

Direction des programmes Déficiences

LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE PRÉSENTANT UN PROFIL DE BESOINS EN MAINTIEN DES ACQUIS (MDA)

ORGANISATION DES SERVICES

ET

GUIDE POUR LES INTERVENANTS

Remerciements

Nous tenons à remercier les participants au comité consultatif des équipes en maintien des acquis, qui se sont mobilisés pour réfléchir et proposer une nouvelle organisation des services dédiés à la clientèle hébergée présentant un profil de besoins en maintien des acquis (MDA).

Notre collaboration et notre souci de cohérence nous ont permis de développer un guide de l'intervenant qui soutiendra la qualité des services offerts à la clientèle.

Comité de rédaction

- ❖ Annie Couture, coordonnatrice des services spécifiques DI-TSA-DP et programme spécialisé DI 7 ans et plus
- ❖ Mylène Hébert, chef de programme – Programme spécialisé DI 7 ans et plus – territoire CISSS Montérégie-Est
- ❖ Pierrick Robitaille, chef de programme par intérim – Programme spécialisé DI 7 ans et plus – territoire CIUSSS de l'Estrie
- ❖ Nathalie Fortier, chef de programme par intérim – Programme spécialisé DI 7 ans et plus – territoire CISSS Montérégie-Centre
- ❖ Guylaine Julien, chef de programme – Programme spécialisé DI 7 ans et plus – territoire CISSS Montérégie-Ouest
- ❖ Marie-Ève Ratté, chef de programme par intérim – Programme spécialisé DI 7 ans et plus – territoire CISSS Montérégie-Ouest

Comité de travail

- ❖ Sylvie Guilbault, éducatrice territoire Centre
- ❖ Julie Desranleau, éducatrice territoire Centre
- ❖ Sophie Bolduc, ARH territoire de l'Ouest
- ❖ Jean Roy, ARH territoire de l'Ouest
- ❖ Sonia Cornelier, ARH territoire Centre
- ❖ Linda Hébert, éducatrice Estrie
- ❖ Alain Noreau, éducateur Estrie
- ❖ Elaine Gingués, éducatrice Estrie
- ❖ Anik Hélié, ARH territoire Centre
- ❖ Julie Blanchard, TAS Beloeil
- ❖ Anouk De Bray, TAS Beloeil
- ❖ Magalie Saucier, TAS St-Hyacinthe
- ❖ Sarah Cholette, TAS Longueuil
- ❖ Josée Payette, TAS Longueuil

Comité consultatif

- ❖ Jean-Marc Ricard, directeur adjoint – Programmes DI-TSA et hébergement
- ❖ Caroline Bouffard, coordonnatrice – Programme spécialisé TSA 7 ans et plus
- ❖ Janie Lambert, coordonnatrice par intérim – Programmes spécialisés intégration au travail et logement à soutien gradué
- ❖ Laurence Pêrusse-Tardif, coordonnatrice – Programmes spécialisés TC-TGC et Nexus
- ❖ Cynthia Lambert, coordonnatrice RI-RTF
- ❖ Marie-Claude Charrette, coordonnatrice – Programme spécialisé intégration scolaire et communautaire – DIS-DIP et déficiences multiples

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
1. OBJECTIFS DU DOCUMENT PORTANT SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	6
2. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET TRAVAUX EN DÉCOULANT.....	6
2.1. Cadre de référence pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI/RTF) .	6
2.2 Guide d'accompagnement du CISSSMO sur les rôles et responsabilités des intervenants impliqués auprès de l'utilisateur hébergé dans une RI ou une RTF	6
2.3 Rapport du comité de travail de la DPD portant sur la clientèle MDA.	7
3. CLIENTÈLE MDA	7
3.1. Profil de la clientèle présentant des besoins en maintien des acquis	7
3.2. Outil d'aide à la décision pour identifier les besoins de la clientèle	8
4. LES INTERVENANTS.....	8
4.1. Titres d'emploi	8
4.2. Description générale du rôle	8
5. LES SERVICES OFFERTS.....	9
5.1. Le suivi professionnel de l'utilisateur hébergé dans nos ressources et présentant un profil MDA	9
5.1.1. Évaluation ou révision des besoins de l'utilisateur (incluant les besoins de participation sociale).....	9
5.1.2. Élaboration ou révision du PI ou du PSI de l'utilisateur.....	9
5.1.3. Contribution à l'orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle requis	10
5.1.4. Contribution au jumelage pairage de l'utilisateur avec une ressource	10
5.1.5. Soutien à l'intégration de l'utilisateur dans la ressource (premier hébergement ou déplacement)	11
5.1.6. Contribution à la détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur	12
5.1.7. Contribution à la précision, s'il y a lieu, des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.....	12
5.1.8. Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur.....	12
5.1.9. Préparation et soutien au départ de l'utilisateur de la ressource	13
5.1.10. Contribution au processus de contrôle de la qualité	13
6. LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	14
6.1. Modèle conceptuel du processus de production de handicap (PPH)	14
6.2. Modèle écosystémique.....	16

6.3. Approches d'intervention :	16
6.3.1. L'approche d'autodétermination	16
6.3.2. L'approche communautaire et l'approche positive	16
7. LE PROCESSUS CLINIQUE SIMPLIFIÉ MDA	17
8. LES STANDARDS	17
8.1. Standards d'accès	17
8.1.1. Délais d'accès aux services incluant les modalités d'assignation aux intervenants MDA	17
8.1.2. Références des intervenants MDA vers un autre programme de la DPD	18
8.2. Standards de continuité	18
8.2.1. L'intervenant usager	18
8.3. Standards de qualité	19
8.3.1. Règles de tenue de dossier	19
8.3.2. SIPAD	19
8.3.3. Lien avec SIRTf (contrôle qualité)	19
8.4. Standards d'efficacité et d'efficience	19
8.4.1. La durée et les fréquences des rencontres	19
8.4.2. Les critères de cessation de services	19
8.4.3. La gestion de la charge de cas et de la charge de travail	20
8.4.4. Le nombre d'interventions significatives par jour ou par semaine	20
9. RÔLE DU SOUTIEN CLINIQUE	20
RÉFÉRENCES	21
SECTIONS THÉMATIQUES	22

INTRODUCTION

La réorganisation clinique engendrée par l'implantation de l'offre de services structurée par programme présente une opportunité d'harmoniser l'organisation du travail pour les intervenants œuvrant auprès de la clientèle hébergée présentant un profil en maintien des acquis.

Outre la réorganisation clinique; la diffusion du cadre de référence RI-RTF, les nouveautés et les défis en matière d'entente avec les associations de ressources non institutionnelles, l'appropriation de la loi 21 relativement aux responsabilités partagées entre les techniciens et les professionnels du réseau de la santé et finalement les orientations du nouveau cadre de référence ministériel pour l'organisation des services DI-DP-TSA, nous demande de revoir nos façons de faire afin de travailler en conformité avec l'ensemble des orientations et des obligations tout en ayant comme premier objectif l'excellence de nos soins/services aux usagers.

Dans l'esprit d'une gestion efficace du changement, nous avons mis à contribution les professionnels de nos équipes MDA ayant une longue expérience terrain ainsi que les chefs de ces équipes pour l'ensemble du territoire du CISSSMO.

Les travaux impliquant les employés et les chefs ont débuté en février 2018. Quelques rencontres structurées en comité de consultation ont permis de produire une synthèse de recommandations présentée à tous les intervenants MDA au début d'avril 2018. Comme la réorganisation du travail aura potentiellement des impacts à l'ensemble de la direction des programmes déficiences, une présentation a été faite au comité de direction adjointe à la mi-avril 2018.

Le comité de rédaction a par la suite, produit le présent document afin de structurer les décisions et orientations dans un guide simple et facile à consulter par les intervenants et les gestionnaires.

1. OBJECTIFS DU DOCUMENT PORTANT SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Le présent document se veut un guide simple et facile à consulter pour les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès de la clientèle hébergée présentant un profil en maintien des acquis. De plus, les sections thématiques déposées en annexe et accessibles sur le site informatique de la DPD permettront d'accéder rapidement aux outils cliniques, aux aides mémoires, aux procédures et aux différents formulaires afin de faciliter le quotidien des intervenants.

2. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET TRAVAUX EN DÉCOULANT

2.1. Cadre de référence pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI/RTF)

En 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit un nouveau cadre de référence RI-RTF suite à l'adoption de la loi sur la représentation des ressources de type familial et de type intermédiaires. Ce cadre s'inscrit également dans un nouveau contexte législatif afin d'intégrer les orientations du Règlement sur la classification ainsi que celles des ententes collectives et nationales.

Ce cadre de référence structure les six grandes orientations ministérielles qui doivent guider notre organisation de travail. Celle-ci doit favoriser l'intégration et la participation sociale de l'utilisateur; assurer des services de qualité; favoriser l'accessibilité à une RI ou RTF; assurer la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie et la continuité des services qui lui sont offerts; s'inscrire dans une culture et une gestion intégrée de la qualité; assurer des relations entre le CISSSMO et les RI-RTF fondées sur la bonne foi et les valeurs issues du cadre de référence.

Les intervenants des équipes MDA doivent s'approprier le nouveau cadre de référence par différentes activités structurées de groupe ou individuelles.

Le cadre de référence est mis à la disposition de tous les intervenants des équipes MDA sur la plateforme informatisée : (N :)/DPD/Maintien des acquis.

2.2 Guide d'accompagnement du CISSSMO sur les rôles et responsabilités des intervenants impliqués auprès de l'utilisateur hébergé dans une RI ou une RTF

La direction générale du CISSSMO soucieuse d'offrir des services de qualité et de respecter les orientations ministérielles a mandaté la DPD afin de réaliser les travaux d'implantation du nouveau cadre de référence en collaboration avec les directions cliniques (SAPA et SMP) qui transigent avec les ressources d'hébergement RI-RTF pour leurs clientèles respectives. Puisque l'organisation des services pour les usagers hébergés était très différente d'une direction clinique à l'autre, des travaux transversaux au CISSSMO ont permis d'adopter des orientations harmonisées clarifiant les rôles et responsabilités des intervenants usagers, des intervenants qualité, des RI-RTF et des gestionnaires. Le guide d'accompagnement CISSSMO vient ainsi préciser les activités cliniques attendues et propose un modèle de contrôle qualité en 3 tours qui sera appliqué à l'ensemble du CISSSMO.

L'organisation du travail auprès de la clientèle MDA a tenu compte de ce guide et s'en est largement inspiré.

Le guide d'accompagnement est mis à la disposition de tous les intervenants des équipes MDA sur la plateforme informatisée : (N :)/DPD/Maintien des acquis.

2.3 Rapport du comité de travail de la DPD portant sur la clientèle MDA.

En avril 2017, le comité de travail formé de représentants de toutes les coordinations de la DPD a présenté des recommandations au comité interprogrammes et le rapport en découlant a été adopté par le comité de direction de la DPD en juin 2017. Ce rapport propose entre autres un profil de clientèle MDA, un modèle d'analyse des besoins MDA particulièrement pour favoriser la participation sociale, inspiré du modèle de Maslow, ainsi qu'une série de recommandations favorisant la mise en place d'une nouvelle organisation du travail pour les équipes MDA.

Les gestionnaires de la DPD ont accès à ce rapport sur la plateforme informatisée : (N :)DPD/Gestionnaires/maintien des acquis

3. CLIENTÈLE MDA

3.1. Profil de la clientèle présentant des besoins en maintien des acquis

La direction des programmes déficiences a confié à la coordination des services spécifiques DI-DP-TSA et du programme spécialisé DIL-DIM 7 ans et plus, la responsabilité de l'offre de services MDA pour l'ensemble de la clientèle hébergée, peu importe son diagnostic (DI-DP-TSA) ou son niveau de déficience, dans la mesure où l'utilisateur présente un profil de besoin en maintien des acquis. En ce sens, il était essentiel de clarifier avec l'ensemble des coordinations de la DPD, les paramètres permettant d'identifier un client MDA. Découlant des travaux du comité de travail sur la clientèle MDA, un profil descriptif est proposé afin de soutenir les intervenants, les SAC ou soutien clinique ainsi que les gestionnaires dans l'orientation des usagers vers les services offerts en maintien des acquis.

Le profil général MDA proposé nécessite un jugement clinique largement inspiré du pronostic de participation sociale de l'utilisateur et se doit d'être utilisé dans un esprit de réponse adéquate et pertinente au besoin de l'utilisateur. Il est décrit en fonction de la stabilité de l'utilisateur, de son niveau actuel de fonctionnement, du besoin de soutien à la participation sociale et des besoins d'intervention.

Description du profil MDA :

Présente un état jugé stable

L'intervenant usager doit être en mesure de décrire la stabilité du client, notamment par des exemples comme la prévisibilité de l'état de la personne (médical, comportemental). Les sphères de vie de la personne sont bien documentées pour démontrer la stabilité; précision période de 3 mois de stabilité (situation d'exception présentée entre soutien clinique). Premier hébergement doit passer par programme spécialisé préalablement;

Fonctionnement

Le fonctionnement de la personne est connu et les adaptations requises sont identifiées et transférables dans un milieu de vie (école, organisme, famille naturelle, etc.);

Participation sociale

Pour permettre la réalisation de sa participation sociale, l'utilisateur nécessite un soutien non spécialisé qui permettra de maintenir sa qualité de vie;

Besoins d'intervention

Bien que l'utilisateur pourrait nécessiter momentanément d'un épisode de services spécialisés en adaptation et en réadaptation, ses besoins sont principalement axés sur le maintien des acquis en ce qui a trait aux aspects; physiologique, à la sécurité de la personne, à l'appartenance, l'estime et l'affirmation de soi ainsi que des besoins reliés à l'actualisation personnelle.

3.2. Outil d'aide à la décision pour identifier les besoins de la clientèle

Des travaux régionaux en Montérégie permettront de concevoir un outil d'aide à la décision dans l'identification des besoins de participation sociale pour la clientèle MDA pour les usagers, qu'ils soient hébergés ou non. L'échéancier de production de cet outil d'aide à la décision est juin 2018.

L'outil d'aide à la décision sera disponible pour tous les intervenants de la DPD et déposé sur la plateforme informatique : (N :)/DPD/Maintien des acquis.

4. LES INTERVENANTS

4.1. Titres d'emploi

Plusieurs titres d'emploi sont possibles pour travailler à l'équipe MDA. Il est convenu que, peu importe le titre d'emploi, tous ont la même fonction d'intervenant usager (TAS, TES et ARH) sauf si un mandat spécifique leur est confié.

Il est convenu que tous les intervenants usagers, peu importe leur formation initiale, doivent jouer le rôle complet attendu de l'intervenant usager.

Les titres d'emploi d'assistant en réadaptation ou d'auxiliaire en santé et services sociaux sont complémentaires aux intervenants usagers et permettent (lorsque présent dans une équipe) d'assurer un suivi plus étroit dans les situations ou les périodes nécessitant plus d'intensité.

4.2. Description générale du rôle

L'intervenant usager doit assurer le suivi professionnel de la clientèle hébergée présentant un profil en maintien des acquis. Il procède ou contribue à toutes les activités cliniques (10) du cadre de référence RI-RTF en conformité avec les valeurs organisationnelles, les politiques/procédures de l'établissement et les approches cliniques privilégiées à la DPD. De plus, l'intervenant usager procède à l'analyse des besoins de participation sociale de l'utilisateur, développe le plan d'intervention en maintien et contribue à la participation sociale de l'utilisateur. Pour ce faire, il développe et poursuit des liens de collaboration avec l'ensemble des partenaires internes et externes.

L'outil aide-mémoire sur l'ensemble des tâches attendues de l'intervenant usager est disponible pour les intervenants MDA sur la plateforme informatique : (N :)/DPD/Maintien des acquis.

5. LES SERVICES OFFERTS

5.1. Le suivi professionnel de l'utilisateur hébergé dans nos ressources et présentant un profil MDA

5.1.1. Évaluation ou révision des besoins de l'utilisateur (incluant les besoins de participation sociale)

L'OEMC est l'outil d'analyse 18 ans + qui sera utilisé. En complément, l'aide-mémoire pour les besoins de participation sociale sera utilisé et les résultats rapportés dans le PI découlant de l'OCCI. L'outil Évaluation globale des besoins EGB(Montérégie) sera utilisé pour les moins de 18 ans. Lors d'un premier placement, ces outils seront complétés par les services spécifiques. Des outils de dépistage complémentaires pourront être utilisés au besoin.

Pour la période d'implantation 2018-2019, la priorité sera mise au niveau des clientèles à profil CHSLD, lors des demandes de déplacements et par la suite lors des réévaluations annuelles correspondant à la date d'échéance de l'instrument de classification.

Afin de procéder à la démarche complète de l'OCCI, incluant l'OEMC, le SMAF social et le plan d'intervention en découlant, les intervenants usagers doivent recevoir la formation complète portant sur l'OCCI. De plus, comme la démarche d'évaluation est entièrement informatisée et qu'elle doit se réaliser directement dans les RI-RTF, les intervenants usagers auront accès à des portables sur les différents sites.

Les réévaluations sont requises systématiquement lors d'une demande de déplacement d'un usager ou lors de tout changement significatif de sa situation. L'OEMC, le SMAF social et le plan d'intervention seront alors mis à jour.

5.1.2. Élaboration ou révision du PI ou du PSI de l'utilisateur

Élaboration du PSI

L'intervenant MDA est responsable de coordonner, d'animer et de rédiger un PSI, lorsqu'il y a un ou plusieurs partenaires externes impliqués auprès de l'utilisateur (notamment avec les activités dans la communauté). L'intervenant doit déposer le PSI en pièce jointe au SIPAD.

Élaboration du PI en maintien des acquis

Le PI en maintien des acquis est réalisé une fois par année par l'intervenant MDA. Il est également responsable de le coordonner, l'animer et le rédiger. De plus, le PI doit être fait en concomitance avec l'instrument de classification.

Le PI devrait se faire en présence de l'utilisateur, de son représentant légal et de la ressource. Le PI ne doit pas être remis à la ressource. Lors de l'élaboration ou la révision du PI, il est essentiel de faire signer le consentement à recevoir des soins et services à l'utilisateur ou à son représentant légal.

Bien que la signature du PI ne soit pas obligatoire dans la LSSSS, il est obligatoire d'obtenir l'adhésion du client et/ou de son représentant légal. De plus, les intervenants usagers doivent se conformer au règlement du CISSSMO en matière de Plan d'intervention et de plan de services.

La révision du PI en maintien des acquis

L'intervenant MDA doit avec l'utilisateur/représentant légal, le responsable de la ressource ainsi que les autres partenaires impliqués au PI procéder à la révision des objectifs. La révision des objectifs du plan de maintien est faite en conformité avec le règlement du CISSSMO en matière de PI et de PSI. Les modalités peuvent varier (rencontre, conférence téléphonique). La révision de l'OEMC/SMAFSOCIAL/PI et instrument de classification est faite sur une base annuelle ou dès que la situation de l'utilisateur présente des changements significatifs.

Un règlement CISSSMO en matière de Plan d'intervention entre en vigueur en 2018. Celui-ci est accessible sur la plateforme informatique : (N :)/DPD/Maintien des acquis.

5.1.3. Contribution à l'orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle requis

Lors d'une demande pour un premier hébergement, les intervenants usagers MDA ne seront pas sollicités puisque l'utilisateur doit d'abord transiter par les services spécifiques et les programmes spécialisés pertinents en fonction du diagnostic et du besoin de l'utilisateur.

Lors d'une demande de déplacement pour un usager à profil MDA, l'intervenant usager MDA s'assure de la mise à jour de l'OEMC et du plan d'intervention afin que le profil de l'utilisateur soit à jour. L'intervenant usager MDA doit s'assurer que l'instrument de classification soit mis à jour en collaboration avec l'équipe qualité. L'intervenant usager transmet les informations nécessaires à l'équipe de mécanismes d'accès RI-RTF et collabore avec eux pour la détermination du type de ressource et d'organisation résidentielle adéquat pour l'utilisateur. L'accès RI-RTF consignera la décision de l'orientation au dossier. L'intervenant usager devra également s'assurer de la compréhension de l'utilisateur et ses proches ou représentant légal. Il leur donne également l'occasion de préciser leurs attentes en lien avec les services voulus et s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal. Lors d'une nouvelle arrivée et/ou d'un déplacement, l'accès RI-RTF demande les services professionnels pour répondre au contexte de jumelage pairage. Lors de la planification du transfert de l'utilisateur vers une autre ressource, l'intervenant usager met en œuvre les actions pour favoriser les services cliniques ou professionnels nécessaires au maintien sécuritaire de l'utilisateur dans la RI-RTF, et ce, jusqu'à son départ.

Uniquement le sommaire de renseignement de l'utilisateur doit être remis à la RI-RTF. Seuls les renseignements nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur sont intégrés par l'établissement dans le sommaire. Le sommaire utilisé par l'équipe MDA est disponible sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

5.1.4. Contribution au jumelage pairage de l'utilisateur avec une ressource

La responsabilité du jumelage/pairage relève entièrement de l'établissement. Le processus de jumelage/pairage se divise en quatre étapes essentielles :

1. Connaître le profil à jour de l'utilisateur (intervenant usager MDA est responsable)
2. Déterminer le portrait des ressources disponibles (Équipe RI-RTF est responsable)
3. Sélectionner une ressource (Équipe RI-RTF est responsable)
4. Décider du jumelage/pairage (Équipe RI-RTF est responsable)

Tout au long du processus de jumelage/pairage, l'intervenant usager contribue en s'assurant :

- que le meilleur intérêt de l'utilisateur demeure au centre des décisions;
- d'informer l'équipe des mécanismes d'accès RI-RTF de tout changement significatif concernant l'utilisateur, en cours de processus, puisque cela pourrait influencer le choix de ressource;
- de consulter l'utilisateur ou son représentant légal pour lui donner des informations concernant le processus de jumelage/pairage et consigne les réactions/opinions de l'utilisateur dans son dossier;
- d'expliquer les services et la réalité territoriale à l'utilisateur ou son représentant légal;
- de communiquer la décision du jumelage/pairage à l'utilisateur ainsi qu'aux autres instances concernées (en concertation avec l'équipe qualité);
- de consigner la décision au dossier de l'utilisateur;
- de collaborer à la recherche de moyens afin de permettre une corrélation clinique possible en recherchant les conditions qui permettraient la meilleure intégration possible;
- de mettre en œuvre les solutions susceptibles d'assurer un jumelage/pairage adéquat.

Tel que le stipule le guide pour intervenant du CISSMO, il est essentiel que l'intervenant usager MDA comprenne bien les trois scénarios possibles au terme de l'évaluation du degré d'adéquation entre le profil à jour de l'utilisateur, le portrait des ressources disponibles et la RI-RTF identifiée comme potentielle.

1. Une corrélation optimale signifie que tous les éléments évalués sont satisfaisants.
2. Une corrélation clinique potentielle signifie que l'évaluation démontre une problématique dans l'adéquation d'un ou plusieurs éléments de nature clinique. **(L'intervenant usager MDA sera mis à contribution dans la recherche de solutions pour permettre une meilleure adéquation. De plus un intervenant des programmes spécialisés pourrait être également mis à contribution).**
3. Une corrélation contractuelle potentielle signifie une problématique en ce qui a trait à l'entente spécifique ou particulière conclue avec la ressource (ex. : nombre de place). La responsabilité relève de l'équipe RI-RTF dans la recherche de solutions.

5.1.5. Soutien à l'intégration de l'utilisateur dans la ressource (premier hébergement ou déplacement)

Lors d'un premier hébergement, l'utilisateur sera orienté vers un programme spécialisé, et ce afin de supporter l'utilisateur dans l'intégration de son nouveau placement.

Lors d'un déplacement, il est prévu que l'intervenant MDA supporte l'intégration de l'utilisateur dans sa nouvelle ressource. Il est prévu que l'intervenant MDA soit plus présent (appel ou visite une fois par semaine pendant le premier mois, selon les besoins de l'utilisateur et le contexte). De plus il doit s'assurer que la ressource RI-RTF a acquis les compétences (aptitudes, habiletés, loi 90) pour accueillir et maintenir l'utilisateur dans son milieu. Il doit également remettre le sommaire de l'utilisateur à la RI-RTF, avant l'intégration ou au plus tard dans les 72 heures de l'arrivée de l'utilisateur dans la ressource. Il soutient l'utilisateur tout au long de son intégration et interpelle les services professionnels requis au besoin. Finalement, il évalue la qualité de l'adéquation du jumelage/pairage de l'utilisateur avec la ressource et collabore avec l'intervenant qualité pour toute situation potentiellement problématique.

5.1.6. Contribution à la détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur

L'intervenant MDA prépare et planifie avec une OEMC et un PI à jour, la rencontre d'élaboration ou de révision de l'instrument. Lorsque l'intervenant usager a la responsabilité de compléter l'instrument de classification, il anime la rencontre et rédige l'instrument. Lorsque la responsabilité de rédaction incombera à l'intervenant qualité, l'intervenant usager participe à la rencontre de complétion de l'instrument. Qu'il soit responsable de compléter l'instrument ou qu'il soit en collaboration, l'intervenant usager fait part ouvertement à la ressource de ses observations et de sa compréhension des besoins de l'utilisateur. En collaboration avec l'intervenant qualité, il s'assure de la compréhension de la ressource des services qu'elle doit rendre à l'utilisateur.

En collaboration avec la ressource, et s'il y a lieu, l'intervenant qualité, l'intervenant usager précise le ou les services de soutien ou d'assistance qu'il a identifiés. Ces précisions sont apportées en fonction de l'intérêt de l'utilisateur, de son état de santé et de bien-être, des procédures, des protocoles et des autres règles de soins applicables dans l'établissement. Les précisions permettent donc de convenir plus explicitement avec la ressource des moyens appropriés ainsi que des règles à suivre pour rendre le service de façon conforme et sécuritaire dans le meilleur intérêt de l'utilisateur. Elles balisent de manière plus claire le service à rendre à l'utilisateur, notamment lorsque le service indiqué est une activité autrement réservée à des professionnels et demandée à la ressource en fonction du Code des professions.

Dans le contexte d'implantation du cadre de référence RI-RTF, la responsabilité de la complétion de l'instrument est en évolution et sera ajustée en fonction de la capacité du secteur RI-RTF à centraliser ce rôle aux intervenants contrôle qualité.

Les règles de dépôt des instruments de classification ainsi que des obligations relatives aux révisions sont disponibles sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis

5.1.7. Contribution à la précision, s'il y a lieu, des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur

Le même rôle est attendu de l'intervenant usager que pour l'activité précédente.

5.1.8. Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur

Lors d'un déplacement d'utilisateur, il est attendu que l'intervenant usager accentue son intensité de suivi dans la nouvelle ressource pour assurer l'intégration adéquate. Minimale, une visite à la ressource rapidement dans les 30 premiers jours de l'hébergement est obligatoire. Dans les situations instables ou qui le nécessite, l'intervenant usager MDA visitera l'utilisateur dans la ressource dès que requis avec une intensité plus soutenue. Ensuite la fréquence des visites est déterminée selon le niveau d'intensité requis et convenu avec le soutien clinique. La fréquence **minimale** de visite pour les situations stables (situation usager et RI-RTF) est aux 3 mois.

L'intervenant doit lors des visites à la ressource : faire des observations directes des services rendus par la ressource, vérifier la poursuite du plan d'intervention en maintien des acquis, assurer les tâches relatives à son rôle (comptabilité, les suivis médicaux, les changements de médication, inventaire des biens...). Il s'assure que la ressource offre les services tels qu'indiqués dans l'instrument de classification. De plus, il s'assure que l'utilisateur reçoit les services professionnels requis. Il poursuit les objectifs de maintien et de participation sociale prévus au plan d'intervention. Dans le cas de changement important du profil de l'utilisateur, l'intervenant usager MDA met à jour l'OEMC, révisé le plan d'intervention et réfère au programme spécialisé requis en concertation avec le soutien clinique de l'équipe. Lorsque pertinent, coordonne le plan de service individualisé avec les partenaires internes et externes.

Tout au long de la mise en œuvre du PI ou PSI, lorsque l'intervenant constate un écart de qualité, il applique les étapes prévues dans l'arbre décisionnel et le système contrôle qualité à trois tours dont s'est doté le CISSMO.

5.1.9. Préparation et soutien au départ de l'utilisateur de la ressource

Lorsque le déplacement de l'utilisateur est requis et l'orientation de déplacement recommandée avec le soutien clinique et en collaboration avec le secteur RI-RTF, l'intervenant usager MDA doit planifier le départ de la ressource en consultant l'utilisateur ou son représentant légal. Il doit aviser la RI-RTF des modalités de départ et mettre en place les actions et services nécessaires pour assurer le bon déroulement du départ. L'intervenant doit orchestrer toutes les actions requises pour le déménagement (rassembler les affaires, planifier le transport, etc.). De plus, il doit planifier la transition entre les deux milieux de vie et assurer le soutien nécessaire à l'intégration de l'utilisateur dans son nouveau milieu de vie.

Une grille à cocher pour soutenir les actions à faire par l'intervenant usager est disponible sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

5.1.10. Contribution au processus de contrôle de la qualité

Afin de clarifier les rôles et responsabilités de l'intervenant usager, de l'intervenant qualité et du gestionnaire, le CISSMO s'est doté d'un processus de contrôle en trois tours lorsqu'il y a un écart qualité dans une ressource RI-RTF.

L'intervenant usager doit connaître et appliquer les processus de contrôle de la qualité des services. Lors de ses visites dans le milieu, il s'assure que les services dispensés à l'utilisateur sont en concordance avec le plan d'intervention et plus précisément avec ce qui est attendu dans l'instrument de classification. Il s'assure également que les lieux physiques sont conformes et sécuritaires pour les usagers dans le respect des normes en vigueur. Il documente en continu les critères de la qualité des services rendus par l'établissement et la ressource. S'il constate un écart qualité, il joue son rôle de premier tour dans l'arbre décisionnel prévu par le CISSMO. Tout au long du processus, il collabore avec l'équipe contrôle qualité et les gestionnaires impliqués dans la situation. Lorsque requis, s'assure que les situations soient rapportées à la DPJ ou au commissaire aux plaintes.

L'arbre décisionnel en trois tours est disponible sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

6. LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

6.1. Modèle conceptuel du processus de production de handicap (PPH)

Le *Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)* proposé par le RIPPH demeure modèle d'analyse clinique incontournable pour structurer l'intervention auprès d'une clientèle handicapée.

« Selon le MDH-PPH, le handicap ne se révèle pas nécessairement comme une réalité permanente et statique pour l'ensemble des personnes. **Tout dépendant du milieu dans lequel elle évolue ou de ses facteurs personnels, elles pourront voir la qualité de leur participation sociale s'améliorer ou se dégrader dans l'espace et dans le temps.** » (RIPPH)

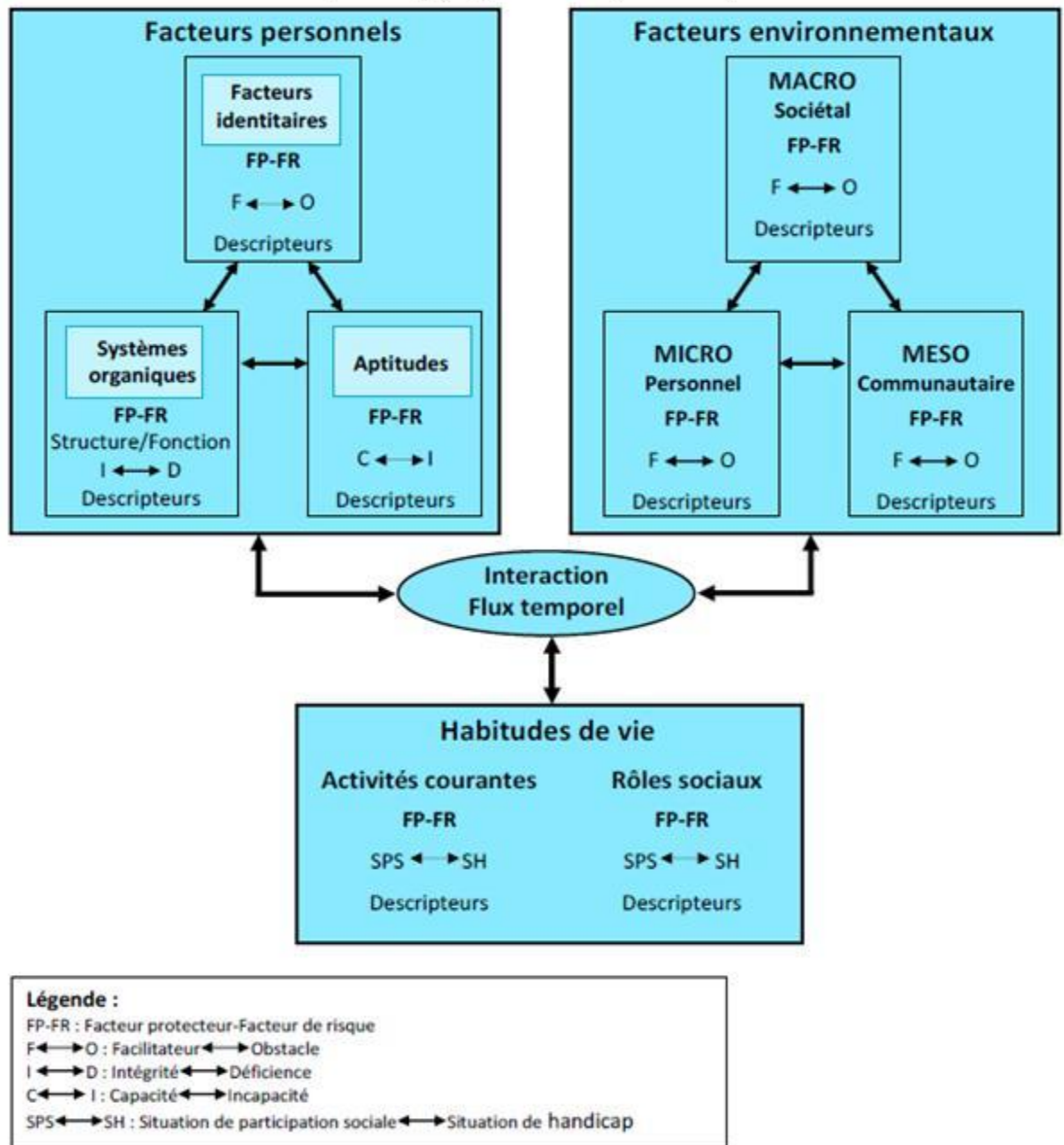
L'AAIDD, quant à elle, propose, pour sa part, un cadre théorique basé sur le *Modèle multidimensionnel de fonctionnement humain* (MMFH). Dans le modèle de l'AAIDD, le soutien occupe une place importante. C'est un soutien personnalisé et bien circonscrit qui permettra à la personne d'améliorer son « fonctionnement ». Pour l'AAIDD, le soutien consiste en « **ressources et stratégies** qui visent à promouvoir le développement, l'éducation, les intérêts ainsi que le bien-être d'une personne et **qui améliorent son fonctionnement individuel** ». (AAIDD, 2011)

Reposant tous deux sur l'approche écologique de Bronfenbrenner et la classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), ces deux modèles :

- tiennent compte de la personne dans son **environnement**,
- mettent en perspective les **facteurs personnels et les facteurs environnementaux** (ou le contexte),
- et visent **une amélioration du fonctionnement de la personne**, dans le sens d'une participation sociale plus grande par la mise en place d'un soutien personnalisé.

À titre démonstratif uniquement, le schéma ci-dessous décrit les composantes essentielles du modèle MDH-PPH. Le document « Informations complémentaires à l'intention des intervenants en déficience intellectuelle » présente le modèle de façon détaillée.

Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010)



6.2. Modèle écosystémique¹

L'approche écosystémique consiste en une analyse de la personne en interaction constante avec son environnement familial et social et avec les différents systèmes autour d'elle (garderie, école, travail, loisirs, etc.). Bien que la personne soit au centre du modèle, elle n'est pas seule responsable de son état et donc, de sa capacité de s'intégrer et de fonctionner. Le modèle écosystémique invite à considérer l'ensemble des interactions ainsi que diverses cibles d'intervention. La personne ainsi que sa famille, son groupe d'appartenance, les intervenants, les décideurs qui adoptent les politiques sociales ont une responsabilité partagée puisqu'ils peuvent, par leurs actions et décisions, contribuer à la réduction des situations de handicap.

L'approche écosystémique s'applique dans l'évaluation des besoins de la personne et de ses proches, l'analyse de leur situation et la planification des interventions. Les stratégies d'intervention en contexte écosystémique reposent sur un partenariat entre la personne ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et ses proches et les intervenants de divers services ou disciplines. L'Établissement d'une relation de partenariat permet de présumer que les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et leurs proches disposent d'un potentiel et sont compétents à maints égards, chacun contribuant d'une façon particulière à l'exploitation de ce potentiel. Ainsi, les intervenants partagent leur expertise ensemble et avec la personne et ses proches en encourageant celle-ci à l'apprentissage de savoirs et savoir-faire lui permettant d'accroître son autodétermination.

6.3. Approches d'intervention :

6.3.1. L'approche d'autodétermination

L'autodétermination concerne le fait de gouverner sa vie sans influence externe indue (Wehmeyer, 1996). Pour ce faire, l'autodétermination mise sur la normalisation, la valorisation des rôles sociaux, l'intégration sociale et la participation sociale. Tel que proposé dans le modèle développé par l'université du Québec à Trois-Rivières (M. Caouette, 2017), l'autodétermination est à la fois un droit, un besoin, une capacité, un principe, un objectif et un construit. Les intervenants MDA doivent préconiser des interventions qui favorisent les relations entre la personne et les membres de son réseau naturel et professionnel dans le but d'augmenter la correspondance entre :

- les perceptions des compétences (je perçois avoir certaines compétences et l'autre me les reconnaît)
- la volition (j'exprime une volonté et l'autre est en accord avec moi)
- l'estimation des risques (j'estime que le risque est acceptable et l'autre également)

6.3.2. L'approche communautaire et l'approche positive

Les interventions en maintien des acquis s'inscrivent en continuité avec les approches qui constituent la trame de fond de la réadaptation, soit les approches **communautaire** et **positive**.

¹ B. Terrisse et F. Larose (2004), L'intervention socio-éducative auprès de la famille, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Adopter une **approche communautaire**, c'est se doter d'une philosophie d'intervention qui :

- mise sur la reconnaissance des capacités des individus, des groupes et de la communauté;
- valorise le potentiel d'autodétermination de ces personnes;
- travaille en partenariat avec les ressources génériques (écoles, professionnels de la santé, organismes de loisirs...) afin d'accroître la participation sociale de la personne.

L'approche positive quant à elle,

- valorise le *respect de la dignité humaine*;
- *tient compte de l'interdépendance et de la réciprocité de toute relation humaine*;
- *favorise la qualité de vie par une participation active de la personne dans son milieu*.

Les documents de référence des approches cliniques sont déposés sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

7. LE PROCESSUS CLINIQUE SIMPLIFIÉ MDA

Puisque la clientèle référée à l'équipe maintien des acquis, a complété l'épisode de services d'adaptation et de réadaptation, le modèle d'analyse des besoins en fonction de la pyramide de Maslow est retenu particulièrement en ce qui concerne la participation sociale de l'utilisateur hébergé.

L'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) sera utilisé pour dresser une analyse complète des besoins de l'utilisateur par le biais de l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) , pour établir le degré de soutien et de compensation requis (SMAF social) et pour concevoir le plan d'intervention en maintien des acquis (PSIAS).

Un outil aide-mémoire est disponible pour faciliter la rédaction des moyens dans le PSIAS, notamment pour la participation sociale de l'utilisateur sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

8. LES STANDARDS

8.1. Standards d'accès

8.1.1. Délais d'accès aux services incluant les modalités d'assignation aux intervenants MDA

Les prérequis au transfert d'un usager en spécialisé vers le MDA :

- Outil d'aide à la décision pour identifier la clientèle, complété et approuvé.
- Instrument de classification à jour.
- Outils cliniques révisés (grille de prévention active, système d'émulation, scénarios sociaux...).
- Mesure de protection et/ou mesure de contrôle (s'assurer de bien présenter la mesure au nouvel intervenant).
- Rapport sommaire révisé / Bilan d'épisode de service / Rapport d'analyse complété.
- Aviser la famille, proches, curateur, ressource, partenaires... du changement d'offre de service (programme).
- Si PSI actif en aviser le nouvel intervenant usager (risque de devenir coordonnateur du PSI).
- Coordonner la fermeture du PI spécialisé avec l'ouverture du PI MDA.

- Pendant l'attente du transfert en MDA, l'intervenant usager actuel maintient le suivi.
- Pour un dossier spécialisé en attente du MDA : assignation dès que possible, maximum 3 mois.

8.1.2. Références des intervenants MDA vers un autre programme de la DPD

Demande de transfert d'un usager MDA vers un programme spécialisé lorsque l'équipe MDA ferme un dossier.

- Discussion entre le l'intervenant usager MDA et le soutien clinique afin d'identifier les besoins et intensités nécessitant un transfert en spécialisé.
- Instrument de classification à jour.
- Mesure de protection et/ou mesure de contrôle (s'assurer de bien présenter la mesure au nouvel intervenant).
- Rapport sommaire révisé ou OCCI révisé (incluant OEMC, SMAF social et PI)
- Aviser la famille, proches, curateur, ressource, partenaires... du changement d'offre de service (programme).
- Si PSI actif en aviser le nouvel intervenant.
- Coordonner la fermeture du PI MDA avec l'ouverture du PI spécialisé.
- Pendant l'attente du transfert en spécialisé, l'intervenant usager actuel maintient le suivi.
- Lors de la discussion avec le spécialiste clinique, identifier le délai maximum en tenant compte des besoins et de l'intensité requise pour le transfert en spécialisé (maximum 3 mois).

Demande d'épisode de service en spécialisé lorsque l'équipe MDA reste impliquée :

- Le besoin est clair et précis (implication du soutien clinique dans l'identification du besoin), première demande pour ce besoin (sinon on parlerait d'un transfert), durée de l'épisode devrait être de court à moyen terme (balise de moins de 3 mois - convenu avec soutien clinique pour précision du délai).
- L'intervenant usager MDA continue ses suivis et son implication pour toutes les autres sphères tout au long de l'épisode de service en spécialisé.
- Le soutien clinique transmet la demande d'ajout de programme spécialisé selon les modalités de transfert inter programme convenu. Disponible sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

8.2. Standards de continuité

8.2.1. L'intervenant usager

En plus du rôle général de l'intervenant usager pour la clientèle hébergée décrit à la section 4.2 du présent document, il est attendu que l'intervenant usager MDA assure la coordination du plan de services individualisé (PSI) pour la clientèle dont il a la responsabilité clinique. En ce sens, il doit s'assurer de la planification, de la rédaction et des révisions du PSI. De plus, il doit jouer un rôle de vigilance afin d'assurer la prestation des services par les partenaires internes et externes tel que convenu lors du PSI.

8.3. Standards de qualité

8.3.1. Règles de tenue de dossier

Les intervenants usagers doivent se conformer aux règles et normes de tenue de dossier de l'établissement. Les notes d'évolution et les HPS doivent être rédigées dans les délais prescrits. Toutes les demandes d'accès au dossier de l'utilisateur doivent transiter par les archives.

La politique et les procédures pour la tenue de dossier sont disponibles sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

8.3.2. SIPAD

Le SIPAD est le système d'information clientèle obligatoirement utilisé pour la clientèle MDA hébergée.

Les outils de référence pour l'utilisation conforme du SIPAD sont disponibles sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

8.3.3. Lien avec SIRTf (contrôle qualité)

Le système SIRTf permettant de consigner les informations administratives et cliniques en lien avec les ressources RI-RTF est utilisé par l'équipe contrôle qualité et les gestionnaires identifiés. L'intervenant usager MDA a accès au SIRTf pour l'utilisation et la complétion de l'instrument de classification. Des consignes détaillées sont à convenir pour le dépôt des notes de l'intervenant usager concernant le tour 1 de contrôle-qualité.

L'aide-mémoire des consignes détaillées pour le dépôt des notes concernant RI-RTF est disponible sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

8.4. Standards d'efficacité et d'efficience

8.4.1. La durée et les fréquences des rencontres

Les visites s'effectuent dans la ressource en fonction de la fréquence convenue avec le soutien clinique. L'outil de charge de cas permet de préciser les besoins d'intensité de rencontre avec un descriptif des enjeux rencontrés par l'utilisateur ou la ressource qui l'héberge. Les visites doivent minimalement avoir lieu aux trois mois. Pour les ressources de type spécifique, la fréquence doit être convenue avec le chef MDA. Considérant que les ressources RI-RTF hébergeront des clients MDA, mais également des clients desservis par les programmes spécialisés, une concertation entre les intervenants est requise afin d'assurer un processus de vigilance contrôle qualité adéquat tout en évitant une surcharge de visites simultanées pour la ressource RI-RTF.

8.4.2. Les critères de cessation de services

- Fin de l'hébergement
- Placement en CHSLD
- Transferts d'établissement

- Transfert en ressource privée sans achat de place
- Transfert à un programme spécialisé (autre qu'un épisode de services).

8.4.3. La gestion de la charge de cas et de la charge de travail

L'outil d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail est conçu pour baliser le nombre de dossiers, la fréquence des visites et la capacité de l'intervenant à assumer des tâches ou mandats particuliers (supervision de stagiaires, comité de travail, etc.). La révision de la charge de cas/charge de travail se fait minimalement aux 3 mois (ou dès que la situation le requiert). Généralement, l'intervenant et le soutien clinique se rencontrent pour compléter l'outil. Toutefois, la responsabilité administrative de la gestion de la charge de cas/charge de travail relève en tout temps du gestionnaire de l'intervenant MDA.

L'outil d'analyse de la charge de cas/charge de travail est disponible sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis.

8.4.4. Le nombre d'interventions significatives par jour ou par semaine

Le nombre minimal de visites dans les ressources d'hébergement est déterminé à l'aide de l'outil d'analyse de la charge de cas. En plus des visites dans les ressources, il est attendu que l'intervenant usager MDA procède en fonction de l'analyse de fréquence prévue dans la charge de cas, aux visites dans les milieux communautaires pour favoriser la participation sociale de l'usager. En plus des rencontres en présence de l'usager, il est attendu que l'intervenant MDA coordonne l'ensemble des services requis par l'usager. En ce sens une partie importante de son travail consiste à des tâches clinico-administratives tels que : Protocole d'abus/ visite ponctuelle lors de situation d'urgence/ plan d'amélioration/ communication régulière avec les ressources, avec les familles / représentants légaux, avec les loisirs, les CISSS, les installations, etc.

9. RÔLE DU SOUTIEN CLINIQUE

Le soutien clinique est offert par un professionnel syndiqué qui s'assure du respect de l'application du guide de l'intervenant; du soutien clinique aux professionnels et de la gestion clinique de la liste d'attente. Il dispose de différents moyens pour remplir ce mandat : consultation clinique, encadrement clinique individuel ou de groupe, discussions de cas, révision des charges de cas, réunions d'équipe, etc.

Ces moyens visent à soutenir le développement et le maintien des compétences professionnelles des intervenants au plan des connaissances (savoir), des habiletés cliniques (savoir-faire) et des habiletés personnelles (savoir-dire et savoir-être). Ils visent également à assurer le respect des différents standards établis et des normes de productivité attendues. Le soutien clinique doit référer les situations problématiques relativement aux standards attendus par les intervenants aux chefs de programme dont il relève puisqu'il ne doit pas jouer un rôle d'autorité administrative.

Il est à noter que le soutien clinique relève du chef de programme de la coordination des services spécifiques DI-DP-TSA et programme spécialisé DI 7 ans +.

RÉFÉRENCES

- B. Terrisse et F. Larose (2004), L'intervention socio-éducative auprès de la famille, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Caouette M (2017), Document de formation sur l'autodétermination. Université du Québec à Trois-Rivières
- Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie Ouest (2017), Rapport du comité de travail sur la clientèle MDA à la DPD.
- Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie Ouest (2018), Guide d'accompagnement : Rôles et responsabilités des intervenants impliqués auprès de la clientèle hébergée dans une RI-RTF.
- Chaire TSA Technologies – Soutien – Autodétermination. (2009). « À la découverte de l'autodétermination ». Info-Clic TSA, 1(2) :7-9 cité dans "Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016), Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial
- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (Avril 2009). Processus de production du handicap PPH. Évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : Guide de formation.

SECTIONS THÉMATIQUES

Les thèmes suivants seront déposés sur le (N :)/DPD/Maintien des acquis ainsi que dans les cartables remis aux intervenants :

1. Approches cliniques préconisées

- Modèle MDH-PPH
- Modèle Écosystémique
- Approche autodétermination
- Approche Communautaire
- Approche Positive

2. Tenue de dossiers

- Règles de tenue de dossier
- Note confidentielle
- Note concernant un tiers

3. SIPAD

- HPS/HAP
- Catégories de note
- Insérer un PI maintien au SIPAD

4. PI-PSI

- L'évaluation des besoins de participation sociale
- Rédaction des plans de maintien et des moyens

5. Mécanismes d'accès

- Trousse de consentement

6. Hébergement

- Services communs
- RQS
- Qui paie quoi
- Départ de l'usager

7. Outils cliniques

- Outil de charge de cas
- Mesure de contrôle/ de remplacement/ de protection
- Gestion des risques
- Protocole de violence

8. Aides mémoires

9. Formulaires

- Consentement à recevoir des soins et services

10. Contrôle qualité

- Processus de contrôle de la qualité (trois tours)
- Arbre décisionnel