiques et d'activités pour aider les résidents à vivre des expériences et des interactions enrichissantes.

Note : Se reporter à l'annexe B pour consulter une liste d'activités qui peuvent être offertes dans le cadre d'un programme de récréation thérapeutique.

Le milieu de SLD ou avec SA doit comprendre des activités qui se déroulent à différents moments de la journée (idéalement les matins, les après-midis et les soirs) pour tenir compte des horaires et des habitudes des résidents afin d'optimiser l'inclusion et la participation.

Bon nombre de ces interventions thérapeutiques et activités peuvent être offertes individuellement, et permettent aux personnes d'y participer par eux-mêmes, ou en groupe. Les types d'interventions thérapeutiques et d'activités offertes doivent tenir compte des besoins, des aptitudes et des préférences des résidents, afin d'obtenir leur engagement et de maximiser leur autonomie.

9.3.2 Interventions thérapeutiques et activités appropriées sur le plan culturel

Tous les résidents ont le droit de demander des interventions thérapeutiques et des activités appropriées sur le plan culturel et d'y participer. Le programme de récréation thérapeutique doit comprendre des interventions et des activités appropriées sur le plan culturel qui appuient et mettent de l'avant la culture des résidents. La mesure dans laquelle ces interventions et ces activités sont appropriées devrait être déterminée par le résident en partenariat avec le fournisseur de soins tout en mettant l'accent sur la sécurité et l'humilité culturelles. Le milieu de SLD ou avec SA doit mobiliser les résidents, les familles, les partenaires de soins et les communautés pour s'assurer que le programme de récréation thérapeutique représente la diversité culturelle des résidents du milieu. À mesure que la diversité de la population résidente change, la programmation doit être adaptée à ces changements.

9.3.3 Activités internes et externes

Le programme de récréation thérapeutique doit comprendre des activités qui se déroulent à l'intérieur et à l'extérieur du milieu de SLD ou avec SA, y compris des occasions pour les résidents d'aller à l'extérieur et de renouer avec un environnement naturel.

Les résidents qui souhaitent visiter des lieux extérieurs et qui sont en mesure de le faire devraient être soutenus et encouragés à le faire lorsque cela est approprié (p. ex., pour visiter des boutiques ou des cafés, se rendre au théâtre, aux jardins botaniques, marcher en nature, aller à la bibliothèque). Les résidents qui souhaitent faire du bénévolat à l'extérieur du milieu, et qui sont en mesure de le faire, devraient aussi être encouragés à le faire.

Le milieu de SLD ou avec SA devrait faciliter l'accès à des services de transport appropriés qui répondent aux besoins, aux capacités et aux préférences des résidents.

Note : Se reporter à HSO 21001 pour de plus amples renseignements sur les services de transport.

Des efforts devraient aussi être déployés pour mobiliser des personnes de la communauté et les inviter au milieu de SLD ou avec SA afin qu'elles puissent offrir aux résidents, sur place, l'occasion de prendre part à des activités enrichissantes, de rencontrer des gens et de s'engager (p. ex., chorale locale, spectacles de magie, organismes de services communautaires).

9.4 Accessibilité

9.4.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que tous les résidents aient accès aux mesures d'adaptation nécessaires pour participer au programme de récréation thérapeutique et aux activités, selon leurs capacités.

Cela comprend les résidents qui vivent dans des zones sécurisées et les résidents isolés des autres résidents, que ce soit par choix, en raison de la langue, de leurs capacités, de mesures de sécurité publique (p. ex., protocoles en cas d'éclosion, mesures de prévention et de contrôle des infections), etc. Ces résidents devraient pouvoir participer au programme et aux activités de récréation thérapeutique dans la même mesure que les autres résidents.

9.4.2 Adaptation aux forces et aux capacités de chacun

Les activités et les interventions choisies dans le cadre du programme de récréation thérapeutique devraient permettre au résident de gagner en autonomie, d'être stimulé positivement, d'être exposé à divers degrés de difficulté, et d'atteindre ses objectifs personnels et le niveau d'interaction souhaité. Le milieu de SLD ou avec SA doit cerner les obstacles, puis prendre les mesures et mobiliser les ressources nécessaires, dans la mesure du possible, pour favoriser la participation de tous les résidents, quelles que soient leurs capacités physiques, émotionnelles, cognitives, mentales et psychosociales, aux activités de récréation thérapeutique.

Les principaux obstacles à surmonter pour améliorer l'inclusion et la participation sont souvent les suivants :

- a) la gestion de la douleur;
- b) les déficiences sensorielles (p. ex., perte auditive ou visuelle);
- c) la mobilité nécessaire pour participer aux activités (p. ex., obésité, trouble fonctionnel ou trouble de mobilité, ou risque de chute);
- d) les troubles du sommeil (p. ex., sommeil diurne et insomnie);
- e) les problèmes cognitifs et les affections de santé mentale (p. ex., trouble neurocognitif, anxiété, dépression, apathie et délirium);
- f) la maîtrise de la langue; et
- g) le retrait social, le sentiment d'appartenance, l'isolement et la solitude.

Le milieu de SLD ou avec SA doit, à la demande des résidents et si cela est approprié, leur donner accès aux outils ou aux ressources dont ils ont besoin pour exercer une activité de manière autonome ou avec peu de soutien (p. ex., prêter un outil d'écriture ou allumer une radio).

Comme le degré d'expérience varie d'une personne à l'autre, les milieux de SLD et avec SA doivent offrir aux résidents les accommodements et le soutien nécessaires pour assurer leur sûreté, leur sécurité et pour les appuyer sur le plan émotionnel, et ainsi leur permettre de participer aux activités et aux programmes.

9.5 Ressources

9.5.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit soumettre le programme de récréation thérapeutique et les activités à un examen et à une évaluation complète, ce qui comprend la collecte de commentaires formulés par les résidents et les membres de leur famille, de façon formelle et informelle, au moins une fois par année.

Cela peut aussi comprendre une analyse des résultats relatifs au programme et aux résidents, des politiques et des procédures, ainsi que des ressources humaines, des documents du programme et de l'allocation budgétaire.

9.5.2 Coordination des ressources externes

Le milieu de SLD ou avec SA devrait disposer d'un processus et d'une politique permettant à des ressources externes d'y accéder pour y offrir leurs services, et d'une personne-ressource chargée de coordonner ces accès.

9.6 Mise en œuvre et communication

Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre en œuvre son programme de récréation thérapeutique et ses activités, et faire connaître leur existence aux résidents, aux familles, aux partenaires de soins et aux travailleurs de façon à tenir compte des besoins des résidents en matière d'accessibilité ainsi que de leur langue, de leur culture, de leur littératie et de la mesure dans laquelle ils sont aptes à communiquer par écrit et par la parole. Le milieu de SLD ou avec SA doit habiliter et soutenir ses travailleurs dans la prestation de ce programme de récréation thérapeutique et de ces activités. En ce qui concerne les activités non animées, le milieu de SLD ou avec SA doit s'assurer que l'infrastructure nécessaire (p. ex., appareils d'aide à la mobilité, technologie, Wi-Fi) et les ressources humaines sont facilement accessibles aux résidents.

9.7 Évaluation

Le milieu de SLD ou avec SA doit évaluer régulièrement l'efficacité de son programme de récréation thérapeutique et de ses activités en fonction des commentaires reçus des résidents, des travailleurs, des bénévoles, des familles et des partenaires de soins, du degré de participation et de la mesure selon laquelle le programme et les activités contribuent à améliorer la santé mentale et le bien-être des résidents.

10 Optimisation de la santé mentale et du bien-être grâce aux relations interpersonnelles au sein des milieux de SLD et avec SA

10.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit optimiser la santé mentale et le bien-être des résidents en établissant, en soutenant, en renforçant et en entretenant des relations avec les résidents, leur famille et leurs partenaires de soins. Les utilisateurs doivent se reporter à HSO 21001 qui aborde des sujets liés à l'établissement de relations bienveillantes avec les résidents et à la promotion du rôle et de la présence de leur famille et de leurs partenaires de soins. En plus de respecter les exigences de HSO 21001, l'article [10](#) de la présente norme doit s'appliquer afin d'optimiser davantage la santé mentale et le bien-être des résidents.

10.2 Optimisation de la santé mentale et du bien-être des résidents grâce à l'établissement de relations avec les travailleurs et les bénévoles

10.2.1 Stratégies de promotion et planification pour soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents

Le milieu de SLD ou avec SA doit élaborer des stratégies et des plans s'appuyant sur des résultats mesurables afin de soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents, notamment :

- a) prévoir, avant ou immédiatement après l'emménagement, des renseignements sur les pratiques, les routines et les politiques pertinentes, les personnes-ressources à qui soumettre toute question, préoccupation et suggestion, et la façon de le faire.
- b) s'assurer que les travailleurs et les bénévoles se présentent au résident lorsqu'ils l'approchent tout en précisant leur rôle (à moins que le résident les connaisse déjà);
- c) encourager et appuyer la création d'un conseil de résidents (là où la province ou le territoire concerné ne l'exige pas);

Note : Ce conseil pourrait être appelé « conseil des locataires » dans les milieux avec SA.

- d) encourager la participation des résidents, des membres de leur famille et de leurs partenaires de soins au conseil de résidents, par le biais de la technologie requise, lorsque nécessaire;
- e) informer les résidents, les familles et les partenaires de soins de l'existence du conseil des résidents, et des activités et initiatives connexes, le cas échéant;
- f) mettre en œuvre un processus selon lequel les préoccupations et les suggestions formulées par le conseil des résidents sont traitées en temps opportun;
- g) reconnaître l'importance des heures de repas, des choix alimentaires et des préférences en ce qui a trait à la santé mentale et au bien-être. CSA Z8004 doit être consulté pour prendre connaissance des directives et des exigences en matière de gestion de la diététique et de l'alimentation;
- h) faciliter l'accès aux professionnels offrant un soutien spirituel;
- i) s'assurer de la prestation de soins de haute qualité en fin de vie (se reporter à HSO 21001 pour prendre connaissance des directives et des exigences relatives aux approches à adopter et aux soins palliatifs en fin de vie); et
- j) offrir de la formation aux travailleurs et aux bénévoles pour favoriser l'établissement de relations positives avec les résidents (voir l'article [7.5](#) pour connaître les exigences relatives à la formation des travailleurs).

10.2.2 Soutenir la santé mentale et le bien-être des résidents par le partage des connaissances et de la compréhension

Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre en œuvre des pratiques visant à acquérir et à partager des renseignements permettant de connaître et de comprendre les résidents en tant que personnes, notamment :

- a) recueillir des renseignements sur les résidents comme le nom qu'ils préfèrent utiliser, ce qu'ils jugent important, leurs objectifs, leurs préférences, leurs intérêts, leurs forces, leurs limites, leurs capacités et leurs liens sociaux (en reconnaissant que ces facteurs risquent de changer au fil du temps);
- b) respecter les préférences et les habitudes de vie des résidents;
- c) concevoir le processus d'emménagement pour apprendre à connaître le résident, sa famille et son partenaire de soins aussi rapidement, rigoureusement et intégralement que possible;
- d) encourager les membres de la famille et les partenaires de soins à transmettre leurs connaissances sur le résident, notamment ses antécédents et ses besoins en matière de soins et de pratiques de soins efficaces;

- e) identifier, dans la mesure du possible, les membres de la famille, les partenaires de soins ou d'autres personnes qui offriront des soins au résident et leur degré d'implication. Le travailleur ou le bénévole qui assurera les soins peut également être déterminé, dans la mesure du possible;
- f) mobiliser les familles, les partenaires de soins et les organismes culturels, le cas échéant, en vue d'acquérir des connaissances culturelles et de mieux comprendre la culture, la langue, les croyances et les traditions des résidents; et
- g) veiller à ce que les renseignements ainsi recueillis soient consignés dans le plan de soins du résident et servent à appuyer la planification des SAP.

10.3 Optimisation de la santé mentale et du bien-être des résidents par l'établissement de relations avec la famille et les partenaires de soins

10.3.1 Mise en œuvre de pratiques visant à mobiliser et à faire participer les familles et les partenaires de soins

Le milieu de SLD ou avec SA doit créer un environnement accueillant permettant aux familles et aux partenaires de soins de participer activement à la promotion de la santé mentale et du bien-être des résidents en mettant en œuvre les pratiques suivantes :

- a) permettre aux membres de la famille et aux partenaires de soins de mieux comprendre le milieu en leur communiquant la vision, la mission, les valeurs, la stratégie et la philosophie en matière de SAP du milieu de SLD ou avec SA;
- b) prévoir, avant ou immédiatement après l'emménagement, des séances d'orientation qui comprennent des renseignements sur les pratiques, les activités courantes et les politiques pertinentes en matière de soins, les personnes-ressources à qui soumettre toute question, préoccupation et suggestion et la façon de le faire;
- c) dans le cas des milieux de SLD, et si cela est jugé pertinent dans le cas des milieux avec SA, inviter les familles et les partenaires de soins à participer aux conférences régulières sur les soins offerts aux résidents;
- d) faire participer les familles et les partenaires de soins aux activités sociales et de prestation de soins (p. ex., repas en famille, activités de groupe, soins personnels et repas pour lesquels une formation a été offerte et où la sécurité ne pose aucun problème).
- e) reconnaître, dans les politiques sur les visiteurs, que la présence des familles et des partenaires de soins est d'une importance cruciale pour le bien-être émotionnel et psychologique des résidents, tout en assurant un équilibre entre le bien-être des résidents et les risques que pourraient poser les visiteurs dans certaines circonstances (p. ex., lors des éclosions de maladies infectieuses);
- f) veiller à ce que les familles et les partenaires de soins soient soutenus et informés en temps de crise et en situation d'urgence;
- g) offrir régulièrement aux familles et aux partenaires de soins des mises à jour sur les soins prodigués aux résidents et sur leur état de santé; et
- h) désigner ou fournir aux familles et aux partenaires de soins un espace destiné aux visites ou à l'offre de soutien aux résidents.

10.3.2 Établissement de relations entre les travailleurs, les résidents, les familles, les partenaires de soins et les communautés, favorisant la santé mentale et le bien-être des résidents

Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre en place les éléments suivants pour favoriser et soutenir les relations et les interactions positives entre les travailleurs, les résidents, les familles, les partenaires de soins et les communautés :

- a) accorder aux travailleurs le temps nécessaire pour établir des relations professionnelles avec les membres des familles et les partenaires de soins;

- b) communiquer et faire connaître les rôles définis des travailleurs et celui des familles et des partenaires de soins en tant que partenaires des SAP et de l'EDI;
- c) s'il y a lieu, mettre en œuvre un processus de communication régulière, à facettes multiples, visant à informer, de façon claire et en temps opportun, le ou les partenaires de soins désignés par le résident de tout changement dans son état de santé, dans ses capacités et son comportement, et à leur donner accès au plan de soins. Le milieu de SLD ou avec SA doit s'assurer d'obtenir le consentement du résident ou du mandataire avant de communiquer ces renseignements. Les familles et les partenaires de soins doivent également être tenus au courant de tout changement important apporté aux activités, aux ressources ou aux programmes qui risque d'avoir une incidence sur la santé mentale et le bien-être du résident;
- d) encourager et appuyer la création d'un conseil des familles (là où la province ou le territoire concerné ne l'exige pas);
- e) informer les résidents, les familles et les partenaires de soins de l'existence du conseil des familles, et des activités et initiatives connexes, le cas échéant.
- f) mettre en œuvre un processus selon lequel les préoccupations et les suggestions soulevées par le conseil des familles sont traitées en temps opportun;
- g) établir des relations à l'appui de l'engagement et de la participation des résidents dans la communauté à l'extérieur du milieu;
- h) fournir de la formation en continu aux travailleurs et aux bénévoles afin qu'ils comprennent l'expérience des familles et des partenaires de soins en ce qui a trait aux soins, qu'ils puissent reconnaître les réactions émotionnelles à certains facteurs, comme le stress et le deuil, et qu'ils sachent comment interagir efficacement avec les familles et les partenaires de soins, en tant que collaborateurs essentiels.
- i) envisager la création de fonctions d'orienteur en matière de soins afin d'améliorer l'efficacité des communications et de la revendication, en particulier en ce qui concerne les résidents qui n'ont ni famille ni partenaires de soins; et
- j) offrir aux familles, aux partenaires de soins et aux bénévoles l'accès à de la formation sur les troubles neurocognitifs et la santé mentale, ainsi que sur la façon de soutenir les personnes vivant avec un trouble neurocognitif qui vivent des changements en ce qui a trait à leur humeur, leur personnalité ou leur comportement.

10.3.3 Ressources pour soutenir la santé mentale et le bien-être des familles et des partenaires de soins

Les milieux de SLD et avec SA doivent faciliter le soutien offert aux familles et aux partenaires de soins en période de transition et de détresse émotionnelle liée au résident. Cela peut comprendre de communiquer avec la famille et les partenaires de soins peu après l'emménagement du résident et d'encourager les familles et les partenaires de soins à obtenir du soutien en santé émotionnelle et mentale, si la situation l'exige.

10.4 Établissement de relations entre résidents pour favoriser leur santé mentale et leur bien-être

Le milieu de SLD ou avec SA doit offrir aux résidents des occasions de créer des liens, de communiquer et d'interagir positivement entre eux.

Note : *Il pourrait s'agir, par exemple :*

- a) *de rassemblements sociaux dans le milieu;*
- b) *d'activités de groupe (voir l'article [9.3](#));*
- c) *de rencontres d'accueil;*
- d) *de jumeler des résidents ayant des expériences et des intérêts semblables; et*

- e) d'offrir aux résidents de la formation sur l'EDI, la santé mentale et le trouble neurocognitif (notamment sur la façon de soutenir les résidents qui vivent des changements en ce qui a trait à leur humeur, leur personnalité ou leur comportement).

11 Soutien aux résidents vivant avec des affectations de santé mentale

11.1 Réponse aux besoins en santé mentale

11.1.1 Généralités

Les affectations de santé mentale, y compris le trouble neurocognitif, la dépression, l'anxiété et les troubles mentaux graves, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, sont plus courants chez les résidents des milieux de SLD et avec SA que chez les personnes du même âge qui vivent dans d'autres milieux communautaires (Seitz et al., 2010 et Bucy et al., 2022). La transition vers un milieu de SLD ou avec SA est un événement marquant pour de nombreuses personnes, et l'emménagement dans un tel milieu engendre une augmentation du stress et de la vulnérabilité à la dépression, à l'anxiété ou à une aggravation des affectations de santé mentale sous-jacentes (Polacsek et Woolford, 2022). Malgré les besoins existants, les soins de santé mentale sont généralement insuffisants dans les milieux de SLD et avec SA en raison des nombreux obstacles qui nuisent à l'accès aux soins de santé mentale dans ces milieux. Dans le contexte d'une population croissante de résidents ayant une affection de santé mentale ou qui en présentent des symptômes, dans les milieux de SLD et avec SA, l'accès à des soins de santé mentale de grande qualité et axés sur la personne devrait être assuré en priorité.

Le soutien en santé mentale dans les milieux de SLD et avec SA doit répondre aux besoins pour l'ensemble du continuum de la santé mentale et du bien-être de chaque personne, et promouvoir le bien-être mental de tous. En ce qui a trait aux résidents qui ont des besoins complexes, comme ceux vivant avec une affection de santé mentale, le soutien en santé mentale doit aussi comprendre la reconnaissance et un diagnostic exact, ainsi qu'un traitement complet.

Note : *Se reporter à HSO 22004 pour de plus amples renseignements sur les services en santé mentale et en toxicomanie.*

11.1.2 Ressources spécialisées en santé mentale

La majorité des résidents des milieux de SLD et bon nombre des résidents des milieux avec SA ont une affection de santé mentale, dont le trouble neurocognitif, qui s'ajoute souvent à d'autres problèmes médicaux (MacCourt et al., 2011). Environ 40 % des résidents des milieux de SLD ont des besoins de soins actifs et importants sur le plan clinique, en santé mentale (Perlman et al., 2019; Kehyayan et al., 2021). Cela crée un besoin d'accès à des ressources spécialisées en santé mentale.

Pour que les travailleurs soient en mesure de répondre aux besoins des résidents qui nécessitent un soutien en santé mentale, les milieux de SLD et avec SA doivent avoir un effectif suffisant dont les compétences et la formation reçue sont adéquates. Lorsque les résidents ont des besoins supplémentaires ou complexes en santé mentale, les milieux de SLD et avec SA doivent veiller à ce que les résidents aient accès aux ressources spécialisées en santé mentale dont ils ont besoin pour assurer leur bien-être général et leurs soins de santé.

11.1.3 Planification

Comme la disponibilité de ressources spécialisées en santé mentale pourrait varier d'une région géographique à l'autre, les milieux de SLD et avec SA doivent disposer d'un plan visant l'accès à des ressources spécialisées en santé mentale au besoin.

Le milieu de SLD ou avec SA devrait veiller à ce que des travailleurs spécialisés en santé mentale (p. ex., travailleurs sociaux, cliniciens en santé mentale, thérapeutes ou autres travailleurs en santé mentale) soient disponibles, en fonction des besoins, pour appuyer, de façon continue, la santé mentale des résidents.

11.1.4 Continuité des services

Le milieu de SLD ou avec SA devrait, dans la mesure du possible, tenter d'assurer la continuité des services et du soutien spécialisés en santé mentale que le résident recevait avant son admission dans le milieu. Cela implique de s'assurer d'obtenir les renseignements relatifs aux traitements actuels et passés et tout autre renseignement pertinent sur les soins de santé mentale reçus antérieurement.

Pour assurer la continuité des soins et du soutien en santé mentale reçus antérieurement, les milieux de SLD et avec SA devraient faciliter le transport, la prise de rendez-vous et la communication avec les services de soins et de soutien concernés, et répondre aux autres besoins connexes (p. ex., la technologie et le personnel nécessaires pour assurer les soins à distance).

11.1.5 Formation de la main-d'œuvre

Le milieu de SLD ou avec SA doit s'assurer que tous les travailleurs qui prennent part aux soins ont reçu la formation décrite à l'article 7.5 pour acquérir les connaissances et les compétences de base nécessaires aux soins des affections de santé mentale courantes. De plus, les travailleurs spécialisés en santé mentale devraient fournir au milieu de SLD ou avec SA la preuve du maintien de leurs compétences et aptitudes nécessaires aux soins des affections de santé mentale.

11.1.6 Modèles de prestation de soins spécialisés en santé mentale

En l'absence de soutien en consultation directe, le recours à des modèles de soins qui tirent parti de la présence de travailleurs spécialisés en santé mentale au sein de l'effectif des SLD et avec SA devrait être exploré.

Note : Voici des exemples de modèles de soins :

- a) *soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO), selon lequel des équipes intégrées ou des équipes spécialisées mobiles (p. ex., infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, préposés aux services de soutien à la personne) suivent une approche de soins par étapes dans le milieu de SLD ou le milieu offrant un SA (<https://hnhb.behaviouralsupportontario.ca/>);*
- b) *équipes mobiles qui, avec le soutien d'un psychiatre ou d'un gérontopsychiatre, offrent des possibilités d'études de cas en groupes qui favorisent à la fois les soins aux patients et le développement des travailleurs;*
- c) *équipes de consultation en psychogériatrie ou services de consultation-liaison qui offrent des consultations directes et indirectes;*
- d) *prestation de soins de santé virtuels, notamment par l'entremise de vidéoconférences, de consultations virtuelles et d'autres technologies émergentes; et*
- e) *unités spécialisées en soutien comportemental ou en diagnostic mixte pour répondre aux besoins complexes liés aux troubles cognitifs ou à la santé mentale.*

11.1.7 Ressources spécialisées en santé mentale considérées comme travailleurs essentiels

Les ressources spécialisées en santé mentale, comme les travailleurs en santé mentale, doivent être considérées comme des travailleurs essentiels dans les situations nécessitant des restrictions de visite, comme lors de restrictions pour le contrôle des infections. L'accès aux soins de santé mentale doit être maintenu en continuant de permettre aux travailleurs en santé mentale d'entrer dans le milieu de SLD ou avec SA conformément aux politiques du milieu.

11.2 Évaluations en santé mentale

Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre en place ce qui suit :

- a) évaluations des résidents présentant des symptômes liés aux affectations de santé mentale (p. ex. anxiété, dépression, idées suicidaires), des troubles cognitifs et/ou des changements de comportement (p. ex. agressivité). La situation du résident (p. ex., les antécédents personnels, tout changement important récent dans sa vie ou sa santé, tout préjudice subi ou autres facteurs de stress) doit être prise en considération au moment d'interpréter les résultats de l'évaluation et de planifier les soins nécessaires;
- b) réévaluation à une fréquence déterminée selon les besoins du résident, les changements observés chez lui ou documentés, sa situation et son milieu;
- c) des instruments d'évaluation validés et normalisés adaptés à la personne (p. ex., des instruments validés pour le groupe d'âge concerné ou pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif) et des outils d'évaluation adaptés à la culture et à la langue, le cas échéant;
- d) outils d'évaluation couramment utilisés dans les milieux de SLD [p. ex., outils d'évaluation interRAI des établissements de soins de longue durée (ESLD)] et dans les milieux avec SA (p. ex., outils d'évaluation interRAI de santé communautaire) intégrés dans les processus d'évaluation des résidents. Les résultats de ces évaluations courantes pourraient, par exemple, permettre aux coordonnateurs de soins de cerner les résidents pour qui une évaluation plus approfondie est nécessaire;
- e) des protocoles clairs visant la prise des mesures nécessaires selon les résultats de l'évaluation; et
- f) l'intégration des résultats des évaluations dans les plans de soins afin de répondre aux besoins relevés.

Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que les travailleurs qui effectuent les évaluations soient formés sur l'administration des outils d'évaluation utilisés et sur l'interprétation des résultats obtenus.

11.3 Plans de soins

11.3.1 Généralités

Le milieu de SLD ou avec SA doit élaborer, pour chaque résident, des plans de soins qui traitent de la promotion de la santé mentale et du traitement des affections de santé mentale, au besoin. Ils doivent être élaborés par une équipe interprofessionnelle, qui peut compter des médecins, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des infirmières ou des membres de la direction, selon le milieu. Les utilisateurs doivent se reporter à HSO 21001 pour connaître les exigences et les lignes directrices relatives à l'élaboration de plans de soins personnalisés. En plus de respecter les exigences de HSO 21001, l'article [11.3](#) de la présente norme doit s'appliquer afin de promouvoir et d'appuyer davantage la santé mentale et le bien-être des résidents.

11.3.2 Élaboration du plan de soins

Le milieu de SLD ou avec SA doit, dans la mesure du possible, tenir compte du point de vue et des préférences du résident, de la famille et des partenaires de soins dans l'élaboration du plan de soins. Ces renseignements doivent être intégrés au plan de soins. Le plan de soins doit être actualisé régulièrement, promouvoir les principes des SAP et être fondé sur les antécédents, les diagnostics, les besoins, les préférences et les capacités du résident.

Le milieu de SLD ou avec SA doit également reconnaître et souligner l'importance des connaissances culturelles et de la sensibilité en matière de genre dans tous les aspects du soutien offert en santé mentale, depuis l'évaluation jusqu'à l'élaboration des plans de soins.

11.3.3 Contenu du plan de soins

Le plan de soins doit comprendre :

- a) des objectifs de soins spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART), dans la mesure du possible;
- b) des stratégies de promotion de la santé mentale et du bien-être;
- c) la documentation des signes et symptômes, ou des changements dans les symptômes pour les affections de santé mentale nouvelles et existantes;
- d) les interventions visant les affections de santé mentale ou les symptômes qui ont été observés, y compris les approches non pharmacologiques et, si cela est indiqué, le traitement pharmacologique; et
- e) des dispositions visant le suivi et l'évaluation du résultat des interventions, à discuter avec le résident ou son mandataire.

11.3.4 Approches de traitement

11.3.4.1 Généralités

Des interventions interprofessionnelles doivent être utilisées dans les approches de traitement. Les interventions doivent régulièrement inclure des approches non pharmacologiques, seules ou en combinaison avec des traitements pharmacologiques, lorsqu'indiqué. Voir l'annexe C pour les options de traitements non pharmacologiques du trouble neurocognitif, du délirium et de la dépression.

Les problèmes de santé physique (p. ex., douleur, infection) et/ou les médicaments qui risquent de favoriser ou d'aggraver des affections de santé mentale doivent être reconnus et adressés de façon appropriée.

Le recours à un traitement pharmacologique devrait être prescrit s'il est indiqué (p. ex., selon la gravité des symptômes et/ou les réponses aux approches non pharmacologiques) et décrit dans le plan de soins avec le suivi de son efficacité.

Les approches de traitement doivent être choisies en fonction des politiques et des procédures du milieu de SLD ou avec SA sur l'utilisation de la contention minimale.

Le milieu de SLD ou avec SA devrait s'efforcer d'intervenir adéquatement lorsque des changements sont observés dans l'état de santé mentale des résidents, que cela découle d'affectations de santé mentale préexistantes, ou qu'il s'agisse de nouveaux symptômes, en utilisant, si possible, les ressources accessibles au sein de l'établissement, et en consultant les familles et les partenaires de soins.

11.3.4.2 Résultats des interventions dans les plans de soins

Une évaluation des résultats des interventions doit être documentée dans le plan de soins et doit inclure :

- a) une évaluation à intervalles réguliers des effets de toute nouvelle approche de traitement mise en œuvre;
- b) l'identification de la ou des personnes responsables de l'évaluation et de la réévaluation;
- c) la détermination de la fréquence de la surveillance et du suivi; et
- d) la documentation de la réponse aux interventions.

Pour les résidents qui, dans le passé ou nouvellement, se sont vu prescrire des antipsychotiques ou autres médicaments de types hypnotiques/sédatifs, il doit y avoir un processus d'examen régulier de la pertinence, des besoins continus et de la possibilité de mettre fin à la prise de médicaments s'il est jugé qu'ils ne sont plus nécessaires. S'il est jugé que la prise d'antipsychotiques, ou autres médicaments de

types hypnotiques/sédatifs est appropriée et toujours nécessaire, l'indication pour ce traitement doit être clairement documentée dans le plan de soins.

12 Gestion des incidents critiques

12.1 Généralités

Les milieux de SLD et avec SA courent un risque accru d'incidents critiques et de crises, ce qui pourrait être particulièrement angoissant pour la santé mentale des résidents, ainsi que pour leurs familles et leurs partenaires de soins. Il pourrait s'agir de catastrophes naturelles, de crises de santé publique (p. ex., pandémies) ou d'événements d'origine humaine (p. ex., agression physique, automutilation) qui menacent la santé et la sécurité des travailleurs ou des résidents.

Note : *Se reporter à CSA Z1600 et à CSA Z8004 pour obtenir de plus amples renseignements.*

12.2 Gestion par la main-d'œuvre

Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que ces incidents critiques soient gérés en faisant appel au travail d'équipe de la main-d'œuvre. Le milieu de SLD ou avec SA doit veiller à ce que les travailleurs aient reçu la formation nécessaire pour reconnaître ces incidents et intervenir adéquatement. Les travailleurs doivent être informés des ressources d'urgence disponibles dans leur milieu et auprès des partenaires communautaires et des partenaires du système de santé.

12.3 Soutien

Le milieu de SLD ou avec SA doit être conscient des répercussions possibles des incidents critiques sur la santé mentale et le bien-être des résidents et des travailleurs.

Les milieux de SLD et avec SA doivent mettre des ressources à la disposition des travailleurs, des résidents, des familles et des partenaires de soins pendant et après un incident critique. Après un incident critique, les milieux de SLD et avec SA devraient encourager les travailleurs, les résidents, les familles et les partenaires de soins à demander du soutien en santé mentale ou toute autre forme d'aide, au besoin, auprès des ressources disponibles comme leurs propres fournisseurs de soins de santé, des groupes de soutien ou les programmes d'aide aux employés. Un débriefage lié au stress à la suite d'un incident critique doit être rendu disponible.

12.4 Processus et protocoles

Le milieu de SLD ou avec SA doit élaborer, documenter et maintenir des processus et des protocoles pour la gestion des incidents critiques qui doivent faire l'objet d'un examen régulier, au moins une fois par année.

Ces processus et protocoles doivent comprendre les stratégies suivantes pour que le milieu soit prêt à faire face aux incidents, pour la préparation aux incidents, la prévention, l'atténuation des incidents et la réponse:

- a) Veiller à ce que les travailleurs soient formés pour reconnaître et répondre aux crises ou aux incidents critiques, notamment pour reconnaître et répondre aux effets négatifs de ces incidents sur la santé mentale des résidents, des familles et de leurs partenaires de soins.
- b) Effectuer une évaluation des risques et mettre en œuvre un processus de gestion des risques qui comprend la détermination des signes avant-coureurs possibles d'une crise ou d'un incident critique ainsi que des stratégies, des plans et des procédures visant à prévenir un incident, dans la mesure du possible.

- c) Établir un plan d'intervention décrivant les actions à prendre pendant ou immédiatement après un incident afin d'en gérer les conséquences, y compris :
 - i) les mesures prises lors d'une crise ou d'un incident critique, ce qui peut comprendre des techniques d'intervention comme :
 - 1) la participation appropriée et en temps opportun d'autres professionnels de la santé ou de partenaires communautaires (p. ex., médecins de soins primaires, services de police, d'incendie et de sauvetage);
 - 2) l'utilisation appropriée de contentions mécaniques et chimiques (p. ex., médicaments PRN d'urgence); et
 - 3) les directives et les procédures appropriées pour le transfert aux fins de traitement (p. ex., au service d'urgence) et, s'il y a lieu, le recours aux lois pertinentes sur la santé mentale (p. ex., certification).
 - ii) les protocoles d'évacuation en cas de catastrophe naturelle;
 - iii) les protocoles de prévention et de contrôle des infections qui tiennent compte de la santé mentale des résidents (se reporter à CSA Z8004); et
 - iv) l'identification des résidents qui ont besoin d'un soutien supplémentaire en santé mentale et leur fournir un soutien approprié.
- d) Signaler et documenter les crises et les incidents critiques conformément à la politique et aux exigences des autorités compétentes, ce qui devrait comprendre les renseignements suivants :
 - i) une description de l'événement et des catalyseurs ou des causes soupçonnés;
 - ii) la liste des travailleurs, résidents, membres de la famille ou partenaires de soins qui ont été touchés par l'incident;
 - iii) les mesures qui ont été prises; et
 - iv) la conclusion de l'événement et les personnes qui en ont été informées (p. ex., policiers, médecins, membres de la famille, partenaires de soins).
- e) Offrir du soutien aux résidents touchés, à leur famille et aux partenaires de soins pendant et après la crise (y compris un soutien pour le deuil).
- f) Offrir un environnement favorable aux familles et aux partenaires de soins pour faire part de leurs préoccupations concernant les répercussions réelles ou potentielles d'un événement critique ou d'une crise sur la santé mentale d'un résident.
- g) Établir un processus visant à communiquer aux personnes touchées, en temps opportun, des renseignements sur un incident critique ou une crise.

13 Considérations visant les résidents plus jeunes en matière de SLD et de SA

13.1 Généralités

Les résidents plus jeunes (de 18 à 64 ans) constituent une minorité dans les milieux de SLD et avec SA, où l'âge moyen est de 83 ans (ICIS, 2022). Toutefois, les différences entre les résidents plus jeunes et les plus âgés ne se limitent pas à l'âge. Comparativement aux résidents plus âgés, les résidents plus jeunes sont plus susceptibles de souffrir d'une déficience développementale ou physique grave, d'une maladie chronique ou d'une affection de santé mentale, en particulier la dépression (Barber et al., 2021). Les différences générationnelles, leurs antécédents et la durée prolongée du séjour dans les milieux de SLD et avec SA, en plus des défis de santé complexes auxquels ils font face, font en sorte qu'ils ont des besoins distincts en matière de santé mentale et de bien-être. Ces différences liées à l'âge et à la maladie influent aussi sur les perspectives, les valeurs et les préférences, ce qui risque d'avoir une incidence sur les transitions, les programmes, les activités et les relations dans les milieux de SLD et avec SA. Voir l'annexe [D](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les résidents plus jeunes.

13.2 Principes des SAP pour les résidents plus jeunes

Note : *Bon nombre des besoins et des défis liés à la santé mentale et au bien-être dans les milieux de SLD et avec SA sont communs à tous les résidents. Toutefois, en raison des divers facteurs décrits à l'article 13.1 qui sont plus courants chez les résidents plus jeunes, ces milieux sont vécus différemment par les résidents plus jeunes que par les résidents plus âgés.*

Le milieu de SLD ou avec SA doit adopter et mettre en œuvre tous les principes des SAP (voir l'article 4.2); toutefois, les considérations supplémentaires suivantes relatives aux SAP doivent être prises en considération dans les soins offerts aux résidents plus jeunes pour appuyer leur santé mentale et leur bien-être. Le milieu de SLD ou avec SA doit :

- a) répondre aux besoins médicaux découlant des antécédents (p. ex., hygiène personnelle, santé reproductive);
- b) tenir compte des préférences individuelles (p. ex., activités, socialisation) en raison des perspectives, des priorités et des préférences qui diffèrent en raison de l'âge et des capacités des résidents;
- c) optimiser l'autonomie des personnes ayant un handicap physique (p. ex., accomplir certaines tâches seul, mettre l'accent sur le choix et l'autonomie);
- d) promouvoir l'expression de soi et l'identité (p. ex., par le choix de l'apparence et des vêtements); et
- e) tenir compte des pertes potentielles propres au résident plus jeune (p. ex., par rapport aux capacités physiques à un stade antérieur de la vie, à l'emploi, à l'école et à la séparation précoce de la famille et de la communauté) et inclure des pratiques visant à atténuer les effets de ces pertes.

Note : *Ces principes ne sont pas nécessairement propres aux résidents plus jeunes, mais ils sont d'une importance particulière dans les efforts visant à favoriser leur santé mentale et leur bien-être dans les milieux de SLD et avec SA.*

13.3 Transitions

Note : *La transition vers la vie en milieu de SLD ou avec SA nécessite des efforts d'adaptations, et ce, peu importe l'âge. Toutefois, le processus d'adaptation en ce qui a trait aux résidents plus jeunes est souvent atypique. Il est possible que l'adaptation des résidents plus jeunes en milieu de SLD ou avec SA soit compliquée par le processus de deuil lié aux nombreuses pertes plus courantes au début de la vie, ainsi que par les défis propres aux stades antérieurs de la vie, comme la parentalité des enfants mineurs, les carrières écourtées et les revenus limités en raison d'une interruption d'emploi, d'une absence de pension ou d'épargne-retraite.*

Le milieu de SLD ou avec SA doit élaborer une approche de transition propre aux résidents plus jeunes en tenant compte des besoins psychosociaux uniques de cette population. Le milieu de SLD ou avec SA devrait faciliter l'accès à un soutien psychologique pour aider les résidents plus jeunes à accepter leur situation, à s'adapter et à vivre le deuil lié aux transitions et aux pertes qu'ils ont vécues.

Des outils d'évaluation propres aux résidents plus jeunes peuvent être utilisés pour aider les milieux de SLD et avec SA à adopter des approches de transition visant cette population en particulier (Hazelton-Provo et Weeks, 2021).

13.4 Programme de réadaptation

Note : *Les résidents plus jeunes en milieu de SLD ou avec SA ont généralement besoin de plus de soins physiques que les résidents plus âgés. L'équipement nécessaire (p. ex., fauteuils roulants motorisés, dispositifs pour attelles) et les besoins en matière de réadaptation pourraient être moins connus des travailleurs de ces milieux. Les programmes de réadaptation rehaussés aident les résidents plus jeunes à exercer leurs activités quotidiennes de façon aussi autonome que possible et leur permettent d'aller à l'école, de travailler, de pratiquer leurs loisirs et de se rendre utiles, ce qui est essentiel à leur santé mentale et leur bien-être.*

Le milieu de SLD ou avec SA doit mettre en œuvre un programme de réadaptation axé sur les résidents plus jeunes avec accès à des professionnels de la réadaptation qui sont en mesure d'évaluer et de prescrire de l'équipement (y compris des technologies d'assistance) et des activités thérapeutiques qui répondent aux besoins en matière de mobilité (y compris la gestion de la spasticité, du positionnement, de la dysfonction sensorielle, des tremblements et de l'ataxie), d'alimentation, de communication, de déglutition et d'exécution des activités de la vie quotidienne adaptées à leur âge.

Ce programme doit assurer l'accès à des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes et des aides à la réadaptation spécialisés dans les soins offerts aux résidents plus jeunes afin de maximiser leur autonomie, leur mobilité et leur qualité de vie grâce à la réadaptation.

13.5 Relations de travail et de soins

Le milieu de SLD ou avec SA doit s'assurer :

- a) que les travailleurs ont des connaissances et qu'ils ont reçu une formation sur les soins complexes dont ont besoin les résidents plus jeunes et sur les problèmes uniques en matière de santé mentale et de bien-être auxquels ils font face;
- b) de rendre accessible les services consultatifs de fournisseurs de soins de santé ou de spécialistes des soins aux résidents plus jeunes dont les besoins sont complexes;
- c) les niveaux de la main-d'œuvre et sa diversité sont suffisants pour tenir compte des résidents plus jeunes dont les intérêts et les activités correspondent à ceux de la population en âge de travailler dans la communauté, dont la majorité des activités pourraient avoir lieu le soir, la nuit et la fin de semaine ;
- d) que les résidents plus jeunes participent à l'élaboration, à la conception et à la mise en œuvre du programme de formation des travailleurs; et
- e) qu'une formation sur les limites à respecter dans les relations avec les résidents plus jeunes est offerte.

13.6 Activités et participation communautaire

Note : Les résidents plus jeunes des milieux de SLD et avec SA apprécient les liens avec la communauté et avec des pairs dont l'âge et le stade de vie sont semblables. L'âge et le stade de vie ont aussi une incidence sur les intérêts et les préférences en matière d'activités récréatives.

Le milieu de SLD ou avec SA doit offrir aux résidents plus jeunes l'occasion de participer activement à la vie communautaire, de travailler, d'étudier ou de s'adonner à leurs loisirs, s'ils le souhaitent, tant au sein du milieu qu'à l'extérieur de celui-ci, en :

- a) donnant accès aux endroits essentiels au déroulement de la vie quotidienne (p. ex., épicerie, services de soins personnels, services bancaires), ce qui améliore l'autonomie et l'indépendance;
- b) facilitant l'accès à la technologie d'assistance et aux autres technologies nécessaires (p. ex., Wi-Fi haute vitesse) au travail, aux études et aux activités de loisirs;
- c) collaborant avec les résidents plus jeunes pour déterminer leurs intérêts en matière de loisirs à l'intérieur et à l'extérieur du milieu de soins, et qu'il est possible d'adapter à leurs besoins;
- d) cherchant des occasions de travailler auprès d'organisations externes (p. ex., des organismes de services communautaires, des bibliothèques, des écoles postsecondaires) pour aider les résidents plus jeunes à vivre des expériences enrichissantes par le travail, les études et les loisirs;
- e) donnant accès à des occasions qui favorisent l'engagement social (p. ex., restaurants, parcs et cafés accessibles) avec des personnes d'âge, de capacités ou d'intérêts similaires;
- f) faisant preuve de souplesse dans la planification des activités quotidiennes et des activités extérieures, y compris celles qui ont lieu le soir et la fin de semaine; et
- g) collaborant avec les organismes communautaires, les familles, les partenaires de soins, les amis et les administrations municipales pour organiser le transport accessible.

Annexe A (informative)

Niveaux d'éclairage favorisant la santé mentale et le bien-être

Note : Cette annexe ne constitue pas une partie obligatoire de cette norme.

A.1 Généralités

Les résidents profiteront de niveaux d'éclairage synchronisés pour favoriser leur rythme circadien naturel, améliorer leur hygiène du sommeil et leur état d'éveil pendant la journée, favoriser une production appropriée de mélatonine, prévenir les chutes nocturnes et favoriser leur santé émotionnelle et comportementale (Brown et al., 2022).

A.2 Éclairage de jour

Pour favoriser la santé mentale et le bien-être, il est préférable de s'exposer chaque jour de 10 à 30 minutes de lumière naturelle. Si cela n'est pas possible, l'éclairage de jour devrait reproduire l'intensité lumineuse naturelle, en offrant au moins 1000 lux, bien qu'une intensité supérieure à 2000 lux soit plus avantageuse, avec un éclairage riche en longueurs d'onde de la lumière bleue du spectre (460 à 520 nm) ou offrant la lumière blanche du spectre complet, pour aider à déclencher l'éveil. Cette lumière devrait être maintenue pendant au moins 1 à 2 heures à compter de l'heure du réveil, mais pourrait également être maintenue tout au long de la journée (Bailes et Lucas, 2013; Brown et al., 2022).

A.3 Éclairage du soir

Au moins 3 heures avant le coucher, l'éclairage devrait passer à des longueurs d'onde de la lumière jaune-ambre du spectre (> 580 nm) avec une intensité à 50 lux (Munch et al., 2006; Brown et al., 2022).

Il est préférable d'utiliser des interrupteurs capables de produire une lumière tamisée vers le soir (IWBI, 2020 et Brown et al., 2022).

A.4 Éclairage de nuit

Les chambres des résidents devraient être munies de couvre-fenêtres efficaces capables de réduire la lumière à moins de 5 lux pendant les heures de sommeil. Un éclairage au sol, orienté vers le bas, illuminant le passage vers la salle de bain devrait aussi être installé (IWBI, 2020; Brown et al., 2022).

Annexe B (informative)

Exemples d'activités offertes dans le cadre d'un programme de récréation thérapeutique

Note : *Cette annexe ne constitue pas une partie obligatoire de cette norme.*

Les activités offertes dans le cadre d'un programme de récréation thérapeutique sont généralement celles qui répondent à un ensemble de besoins cognitifs, physiques, émotionnels, psychosociaux ou sociaux. Ces activités peuvent aussi être offertes en dehors d'un programme thérapeutique à l'appui du bien-être et de l'engagement. Voici une liste non exhaustive d'activités qui peuvent être offertes par les milieux de SLD et avec SA dans le cadre de leurs programmes de récréation thérapeutique :

- a) les interventions en zoothérapie;
- b) l'artisanat;
- c) les jeux de société, les casse-têtes, les jeux de cartes, les échecs, le bingo, les jeux-questionnaires, etc.;
- d) la pétanque, les quilles, le mini golf, etc.;
- e) les clubs de lecture ou autres clubs d'intérêt;
- f) la participation à une chorale;
- g) la thérapie de réconfort (p. ex., jouets en peluche, poupées réalistes, robots thérapeutiques);
- h) la cuisine (y compris la mise du couvert et la conservation des aliments);
- i) l'art dramatique et la comédie musicale;
- j) les programmes d'éducation ou d'apprentissage;
- k) l'exercice physique (p. ex., étirements, marche, promenade en fauteuil roulant, tai-chi, yoga, danse);
- l) les repas en famille;
- m) l'horticulture;
- n) les activités intergénérationnelles;
- o) la tenue d'un journal;
- p) les séances de rire;
- q) la musique (écouter la radio et des appareils électroniques personnels ou jouer d'un instrument, y compris la batterie, seul ou en groupe);
- r) le résolution de problèmes;
- s) la lecture;
- t) les activités religieuses ou spirituelles;
- u) les activités de la pleine conscience (méditation, relaxation);
- v) les séances de réminiscence;
- w) la stimulation sensorielle comme l'acupression, l'aromathérapie, le massage ou le toucher, la luminothérapie;
- x) les divertissements spéciaux (p. ex., danseurs, chanteurs, musiciens);
- y) la narration;
- z) la courtepointe, la broderie et la couture;
- aa) le visionnement d'émissions de télévision, de diffusion en continu de vidéos et de films sur Internet;
- ab) le travail du bois ou l'ébénisterie, la sculpture, la mécanique et le bricolage; et
- ac) les jeux vidéo ou de réalité virtuelle et l'utilisation d'Internet ou d'un ordinateur.

Annexe C (informative)

Options de traitements non pharmacologiques du trouble neurocognitif, du délirium et de la dépression

Notes :

- 1) Cette annexe ne constitue pas une partie obligatoire de cette norme.
- 2) Cette annexe ne vise pas à présenter un ensemble exhaustif de renseignements sur les options de traitement non pharmacologique du trouble neurocognitif, du délirium et de la dépression, ni à servir de guide pour la mise en œuvre. Les traitements, les thérapies, les interventions et les approches ne sont présentés qu'à titre d'exemples à l'appui des soins énoncés dans la présente norme.

C.1 Options de traitements non pharmacologiques pour les changements dans l'humeur, la personnalité ou le comportement liés au trouble neurocognitif

C.1.1 Généralités

Les avantages des approches non pharmacologiques dans le traitement du trouble neurocognitif, ainsi que des changements dans l'humeur, la personnalité ou le comportement dus au trouble neurocognitif, sont grandement influencés par le contexte dans lequel le traitement est administré. Cela comprend la conception et la mise en œuvre d'interventions qui tiennent compte à la fois de l'environnement physique et social, ainsi que de la formation initiale et continue sur le trouble neurocognitif et les changements d'humeur, de personnalité ou de comportement appuyés par des facteurs organisationnels habilitants (Caspar et al., 2018).

Pour chaque approche, il est important d'appuyer l'autonomie et l'autodétermination du résident et de faire la promotion de ce facteur comme un objectif clé. De même, les meilleurs résultats sont obtenus lorsque les approches sont personnalisées et propres au résident.

C.1.2 Interventions indirectes et directes

Deux grandes catégories de stratégies non pharmacologiques ont été identifiées dans la documentation scientifique : les interventions indirectes, dont le travail avec les partenaires de soins et l'adaptation de l'environnement, et les interventions directes, dont celles qui visent directement les personnes vivant avec un trouble neurocognitif (p. ex., la thérapie de récréation personnalisée, la thérapie sensorielle, l'exercice physique, la musicothérapie, le massage) (Grand et al., 2011).

C.1.3 Mécanismes essentiels

Parallèlement à ces approches, les mécanismes suivants sont considérés comme essentiels à la mise en œuvre efficace d'interventions visant à réduire les changements d'humeur, de personnalité ou de comportement (Caspar et al., 2018) :

- a) l'environnement de soins;
- b) le perfectionnement et le maintien des compétences en soins; et
- c) les soins personnalisés.

C.1.4 Stratégies de modification du comportement et de l'environnement

De nombreuses stratégies de modification du comportement et de l'environnement pourraient s'avérer

utiles dans les cas de changements d'humeur, de personnalité ou de comportement liés au trouble neurocognitif. Les stratégies suivantes ont été proposées (Kales et al., 2014) :

- a) activités et habitudes :
 - i) offrir des activités qui optimisent les forces, les capacités et les intérêts du résident;
 - ii) créer des habitudes quotidiennes structurées et uniformes;
 - iii) offrir des activités comportant des mouvements répétitifs (p. ex., plier des serviettes, trier des boutons); et
 - iv) mettre en place des activités et aider le résident à amorcer sa participation;
- b) formation et soutien des partenaires de soins :
 - i) faire savoir que tout changement de comportement pourrait indiquer qu'un des besoins du résident n'a pas été comblé ou que son cerveau subit des changements (p. ex., progression d'un trouble neurocognitif);
 - ii) assouplir les règles (p. ex., il n'est pas nécessaire de prendre son bain tous les jours);
 - iii) expliquer qu'avec la progression d'un trouble neurocognitif, le résident pourrait avoir besoin d'un encadrement accru et de rappels pour entreprendre ou terminer des tâches;
 - iv) éviter la confrontation et éviter de tenter de le raisonner et de le convaincre;
 - v) prendre soin de soi et ne pas hésiter à prendre un moment de répit; et
 - vi) trouver et utiliser un réseau de soutien;
- c) communication et approches de soins axés sur la personne :
 - i) interagir de façon non conflictuelle, en tenant compte des capacités cognitives du résident et en lui laissant suffisamment de temps pour réagir;
 - ii) donner des directives verbales simples d'une ou deux étapes;
 - iii) parler d'une voix calme et rassurante;
 - iv) offrir des choix simples (p. ex., pas plus de deux à la fois);
 - v) éviter d'utiliser un ton sévère et des mots négatifs;
 - vi) s'approcher du résident en demeurant directement dans son champ de vision;
 - vii) lui demander la permission avant de lui prodiguer des soins (surtout si un contact physique est nécessaire);
 - viii) en premier lieu, informer le résident des soins qui lui seront prodigués (p. ex., étape par étape);
 - ix) le rassurer, valider ses préoccupations et rediriger ;
 - x) s'identifier ou présenter les autres personnes si le résident a de la difficulté à se souvenir des noms; et
 - xi) aider le résident, de façon verbale ou non verbale, à trouver les mots lui permettant de s'exprimer (p. ex., art, musique, danse, documents visuels, outils de communication);
- d) environnement :
 - i) éliminer l'encombrement;
 - ii) s'assurer que la température est idéale pour le confort du résident (p. ex., réglage de la température, offre de couvertures chaudes);
 - iii) l'encourager à adopter de bonnes habitudes du sommeil en contrôlant le bruit, en réglant la température et l'éclairage, et en tentant de limiter les siestes le jour et les moments d'éveil la nuit;
 - iv) utiliser des étiquettes et des repères visuels (p. ex., des flèches pointant vers la salle de bain);
 - v) éliminer le bruit et les distractions dans la mesure du possible;
 - vi) faire jouer une musique d'ambiance; et
 - vii) améliorer l'environnement et le rendre plus intéressant.
- e) simplification des tâches :
 - i) diviser les tâches en étapes simples; et
 - ii) utiliser des incitatifs verbaux, tactiles, visuels ou autre à chaque étape.

C.1.5 Autres thérapies

Les autres traitements et approches non pharmacologiques qui peuvent être envisagés et essayés sur une base individuelle ou propres à un incident comprennent, sans s'y limiter:

- a) la thérapie cognitivo-comportementale;
- b) les programmes de réadaptation cognitive;
- c) la thérapie d'adaptation aux problèmes;
- d) la thérapie de validation;
- e) l'art-thérapie;
- f) la musicothérapie;
- g) la luminothérapie;
- h) l'aromathérapie; et
- i) la thérapie de réminiscence.

Lorsque les symptômes sont plus graves, une approche de soins axée sur le travail d'équipe ou la collaboration entre des professionnels comprenant l'intervention de médecins, de psychiatres et de membres du personnel infirmier peut être utilisée.

C.2 Options de traitements non pharmacologiques du délirium

C.2.1 Généralités

Parmi les options de traitements non pharmacologiques du délirium, il y a :

- a) les stratégies de soins directs;
- b) les stratégies de soutien organisationnel fondées sur la formation des travailleurs sur le délirium;
- c) l'élaboration de politiques et de lignes directrices visant une approche proactive au lieu du recours aux moyens de contention physique;
- d) la polypharmacie; et
- e) l'utilisation de cathéters à demeure.

La communication, l'éducation, l'information et le soutien des résidents (les rassurer et les soutenir lorsqu'ils ne sont pas lucides et les renseigner lorsqu'ils le sont) sont essentiels dans ces approches, car il est possible que le délirium soit très angoissant pour toutes les personnes concernées.

C.2.2 Prévention et observation

La prise en charge du délirium au moyen d'approches non pharmacologiques commence par la prévention active et l'observation. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommande dans ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires cliniques que les fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans un hôpital ou un milieu de soins de longue durée observent les résidents au moins une fois par jour pour déceler des changements ou des fluctuations récents du comportement (p. ex., en quelques heures ou quelques jours) (RNAO, 2016). Les outils de dépistage et de diagnostic précoces (comme le DDO et la MÉC) pourraient améliorer le diagnostic. Il y a aussi un besoin de formation des travailleurs à la bonne administration de ces outils.

C.2.3 Stratégies de soins directs

Les stratégies de soins directs du délirium peuvent comprendre, sans s'y limiter (Boland et al., 2019) :

- a) corriger les conditions prédisposantes (p. ex., auditives ou visuelles);
- b) encourager la mobilisation;
- c) améliorer les habitudes de sommeil et d'éveil (p. ex., exposition diurne à la lumière du jour, décourager les siestes, boissons non caféinées en soirée, musique relaxante, réduction au minimum de la lumière et du bruit);

- d) offrir des activités d'orientation (p. ex., expliquer au résident où il se trouve, qui il est, qui vous êtes et quel est votre rôle; ainsi que d'utiliser un tableau d'orientation, une horloge visible et des activités de stimulation cognitive comme la thérapie de réminiscence); et
- e) réduire au minimum les changements de chambre.

C.2.4 Stratégies de soutien organisationnel

Les stratégies de soutien organisationnel en cas de délirium peuvent comprendre, sans s'y limiter :

- a) l'offre aux travailleurs d'une formation sur le délirium;
- b) l'allocation d'une main-d'œuvre adéquate; et
- c) l'élaboration de politiques et de lignes directrices pour les procédures nuisibles (p. ex., contention physique, mélanges de médicaments, cathéters à demeure inutiles).

C.2.5 Stratégies relatives au processus de soins

Les stratégies relatives au processus de soin pour le délirium peuvent comprendre, sans s'y limiter :

- a) le dépistage régulier du délirium et des changements dans les fonctions cognitives;
- b) l'encouragement et l'aide à manger et à boire pour assurer un apport adéquat, y compris l'utilisation de prothèses dentaires, le positionnement approprié et la prise de suppléments nutritionnels, au besoin;
- c) l'adoption d'habitudes régulières d'élimination pour éviter la constipation;
- d) la réduction au minimum de l'utilisation de cathéters à demeure; et
- e) le renoncement au recours à des moyens de contention physiques.

C.2.6 Stratégies relatives à l'environnement physique

Les stratégies relatives à l'environnement physique pour le délirium peuvent comprendre, sans s'y limiter :

- a) fournir un éclairage intérieur qui corresponde au niveau de lumière extérieure en gardant les rideaux ou les stores ouverts pendant la journée et un éclairage minimal la nuit;
- b) éviter les changements de chambre; et
- c) fournir une chambre individuelle au résident.

C.3 Options de traitements non pharmacologiques de la dépression

C.3.1 Généralités

La disponibilité des traitements non pharmacologiques pour la dépression varie considérablement selon l'emplacement et le milieu, et certains traitements pourraient ne pas convenir à tout le monde. La plupart des traitements non pharmacologiques pour la dépression chez les personnes à un stade avancé de la vie ont été étudiés chez des personnes sans déficience cognitive ou fragilité présentant des symptômes légers de dépression et des personnes âgées « plus jeunes » (c.-à-d. de moins de 80 ans). Le choix des traitements non pharmacologiques devrait donc être guidé par l'accessibilité et des facteurs individuels (p. ex., préférences de traitement, capacité de participation, gravité de la dépression). Les options non pharmacologiques suivantes peuvent être envisagées pour traiter la dépression :

- a) la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de résolution de problèmes, la thérapie de bilan de vie et la thérapie de réminiscence;
- b) l'exercice physique;
- c) les interventions qui réduisent l'isolement social; et
- d) les interventions liées à l'esprit et au corps (p. ex., tai-chi, yoga et réduction du stress par la pleine conscience).

Des séances de soutien au deuil peuvent être envisagées dans le cas des résidents qui vivent un deuil ou qui pleurent la perte d'un être cher.

C.3.2 Options additionnelles de traitement dans les milieux de SLD

Dans les milieux de SLD en particulier, les traitements non pharmacologiques suivants peuvent être envisagés contre la dépression :

- a) l'horticulture et la thérapie par le jardinage;
- b) la zoothérapie;
- c) la musicothérapie;
- d) les programmes d'exercice physique;
- e) la psychoéducation;
- f) la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie de réminiscence; et
- g) d'autres interventions qui réduisent l'isolement social (p. ex., programmes d'activités intergénérationnelles).

Annexe D (informative)

Renseignements supplémentaires concernant les résidents plus jeunes

Note : Cette annexe ne constitue pas une partie obligatoire de cette norme.

D.1 Contexte

Dans cette norme, les résidents plus jeunes sont définis comme étant les personnes âgées de 18 à 64 ans, ce qui comprend les adultes d'âge moyen (50 à 64 ans). Les résidents de moins de 65 ans représentaient 6,8 % de l'ensemble des résidents en 2021 et en 2022 (ICIS, 2022), et le pourcentage de résidents plus jeunes en SLD pourrait être en hausse (Shieu et al., 2021). Barber et al. (2021) ont indiqué que « les adultes handicapés de moins de 65 ans forment la population qui connaît la croissance la plus rapide dans les systèmes de santé publics de soins de longue durée (SLD) ». Ce sous-ensemble de la population de résidents comprend environ 15 % de la population totale des milieux de SLD aux États-Unis (Harris-Kojetin et al., 2019), 6 % en Angleterre (NHS, 2018) et 7 % au Canada (ICIS, 2022).

D.2 Durée du séjour

La durée moyenne de séjour des résidents plus âgés en milieu de SLD est d'environ 1 à 2,5 ans (Hoben, 2019), ce qui diffère des résidents plus jeunes, dont la durée de séjour pourrait être de plusieurs décennies.

D.3 Caractéristiques des résidents plus jeunes

Les résidents plus jeunes en milieu de SLD pourraient être caractérisés en fonction de l'étiologie de maladies et/ou d'handicaps courants chez cette sous-population (Barber et al., 2021; The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine, 2023), dont :

- a) les maladies neurologiques chroniques et progressives [sclérose en plaques (SEP)];
- b) la maladie de Huntington (MH);
- c) la sclérose latérale amyotrophique (SLA);
- d) les maladies mentales graves (p. ex., la schizophrénie);
- e) les blessures catastrophiques ou traumatiques; et
- f) la déficience développementale.

Comparativement aux résidents plus âgés des milieux de SLD et avec SA, les résidents plus jeunes sont plus susceptibles d'avoir eu un handicap grave ou de longue durée, parfois depuis la naissance ou l'enfance, un handicap soudain causé par un traumatisme (p. ex., traumatisme cérébral, lésion de la moelle épinière) ou des affections de santé mentale.

De plus, puisqu'ils sont minoritaires dans les milieux de SLD et avec SA, et parce qu'ils jouissent parfois d'un soutien familial moins important, les problèmes de solitude et d'isolement social par rapport à leurs pairs qu'ils éprouvent sont considérables. Tout ce qui précède a des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des résidents plus jeunes.

D.4 Besoins des résidents plus jeunes

L'ensemble des différents syndromes cliniques touchant les jeunes adultes ainsi que les facteurs psychosociaux ont une incidence sur les besoins des résidents plus jeunes et les objectifs en matière de soins qui leur sont prodigués. Plus précisément, les besoins des résidents plus jeunes diffèrent de ceux

des résidents plus âgés à plusieurs égards, dont, sans s'y limiter, les besoins en matière de santé physique, notamment la santé sexuelle et reproductive, et les besoins sociaux, psychologiques et émotionnels (Oliver et al., 2020). Cela ne veut pas dire que ces aspects ne sont pas tout aussi importants pour la santé mentale et le bien-être de l'ensemble des résidents, y compris les plus âgés. En fait, les résidents plus jeunes et les résidents plus âgés ont un point de vue semblable quant à ce qu'ils considèrent comme important pour la qualité de vie dans les milieux de SLD et avec SA (Shieu et al., 2021).

D.5 Autres articles sur les résidents plus jeunes dans les milieux de SLD et avec SA

Aubrecht, K., et al. 2021. Empowering younger residents living in long-term care homes as co-researchers, *Disability & Society*, 36(10): 1712-1718.

Gibson, B. E., et al. 2012. Disability and dignity-enabling home environments, *Social Science & Medicine*, 74(2): 211-219.

Hay, K., and Chaudhury, H. 2015. Exploring the quality of life of younger residents living in long-term care facilities, *Journal of Applied Gerontology*, 34(6): 675-690.

Marshall, I. Jr., and Baffour, T. D. 2011. Lives deferred? Exploring social disconnection and perceived quality of life among young adults residing in a long-term care facility, *Soc Work Health Care*, 50(4): 259-73.

D.6 Pratiques innovantes

Voici quelques pratiques innovantes :

- a) *Inclusio*, une initiative de l'organisme Accessible Housing (Calgary, Alberta), est une maison d'hébergement entièrement accessible et supervisée pour les adultes à mobilité réduite qui ont besoin d'aide pour mener leurs activités de la vie quotidienne, mais qui valorisent aussi l'autonomie et l'indépendance (<https://accessiblehousing.ca/inclusio/>).
- b) *The Boston Home* est un organisme qui constitue un modèle national de soins pour les adultes vivant avec des troubles neurologiques progressifs à un stade avancé, principalement la sclérose en plaques. Le niveau de soins qui y est offert est le plus élevé parmi tous les milieux résidentiels spécialisés. La mission de *The Boston Home* est d'aider les résidents à vivre de façon aussi autonome que possible. Les résidents ont entièrement accès à l'ensemble du bâtiment et du terrain du milieu. Ils utilisent des fauteuils roulants motorisés équipés de capteurs sans fil pour les portes et les ascenseurs. Des tablettes et des ordinateurs dotés d'un logiciel de reconnaissance vocale permettent aux résidents de communiquer avec les personnes de l'extérieur du milieu (<https://www.thebostonhome.org/>).
- c) *Leonard Florence Center for Living* est un organisme qui offre des maisons de soins révolutionnaires spécialisées dans la prise en charge de la SLA (sclérose latérale amyotrophique) et de la SEP (sclérose en plaques). La technologie de pointe utilisée permet aux résidents de circuler dans les espaces de façon autonome. Voici quelques faits saillants : ces maisons sont conçues selon le premier modèle urbain de soins Green House® au pays offrant des respirateurs artificiels, des soins de longue durée classiques et des soins de réadaptation de courte durée; il y a 10 demeures comptant chacune 10 chambres individuelles avec salle de bain et les repas sont préparés dans chacune de ces demeures (<https://chelseajewish.org/communities/leonard-florence-center-for-living/>).

Annexe E (informative)

Bibliographie

Note : Cette annexe ne constitue pas une partie obligatoire de cette norme.

BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. 2013. *Trauma-Informed Practice Guide*.

https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

Bleibel, M., et al. 2023. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials, *Alz Res Therapy*,15(1): 65.

Blume, C., Garbazza, C., and Spitschan, M. 2019. Effects of light on human circadian rhythms, sleep and mood, *Somnologie*, 23(3): 147.

Caspi, E. 2022. *Understanding and preventing harmful interactions between residents with dementia*, Health Professions Press.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). 2020. *Comprendre la santé mentale et le bien-être chez les personnes âgées*, consulté le 14 juillet 2023.

<https://kmb.camh.ca/fr/eenet/initiatives/santementaletroisiemeage>

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). 2021. *On-line course for Supporting the mental health of older adults in care*, accessed on July 14th, 2023.

<https://kmb.camh.ca/eenet/resources/online-course-supporting-mental-health-older-adults-in-care>

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Page Web sur la *dépression* consultée le 14 juillet 2023.

<https://ccsmh.ca/domaines-dinteret/depression/?lang=fr>

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. 2010. *Le délirium : Évaluation et traitement chez les personnes âgées*.

https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/ccsmh_delirium_tool_french.pdf

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. 2021. *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées*.

https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf

Collèges et instituts Canada. Octobre 2022. *Norme nationale professionnelle pour les préposés en soutien aux soins*, Ottawa, Ontario.

Conn, D., Hogan, D., and McCabe, L. 2006. The assessment and treatment of mental health issues in long term care homes (focus on mood and behaviour symptoms), *Canadian Coalition for Seniors' Mental Health*.

https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_LTC.pdf

Cuijpers, P., et al. 2014. Managing depression in older age: psychological interventions, *Maturitas*, 79 (2): 160-169.

Douglas, S., James, I. J., and Ballard, C., 2004. Non-pharmacologic interventions in dementia, *Adv Psych Treat*, 10(3): 171-177.

Gramaglia, C., et al. 2021. Non-pharmacological approaches to depressed elderly with no or mild cognitive impairment in long-term care facilities: a systematic review of the literature, *Frontiers in Public Health*, 16(9).

ISO 25552. 2022. *Ageing societies — Framework for dementia-inclusive communities*.

Jonsson, U., et al. 2016. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness, *PLOS One*, 11(8).

Kayaaslan, B., and Lok, N. 2019. The Effect of Music Therapy on Cognitive Functions and Adaptation in Alzheimer's Patients, *Int J Depress Anxiety*, 2(2): 1-4.

Kondo, M. C., et al. 2020. Nature prescriptions for health: A review of evidence and research opportunities, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12): 4213.

Ontario Centres for Learning, Research & Innovation in Long-Term Care. January 21, 2021. *Mental Health Supports for LTC Team Members*.

<https://clri-ltc.ca/resource/mentalhealth/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 15 mai 2023. *Principaux repères sur les technologies d'assistance*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>.

Regional Geriatric Program of Toronto. April 15th, 2013. *The Senior Friendly Hospital Delirium Toolkit*.

<https://rgptoronto.ca/resource/delirium-senior-friendly-hospital-toolkit/>

Research Institute for Aging (RIA). 2020. *Supporting comfort and belonging for people living with dementia: A guide for team members to enhance the environment in senior living*, Schlegel-UW Research Institute for Aging.

<https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2021/11/Supporting-comfort-and-belonging-for-people-living-with-dementia-RIA-Resource-FNL-2.pdf>

Seitz, D. P., et al. 2012. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review, *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6): 503-506.

Shieu, B. M., et al. 2022. A Cross-Sectional, Correlational Study Comparing Individual Characteristics of Younger and Older Nursing Home Residents Using Western Canadian Resident Assessment Instrument–Minimum Data Set (RAI-MDS) 2.0, *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(11): 1878-1882.

Société Alzheimer de l'Ontario. 2014. *Changer de regard : Guide pour comprendre les comportements de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*, consulté le 14 juillet 2023.

https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Changer-de-regard_guide-pour-comprendre-les-comportements-de-la-maladie-d%27Alzheimer-et-maladies-apparent%C3%A9es.pdf

Sunnybrook Health Sciences Veterans Centre. 2010. *Responding to Behaviours Due to Dementia: Achieving Best Life Experience (ABLE) Care Planning Guide*.

https://sunnybrook.ca/uploads/ABLE_CarePlanningGuide.pdf

Watt, A., and Konnert, C. 2007. Quality of life in the nursing home: perspectives of younger and older residents, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 26(4): 403-410.

