Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Programme d'hébergement en maisons des aînés et maisons alternatives

Direction des programmes Déficiences
Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie

MAISONS
DES AÎNÉS ET ALTERNATIVES

Note aux lecteurs et lectrices :
Ce document découle du *Programme d'hébergement* présentement en cours d'élaboration par la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA).
Il s'agit donc d'un document évolutif susceptible d'être révisé suite à l'approbation dudit programme ainsi qu'à l'ouverture des MDA MA. Ce sera l'occasion de préciser ou rectifier certains éléments qui demeurent pour l'instant abstraits et/ou indéterminés.

Février 2024

Québec

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées à la section *Processus d'élaboration/révision* à la fin du document. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au projet des Maisons des aînés et maisons alternatives.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, février 2024.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES 5

LEXIQUE 6

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 10

1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE CIBLE 12

1.1. Problématique 12

1.2. Clientèle cible 15
1.2.1. Profil de la clientèle cible des MDA 15
1.2.2. Profil de la clientèle cible des MA 16
1.2.3. Profil des proches et PPA 17

2. OBJECTIFS 18

3. THÉORIE 19

3.1. Philosophie 19

3.2. Cadre conceptuel 20
3.2.1. Concepts théoriques 22
3.2.2. Modèle conceptuel 24
3.2.3. Approches cliniques 24

3.3. Moyens projetés pour atteindre les objectifs 25

4. RESSOURCES 34

4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités 34

4.2. Ressources matérielles 51

4.3. Développement des compétences 52

5. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE 53

5.1. Cheminement de la demande 53

5.2. Critères d'accès 53

6. STRATÉGIES D'INTERVENTION 55

7. DESCRIPTION DU PROCESSUS D'INTERVENTION 62

CONCLUSION 66

ANNEXES 67

RÉFÉRENCES 68

ANNEXE A TABLEAU SYNTHÈSE DU PLAN D'ACTION POUR L'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE 2021-2026 77

ANNEXE B TABLEAU SYNOPTIQUE DU PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR LES PPA 2021-2026 78

ANNEXE C RÉSUMÉ DU PLAN CLINIQUE MDA MA 80

ANNEXE D DÉFINITION DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE 81

ANNEXE E DÉFINITION DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME 83

ANNEXE F PROFILS ISO-SMAF 86

ANNEXE G EXTRAITS CONCEPTS ET APPROCHES – PROCESSUS CLINIQUES DPD ET DSHAPPA 87

ANNEXE H MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (MDH-PPH) 90

ANNEXE I MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE 91

ANNEXE J PERSONNALISATION DE L'APPARTEMENT 92

ANNEXE K FICHES THÉMATIQUES 93

ANNEXE L PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION 94

Liste des abréviations et des acronymes

ADC	Activité de développement des compétences
APTD	Activité préventive et de traitement du déconditionnement
ASI	Assistant·e au supérieur immédiat
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CPNSSS	Comité patronal de négociation dans le secteur de la santé et des services sociaux
CPE	Centre de la petite enfance
CSI	Conseiller·ère en soins infirmiers
DI	Déficience intellectuelle
DL	Direction de la logistique
DP	Déficience physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
DSHAPPA	Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie
GRMV	Gestionnaire responsable milieu de vie
ICASI	Infirmier·ère clinicien·ne assistant·e au supérieur immédiat
ICE	Infirmier·ère chef·fe d'équipe
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPSPL	Infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e en soins de première ligne
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MA	Maison alternative
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MDA	Maison des aînés
MDA MA	Maison des aînés et maison alternative
MDH-PPH	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIM	Niveau d'intervention médicale
OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques
PAB	Préposé·e aux bénéficiaires
PAP	Préposé·e au pavillon
PAU	Préposé·e à l'unité
PCI	Prévention et contrôle des infections
PEPS	Programme d'évaluation de la personnalisation des soins
PHSSLD	Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPA	Personne proche aidante
PQSBHB	Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche
PREC	Personne-ressource en encadrement clinique
PSI	Plan de service individualisé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RI	Ressources intermédiaires
RNI	Ressources non institutionnelles
RTF	Ressources de type familial
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie
TES	Technicien·ne en éducation spécialisée
TGC	Trouble grave de comportement
TNC	Trouble neurocognitif
TS	Travailleur·euse social·e
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TTS	Technicien·ne en travail social

Lexique

Activité de la vie domestique (AVD) Ensemble des tâches accomplies chaque jour par une personne et qui concernent sa vie à l'intérieur et autour de son milieu de vie (Blouin et Bergeron, 1997 dans MSSS, 2016).

Activité de la vie quotidienne (AVQ) Ensemble de gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale (Blouin et Bergeron, 1997 dans MSSS, 2016).

Appartement Désigne l'espace privé de la personne hébergée en MDA MA (chambre et salle de bain).

Arrière-scène Désigne tous les aspects institutionnels qui sont camouflés ou non visibles des personnes hébergées : soutien aux maisonnées, soutien administratif, soutien clinique, soutien aux prestataires de services, services alimentaires, approvisionnement, etc.

Avant-scène Désigne les aires de vie des personnes hébergées : appartements, salle à manger, cuisinette, bistro, salle polyvalente, terrasse, salon de coiffure, etc.

Bénévole « Personne qui, dans ses temps libres, apporte volontairement son concours à une œuvre commune, sans engagement formalisé et sans être rémunérée » (Office québécois de la langue française, 2020). Le bénévolat est un don de soi librement consenti et gratuit. Un bénévole doit compléter un processus d'embauche. Ne sont pas considérés comme bénévoles : stagiaires, personnes proches aidantes, personnes réalisant des heures de travail communautaire.

Collaboration interprofessionnelle « Le fait de travailler ensemble avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins de santé dont chacun apporte sa propre contribution en vue d'atteindre un objectif commun, au plus grand bénéfice des patients. Chaque personne participe dans les limites de ses fonctions. Il s'agit d'un processus de communication et de décision qui permet aux connaissances et aux compétences des différents fournisseurs de soins d'influencer de façon synergétique les soins fournis en modifiant les attitudes et les comportements, tout en mettant l'accent sur des objectifs et des valeurs centrées sur les patients » (Santé Canada, 2011 dans Consortium national de formation en santé, 2017).

Communauté « La communauté peut être définie comme un système social structuré, formé de personnes vivant à l'intérieur d'un territoire ou d'un espace géographique donné, soit le village, la ville, le quartier ou l'arrondissement. Elle comprend les endroits fréquentés au quotidien, par exemple pour se loger, pour se rendre à l'école ou au travail, pour s'adonner à des loisirs ou pour utiliser des services communautaires ou commerciaux (ex. : centres communautaires, de loisirs et d'activité physique, bibliothèques municipales, épiceries, dépanneurs, restaurants, pharmacies, points de services des établissements de santé et de services sociaux) » (MSSS, 2016).

Consentement Expression de la volonté de la personne hébergée quant à un acte que doit accomplir une autre personne. Le consentement aux soins et aux services doit être libre et éclairé.

- Consentement **libre** : sans aucune forme de pression ou discrimination de la part de l'intervenant·e ou des proches de la personne hébergée. La personne consent en toute confiance.
- Consentement **éclairé** : disposant de tous les renseignements appropriés et nécessaires qu'elle comprend, et informée des conséquences de son

consentement, la personne hébergée consent en toute connaissance de cause (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a).

Habitude de vie « Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (RIPPH, 2021a).

Histoire de vie « Compilation de renseignements biographiques d'un individu, par exemple ses qualités et ses forces, ses pratiques spirituelles, son éducation et son travail, ses loisirs ou ses intérêts personnels, des événements significatifs de sa vie et quelques mots de sagesse » (Alliance des soins palliatifs de qualité lors de soins de longue durée, 2012).

Intervenant·e « Celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de [la personne hébergée] (incluant les soins et services médicaux) » (MSSS, 2018a).

Maisonnée Unité de vie regroupant des personnes ayant idéalement des profils et intérêts similaires.

Maltraitance « Geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne » (*Loi visant à lutter contre la maltraitance*, RLRQ, Ch. L-6.3. Art.2).

Milieu de vie résidentiel « Lieu résidentiel le plus normalisant possible, qui facilite l'appropriation par [la personne hébergée] et la personnalisation de son espace. Par « normalisant », nous entendons ici qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés » (MSSS, 2003).

Participation sociale « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (RIPPH, 2021a).

Personne autorisée ou personne autorisée par la loi « Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier » (Code civil du Québec, CCQ-1991, c.64, art. 15). Le terme personne autorisée inclut le représentant légal ainsi que les autres formes de représentation telles que mentionnées ci-dessus.

Personne hébergée Dans le programme, ce terme désigne la personne résidant dans une maison des aînés (MDA) ou une maison alternative (MA).

Personne proche aidante (PPA) « Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel,

de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie » (MSSS, 2021a).

Perte d'autonomie « Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou à plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Ce n'est pas tant la nature des incapacités qui détermine la perte d'autonomie que leur simultanéité, leur intensité, leur durée et leurs répercussions fonctionnelles ainsi que la perception qu'a une personne de ses capacités d'adaptation » (MSSS, 2001).

Prestataires de services « désignent toute personne qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, intervenir ou dispenser des soins ou des services à [la personne hébergée] (y compris les soins et services médicaux), pour le compte de l'établissement ou non » (MSSS, 2021b). Ce terme inclut les notions d'intervenant·e, de médecin, de résident·e, de stagiaire, de bénévole et d'autres personnes étant en relation avec les personnes hébergées.

Proches « tous ceux et celles qui font partie de l'entourage d'une personne et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail, de couple avec ou sans statut juridique, familial, etc. » (MSSS, 2021b).

Projet de vie « Représentation mentale de la vie que [la personne hébergée] souhaite mener et des moyens qu'[elle] se donne pour y parvenir. Le projet de vie oriente le comportement de la personne à différents moments et selon les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie. Ainsi, le projet de vie évolue dans le temps, tout au long du parcours de vie et de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie » (MSSS, 2018a).

Qualité de vie « Large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (WHOQOL Group, 1994).

Représentant légal « Personne à qui est confiée, par la loi ou par mandat, la responsabilité légale de représenter et de défendre les droits et intérêts d'une autre personne » (MSSS, 2017a).

Situation de handicap « Réduction de la réalisation ou (…) incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (RIPPH, 2021a).

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550[1] médecins, répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

[1] Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le contexte actuel du vieillissement de la population entraîne des besoins grandissants pour les personnes aînées en grande perte d'autonomie ne pouvant plus demeurer à domicile et nécessitant des soins particuliers. De même, les personnes adultes ayant une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP) peuvent avoir besoin d'un milieu d'hébergement, en raison d'incapacités significatives et persistantes. Afin d'améliorer la réponse aux besoins souvent complexes de ces clientèles, un nouveau type d'hébergement a vu le jour. La construction de maisons des aînés et de maisons alternatives (MDA MA) s'inscrit dans la foulée de la transformation des milieux d'hébergement dans la province.

Depuis la publication des orientations sur le concept de milieu de vie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a affirmé sa volonté de redéfinir l'hébergement (MSSS, 2003). À cet effet, la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD) (MSSS, 2021b), en plus d'inclure la clientèle présentant une DI, un TSA ou une DP, précise des orientations et des principes directeurs visant à soutenir le développement d'un modèle novateur d'hébergement dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Le plan d'action qui en découle propose des mesures tangibles pour en assurer le déploiement et en concrétiser la vision (Annexe A) (MSSS, 2022a, 2022b) :

> Pour la personne, un parcours vers une ressource d'hébergement et un vécu au sein de ce nouveau milieu de vie doit s'inscrire le plus possible **en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, sa culture et sa langue**. Le milieu de vie évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne et lui permet de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis par son état.

En parallèle, dans le but de reconnaître l'apport des personnes proches aidantes (PPA) et d'encadrer le soutien dont elles ont besoin, la Politique nationale pour les personnes proches aidantes (MSSS, 2021a) et un plan d'action ont été déployés (Annexe B) (MSSS, 2021c, 2021d). Ces politiques et plans d'action orientent le développement et l'implantation des pratiques dans les MDA MA.

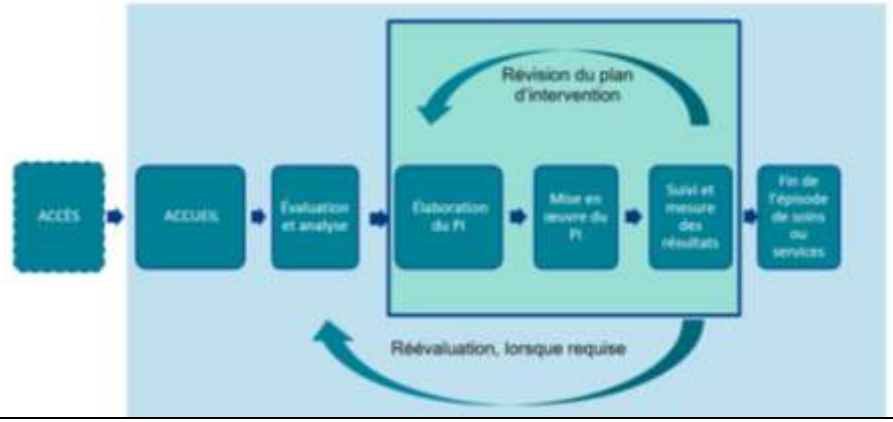
Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest a reçu le financement pour la construction de deux MDA MA, une à Châteauguay et une à Salaberry-de-Valleyfield. Ces maisons permettent d'accueillir des aînés et des adultes ayant des besoins spécifiques, répartis dans 18 maisonnées de 12 espaces privés. La configuration et l'ameublement de ces maisonnées respectent un caractère résidentiel (MSSS, 2021b). La présence des deux types de maisons permet de regrouper des personnes adultes de manière distincte des aînés, de personnaliser les services selon les besoins spécifiques des personnes hébergées et de privilégier des équipes cliniques flexibles possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre à ces besoins (MSSS, 2021b). Les MA représentent une avancée significative pour les clientèles présentant une DI, un TSA ou une DP, pour lesquelles il n'y avait pas auparavant de milieu adapté à leurs besoins particuliers.

La Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA) et la Direction des programmes Déficiences (DPD), soucieuses d'encadrer leurs pratiques selon une vision et un langage communs, ont choisi d'élaborer un programme d'hébergement conjoint. Le programme présente une philosophie nouvelle et distinctive du milieu de vie et des principes qui s'appliquent autant à la clientèle aînée que celle ayant des besoins spécifiques. Il s'appuie sur les recommandations ministérielles et sur les pratiques basées sur des données probantes et est en cohérence avec les concepts décrits dans le Plan clinique – Maison des aînés et alternative (Annexe C) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022). Puisqu'au moment de la rédaction, les MDA MA ne sont pas encore en fonction, le contenu est susceptible d'évoluer, à la lumière de l'expérience vécue et de l'expertise développée et selon les éléments qui seront précisés au fil du temps.

Ce programme s'adresse à toutes les personnes concernées, de près ou de loin, dans la dispensation des soins et services aux personnes hébergées dans les MDA MA, incluant les médecins, bénévoles, stagiaires, proches et autres prestataires de services. Il s'adresse également aux gestionnaires qui seront appelés à le mettre en œuvre dans les milieux désignés.

Le tableau I à la page suivante résume brièvement le contenu du programme.

Tableau I
Résumé programme d'hébergement en MDA MA

Clientèle cible		**Maison des aînés (MDA)** • Personnes aînées en grande perte d'autonomie et qui, dans une proportion d'environ 80 %, présentent des troubles neurocognitifs • Profils ISO-SMAF de 10 et plus	**Maison alternative (MA)** • Personnes adultes vivant avec une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP), sans trouble de comportement majeur, et dont la situation de handicap limite de façon significative la réalisation des habitudes de vie • Profils ISO-SMAF entre 8 et 14
Objectif général		Optimiser la participation sociale, le potentiel et la qualité de vie de la personne hébergée dans l'ensemble des sphères de sa vie et selon son projet de vie.	
Objectifs spécifiques		Pour la personne hébergée : • Favoriser son autonomie dans son quotidien et dans la réalisation d'activités qui lui sont signifiantes; • Favoriser son appartenance au milieu de vie et son sentiment d'être comme à la maison; • Favoriser sa socialisation et son intégration scolaire, parascolaire ou sociocommunautaire; • Accroître et soutenir son autodétermination dans les décisions qui la concernent et celles de sa maisonnée (incluant la prise de risques).	
Théorie	**Concepts**	Autodétermination | Autonomisation | Pratiques collaboratives | Bientraitance | Dignité | Gestion des risques calculés | Prise de décision partagée	
	Modèles	MDH-PPH	Modèle écosystémique
	Approches	Approche de partenariat | Approche positive	Approche relationnelle | Approche palliative intégrée
	Moyens	**Un milieu de vie qui favorise le sentiment d'être comme à la maison, l'autonomie et la socialisation** 1. Un environnement familier et à caractère résidentiel 2. Des soins et des services personnalisés 3. La participation active de la personne dans son quotidien 4. Une place prépondérante pour les proches 5. Un milieu de vie axé sur la socialisation et ouvert sur la communauté	**Un quotidien animé et rythmé selon une organisation du travail axée sur les besoins et les préférences des personnes hébergées** 6. Une organisation du travail souple et flexible 7. La présence et la proximité des prestataires de services 8. L'animation du milieu de vie, une responsabilité partagée
Stratégies d'intervention		• Interventions en lien avec les soins de santé et d'assistance • Interventions d'adaptation ou de réadaptation • Interventions en lien avec la socialisation et les loisirs	• Interventions psychosociales • Modalités d'intervention alternatives • Accompagnement des proches
Processus d'intervention			

1. Définition de la problématique et clientèle cible

1.1. Problématique

Vieillissement de la population

Au Québec, l'accroissement de la population vieillissante se produit rapidement. En 2018, 19 % de la population de la province était âgée de 65 ans et plus et cette proportion devrait atteindre 25 % en 2030 (Institut national de santé publique du Québec, 2021). Qui plus est, la proportion de personnes de 65 ans et plus dépassera alors celle de la tranche d'âge des 0 à 17 ans, soulignant l'ampleur du changement démographique amorcé. Le territoire de la Montérégie-Ouest n'échappe pas à cette réalité (Blackburn et al., 2018). Des efforts sont investis localement pour adapter les soins et services aux besoins croissants.

Des milieux de vie qui ne répondent pas toujours aux besoins de la clientèle

La clientèle des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dits traditionnels est majoritairement constituée de personnes aînées en grande perte d'autonomie du fait de maladies chroniques et de problèmes de santé liés au vieillissement (MSSS, 2018b). Par conséquent, les adultes en situation de handicap en raison d'une DP, d'une DI ou d'un TSA hébergés en CHSLD représentent non seulement une minorité, mais ils sont également susceptibles de ne pas recevoir les services correspondant à leurs besoins et se retrouvent entourés de personnes avec des profils qui diffèrent du leur (MSSS, 2021b). Ainsi, l'organisation des services et le développement de milieux de vie adaptés doivent évoluer pour répondre aux caractéristiques et aux besoins de cette clientèle nécessitant un haut niveau de soins.

Conséquences du vieillissement et prévalence des troubles et des maladies

L'avancement en âge s'accompagne généralement de **maladies chroniques** et d'**incapacités** qui contribuent à la **perte d'autonomie**. Les principales incapacités et problématiques qui limitent les activités de la vie quotidienne (AVQ) des aînés sont (Maresova et al., 2019) :

- Les troubles psychologiques;
- Les difficultés de mobilité;
- Les troubles cognitifs;
- Les chutes;
- Les blessures;
- La malnutrition;
- Les problèmes de communication.

Au Canada, 73 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'au moins une des dix conditions les plus fréquentes[2] et près de la moitié des personnes de 85 ans et plus présentent une **multimorbidité**, soit deux maladies chroniques ou plus (Gouvernement du Canada, 2020).

La multimorbidité est synonyme de qualité de vie diminuée, d'effets néfastes sur la santé, d'incapacités et d'institutionnalisation (Gijsen et al., 2001). Les maladies chroniques sont quant à elles souvent associées à une douleur chronique et, par conséquent, à la prise d'opioïdes et à la polypharmacie (Gouvernement du Canada, 2020).

[2] Maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, cancer (au cours de la vie), asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, arthrite, maladie d'Alzheimer ou d'autres démences, troubles anxieux et de l'humeur

Plus d'un demi-million de Canadiens sont atteints de la **maladie d'Alzheimer** ou d'un autre **trouble neurocognitif** (TNC). D'ici 2030, ce nombre aura presque doublé (Société Alzheimer du Canada, 2021a). Par ailleurs, la prévalence de la maladie d'Alzheimer augmente avec l'âge. On la retrouve chez environ 10 % des personnes âgées de 75 à 84 ans et 30 % des personnes âgées de 85 ans et plus (Blackburn et al., 2018).

La maladie d'Alzheimer et les autres TNC peuvent entraîner des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ceux-ci regroupent un ensemble de comportements et de manifestations cliniques tels l'errance, des troubles de l'humeur, l'apathie ou l'agitation (Bessey et Walaszek, 2019). Les SCPD occasionnent un inconfort et une détresse émotionnelle et augmentent les atteintes fonctionnelles, la fréquence des hospitalisations et le risque d'abus et de négligence chez les personnes qui en présentent (Kales et al., 2014). Les SCPD engendrent également de l'incompréhension, voire de la détresse, de l'anxiété et la dépression chez les proches (Kales et al., 2014; Cheng, 2017). Les SCPD peuvent donc avoir un impact important sur la qualité de vie et sur la survie des personnes qui en présentent, tout en constituant un défi pour les équipes de soins et les proches (Bessey et Walaszek, 2019).

Tout comme les maladies chroniques et les autres conditions associées au vieillissement, la prévalence de certains troubles sont en augmentation.

De nombreux Canadiens souffrent d'une **déficience physique** (DP), se définissant comme « la déficience d'un système organique qui entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices, et qui réduit ou risque de réduire la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux » (MSSS, 2017b). Selon l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017, les plus souvent observées chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus étaient « les incapacités liées à la douleur (15 %), à la flexibilité (10 %), à la mobilité (10 %) », suivies des « incapacités liées à la vision (5 %), à l'ouïe (5 %), à la dextérité (5 %) » (Statistique Canada, 2018).

De plus, les taux de prévalence de **TSA** et de **DI** sont estimés à environ 1,5 % et 1 % de la population québécoise, respectivement (Fédération québécoise de l'autisme, 2021; Poirier et al., 2019). Les définitions de la DI et du TSA se trouvent aux Annexe D et Annexe E.

Quant aux **troubles mentaux**, ils seraient présents chez près d'un Québécois sur cinq (Institut national de santé publique du Québec, 2012).

Conséquences de la perte d'autonomie et des incapacités sur l'offre de soins et services

Les maladies chroniques, les déficiences et les incapacités sont synonymes de longues périodes où des soins et des services sont nécessaires. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence de ces maladies entraînent inévitablement une hausse de la demande des services et des changements dans leur nature (Maresova et al., 2019). Depuis les dernières années, de nombreux efforts sont déployés pour offrir des soins et services à domicile pour permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible, malgré une certaine perte d'autonomie. L'hébergement s'avère nécessaire lorsque la personne ne peut plus demeurer chez elle, car ses besoins sont devenus trop importants et que les proches et les services de soutien à domicile ne peuvent plus compenser les incapacités et la perte d'autonomie. Ainsi, les personnes admises et hébergées en CHSLD sont davantage âgées et présentent une perte d'autonomie de plus en plus importante (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016).

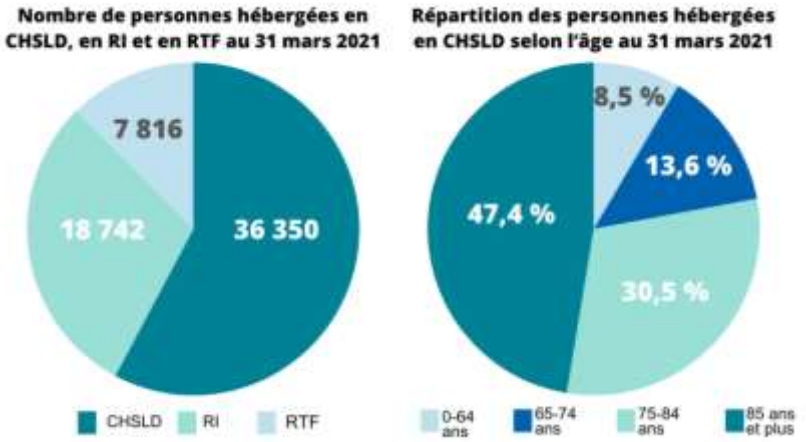


Figure I – Portrait des personnes hébergées, graphiques extraits du Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2022-2026 (MSSS, 2022a)

Au 31 mars 2021, le Québec comptait 36 350 personnes hébergées en CHSLD, 18 742 adultes en ressources intermédiaires (RI) et 7 816 adultes en ressources de type familial (RTF) (Figure I) (MSSS, 2022a). La grande majorité (91 %) des personnes hébergées en CHSLD ont **plus de 65 ans** et près de la moitié ont **85 ans ou plus** (MSSS, 2021b; 2022a). De même, les adultes vivant avec une DI, un TSA ou une DP entraînant des incapacités significatives ou persistantes peuvent devoir recourir à l'hébergement en CHSLD. Les personnes hébergées nécessitent de nombreux services en réponse à leurs besoins sur les plans médical, physique, psychologique et social. Leurs **besoins** s'avèrent donc à la fois **grandissants** et particulièrement **complexes**.

Conséquences de la perte d'autonomie et des incapacités sur les proches

On estime qu'en 2018, dans la province, 1 489 000 personnes (soit une personne de 15 ans et plus sur 5) apportaient du soutien à un proche ayant des besoins liés à un problème de santé de longue durée, une incapacité ou des problèmes liés au vieillissement. Ces personnes sont considérées comme des personnes proches aidantes (PPA). La majorité des PPA appuient une personne âgée de 65 ans et plus (MSSS, 2021a). Avec l'augmentation des besoins de soutien, les PPA seront davantage sollicitées durant les prochaines années. Bien que la majorité des PPA considèrent leur rôle gratifiant, celui-ci entraîne inévitablement des répercussions sur leur vie familiale, sociale et professionnelle, sur leur santé physique et mentale et sur leur situation financière (Statistique Canada, 2018 dans MSSS, 2021a). Par exemple, l'angoisse et le stress peuvent engendrer fatigue, isolement social ou encore détresse psychologique (MSSS, 2021a, Observatoire québécois de la proche aidance, 2023). Les PPA ont donc des besoins particuliers. Malheureusement, ceux-ci sont bien souvent mis de côté, en raison de la croyance selon laquelle « l'hébergement les soulage automatiquement et permet d'éviter leur épuisement physique ou psychologique » (MSSS, 2021b).

Or, le déménagement dans une ressource d'hébergement, bien qu'il puisse améliorer la qualité de vie du proche, peut être associé à de la culpabilité, un sentiment d'échec, de la dépression et la perception d'un fardeau continuel (Sury et al., 2013). Qui plus est, le rôle des PPA ne prend pas fin une fois que la personne est hébergée; il se poursuit de manière différente. Bien qu'on puisse penser que le soutien apporté diminue en hébergement, les PPA peuvent continuer à s'impliquer et à être très présentes auprès de la personne hébergée. Les PPA peuvent en effet apporter « du soutien émotionnel, en stimulant, en coordonnant les différents services ou en aidant à la prise des repas ou à l'hygiène personnelle. Les [PPA] peuvent aussi jouer un rôle de surveillance des soins et services donnés et s'assurent que les besoins et intérêts de leur proche (enfant ou adulte) soient communiqués et compris, notamment au début de l'hébergement » (Observatoire québécois de la proche aidance, 2023).

Dans tous les cas, les proches ont des questionnements et des craintes et la transition vers l'hébergement est ponctuée de deuils, de décisions et d'adaptations (MSSS, 2021b). Par conséquent, ils doivent être reconnus, informés, accompagnés et soutenus dans cette période de transition, mais également tout au long de leur parcours de PPA (MSSS, 2021b). Il existe de multiples trajectoires reflétant une grande diversité de réalités et de contextes, néanmoins les PPA sont susceptibles de traverser certaines étapes significatives (MSSS, 2021a). Un exemple de trajectoire est présenté à la Figure II.



Figure II – Étapes significatives de la trajectoire d'une PPA qui accompagne une personne en perte d'autonomie (Comité de soutien aux proches aidants d'aînés de Laval, n.d.)

Le terme « **proches** » inclut toutes les personnes qui font partie de l'entourage de la personne hébergée et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non (MSSS, 2021b). Parmi les proches, on compte les personnes qui assument un rôle ou des responsabilités particulières, notamment les PPA et celles qui agissent à titre de représentant légal d'une personne déclarée inapte. Le lien unissant la personne hébergée et le proche, la nature de la relation et la fréquence des contacts sont diversifiés (MSSS, 2022a).

1.2. Clientèle cible

La clientèle cible inclut toutes les **personnes hébergées dans les MDA MA** du CISSS de la Montérégie-Ouest, ainsi que **leurs proches**.

1.2.1. Profil de la clientèle cible des MDA

Les **MDA** accueillent des personnes aînées en grande perte d'autonomie et qui, dans une proportion d'environ 80 %, présentent des troubles neurocognitifs.

Cette clientèle présente majoritairement un profil de fonctionnement correspondant aux **profils ISO-SMAF entre 10 et 14** (MSSS, 2021b). Cependant, certaines personnes peuvent être hébergées en MDA en ayant une perte d'autonomie modérée (ISO-SMAF 8-9), dans la mesure où le milieu convient davantage à leurs besoins et capacités compte tenu de l'évolution de leur état de santé.

- Se référer à l'Annexe F pour plus d'informations sur les profils ISO-SMAF.

L'état de santé de ces aînés est **fragile** et **complexe**, étant donné qu'ils sont atteints de plusieurs **maladies chroniques** et conditions entraînant des **incapacités** et une **perte d'autonomie**. Le

profil ISO-SMAF de ces personnes démontre qu'elles présentent des atteintes motrices et cognitives parfois graves, nécessitant une **aide à la mobilité,** pouvant entraîner un **alitement**, ainsi qu'une **dépendance aux AVQ** (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2006).

D'après le portrait actuel des personnes hébergées en CHSLD, on estime que :

- La majorité (70 à 80 %) des personnes hébergées sont atteintes d'un **TNC majeur** (MSSS, 2021b) et près de la totalité de ceux-ci manifesteront des **SCPD** au cours de la maladie (Kales et al., 2015);
- Près de la moitié des personnes âgées hébergées sont en **état de malnutrition** (entre 40 et 60 % au Canada);
- La grande majorité des personnes hébergées présentent un **trouble de communication** (90 %) ou **d'audition** (80 %), ce qui affecte leur autonomie (OIIQ, 2016);
- Enfin, on estime qu'annuellement, 18 % de la clientèle hébergée nécessite des **soins de fin de vie** (OIIQ, 2016).

Afin de regrouper les personnes hébergées ayant un profil[3] similaire au sein d'une même maisonnée, trois profils ont été identifiés en MDA :

Explorateur	**Marcheur**	**Physique**
Perte d'autonomie à dominance cognitive avec un profil marcheur et errance invasive et acceptant l'errance d'autrui	Perte d'autonomie à dominance cognitive avec un profil marcheur sans errance invasive	Perte d'autonomie à dominance physique sans déficit cognitif majeur

1.2.2. Profil de la clientèle cible des MA

Les **MA** accueillent une clientèle adulte[4] vivant avec une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP), sans trouble de comportement majeur, et dont la situation de handicap limite de façon significative la réalisation des habitudes de vie.

La clientèle des MA correspond à la clientèle auparavant hébergée dans d'autres milieux (famille naturelle, ressources non institutionnelles (RNI), ou faute de places disponibles, en CHSLD). Elle peut afficher un profil de fonctionnement correspondant aux **profils ISO-SMAF entre 8 et 14**. Ces profils correspondent à ceux dont l'atteinte de l'autonomie est la plus sévère.

La clientèle hébergée en MA a donc besoin d'un éventail de soins et services **adaptés** qui prend en considération :

- Les **besoins complexes et variés**;
- La **vulnérabilité** de la personne;
- Le **risque accru d'épuisement des proches** ou de **précarité du réseau de soutien**;
- Le besoin de **soutien continu** et particulièrement **accru** lorsque la personne doit s'adapter à de nouvelles situations.

[3] Le profil est pris en compte lors de l'admission, mais n'entraîne pas nécessairement de changement de maisonnée malgré l'évolution de l'état de santé de la personne hébergée.
[4] À titre indicatif, moins de 65 ans.

Les personnes hébergées en MA ne forment pas forcément un groupe homogène, mais peuvent tout de même partager des caractéristiques similaires pouvant les unir. En effet, toutes les personnes partagent les mêmes besoins fondamentaux, dont (McGuire, 2001) :

- Le besoin d'appartenir à une communauté particulière ou un réseau social ainsi que d'avoir une place légitime d'importance dans la société;
- Le besoin d'avoir du pouvoir sur sa destinée;
- Le besoin d'être libre de faire des choix personnels pour sa vie;
- Le besoin d'avoir du plaisir dans des contextes variés et des circonstances de son propre choix.

Les personnes ayant un profil similaire sont hébergées au sein d'une même maisonnée, soit DP ou DI-TSA.

1.2.3. Profil des proches et PPA

Selon un rapport de l'organisme l'Appui, en Montérégie, plus de la moitié des PPA sondées sont âgées de 65 ans et plus et la plupart soutiennent une personne âgée de 85 ans et plus (Centre collégial d'expertise en gérontologie (CCEG) du Cégep de Drummondville, 2019). Chez la majorité des personnes apportant du soutien à un proche, la méconnaissance des ressources disponibles dans leur région et adaptées à leurs besoins constitue le principal frein à l'utilisation des services (L'Appui pour les proches aidants, 2016). Les PPA reconnaissent qu'elles attendent d'être épuisées avant de demander de l'aide (CCEG, 2019). Les PPA, en plus de prodiguer des soins personnels, apportent un soutien à la participation sociale (ex. activités sociales, sportives et culturelles, études, intégration à l'emploi), ainsi qu'un soutien psychologique et social. Elles sont également appelées à jouer un rôle dans l'organisation des soins, les opérations bancaires et les obligations légales et juridiques de la personne aidée (MSSS, 2021a).

Étant donné les répercussions de la proche aidance et les défis que vivent les PPA, celles-ci peuvent avoir besoin de **soutien psychosocial**. Les proches ont également des besoins d'**information** et de **formation** concernant la condition de leur proche hébergé, les services disponibles et la manière d'y accéder et la communication avec les intervenant·es. Les besoins peuvent aussi être d'ordre **juridique** et **financier** (CCEG, 2019). Les proches ont aussi besoin de sensibilisation quant au concept d'autodétermination de la personne hébergée. Enfin, les préoccupations des proches concernent également le **soutien** après un deuil ou dans le choix du niveau de soins, l'**accompagnement** en lien avec la spiritualité et le développement de davantage de services pour les hommes (CCEG, 2019).



En tout temps, les **volontés** et les **capacités d'engagement** des proches doivent être respectées. L'implication des proches dans les MDA MA est grandement souhaitée et encouragée, mais il est important de bien comprendre qu'un rôle ne doit en aucun cas être imposé si les proches ne le souhaitent pas ou qu'ils n'ont pas la capacité de le jouer (MSSS, 2021a).

2. Objectifs

Le programme d'hébergement en MDA MA vise plusieurs objectifs qui sont centrés sur la personne hébergée (Figure III).

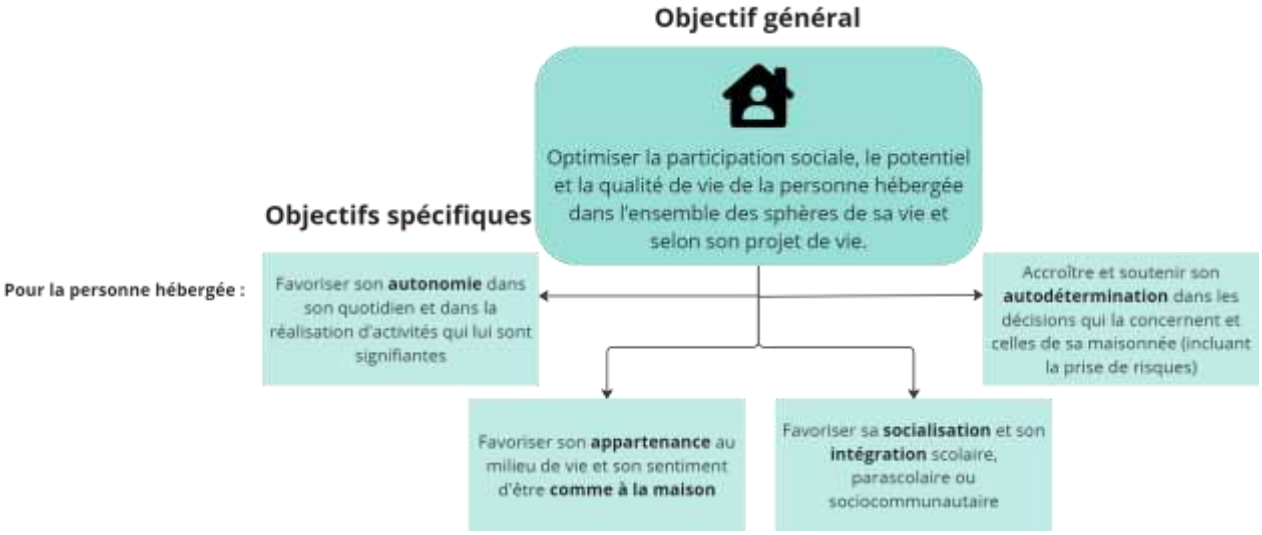


Figure III – Objectifs du programme d'hébergement en MDA MA

Les moyens et stratégies d'intervention présentés aux sections 3.3 et 7, respectivement, permettront d'atteindre les objectifs visés (Figure IV).

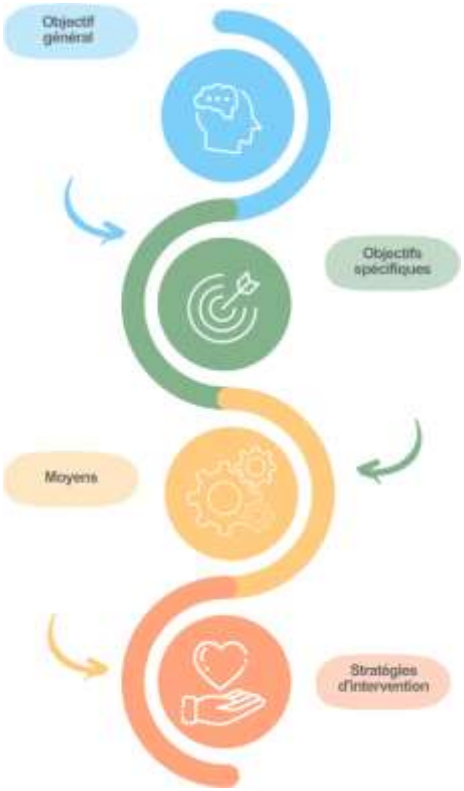


Figure IV – Relation entre les objectifs, les moyens et les stratégies d'intervention

3. Théorie

3.1. Philosophie

Les MDA MA reposent sur des principes directeurs (voir encadré ci-dessous) et une philosophie **centrée sur la personne**, qui se base « sur une **connaissance approfondie de l'histoire de vie** des personnes hébergées afin de **respecter leur passé**, de les **accompagner dans le présent** et de les soutenir dans la poursuite de leur **projet de vie** » (MSSS, 2022a).

Principes directeurs de la PHSSLD (MSSS, 2021b) :

- Respecter la dignité de la personne;
- Permettre l'exercice des droits de la personne et soutenir son autodétermination;
- Actualiser l'approche de partenariat entre la personne, les proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux;
- Viser le mieux-être de la personne hébergée;
- Personnaliser les soins, les services et le milieu de vie de la personne;
- Promouvoir et actualiser la bientraitance.

➢ Pour plus d'informations, consulter la page Intranet Politique d'hébergement de soins et services de longue durée.

« La **dimension humaine** est au cœur de la vie dans les MDA MA. L'environnement physique et l'organisation du travail favorisent l'autonomie des personnes hébergées, le respect de leurs habitudes, leur participation à la vie quotidienne des maisonnées ainsi que la prise de décisions qui les concernent. Les proches et les PPA, tout comme la communauté sont les clés dans le parcours des personnes hébergées. Les MDA MA assurent un hébergement de qualité alliant le réconfort et le sentiment d'être comme à la maison » (Gouvernement du Québec, 2023).

La philosophie des MDA MA « permet à la personne hébergée, avec le soutien [des prestataires de services], de :

- se retrouver dans un milieu qui respecte son rythme et son mode de vie, comme si elle vivait toujours à domicile;
- se sentir respectée et incluse tout en participant à la réalisation de son projet de vie, sa vie sociale et communautaire de même que dans le maintien et le développement de ses capacités;
- participer activement à la planification de ses soins et de ses services et dans toutes les décisions qui la concernent;
- participer à ses AVQ et AVD en étant impliquée dans la vie quotidienne de sa maisonnée, selon ses capacités et sa volonté » (MSSS, 2022c).

Pour cela, il est nécessaire d'avoir :

- « une connaissance approfondie de **l'histoire de vie** de la personne hébergée et de son **projet de vie**;
- un soutien dans **l'implication des proches** tout au long du parcours d'activités de vie et de soins et services, [selon leur volonté et leur capacité d'engagement];
- une **stabilité** de la personne dans le milieu de vie en évitant les transitions et les transferts;
- une **adaptation du milieu** selon les besoins évolutifs de la personne hébergée;
- un **accompagnement personnalisé** qui valorise une flexibilité dans toutes les actions et l'organisation des activités;

- une **gestion des risques calculés**;
- une participation et une **flexibilité** dans **l'organisation** des activités des services **logistiques** (buanderie, services alimentaires, hygiène et salubrité, services techniques) permettant à la personne hébergée de jouer un **rôle actif dans la vie quotidienne** des maisonnées;
- un **respect du sommeil** et une prestation des soins et des services basée sur la **journée de 24 heures** de la personne hébergée;
- une ouverture à donner des **responsabilités** à la personne selon ses intérêts et ses capacités, lui permettant ainsi de maintenir et développer ses capacités;
- un **respect des capacités** de la personne hébergée, qu'elles soient résiduelles, en développement ou en processus de reprise, en évitant de « faire à sa place »;
- un **respect des droits et libertés** sans égard à l'âge, au genre, à l'orientation sexuelle, à la situation sociale, à la religion ou à l'origine » (MSSS, 2022c).

3.2. Cadre conceptuel

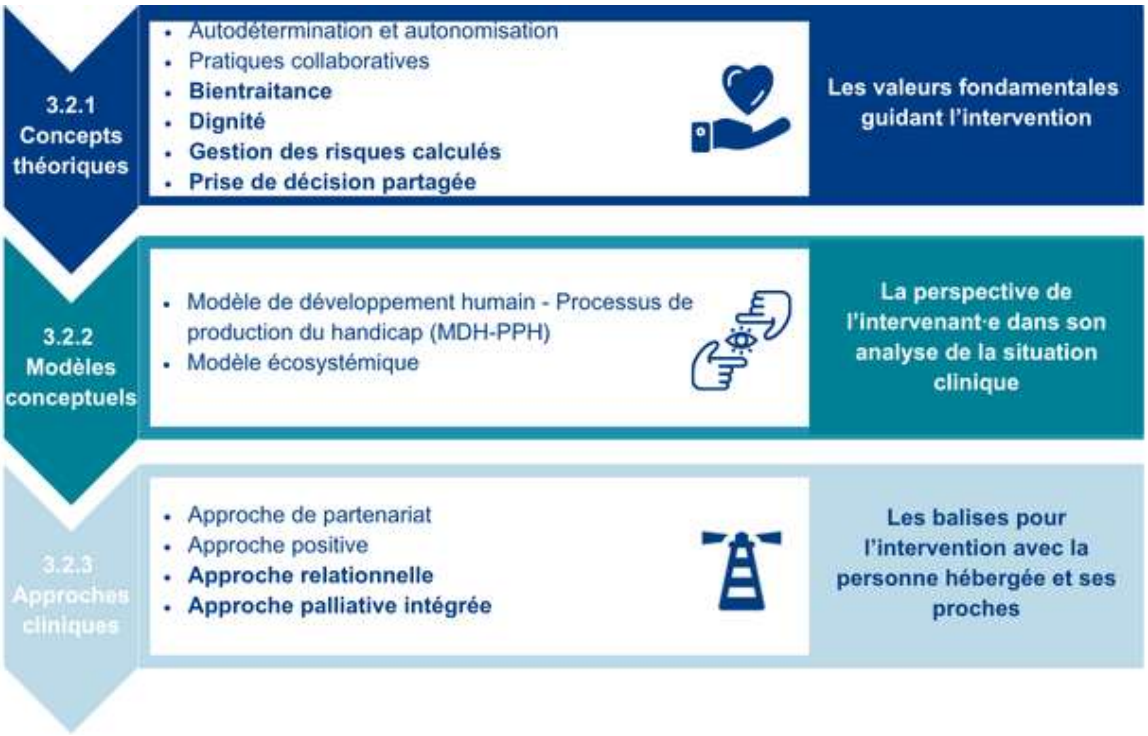


Figure V – Cadre conceptuel

Les soins et services offerts en MDA MA s'appuient sur des éléments théoriques dont la plupart sont décrits dans le *Processus clinique de la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie* (à venir) ainsi que dans le *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*. La Figure V illustre les éléments théoriques des deux processus cliniques[5] ainsi que des **éléments théoriques spécifiques au programme** (en gras) qui sont décrits ci-dessous. L'ensemble de ces éléments s'appliquent à la fois en MDA et en MA.

[5] Dans un souci d'efficience, les éléments théoriques de ces documents ne seront pas redéfinis. Un bref résumé se trouve à l'Annexe G. Les deux processus cliniques doivent être consultés pour plus d'informations.

Le terme « **prestataires de services** » inclut l'ensemble des personnes œuvrant dans les MDA MA (gestionnaires, intervenant·es, services techniques, médecins, etc.) et ayant toute forme d'interaction avec la personne hébergée. Il s'agit de la grande **équipe** (Figure VI). Toutes ces personnes font une différence dans la vie de la personne hébergée (MSSS, 2021b).

Les **intervenant·es** sont, pour leur part, des prestataires de services qui dispensent des soins de santé et des services sociaux, incluant les soins médicaux. Les intervenant·es forment **l'équipe clinique** qui comprend l'équipe de soins et les intervenant·es de la catégorie 4. Lorsque le contexte s'y prête, l'équipe clinique travaille en interdisciplinarité.

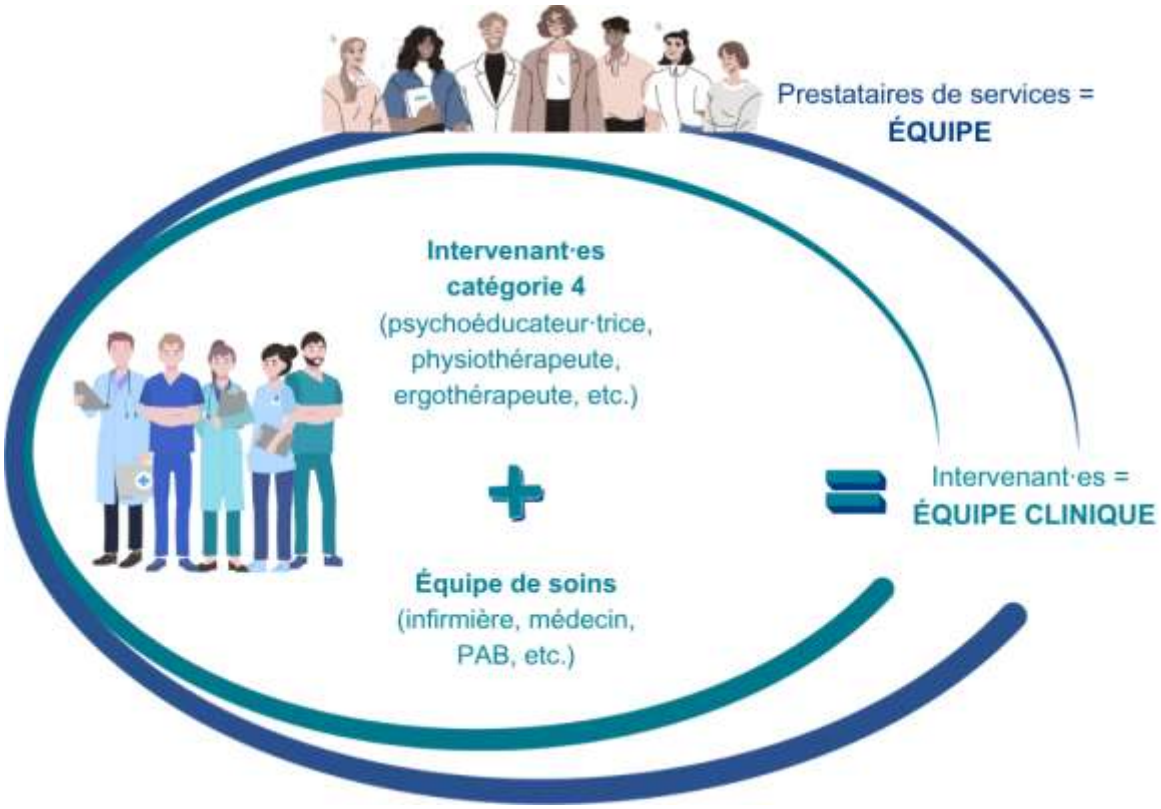


Figure VI – Schématisation de la distinction entre les prestataires de services

3.2.1. Concepts théoriques

Les concepts théoriques sur lesquels se base le présent programme sont **étroitement reliés** (Figure VII). Par exemple, adopter une **gestion des risques calculés**, c'est permettre à la personne hébergée de favoriser son **autonomie**, sa **dignité** et son **autodétermination**.

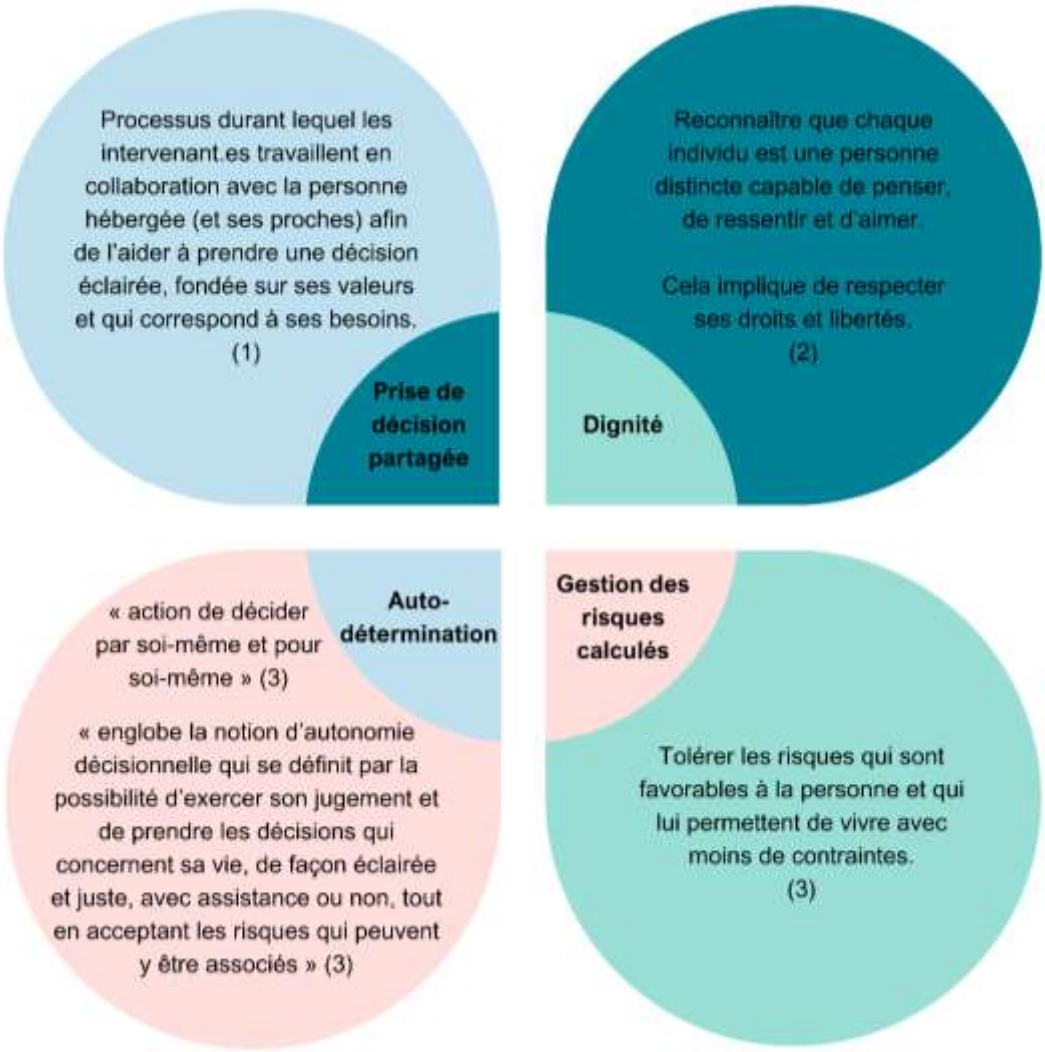


Figure VII – Relation entre certains des concepts théoriques[6]

En MDA MA, les prestataires de services « se doivent d'être **présents**, **sensibles** et [de faire preuve de **bientraitance**] envers les personnes hébergées. C'est à eux qu'incombe la tâche d'aller à la rencontre de la personne hébergée, de l'informer adéquatement, de l'écouter, mais également d'observer ses faits et gestes afin de bien comprendre ses besoins et ses souhaits. Ainsi, la personne peut vivre selon ses valeurs et poursuivre son parcours de vie dans la confiance et le **respect de son unicité** » (MSSS, 2021b).

[6] Références de la Figure VII : 1) Inspirée de Grad et Légaré, 2017; 2) De Koninck, 2017; 3) MSSS, 2021b

Pour concrétiser ces concepts, les intervenant·es en MDA MA doivent transmettre à la personne hébergée ainsi qu'à ses proches toutes les informations pertinentes à la **prise de décision**. Peu importe l'intervenant·e et sa discipline, ces informations doivent comprendre les effets (avantages et inconvénients) sur toutes les sphères de vie, dont la santé physique et psychologique, la socialisation, le confort, l'autonomie, etc.



La personne hébergée doit être accompagnée, outillée et non dirigée dans ses réflexions et ses choix. Elle conserve toujours une part d'aptitude (forces et compétences), aussi minime soit-elle. Pour les personnes hébergées, l'**autodétermination**[7] est l'adéquation entre les désirs personnels de chacun·e et les normes et limites du milieu d'hébergement. Les bienfaits de l'autodétermination sont nombreux : sentiment de contrôle sur sa vie, plus grandes persévérance, motivation et créativité, etc. Soutenir l'autodétermination de la personne, c'est lui offrir des occasions de faire des choix et d'exercer un certain contrôle sur sa vie (ex. choix de vêtements, de collation, des heures de lever et de coucher, etc.). Qui plus est, la façon dont le prestataire de services interagit avec la personne hébergée est cruciale : faire preuve d'empathie, cultiver l'estime de soi, valoriser les réussites sont autant d'exemples pour promouvoir l'autodétermination (Bonin, 2023).

L'intervenant·e doit aussi adopter une attitude d'ouverture face aux **risques potentiels**, même si les **décisions** prises peuvent parfois contrevenir à ses propres valeurs. La personne hébergée a le droit de prendre des décisions qui peuvent constituer des risques pour elle, tant et aussi longtemps qu'elles :

- Soient prises de manière libre et éclairée par la personne hébergée ou sa personne autorisée;
- N'entraînent pas des conséquences néfastes pour les autres;
- Soient empreintes de sens pour elle et pour ses proches, lorsqu'applicable (MSSS, 2021b).



La **bientraitance** valorise « le respect de toute personne, ses besoins, ses demandes et ses choix, y compris ses refus. Elle s'exprime par des attentions et des attitudes, un savoir-être et un savoir-faire collaboratifs, respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes. Elle s'exerce par des individus, des organisations ou des collectivités qui, par leurs actions, placent le bien-être des personnes au cœur de leurs préoccupations. Elle se construit par des interactions et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son environnement » (MSSS, 2023a).

« La **bienveillance**, qui est l'expression de l'attention, de la gentillesse, de l'empathie, de la sollicitude et de l'indulgence, repose sur le bien-être envers toute personne. La bientraitance partage les mêmes fondements que la bienveillance. Elle s'en distingue par la prise en compte du point de vue de la personne avant toute action. Lorsqu'il est impossible de recueillir son point de vue, peut alors être considéré celui qu'elle aurait précédemment exprimé (verbalement ou par écrit) ou celui d'un proche » (MSSS, 2023a).

[7] Voir l'Annexe G.

3.2.2. Modèle conceptuel

L'intervenant·e est libre de choisir le modèle théorique qui lui convient le mieux pour analyser la situation clinique, les deux étant valides pour la clientèle du présent programme. Un résumé de ces deux modèles conceptuels se retrouve en annexe :

- Annexe H : Modèle MDH-PPH
- Annexe I : Modèle écosystémique

3.2.3. Approches cliniques

Les approches indiquées dans la figure V sont recommandées auprès de la clientèle cible des MDA MA. L'**approche de partenariat** et l'**approche positive**, décrites dans les processus cliniques à la base du présent programme, mettent de l'avant la dignité humaine et la participation active de la personne, tant dans son milieu de vie que dans les décisions qui la concernent. Elles devraient être utilisées en complémentarité avec **l'approche relationnelle**.

Bien que l'approche relationnelle soit habituellement davantage utilisée auprès des personnes aînées et que l'approche positive, quant à elle, soit surtout utilisée auprès d'adultes présentant des déficiences, la fusion de ces deux approches doit être développée auprès des intervenant·es en MDA MA. En effet, ces approches comportent de nombreuses similitudes qui leur permettent d'être complémentaires dans les interventions.

L'approche relationnelle s'appuie sur les concepts de dignité et de maintien de l'autonomie.

Elle vise l'amélioration des « conditions dans lesquelles se déroulent les soins afin de préserver la santé et la sécurité des soignants, et d'augmenter leur satisfaction au travail, notamment par le biais d'une diminution des comportements perturbateurs des personnes hébergées » (Poulin et al., 2004; Poulin, 2005 cités dans IRSST, 2014).

Elle permet aux intervenant·es de centrer davantage leurs interactions avec la personne hébergée sur une dimension relationnelle et non uniquement sur la tâche à réaliser. Par l'application de stratégies de communication verbale et d'interactions physiques, elle permet aux intervenant·es (IRSST, 2014) :

- D'offrir « des interactions verbales plus rassurantes pour les personnes hébergées (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007), plus riches du point de vue sociopersonnel, moins infantilisantes et encourageant les [personnes hébergées] à jouer un rôle plus actif dans les soins (Bourgeois et al, 2004) »;
- De « satisfaire les besoins des personnes hébergées (massage, toucher doux) (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007; Hoeffer et al., 2006; Cohen-Mansfield, 2004) et […] gérer de façon respectueuse et non contraignante les comportements agressifs ou d'errance (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007) ».

L'approche relationnelle démontre des bienfaits à la fois pour la personne hébergée (bien-être, amélioration de la qualité des soins et services) mais aussi pour l'intervenant·e (amélioration de la santé et sécurité au travail, sentiment de satisfaction au travail) (IRSST, 2014).

Elle repose sur les principes directeurs suivants :

- Considérer que la personne hébergée est chez elle dans la maisonnée;
- Reconnaître que la personne hébergée est une personne à part entière, avec son histoire de vie et ses intérêts, plutôt que de ne considérer que ses pertes et/ou son diagnostic;
- Adapter les interventions aux besoins de la personne;
- Développer ses savoirs pour capter l'attention, se faire comprendre et maintenir une collaboration dans le but de diminuer la gestion de comportements difficiles (CISSS de Chaudière-Appalaches, 2022).

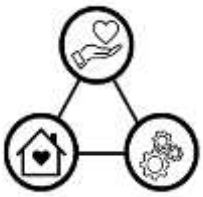


L'approche **palliative intégrée** (API) est également une approche à appliquer en MDA MA. Elle repose sur l'identification **précoce** des besoins et la **personnalisation** des soins et services à travers une vision **holistique** de la personne hébergée et de ses proches. Elle vise à améliorer la **qualité de vie** de la personne et de ses proches, par la prévention et le soulagement des souffrances et problèmes physiques, psychologiques et spirituels, et ce, jusqu'à la fin de vie. Les valeurs, croyances, souhaits et préférences de la personne hébergée et de ses proches sont considérés par les intervenant·es, le tout dans une perspective de **collaboration** entre la personne, ses proches et les différent·es intervenant·es.

➢ Pour plus d'informations sur l'API, consulter le Programme de soins palliatifs et de fin de vie (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023a).

3.3. Moyens projetés pour atteindre les objectifs

Dans le concept des MDA MA, les soins et les services sont ajustés au **rythme** des personnes hébergées et de leurs proches, comme si la personne vivait à la maison (MSSS, 2022c). Pour cela, « l'organisation du travail est souple et flexible autour de la réponse à ses besoins et à ceux de ses proches » (MSSS, 2022c). De plus, « combattre l'ennui est un facteur majeur du concept. Ces lieux sont pensés pour que la personne puisse s'occuper de façon autonome et spontanée, **selon ses capacités**, et ce, tout au long de la journée. Des aires consacrées à l'occupation ont pour objectifs de préserver et de développer l'**autonomie** physique et fonctionnelle, mais également de maintenir et favoriser l'implication des proches et de la communauté » (MSSS, 2022c).



Les MDA MA sont à la fois un **milieu de vie**, un **milieu de soins** et un **milieu de travail** (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020). Une véritable conciliation entre les trois vocations doit être visée, afin que les exigences et les limites de chacune soient respectées, sans nuire aux autres. Ainsi, les personnes hébergées se sentent comme à la maison, tout en recevant des soins de santé et d'assistance nécessaires à leur condition et les prestataires de services se retrouvent dans un environnement propice pour mener leurs activités.

Le modèle des MDA MA « constitue un changement significatif dans la façon de concevoir les infrastructures et d'offrir les soins et les services aux personnes hébergées. Il renforce la dimension humaine au cœur des relations entre ces dernières, leurs proches, [les prestataires de services] et la communauté » (MSSS, 2022c). C'est pourquoi la mise en œuvre et l'efficacité du programme d'hébergement en MDA MA reposent sur huit moyens incontournables visant l'application de ce nouveau concept.

Les moyens peuvent être regroupés selon deux catégories (Figure VIII).

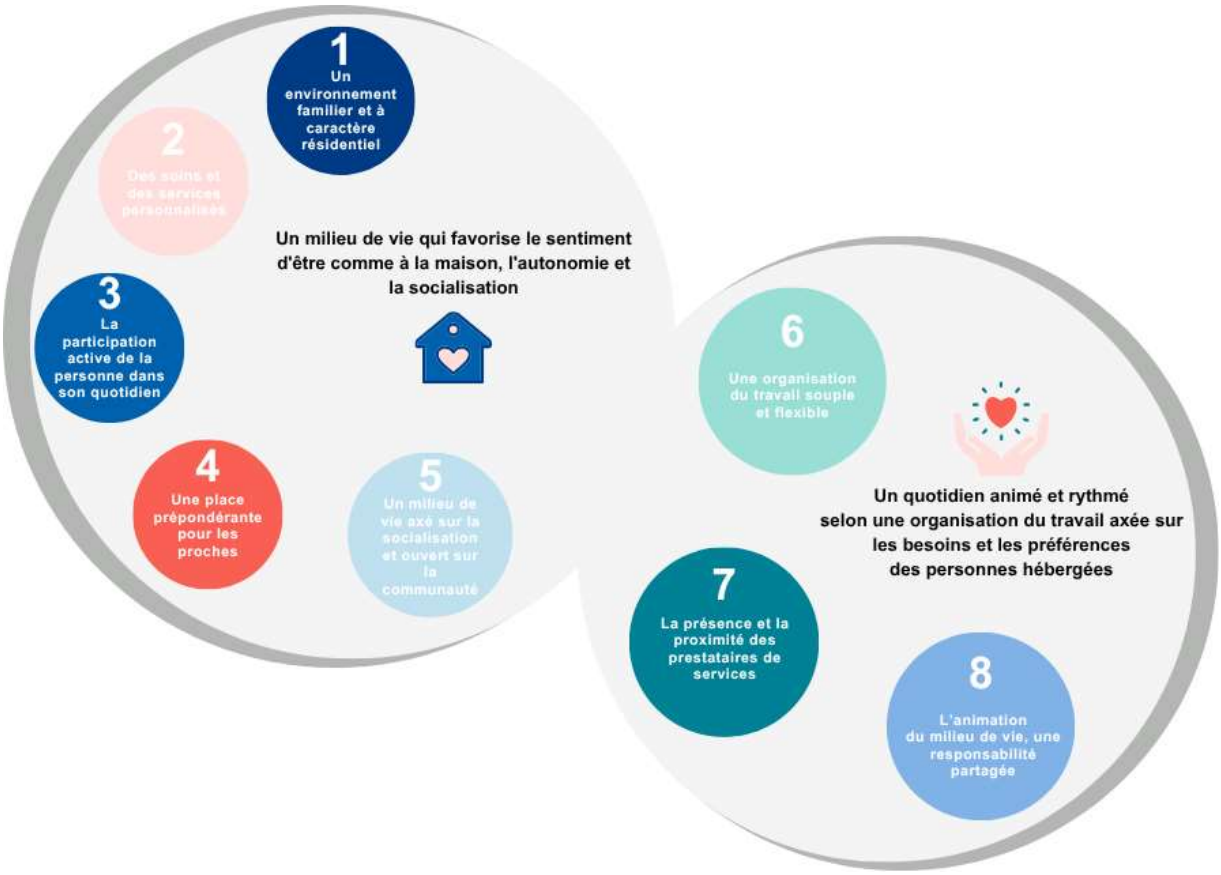


Figure VIII – Moyens à mettre en place pour atteindre les objectifs du programme

UN MILIEU DE VIE QUI FAVORISE LE SENTIMENT D'ÊTRE COMME À LA MAISON, L'AUTONOMIE ET LA SOCIALISATION

Moyen 1 : Un environnement familier et à caractère résidentiel

Les MDA MA sont un véritable **milieu de vie**. La conception des maisonnées a été minutieusement pensée pour rappeler un **aspect résidentiel** plutôt qu'institutionnel et favoriser la conciliation entre milieu de vie et milieu de soins (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022; Gouvernement du Québec, 2023; MSSS, 2022a; MSSS, 2022c) :

- Des aménagements sont faits pour camoufler tout ce qui donne un aspect institutionnel et médical (ex. les chariots de lingerie);
- Afin de faciliter l'appropriation de l'espace privé, la personne hébergée et ses proches sont invités à personnaliser et décorer l'appartement (chambre et salle de bain) selon ses préférences (ex. literie, éléments qui rappellent son histoire de vie, etc.) et son projet de vie (ex. espace de travail, ordinateur, fauteuil personnel, etc.);
- Des mesures de discrétion sont appliquées pour s'assurer du respect de la vie privée et de la dignité des personnes hébergées (ex. ne pas entrer dans un appartement à tout moment sans s'être annoncé, mais attendre d'y être invité; s'éclipser discrètement si la personne est dans un moment intime (sexualité avec ou sans partenaire) et revenir plus tard; utiliser une pancarte ou une affichette « ne pas déranger », etc.) (MSSS, 2021g);

- Dans une optique de bonifier l'aspect résidentiel, les personnes hébergées sont invitées à participer à l'aménagement et à la décoration des espaces communs en tenant compte du contexte et de leurs intérêts (ex. changement de saison, fêtes, évènements sportifs ou culturels). Les espaces communs doivent être à la fois stimulants et apaisants pour en faire un environnement agréable et évocateur du domicile (ex. plantes, oiseaux, foyer électrique, aquariums, etc.). Il en est de même pour les espaces extérieurs qui doivent offrir un accès autant que possible à de la verdure, des fleurs, des jardins et des terrasses.



L'environnement des maisonnées est prévu de manière à créer une ambiance résidentielle. Ainsi, les endroits où vivent les personnes hébergées et ce qui est visible pour elles constituent l'**avant-scène** : appartements, salle à manger, cuisinette, bistro, salle polyvalente, terrasse, salon de coiffure, etc.
Tous les aspects institutionnels et logistiques en lien avec le soutien clinique, l'organisation du travail et le bon fonctionnement de la maisonnée sont, quant à eux, « aménagés hors de la vue des [personnes hébergées], dans des secteurs adjacents » (Groupe A /Annexe U, n.d). Ils représentent l'**arrière-scène** et incluent notamment les services alimentaires, les services administratifs et de soutien aux employés, les livraisons, etc.

Tout en ayant un caractère résidentiel, l'environnement physique des MDA MA permet aux personnes hébergées « de continuer à utiliser leurs aides techniques afin qu'elles puissent poursuivre de manière autonome leurs AVQ, leurs AVD et leurs loisirs, leurs études ou leur travail » (MSSS, 2022c). De plus, lorsque les personnes hébergées y consentent, l'installation de caméras peut permettre « de mieux prévenir les incidents malheureux et d'assurer leur sécurité » (Gouvernement du Québec, 2023).

L'environnement physique des MDA MA se veut **évolutif** afin d'offrir des soins et services **sécuritaires** aux personnes hébergées selon l'évolution de leurs besoins et de leur maladie ou condition. Par exemple, l'environnement et les soins et services sont adaptés aux personnes hébergées ayant une perte auditive ou visuelle.
De plus, les principes de base concernant les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont maîtrisés par tous les prestataires de services qui bénéficient d'un soutien de l'équipe PCI (MSSS, 2021b).

Pour offrir une **cohabitation respectueuse** pour tout le monde, un code de vie[8] doit être établi avec les personnes hébergées, afin d'identifier des balises concernant, notamment :

- La gestion des stimuli, notamment sur les niveaux de bruits et de lumière permis ou acceptables en fonction des moments de la journée (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022);
- La gestion d'usage de tabac (présence de fumoir, espace identifié sur le terrain, etc.);
- Toutes autres pratiques ou activités pouvant avoir un impact sur les autres personnes hébergées.

Il peut exister différents codes de vie selon les maisonnées et les espaces communs. Des conseils de maisonnées composés des personnes hébergées, des proches et des prestataires de services sont mis en place afin de traiter, entre autres, de ces sujets.

Sous certaines conditions, la présence d'animaux domestiques peut être permise, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur, notamment dans le cadre de pratiques assistées par l'animal (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023c) ou bien de manière permanente (documents d'encadrement à venir).

Enfin, dans une démarche d'amélioration continue, des actions sont menées afin de s'assurer de maintenir le caractère résidentiel (audits, évaluation de la satisfaction, conseil de maisonnée, etc.).

[8] En cohérence avec les choix des personnes hébergées et les règlementations en vigueur au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Moyen 2 : Des soins et des services personnalisés

Les **soins et services** offerts en MDA MA sont **centrés et adaptés aux besoins évolutifs** de chaque personne hébergée en (Gouvernement du Québec, 2023) :

- Respectant son rythme, ses capacités, ses habitudes de vie, ses choix et ses préférences en ce qui concerne : son sommeil, son alimentation (type, moment, endroit pour prendre ses repas), son hygiène (type, fréquence), son intimité et sa sexualité, ses activités de loisirs, sa langue, sa culture, sa religion, etc.;
- Plaçant son histoire de vie et son projet de vie au cœur des décisions;
- S'assurant de son consentement libre et éclairé;
- Lui offrant des occasions pour exprimer ses préférences et ses choix;
- Veillant à sa sécurité, à sa qualité de vie et à son autonomie;
- Respectant et soutenant la diversité sexuelle et de genre;
- Proposant des mesures de remplacement (alternatives), des interventions et des processus de substitution en cas de refus de soins (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022);
- Favorisant une utilisation optimale des médicaments.

Les **appartements** permettent un aménagement adapté et **personnalisé** selon les besoins de la personne (Gouvernement du Québec, 2023) :

- « Chaque chambre est équipée d'une armoire à pharmacie contenant les médicaments de la personne. L'équipe clinique peut impliquer cette personne dans la prise de ses médicaments dans la mesure de ses capacités. »[9];
- Dans chaque appartement, une salle de bain de style résidentiel est aménagée et adaptée selon les besoins de la personne. « La douche permet à la personne de garder son autonomie en fonction de ses capacités. Le proche peut participer aux soins d'hygiène s'il le désire. »[9];
- Afin de répondre aux besoins et d'offrir des soins et services sécuritaires aux personnes en situation d'obésité, des appartements bariatriques et surdimensionnés sont prévus (MDA).

La personnalisation de l'appartement permet d'humaniser la personne hébergée et d'entrer facilement et naturellement en relation avec elle. Être entourée d'objets qu'elle connaît lui permet de mieux s'orienter dans son milieu de vie et ainsi diminuer son anxiété au quotidien. Pour les prestataires de services, la personnalisation de l'appartement permet de mettre en valeur les particularités de la personne hébergée, notamment avec la présence d'un mur de personnalisation permettant de rassembler des indices sur l'histoire de vie de la personne (photographies, etc.). Pour plus d'informations, consulter la fiche de personnalisation de l'appartement à l'Annexe J.

Afin de **personnaliser ses activités quotidiennes et sa routine** selon ses besoins, ses préférences, ses habitudes et ses choix, un **plan d'accompagnement 24 h de la personne hébergée** est planifié en partenariat avec la personne et ses proches. Les soins et services dont la personne a besoin sont guidés par ce plan, mais les prestataires de services demeurent flexibles et s'ajustent aux besoins ponctuels. Une évaluation régulière des préférences doit être faite en collaboration avec la personne hébergée et ses proches. Pour cela, dès l'admission, un formulaire sur l'histoire et les habitudes de vie est rempli avec la personne hébergée et ses proches. Il permet non seulement de recueillir diverses informations pour mieux connaître la personne (goûts, intérêts, habitudes, besoins, spiritualité, etc.), son parcours et ses attentes, mais également de mieux l'accompagner dans ses aspirations et ses objectifs de vie (MSSS, 2022a). Tous les documents pertinents doivent être disponibles afin de faciliter leur consultation par les différents prestataires de services qui côtoient la personne hébergée.
Les personnes hébergées bénéficient d'un **accompagnement personnalisé tout au long de l'hébergement**. L'arrivée en MDA MA représente une étape significative dans le parcours de vie

[9] À confirmer selon les besoins et le projet de vie de la personne ainsi que selon l'évaluation de l'équipe clinique.

d'une personne, c'est pourquoi son accueil est adapté à ses besoins et à son rythme. Les prestataires de services offrent du soutien dans cette transition qui doit se faire de façon fluide et personnalisée, tant pour la personne hébergée que pour les proches (MSSS, 2022a).

De plus, sachant que les conditions de santé des personnes hébergées peuvent **évoluer**, des mesures sont mises en place afin de les **accompagner à chaque étape** (perte de capacité, fin de vie, décès d'une autre personne hébergée, etc.) et de **limiter les transferts** vers un centre hospitalier ou une autre unité de soins, notamment lors des épisodes aigus et des épisodes de soins de fin de vie, selon les meilleures pratiques établies (ex. : planification de soins anticipée avec la personne hébergée et ses proches). Grâce à ces mesures, les soins et services peuvent être adaptés et personnalisés pour répondre aux besoins des personnes dans leur milieu de vie selon leurs souhaits.

Enfin, dans le but d'améliorer les pratiques, la **satisfaction** des personnes hébergées et de leurs proches est constamment recherchée. C'est pourquoi des moyens sont mis en place afin de la mesurer et d'évaluer si les soins et services offerts sont suffisamment personnalisés, adaptés et adéquats pour répondre à leurs besoins.



Moyen 3 : La participation active de la personne dans son quotidien

« Les intervenant·es impliquent la personne hébergée et ses proches dans les décisions qui la concernent à chaque étape de sa vie et les invitent à participer à la planification des soins et des services. Il est important que les décisions prises par les personnes hébergées soient respectées, même si elles comportent un certain degré de risques » (Gouvernement du Québec, 2023). Les prestataires des services soutiennent l'autodétermination de la personne hébergée et lui donnent des occasions de faire des choix.

Selon ses capacités et sa volonté, la personne hébergée peut participer à différentes tâches rappelant le sentiment d'être comme à la maison, incluant la contribution aux tâches avec les prestataires de services (ménage de l'appartement, vaisselle après les repas, etc.). Au besoin, la personne peut bénéficier d'une supervision ou d'une assistance pour effectuer ces tâches. Des équipements et du matériel sont aussi mis à la disposition et offrent la possibilité de contribuer à la vie quotidienne de la maisonnée (ex. batterie de cuisine, plaques à biscuits, balais). Ils permettent également aux personnes entourant les personnes hébergées de créer des odeurs familières dans la maisonnée, de soutenir le maintien des acquis et de favoriser le sentiment d'indépendance, d'autonomie et d'utilité dans son milieu de vie. Enfin, si elle le souhaite et a la capacité de le faire, la personne hébergée peut prendre soin d'elle-même, par exemple en se rasant la barbe ou en se lavant le visage (Gouvernement du Québec, 2023).

Afin de permettre une implication active des personnes hébergées et de leurs proches, des conseils de maisonnées sont mis en place. Ils favorisent la gestion participative en incluant les personnes hébergées, les proches, les prestataires de services et les gestionnaires de la MDA MA (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022). Lors de ces rencontres, les personnes hébergées et leurs proches peuvent s'exprimer sur des sujets tels que le code de vie, les activités à prévoir (célébrations de fêtes, sorties, thème des activités autoportantes, etc.), le fonctionnement de la maisonnée, les décorations, l'implication des PPA, l'implication de la communauté, les enjeux rencontrés (ex. budgétaires) et ainsi influencer la vie dans leur maisonnée.

Moyen 4 : Une place prépondérante pour les proches

« En contexte d'hébergement, il est important de préserver le lien de la personne hébergée avec ses proches, mais également de les reconnaître, de les mobiliser et de les soutenir » (MSSS, 2021b). Ainsi, dès l'accueil d'une personne hébergée dans son nouveau milieu de vie, l'accent est mis pour **soutenir** et **accompagner** les proches dans cette transition et tout au long de l'hébergement (MSSS, 2022a). Pour cela, un processus d'accueil est mis en place (ex. : guide d'accueil, cueillette d'informations, planification de rencontres, référence à des ressources, etc.).

Les proches doivent se sentir les bienvenus en tout temps dans la MDA MA afin de favoriser leur intégration et d'encourager le maintien des liens intergénérationnels. Ils sont invités à partager différents moments de la journée, comme un repas en toute intimité ou encore à dormir auprès de la personne hébergée (possibilité d'installer un lit d'appoint dans l'appartement) (Gouvernement du Québec, 2023). Ils peuvent bénéficier d'espaces aménagés spécialement pour les accueillir. De plus, différents moyens de communication technologiques (tablettes, téléphones, etc.) sont utilisés pour favoriser le maintien des liens avec les enfants, les petits-enfants, les amis, etc.

Les proches sont considérés comme de **réels partenaires**. Ils sont une source d'informations primordiale pour l'ensemble des prestataires de services, puisqu'ils connaissent les préférences et les habitudes de la personne hébergée. Cette richesse des savoirs expérientiels doit être mobilisée et prise en considération, et ce, tout au long du parcours de la personne hébergée (MSSS, 2022a). Ainsi, selon le choix de la personne hébergée, les proches sont encouragés à s'engager, dans le respect de leurs volontés et capacités, à :

- Maintenir leurs rôles sociaux auprès de la personne hébergée;
- Accompagner la personne hébergée dans ses soins, lorsque désiré et selon leurs capacités;
- Participer à la vie quotidienne et aux activités de la maisonnée;
- Prendre part dans les décisions qui concernent la personne hébergée et la maisonnée.

Le maintien des liens avec les proches dans la vie quotidienne des personnes hébergées peut prendre plusieurs formes, par exemple :

- Soutien émotionnel;
- Collaboration avec les membres du l'équipe clinique pour l'aide à l'alimentation, pour les soins d'hygiène, etc.;
- Accompagnement lors de rendez-vous extérieurs (Gouvernement du Québec, 2023).

La **communication** entre les prestataires de services et les proches est importante afin d'éviter une confusion de rôles, de tensions dans les relations ou une réduction de la fréquence des visites (Van Hoof et al., 2016). Le développement d'un **partenariat** et d'une **relation de confiance** entre les prestataires de services et les proches exige de (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022; MSSS, 2022a; MSSS, 2022c) :

- Encourager un respect mutuel des capacités, des choix, des volontés de chacun dans la dyade aidant-aidé;
- S'ouvrir à l'implication des PPA et faire preuve de flexibilité dans l'organisation quotidienne des soins et services offerts à la personne hébergée;
- Reconnaître leur rôle, selon leur niveau d'implication souhaité, durant toutes les étapes d'hébergement, incluant la fin de vie et le deuil ainsi que leurs besoins et les difficultés qu'ils peuvent vivre;
- Rendre accessibles aux proches les espaces publics des maisonnées (cuisine, salle commune, jardin, bistro, etc.) pour leurs activités avec la personne hébergée;
- Considérer les PPA comme des membres de l'équipe à part entière;

- Solliciter les PPA à participer à des comités afin de collaborer de manière permanente au maintien et à l'amélioration de la philosophie des MDA MA.

Les proches doivent pouvoir bénéficier de soutien à chaque étape du parcours d'hébergement, qu'ils soient des PPA ou non. Leur rôle, leur volonté et leur capacité d'engagement auprès de leur proche peuvent évoluer tout au long de l'hébergement et doivent être accueillis et respectés par l'ensemble des prestataires de services (MSSS, 2022a).

Enfin, dans le but de favoriser l'exercice de leur rôle et à leur satisfaction, les proches doivent pouvoir bénéficier d'informations et de services dans leur langue de préférence selon les ressources disponibles (Société Santé en français, 2015).

Moyen 5 : Un milieu de vie axé sur la socialisation et ouvert sur la communauté

L'environnement social et physique des MDA MA, à l'intérieur tout comme à l'extérieur, permet :

- D'occuper les temps libres en rendant accessibles en tout temps des activités occupationnelles évolutives (activités autoportantes, services de loisirs, etc.);
- De favoriser la participation sociale et la réalisation du projet de vie de la personne hébergée.



Les **activités autoportantes** visent à prévenir le déconditionnement et à maintenir les aptitudes des personnes hébergées. Elles occupent des périodes importantes dans le quotidien des personnes. Au-delà des espaces cuisine, salon, salle à manger, terrasse et balcon qui animent les journées, ces espaces distincts, aménagés selon les intérêts et les capacités des personnes hébergées, sont mis à leur disposition dans chaque maisonnée. Les personnes hébergées peuvent y accéder librement pour y pratiquer une activité individuelle qui ne nécessite pas d'animation. Grâce à du matériel sélectionné pour qu'il soit adapté aux besoins et évocateur du passé (lien avec l'histoire de vie) ainsi qu'en lien avec le projet de vie des personnes hébergées, ces espaces contribuent à augmenter leur temps actif, à optimiser la stimulation et à prévenir le déconditionnement.

Chaque MDA MA dispose d'aires communes visant à **rassembler les personnes** hébergées pour qu'elles mangent ensemble, discutent ou participent à des activités sociales (Gouvernement du Québec, 2023). Les aires communes favorisent également l'implication des proches dans le quotidien des personnes hébergées. Elles sont disponibles pour les accueillir lors d'évènements comme un anniversaire ou simplement pour prendre le temps d'être ensemble (Gouvernement du Québec, 2023). Les espaces extérieurs (jardins, balcons) permettent aux personnes hébergées de se rassembler avec leurs proches. Des activités peuvent être organisées au jardin afin d'y accueillir la communauté. Il est ainsi possible de profiter du grand air dans le confort du milieu de vie (Gouvernement du Québec, 2023).

Les MDA MA sont **au cœur des communautés**. L'ouverture essentielle sur la communauté et le partenariat entre les personnes hébergées, les proches, les prestataires de services, les bénévoles et les différents acteurs de la communauté (organismes communautaires, scolaires, de loisirs, etc.) demeurent essentiels pour favoriser (Gouvernement du Québec, 2023; MSSS, 2022c) :

- Les interactions sociales et culturelles, les activités et les rassemblements fréquents avec les personnes hébergées;
- Le maintien des relations et activités intergénérationnelles;
- La participation sociale pleine et entière favorisant un sentiment collectif d'appartenance à la communauté locale;
- Un accès aux services le plus près possible de leur environnement social et communautaire;

- Une continuité avec le parcours de vie des personnes;
- Un partenariat avec les organismes communautaires.

Par exemple, les MDA MA du CISSS de la Montérégie-Ouest disposent d'un bistro accessible par l'entrée principale, afin de créer un accueil chaleureux. Elles bénéficient également de la proximité avec un centre de la petite enfance (CPE), à même le bâtiment.



Le bistro se veut un lieu de **rassemblement** et de **socialisation** chaleureux et dynamique pour les personnes hébergées et leurs proches, mais également pour les prestataires de services et la communauté. La présence du bistro vise à offrir l'opportunité aux personnes hébergées de participer à des **activités contributives** afin de prévenir le déconditionnement social et cognitif et de favoriser le maintien des acquis et des rôles sociaux.



Quant au CPE, grâce à sa proximité, il permet de partager des **activités intergénérationnelles** (lecture, peinture, jardinage, danse, etc.).

La **présence de bénévoles** dans les MDA MA est encouragée. Ils sont une source de soutien important pour les personnes hébergées et favorisent leur socialisation et leur intégration sociocommunautaire en les encourageant à participer aux différentes activités communautaires (Gouvernement du Québec, 2023).

Enfin, pour favoriser **l'inclusivité** et la **sécurisation culturelle et spirituelle**, l'accent est mis sur :

- La sensibilisation aux réalités des personnes de la diversité sexuelle et de genre;
- Le partenariat avec les communautés religieuses et spirituelles de la région;
- La conservation des liens de partenariat avec les communautés autochtones de la région (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022);
- La mise en place de moyens permettant aux personnes hébergées de poursuivre des actions liées à leur contexte culturel (ex. : communication dans la langue maternelle[10], rites, célébrations de fêtes particulières) et leur religion (cérémonies, célébrations de fêtes, etc.) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022).

UN QUOTIDIEN ANIMÉ ET RYTHMÉ SELON UNE ORGANISATION DU TRAVAIL AXÉE SUR LES BESOINS ET LES PRÉFÉRENCES DES PERSONNES HÉBERGÉES



Moyen 6 : Une organisation du travail souple et flexible

« L'organisation des soins et des services est axée sur les besoins, les préférences et le rythme des personnes hébergées et de leurs proches » (Gouvernement du Québec, 2023).

Les prestataires de services en MDA MA (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022; MSSS, 2022c) :

- Planifient toutes leurs activités à partir des habitudes de vie, des besoins et des préférences des personnes hébergées;
- Répartissent leurs tâches sur le cycle d'une journée complète de 24 heures, en respectant le rythme des personnes hébergées (ex. pour le repas, les soins d'hygiène, l'éveil et le sommeil, la médication, etc.) et en conservant une grande flexibilité;
- Adaptent les horaires de travail afin d'offrir des soins sur différentes plages horaires de la journée (ex. présence de plus d'intervenant·es selon l'horaire d'éveil dans une maisonnée);
- Revoient les tâches « usuelles », pour inclure des activités avec les personnes hébergées (ex. préparation des repas, activité de discussion, etc.) et maximiser le temps passé auprès d'elles;

[10] Des modalités d'accès aux interprètes sont possibles.

- Impliquent les personnes hébergées dans les AVQ et les AVD, selon leurs capacités et leurs volontés;
- Favorisent la participation active de la personne et la prise de risques calculés en respectant ses valeurs, ses préférences et sa dignité, tout en s'assurant de sa sécurité, de sa qualité de vie, de son autonomie et de sa liberté décisionnelle;
- Considèrent les proches, les bénévoles et la communauté comme des partenaires à part entière;
- Encouragent les initiatives et valorisent les réussites;
- Donnent priorité à la satisfaction de la personne hébergée et non à la satisfaction de la réalisation de leurs tâches;
- Optimisent l'utilisation des compétences de chacun·e et favorisent l'interdisciplinarité;
- Exercent leurs fonctions dans un milieu où les moyens technologiques avancés permettent, notamment, l'élimination de l'utilisation du papier, l'accès à des équipements connectés, des caméras infrarouges avec détecteurs acoustiques, etc.

Afin de maintenir et améliorer le fonctionnement, la planification et l'organisation du travail en MDA MA, le modèle de **gestion participative** est à privilégier. Les différents prestataires de services, les bénévoles, les gestionnaires, les personnes hébergées, les PPA, la communauté participent à la gestion des maisonnées, en particulier la planification des soins et services centrés sur les personnes hébergées, leurs valeurs, leurs rythmes et leurs habitudes de vie (ex. mise sur pied d'un conseil de maisonnée, comités).

Enfin, revoir l'organisation du travail pour se conformer à la vision des MDA MA nécessite de mettre en place des actions pour **soutenir et accompagner** les prestataires de services, les gestionnaires, les PPA et les bénévoles dans ce changement (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022). Des modalités de soutien et d'accompagnement sont décrites à la section 4.3. Développement des compétences.

Moyen 7 : La présence et la proximité des prestataires de services

Les prestataires de services sont **au cœur des interactions** des maisonnées. Ils ou elles assurent une présence humaine chaleureuse et se montrent disponibles et accessibles en tout temps afin de bien répondre aux besoins des personnes hébergées (délai raisonnable, au bon moment). Pour ce faire :

- Les MDA MA sont conçues de sorte que des stations de travail se trouvent dans les maisonnées. Les prestataires de services peuvent ainsi maximiser leur présence auprès des personnes hébergées en effectuant certaines tâches (ex. tenue de dossier) au sein même des maisonnées, tout en protégeant la confidentialité (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022);
- Un plan de présence en continu est mis en place afin de garantir une présence constante dans chaque maisonnée (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022);
- Les prestataires de services profitent d'occasions pour partager des moments privilégiés distincts des soins offerts.

Dans le but d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes hébergées et leurs proches, la « présence suffisante, stable et continue de prestataires de services compétents est essentielle » (MSSS, 2022a). Reconnaître l'expertise et les compétences des prestataires de services et soutenir leur autonomie décisionnelle peut contribuer à améliorer la qualité des soins et services offerts.

Afin d'assurer la continuité relationnelle et informationnelle, des intervenant·es de référence sont désigné·es :

- **Intervenant·e pivot** : identifié·e selon la majeure des besoins de la personne hébergée. La description de son rôle se trouve à la section 4.1;
- **PAB accompagnateur·rice** : identifié·e pour toute nouvelle personne hébergée. Une description de son rôle se trouve à la section 4.1.



Moyen 8 : L'animation du milieu de vie, une responsabilité partagée

L'animation du milieu de vie se définit par :

- L'appropriation par la personne hébergée et ses proches de son espace privé par la personnalisation et la participation à l'aménagement et à l'utilisation des espaces communs;
- La disponibilité, en tout temps, d'activités occupationnelles évolutives et personnalisées (activités autoportantes, lieux de rassemblement à l'intérieur et à l'extérieur, etc.);
- Une offre de services et de soins déployée dans une ambiance légère et positive, centrée sur la personne et non sur la tâche;
- Des prestataires de services qui ont l'intérêt et la curiosité de connaître les personnes hébergées;
- Des prestataires de services stimulés par l'animation, les activités de loisirs proposées et qui valorisent la participation auprès des personnes hébergées et leurs proches;
- Un travail de collaboration entre les maisonnées et avec l'ensemble des prestataires de services.

L'animation du milieu de vie, c'est offrir **un milieu de vie dynamique et enrichissant**, se rapprochant davantage du sentiment d'être comme à la maison, en favorisant l'engagement et l'interaction sociale entre les différentes personnes hébergées, les proches et les prestataires de services de la MDA MA. Qui plus est, l'animation contribue à rendre le **milieu de travail agréable et stimulant** pour les prestataires de services qui développeront davantage un sentiment d'appartenance au milieu.

Les intervenant·es du service d'animation et de loisirs et les gestionnaires des MDA MA s'assurent de la **collaboration** et de la **participation** des prestataires de services impliqués directement ou indirectement dans les activités qu'ils ou elles planifient (activités de réadaptation, entretien ménager, soins infirmiers, etc.). Ils ou elles s'assurent également de la participation des personnes hébergées et de leurs proches.

Afin de faciliter l'animation du milieu de vie :

- Tous les prestataires de services sont encouragés à proposer des activités;
- L'équipe de gestion facilite la participation des prestataires de services dans l'animation au quotidien.

4. Ressources

4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités

Afin de faciliter la lecture, cette section est entièrement rédigée au féminin.

Afin de répondre aux besoins de la clientèle hébergée en MDA MA, l'équipe est composée de personnes issues de différentes disciplines et de divers horizons (Figure IX). Certaines sont présentes au quotidien auprès des personnes hébergées : elles sont considérées comme les intervenantes de proximité, tandis que d'autres sont présentes ponctuellement ou interviennent suite à une référence lorsque la situation de la personne hébergée le requiert. Toutes ces

personnes font partie de la grande équipe gravitant autour de la personne hébergée. Leurs rôles et responsabilités sont décrits ci-dessous. Lorsqu'une intervenante est présente seulement en MDA ou en MA, la précision est mentionnée entre parenthèses après le titre d'emploi.

Conformément au *Guide Processus clinique de la DSHAPPA* (à venir), **l'interdisciplinarité** est le mode de **collaboration interprofessionnelle** retenu pour les intervenantes de proximité, puisque le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est de mise auprès de cette clientèle ayant des besoins **complexes**. Lorsque d'autres intervenantes sont appelées à intervenir, le mode de collaboration peut varier de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, selon :

- La complexité des besoins de la personne hébergée;
- La nécessité d'une action concertée pour l'atteinte d'objectifs communs;
- Le besoin d'un partage de responsabilités entre les différentes intervenantes concernées.

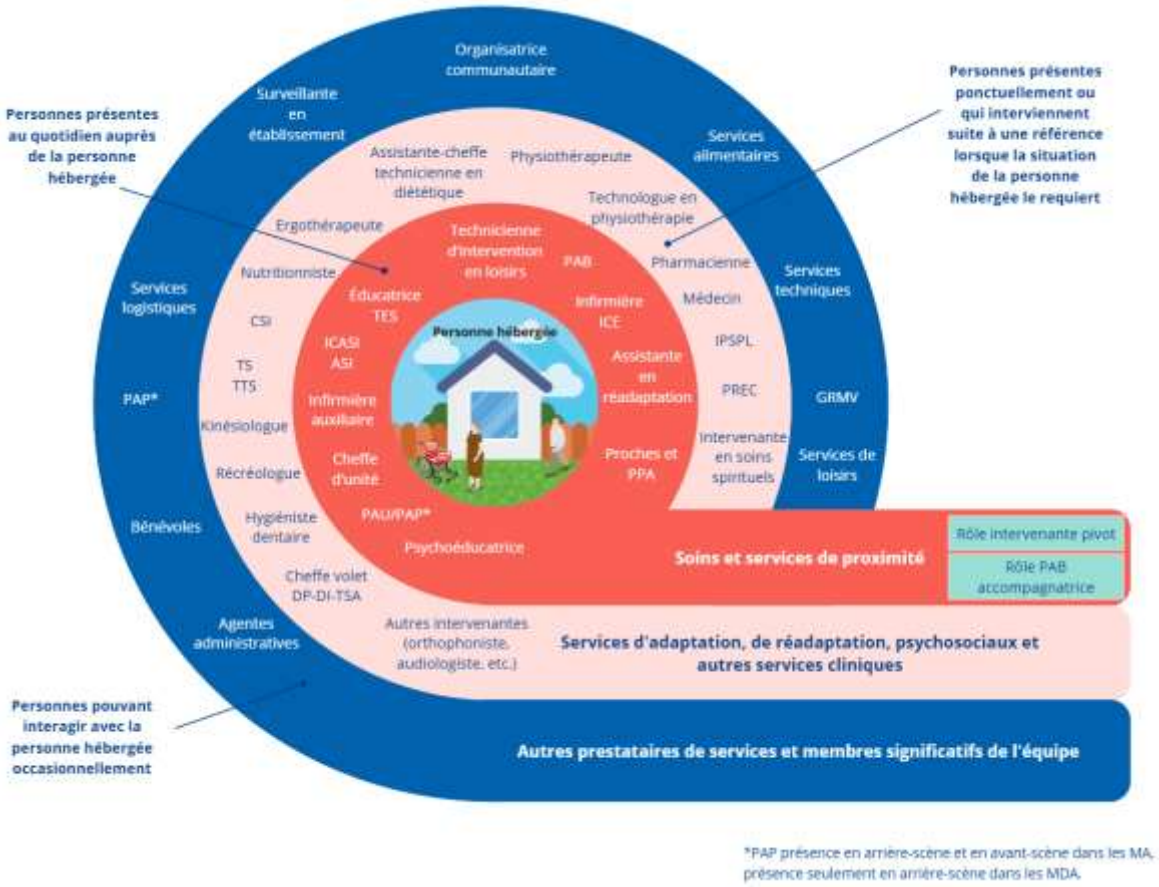


Figure IX – Membres de l'équipe qui gravitent autour de la personne hébergée
(Le niveau de proximité des membres peut varier selon le milieu.)

Les intervenantes, en conformité avec leur champ d'exercice et les activités réservées[11], interviennent selon les concepts et approches décrits au programme.

Des fiches thématiques se trouvent en Annexe K pour décrire les rôles spécifiques de certains titres d'emplois lors des activités telles que les repas, les soins d'hygiène, le sommeil, l'éveil et la gestion de la médication.

RÔLES TRANSVERSAUX

Intervenante pivot

L'intervenante pivot est « responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services » (Gouvernement du Québec, 2017, p. 24). Son rôle consiste à assurer un parcours de service fluide, favorisant l'adaptation et la réadaptation de la personne hébergée. L'intervenante pivot participe à chaque étape du processus clinique. Elle maintient aussi le contact avec toutes les intervenantes concernées ainsi qu'avec les proches des personnes hébergées (Gouvernement du Québec, 2017).

La personne assumant la fonction de pivot est appuyée par les membres de l'équipe interdisciplinaire, lesquels s'engagent dans la réalisation du PII et des interventions qui en découlent. En lien avec le PII spécifiquement, l'intervenante pivot a comme responsabilités de :

- S'assurer de la planification, de l'élaboration, de l'application et de la révision du PII en partenariat avec la personne hébergée et ses proches;
- Rassembler les intervenantes et les partenaires pouvant collaborer à l'évaluation globale des besoins;
- Animer la rencontre d'élaboration du PII;
- S'assurer de la complémentarité entre les soins et services mis en place, de la cohérence des interventions et de la cadence appropriée pour la dispensation des services en lien avec le PII.

De plus, l'intervenante pivot a le mandat de :

- Favoriser la transmission des informations pertinentes entre la personne hébergée, les proches, les intervenantes et les partenaires, dans le respect de la confidentialité;
- S'assurer que les échanges de renseignements requis pour la continuité des soins et des services soient effectués au moment opportun;
- S'assurer que la personne hébergée et ses proches soient accompagnés et soutenus dans le processus d'obtention des services;
- Consulter les personnes concernées afin d'élaborer en collaboration un horaire occupationnel adapté aux besoins de la personne hébergée;
- Lorsque requis, participer à la coordination des interventions avec les partenaires.

Il est à noter que l'intervenante pivot n'exerce aucune autorité hiérarchique sur les intervenantes et partenaires engagés dans l'offre de soins et de services. Par ailleurs, la réponse aux besoins de la personne hébergée demeure une responsabilité partagée entre toutes. L'intervenante pivot n'est pas responsable et imputable des interventions spécifiques réalisées par chacune.

À l'accueil d'une nouvelle personne hébergée, une intervenante pivot est identifiée selon les besoins et dans l'intérêt de la personne hébergée. Une intervenante pivot différente peut être

[11] En cohérence avec le cadre légal de la pratique professionnelle dicté par le Code des professions (chapitre C-26) de même que l'ensemble des autres lois et règlements traitant du système professionnel québécois, les activités dites réservées doivent être réalisées exclusivement par les intervenant·es habilité·es à le faire, et ce, dans leur champ d'exercice respectif.

désignée dans un dossier selon l'évolution des besoins de la personne hébergée et les ressources humaines disponibles.

Préposée aux bénéficiaires accompagnatrice

La préposée aux bénéficiaires (PAB) accompagnatrice, en plus de ses rôles et responsabilités en tant que PAB (voir description plus bas), est la personne de référence désignée pour la personne hébergée **dès son accueil**. La personne hébergée et ses proches sont informés dès l'admission qu'il s'agit de leur personne de référence. Sa présence auprès de la personne hébergée demeure **constante** durant tout le séjour et sa relation de grande proximité avec la personne hébergée fait d'elle une intervenante essentielle.

De par ce rôle, elle :

- S'informe auprès de la personne hébergée et de ses proches de l'histoire et des faits marquants de la vie de la personne et de la façon dont cela se traduit au quotidien;
- S'informe sur les goûts, les habitudes de vie, les AVQ et AVD de la personne hébergée afin de faciliter l'adaptation et la qualité de vie de celle-ci dans son nouveau milieu et collabore à intégrer ces préférences dans la planification des achats du milieu de vie, en concordance avec les besoins et les objectifs établis;
- S'assure de la personnalisation de l'appartement en collaboration avec la personne hébergée et ses proches. Selon les besoins, collabore avec l'intervenante pivot afin d'identifier les autres intervenantes à consulter (ex. éducatrice spécialisée en cas de trouble du comportement et d'enjeux avec l'aménagement);
- En collaboration avec l'intervenante pivot, soutient la personne hébergée et ses proches lorsque vient le temps de prendre une décision qui concerne le respect de ses besoins, de ses valeurs et croyances ainsi que de ses habitudes de vie. Elle connaît et utilise l'histoire de vie comme outil d'accompagnement;
- S'assure du respect de l'autonomie de la personne hébergée;
- S'assure qu'un résumé de l'histoire de vie et du projet de vie est disponible dans l'appartement de la personne;
- Tout comme l'intervenante pivot, s'assure de faire circuler l'information pertinente concernant la personne aux autres membres de l'équipe et oriente les demandes d'informations des proches et des personnes hébergées vers l'intervenante pivot ou les bonnes personnes-ressources;
- Valorise la présence et l'implication des proches. Par exemple, elle les soutient pour la prise de décisions relatives à la personnalisation des espaces de vie;
- Veille à ce que soient identifiés les vêtements et effets personnels;
- Participe à la rencontre d'élaboration du PII et collabore à la préparation et au suivi de la rencontre;
- Informe la personne hébergée, la stimule et l'aide à sa préparation pour les activités de loisirs et occupationnelles; lui propose du matériel récréatif pour occuper son temps (musique, revues, etc.);
- Offre des occasions aux personnes hébergées de socialiser entre elles selon leurs désirs;
- Accompagne les personnes hébergées dans l'utilisation
    - Du matériel permettant la contribution aux AVD jour, soir et/ou nuit. (ex. panier à lessive, plumeau, sceau, gants de vaisselle);
    - De l'équipement de loisirs disponible, en dehors des périodes dédiées. (ex. jeu de société, cartable avec fiches d'activités individuelles ou de groupe, etc.).

Assistante en réadaptation (MA)

L'assistante en réadaptation est une « personne qui [...] participe à l'élaboration des différents programmes de réadaptation par l'activité thérapeutique et voit à l'actualisation de ces programmes. Elle organise et anime des activités individuelles ou de groupe [et] participe à l'évaluation du comportement et des attitudes des [personnes hébergées] » (CPNSSS, 2019). À la MA, l'assistante en réadaptation intervient toujours dans le cadre d'un plan d'intervention disciplinaire d'une intervenante. Par ses observations, elle peut aussi contribuer aux évaluations des différentes intervenantes. Son implication avec les intervenantes de la réadaptation peut varier selon les différents besoins de la clientèle, mais le but sera toujours de maintenir les acquis des personnes hébergées, développer leur autonomie, assurer leur sécurité et encourager leur participation active dans différentes activités.

Puisqu'elle intervient dans le cadre du plan d'intervention disciplinaire de l'intervenante de la réadaptation, l'assistante en réadaptation doit collaborer avec cette dernière, lui communiquer toute information pertinente concernant la situation de la personne hébergée, respecter les consignes qui lui sont données relativement à l'activité confiée et s'abstenir de dépasser les limites de ses capacités et compétences. L'assistante en réadaptation peut se voir confier par une intervenante de la réadaptation, par exemple, les activités suivantes :

- Application d'un programme d'exercices physiques (ex. programme de marche);
- Enseignement pour l'utilisation d'une aide technique;
- Entrainement aux transferts et aux déplacements (ex. propulsion d'un fauteuil roulant);
- Entrainement aux activités de la vie quotidienne (ex. utilisation d'une aide technique, utilisation d'un outil de communication, apprentissage pour autonomie à l'habillage);
- Etc.

Cheffe d'unité

La gestionnaire cheffe d'unité est un membre de l'équipe de gestion se rapportant au gestionnaire responsable du milieu de vie. Elle organise, coordonne et évalue les activités liées à la dispensation des soins et des services à la clientèle hébergée, et ce, en cogestion avec la cheffe du volet DI-TSA pour les MA. Son mandat est de superviser les activités cliniques et administratives mises en œuvre par le personnel sous sa responsabilité, ainsi que de favoriser une cogestion interne et interdirection.

La cheffe d'unité est présente quotidiennement auprès des prestataires de services et des personnes hébergées à la MDA MA. Elle assume les fonctions suivantes :

- Effectuer la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles de la MDA MA dans le respect des politiques et procédures de l'établissement;
- Assurer l'application des programmes tant cliniques que ceux qui sont relatifs au milieu de vie;
- Assurer la conformité des activités clinico-administratives aux orientations, aux objectifs et aux normes de la direction et des orientations ministérielles;
- Gérer l'équipe de soins et être une personne-ressource pour les situations complexes;
- Collaborer avec les partenaires internes et externes;
- Effectuer des suivis de nature administrative avec les personnes hébergées et les proches;
- Favoriser l'interdisciplinarité et la participation des membres de l'équipe clinique en adoptant les valeurs organisationnelles et de bonnes pratiques de gestion;

- Favoriser l'implication des partenaires de soins à l'offre de soins et services du centre d'hébergement;
- Prendre en considération les préférences des personnes hébergées et des proches pour la planification des achats (produits de soins d'hygiène, matériel pour AVD, etc.);
- Créer différents comités pour impliquer les personnes hébergées, les proches et les prestataires de services dans la structure de gouverne et les encourager à en faire la promotion;
- Coordonner des activités de reconnaissance des proches comme membres à part entière de l'équipe;
- Promouvoir et intégrer les talents des prestataires de services, des proches et des personnes hébergées (ex. bingo, chant, piano);
- Collaborer avec les directions soutien;
- Etc.

Infirmière cheffe d'équipe (ICE)

L'infirmière assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux des personnes ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé de la personne hébergée, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir, de prévenir la maladie ainsi que de fournir des soins palliatifs et de fin de vie. Elle planifie, dispense et évalue l'enseignement aux personnes hébergées, à leurs proches et à des groupes de personnes. De plus, elle participe à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023d).

En MDA MA, l'infirmière assume la fonction de cheffe d'équipe, ce qui signifie que, en plus de ses fonctions d'infirmière, elle dirige, surveille, planifie et coordonne les activités d'un groupe diversifié d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de personnel auxiliaire et de stagiaires.

À la MDA MA, elle se verra confier, par exemple, les responsabilités suivantes :

- Collaborer à mettre en application la démarche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services - antipsychotiques (OPUS-AP) et le Programme d'évaluation de la personnalisation des soins (PEPS);
- Assurer la gestion des refus, évaluer leurs récurrences et offrir des alternatives (soins d'hygiène, repas, etc.);
- Prendre des mesures limitant les transferts vers un centre hospitalier ou une autre unité de soins, notamment lors des épisodes aigus et des épisodes de soins de fin de vie selon les meilleures pratiques établies (ex. planification de soins anticipée avec la personne hébergée et ses proches);
- Favoriser l'utilisation des technologies afin d'optimiser les consultations à même la MDA MA (téléconsultation, télésanté, etc.);
- Sensibiliser les proches aux approches permettant l'autonomie selon les capacités résiduelles (ex. accepter les façons de manger qui peuvent contrevenir à certaines conventions sociales);
- S'assurer de l'implication des proches dans les décisions relatives à la personnalisation des espaces de vie (ex. utilisation de literie personnelle);
- Etc.

Infirmière auxiliaire

L'infirmière auxiliaire participe à la réalisation d'un ensemble de soins infirmiers en collaboration avec l'équipe clinique. Elle contribue à l'évaluation de l'état de santé de la personne hébergée et à la réalisation du plan de soins, prodigue des soins infirmiers et de bien-être, des traitements infirmiers et médicaux, dans le but de maintenir la santé, de la rétablir, de prévenir la maladie ainsi que de fournir des soins palliatifs et de fin de vie. Elle exerce également un ensemble d'activités

qui lui sont réservées en fonction de son champ d'exercice. Elle participe à l'enseignement aux personnes hébergées et à leurs proches (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023e).

L'infirmière auxiliaire à la MDA MA se verra confier, par exemple, les responsabilités suivantes :

- Collaborer à mettre en application la démarche OPUS-AP et le projet PEPS;
- Considérer la personne hébergée et ses proches comme des partenaires dans l'épisode de soins. Par conséquent, elle les informe et les implique dans la prise de décisions et les apprentissages chaque fois que cela est possible;
- Susciter la participation de la personne hébergée et de ses proches dans la prise de décisions et dans la mise en œuvre de son plan thérapeutique infirmier;
- Favoriser et soutenir l'autonomie de la personne hébergée et de ses proches.

Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) et Infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI)

En plus du champ d'exercice de l'infirmière décrit plus haut selon l'article 37 du *Code des professions*, l'ICASI/ASI assure un leadership clinico-administratif auprès de l'équipe de soins infirmiers et assiste la cheffe d'unité dans ses fonctions. Elle identifie, pour les personnes hébergées, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, l'assignation, la coordination et le suivi des ressources et des activités de son service.

L'ICASI/ASI facilite l'accueil, l'orientation et l'encadrement clinique du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Elle agit également à titre de personne-ressource auprès de l'équipe de soins et joue un rôle d'experte clinique lors de situations requérant un soutien de sa part. À cet effet, elle assure, entre autres, une vigie quant à la sécurité et la qualité des soins et services infirmiers prodigués. Elle supervise l'enseignement fait aux personnes hébergées, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche.

L'ICASI, en plus des fonctions d'ASI, participe également au développement ou à l'adaptation des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins.

L'ICASI/ASI à la MDA MA se verra confier, par exemple, les responsabilités suivantes :

- Favoriser l'adoption de pratiques de collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe clinique;
- Collaborer à mettre en application la démarche OPUS-AP et le projet PEPS;
- Prendre des mesures limitant les transferts vers un centre hospitalier ou une autre unité de soins, notamment lors des épisodes aigus et des épisodes de soins de fin de vie selon les meilleures pratiques établies (ex. planification de soins anticipée avec la personne hébergée et ses proches);
- Favoriser l'utilisation des technologies afin d'optimiser les consultations (téléconsultation, télésanté, etc.);
- Offrir un soutien logistique aux personnes hébergées désirant réaliser des activités à l'extérieur des maisonnées en collaboration avec l'agente administrative. Assure le suivi et l'arrimage des demandes (ex. transport adapté);
- Effectuer des audits sur les sujets suivants :
    - Le déroulement et l'exécution de l'activité repas et le respect du concept (ex. performance, satisfaction, comportements attendus, comité de personnes hébergées, évaluation basée sur l'expérience client, etc.);
    - Saisie en temps réel des interventions accomplies auprès de la personne hébergée (SI MDA MA).

Préposée aux bénéficiaires (PAB)

La PAB a pour fonction d'assurer l'hygiène, le bien-être et la surveillance des personnes hébergées. Elle voit au confort, aux besoins généraux, à l'occupation des personnes hébergées, et ce, dans un environnement sécuritaire. Elle les aide dans leurs déplacements, effectue leur transport et peut les accompagner à l'extérieur de l'établissement. Elle donne aux personnes hébergées des soins de base et communique à l'équipe clinique des informations relatives à l'état de santé et au comportement des personnes hébergées. Elle peut être appelée à faire l'installation de certains appareils pour lesquels elle est formée. Elle s'assure de la disponibilité, de l'entretien et du bon fonctionnement de l'équipement et du matériel. Elle effectue le transport du matériel, des prélèvements et des dossiers (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023f).

De par sa présence constante auprès d'elle et l'accompagnement qu'elle lui fournit, la PAB détient des connaissances approfondies sur la personne hébergée, notamment son projet et son histoire de vie, ses préférences, ses habitudes, ses valeurs, etc.

Elle « assume un rôle crucial dans l'équipe de soins puisqu'elle contribue notamment à :

- Renforcer la prévention et le traitement du déconditionnement;
- Repérer des problématiques de santé lorsqu'un changement dans l'état d'une personne survient;
- Soutenir une approche de bientraitance;
- Offrir des soins d'assistance en cohérence avec les besoins de la personne » (2022a).

La PAB à la MDA MA se verra donc confier, par exemple, les responsabilités suivantes :

- Adapter son approche auprès de la personne hébergée selon le profil cognitif et comportemental de cette dernière;
- Assurer la dignité de la personne hébergée concernant son apparence physique personnelle;
- Stimuler et encourager la personne hébergée au plan cognitif selon les directives définies;
- Adopter une approche visant le maintien de l'autonomie et la participation maximale de la personne hébergée et ses proches en tenant compte de leurs capacités (AVD, AVQ, mobilité, etc.);
- Informer la personne hébergée et ses proches du déroulement des différents soins et activités et s'assurer de leur compréhension;
- Respecter l'horaire naturel de la personne hébergée dans la mesure du possible (ex. déjeuner, hygiène, habillement, mobilisation, etc.);
- Stimuler et encourager la personne hébergée dans ses activités sociales et de divertissement et participer avec elle;
- Assurer les soins d'hygiène corporelle requis en respectant le degré d'autonomie de la personne hébergée (bain, hygiène buccale, rasage, lavage des cheveux, etc.);
- Maintenir un climat propice au bien-être;
- S'assurer de l'implication des proches dans les décisions relatives à la personnalisation des espaces de vie. (ex. utilisation de literie personnelle);
- Participer à l'adaptation de l'accompagnement et au besoin de soutien en fonction du profil et des besoins de la personne hébergée.

Préposée à l'unité (PAU) ou au pavillon (PAP)

La PAU effectue des travaux légers d'entretien, de lingerie et de buanderie dans une maisonnée. Elle conseille les personnes hébergées dans l'accomplissement de leurs gestes quotidiens tels que choix vestimentaires et travaux domestiques. Elle accompagne et assiste l'équipe clinique pour certaines activités.

La PAU à la MDA-MA se verra donc confier, par exemple, les responsabilités suivantes :

- Assurer la dignité de la personne hébergée concernant son apparence physique personnelle;

- Accompagner les personnes hébergées dans l'utilisation
    - Du matériel permettant la contribution aux AVD jour, soir et/ou nuit. (ex. panier à lessive, plumeau, sceau, gants de vaisselle);
    - De l'équipement de loisirs disponible, en dehors des périodes dédiées. (ex. jeu de société, cartable avec fiches d'activités individuelles ou de groupe, etc.);
- Collaborer en continu, grâce à ses observations et en partenariat avec la personne hébergée, la PPA et l'équipe clinique, à l'adaptation et à la révision du plan de travail et du PII de la personne hébergée, en fonction des changements de besoins et de préférences.

En MA, les tâches de la PAP sont semblables à celles de la PAU (en avant-scène), tandis qu'en MDA, la PAP est davantage présente en arrière-scène.

Psychoéducatrice (MA)

Les principales fonctions de la psychoéducatrice consistent à évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne hébergée, à déterminer un plan d'intervention disciplinaire en partenariat avec elle et ses proches et à en assurer la mise en œuvre. La psychoéducatrice vise aussi à rétablir et à développer les capacités adaptatives de la personne hébergée et à contribuer au développement des conditions du milieu. Ces interventions ont pour but de favoriser l'adaptation optimale de la personne hébergée en interaction avec son environnement (Office des professions, 2021).

La psychoéducatrice a comme objectif d'amener la personne hébergée à maintenir ou à développer un équilibre harmonieux et satisfaisant entre celle-ci et son milieu. En partant de l'expérience vécue par la personne hébergée, elle intervient de manière à augmenter ses capacités adaptatives, notamment en mettant à profit des éléments significatifs de l'environnement de la personne hébergée.

La psychoéducatrice peut être appelée pour divers motifs tels que des situations de handicap liées à :

- Des comportements problématiques susceptibles d'avoir des conséquences importantes sur l'intégrité physique, mentale ou l'intégration sociale de la personne hébergée ou ses proches;
- Des habiletés sociales ou relationnelles (ex. fonctionnement en groupe, retrait social, interactions sociales, communication, etc.);
- Des capacités de gestion des émotions ou de résolution de problèmes;
- La motivation, la participation, la collaboration ou l'engagement de la personne hébergée et ses proches;
- Etc.

Technicienne en éducation spécialisée (TES) (MDA) ou éducatrice (MA)

À l'aide de diverses méthodes de collecte de données, dont l'observation, l'éducatrice peut cerner les difficultés et les capacités adaptatives de la personne hébergée dans son quotidien. Elle peut ainsi analyser les données recueillies, déterminer un plan d'intervention disciplinaire en partenariat avec la personne hébergée et ses proches et en assurer la mise en œuvre. Elle procède notamment aux interventions de prévention, d'éducation ou de réadaptation visant l'intégration sociale et l'épanouissement personnel des personnes hébergées (Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec, 2018). Le rôle de l'éducatrice consiste aussi à assurer le soutien et l'accompagnement de la personne hébergée et ses proches en vue de favoriser la participation sociale de la personne hébergée. Elle peut appliquer des techniques d'éducation en utilisant les AVQ, coordonner et animer des activités visant l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats (CPNSSS, 2019). Spécifiquement, elle peut, par exemple, accompagner la personne hébergée et les intervenantes dans la réalisation des AVQ, soutenir les intervenantes lors de situations de crises vécues par les personnes hébergées, veiller à la compréhension et à la

cohérence des interventions nécessaires pour répondre aux besoins de la personne hébergée, etc. De ce fait, elle travaille en étroite collaboration avec la récréologue et la technicienne d'intervention en loisirs en planifiant, en organisant et en animant, au besoin, les activités de loisirs lorsque le but visé est de faciliter la participation de la personne hébergée ou de favoriser l'adaptation à son milieu.

En contexte de collaboration interprofessionnelle, l'éducatrice peut aussi contribuer aux évaluations disciplinaires et à la mise en œuvre des plans d'interventions disciplinaires des différentes intervenantes concernées.

Technicienne d'intervention en loisirs (MDA)

La technicienne d'intervention en loisirs est une « personne qui planifie, gère, organise et anime des activités individuelles ou de groupe, à caractère sportif, ludique ou socioculturel, qui favorisent l'atteinte d'objectifs thérapeutiques, le bien-être et la réadaptation des personnes hébergées. Elle peut élaborer des programmes récréatifs, fournir des observations sur le comportement et les attitudes des [personnes hébergées] et participer à l'analyse des besoins en matériel ainsi qu'à diverses réunions où sa présence est requise » (CPNSSS, 2019).

La technicienne d'intervention en loisirs travaille étroitement avec la récréologue dans l'organisation et l'application des programmes d'activités de loisirs ou d'évènements. Elle veille également à l'animation de ces activités. Elle peut aussi fournir des observations sur le comportement et les attitudes de la personne hébergée lors des activités de loisirs et les partager avec les autres intervenantes concernées pour guider leurs propres interventions.

SERVICES D'ADAPTATION, DE RÉADAPTATION, PSYCHOSOCIAUX ET AUTRES SERVICES CLINIQUES

Assistante-chef technicienne en diététique

À la MDA MA, l'assistante-chef technicienne en diététique relève de la Direction de la logistique (DL). Son mandat est double : elle agit à titre de technicienne en diététique et « partage les responsabilités du chef de service et le ou la remplace durant les absences » (CPNSSS, 2019). Son rôle de technicienne en diététique consiste à coordonner la production et la distribution des aliments en s'assurant d'appliquer toutes les normes reliées à l'hygiène, la salubrité, la santé, la sécurité et les lois concernant l'alimentation. Elle s'assure que les recommandations concernant l'apport alimentaire données par les différentes intervenantes de l'équipe clinique soient suivies (Gouvernement du Québec, s.d.). Pour ce faire, elle organise le menu des personnes hébergées en assurant une concordance entre les recommandations émises et ce qu'il est possible de leur offrir en considérant la disponibilité des aliments et leurs préférences alimentaires. Elle participe également à la collecte de données sur les préférences et les obstacles alimentaires de toutes les personnes hébergées. Ce faisant, lorsqu'il lui arrive de détecter des situations pouvant représenter un enjeu de santé pour la personne hébergée, elle fait le lien avec la nutritionniste et porte ces situations à son attention. Elle travaille donc en étroite collaboration avec la nutritionniste, mais également avec les autres intervenantes de l'équipe clinique lorsque requis.

Autres intervenantes

Selon les besoins de la personne hébergée, la référence à des intervenantes (ex. orthophoniste, audiologiste, sexologue, psychologue, etc.) externes à la MDA MA peut être nécessaire.

Cheffe volet DP-DI-TSA (MA)

La cheffe de programme DP-DI-TSA planifie, organise, monitore et évalue les activités relatives à l'actualisation de l'offre de services en DP-DI-TSA en MA. Elle veille à la complémentarité et à l'adéquation entre les besoins des personnes hébergées et les services dispensés. Elle est responsable de la mise en application des opérations requises à l'atteinte des objectifs fixés, des résultats et de la performance attendue en MA.

Elle s'assure du respect des processus administratifs, des mécanismes et des outils d'amélioration, du maintien de la qualité des services et des normes et pratiques professionnelles relatives à la MA. Elle assume la cogestion, avec la cheffe d'unité du volet hébergement, des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles sous sa responsabilité selon les orientations de l'organisation de façon à ce que la clientèle désignée bénéficie des services requis. Elle favorise l'interdisciplinarité et la participation des membres de l'équipe clinique en adoptant les valeurs organisationnelles et de bonnes pratiques de gestion. Enfin, elle collabore avec les directions soutien.

Conseillère en soins infirmiers (CSI)

La conseillère en soins infirmiers assure l'implantation des changements de pratiques et soutient le développement des compétences des effectifs en soins infirmiers sur un continuum de novice à expert. Son rôle multidimensionnel se décline en cinq grands volets : transitions dans la pratique, facilitation des apprentissages, transformation des pratiques cliniques basées sur des résultats probants, gestion du changement, partenariat et partage d'expertise.

Influencée par les pratiques exemplaires et les tendances novatrices en soins infirmiers, elle exerce son leadership en matière d'évaluation des compétences, d'application de stratégies d'apprentissage variées et d'implantation de nouvelles approches cliniques dans le but d'améliorer, en continu, la qualité des soins offerts aux personnes hébergées et leurs proches. Elle contribue à la réalisation de dossiers transversaux et se voit confier des mandats spécifiques à son secteur d'activités et à son expertise.

Elle contribue également aux objectifs organisationnels tels que la rétention du personnel infirmier, la sécurité des personnes hébergées, la qualité des soins offerts à la clientèle et l'implantation de pratiques cliniques d'avant-garde pour répondre de façon plus efficiente aux besoins de la clientèle et à l'offre de services (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023g).

Ergothérapeute

Les principales fonctions de l'ergothérapeute consistent à « évaluer les habiletés fonctionnelles de la personne hébergée, à déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de la personne, en interaction avec son environnement » (Office des professions du Québec, 2021).

Le but des interventions de l'ergothérapeute est d'amener la personne hébergée souffrant d'un dysfonctionnement physique ou mental à un niveau d'autonomie fonctionnelle optimale. Pour y arriver, elle tient compte des aptitudes de la personne hébergée, de ses capacités et de ses incapacités sur les plans cognitif, moteur, perceptif, affectif et relationnel, ainsi que l'environnement dans lequel elle évolue. Son analyse lui permet de déterminer les modalités d'intervention adaptées aux besoins de la personne hébergée en harmonie avec son environnement (Office des professions du Québec, 2021).

Hygiéniste dentaire

Les principales fonctions de l'hygiéniste dentaire consistent à « évaluer l'état de santé buccodentaire, enseigner les principes d'hygiène buccale, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire et prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire et de maintenir et rétablir la santé buccodentaire » (Code des professions, LRQ Chap.C26, art.37).

Au sein de la MDA MA, en plus de donner les soins buccodentaires préventifs périodiques, l'hygiéniste dentaire a pour rôle de soutenir l'équipe de soins, en collaboration avec les dentistes et les denturologistes, dans l'évaluation de la santé buccodentaire des personnes hébergées, dans l'offre de soins d'hygiène quotidiens de la bouche et dans l'organisation des soins buccodentaires (MSSS, 2019).

Intervenante en soins spirituels (MDA)

L'intervenante en soins spirituels est une « personne qui exerce des activités de soutien et d'accompagnement spirituel et religieux auprès des [personnes hébergées], à leur famille ainsi qu'à leurs proches » (CPNSS, 2019). À la MDA MA, elle planifie, réalise et évalue les activités spirituelles et religieuses. Elle s'assure de rencontrer les personnes hébergées à leur accueil pour identifier leurs besoins et enjeux spirituels et religieux. Elle peut aussi être appelée en consultation auprès de la personne hébergée et ses proches sur des sujets théologiques, spirituels ou éthiques à tout moment de leur séjour (CPNSSS, 2019).

L'intervenante en soins spirituels offre des interventions variées, de façon individuelle ou en groupe. Celles-ci incluent des activités de soutien et d'accompagnement pour répondre aux problèmes des personnes hébergées relatifs aux croyances, aux pensées, aux émotions, aux comportements et aux besoins sociaux. Par exemple, à la MDA MA, elle peut accompagner les personnes hébergées dans les différents deuils vécus en lien avec la perte d'autonomie, la demande d'aide médicale à mourir et la fin de vie à venir. Elle peut aussi accompagner les proches en répondant à leurs besoins spirituels, notamment dans les processus de deuil et d'adaptation que ces situations amènent. L'accompagnement offert au rythme de la personne hébergée vise également la quête d'un sens aux épreuves et émotions traversées et la réappropriation de son histoire de vie. Pour y arriver, l'intervenante en soins spirituels établit son plan de soins spirituels avec la personne hébergée et ses proches et collabore, au besoin, avec les autres membres de l'équipe clinique.

Équipe médicale : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et médecin

Les personnes hébergées en MDA MA ont de multiples besoins qui nécessitent l'intervention du médecin et/ou de l'IPSPL (Collège des médecins du Québec, 2015).

Le médecin évalue et diagnostique toute déficience de la santé en interaction avec son environnement, prévient et traite les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes (*Loi médicale*, RLRQ c. M-9). L'IPSPL peut réaliser plusieurs soins médicaux, son rôle est majoritairement le même que celui du médecin. L'IPSPL peut se référer au médecin pour les situations plus complexes.

Le médecin et l'IPSPL à la MDA MA se verront confier, par exemple, les responsabilités suivantes:

- Discuter avec la personne hébergée ou avec la personne qui la représente en cas d'inaptitude à consentir aux soins, puis établir le niveau d'intervention médicale (NIM) (incluant la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire);
- Établir un plan d'intervention médicale pour chaque problème médical actif avec le consentement et en cohérence avec le NIM;
- Évaluer les changements de conditions de la personne hébergée;

- Discerner les conditions réversibles de l'évolution attendue d'une maladie;
- Établir un pronostic;
- Accompagner la personne hébergée et ses proches, en collaboration avec l'équipe clinique, dans les soins requis (ex. révision du traitement médical, soins palliatifs et de fin de vie (SPFV), modifications des textures alimentaires, aides techniques, contentions, etc.);
- Travailler selon les principes de la collaboration interprofessionnelle;
- Promouvoir l'autonomie des autres intervenantes dans la démarche OPUS-AP et le projet PEPS tout en établissant le rôle de chacun;
- Favoriser l'utilisation des technologies afin d'optimiser les consultations (téléconsultation, télésanté, etc.);
- Assurer une garde (médecin ou IPSPL) pour répondre aux épisodes de soins en tout temps et éviter les transferts hospitaliers lorsque non requis.

De plus, l'IPSPL peut :

- Apporter un soutien clinique aux infirmières et aux autres intervenantes;
- Contribuer à la conception, l'application et l'évaluation des programmes se rapportant à sa spécialité. Elle participe au développement et à l'implantation des programmes d'enseignement aux personnes hébergées, à leurs proches et à des groupes de personnes.
- Participer à l'élaboration et à l'évaluation des règles de soins médicaux et infirmiers, collaborer au développement des programmes de formation pour le personnel infirmier et peut superviser les activités des candidats infirmiers praticiens spécialisés et les stagiaires en cours de formation. Elle réalise ou collabore à la recherche en soins infirmiers et collabore à la recherche clinique médicale (CPNSSS, 2023).

Kinésiologue (MDA)

La kinésiologue est une « personne qui évalue la condition physique et conçoit des programmes d'activités physiques sécuritaires et adaptées aux besoins de la clientèle dans le but de développer une pratique autonome d'activités physiques significatives et durables. Elle effectue la promotion des bienfaits de l'activité et de saines habitudes de vie afin d'améliorer la santé » (CPNSSS, 2019). Étant donné que la pratique autonome d'activités physiques n'est pas toujours possible pour la clientèle hébergée, la kinésiologue peut aussi être appelée à superviser ou assister la personne hébergée dans la réalisation d'activités physiques.

Après avoir procédé à son évaluation en kinésiologie, elle planifie et propose un programme d'exercices physiques adapté à la situation particulière de la personne hébergée dans un but de prévention, de maintien ou d'amélioration de la santé. Lorsque la personne hébergée présente ou est soupçonnée de présenter une déficience ou une incapacité de la fonction physique, l'intervention de la kinésiologue n'aura pas pour but d'identifier cette déficience ou incapacité dans le but de la traiter. Il s'agira plutôt d'adapter le plan d'intervention disciplinaire en tenant compte de la déficience ou l'incapacité préalablement identifiée par une intervenante habilitée à l'évaluer ou à poser un diagnostic. En plus, la kinésiologue peut être appelée à collaborer avec les autres membres de l'équipe clinique dans la mise en application d'activités qui lui seraient confiées.

Pharmacienne

Les principales fonctions de la pharmacienne consistent à :

- Évaluer les personnes hébergées afin de réévaluer, ajuster et effectuer le suivi de la pharmacothérapie dans le but d'assurer une prise en charge optimale de leurs problèmes de santé;
- Détecter et gérer les problèmes liés aux médicaments, notamment lors des transitions entre les différents milieux de soins;

- Collaborer avec l'équipe de soins dans le but d'accompagner et soutenir la personne hébergée et ses proches dans l'élaboration du plan de soins ou lorsqu'une décision thérapeutique est requise.
- Assurer un usage optimal des médicaments. Effectuer des audits, lorsque pertinents ou requis.
- Superviser le circuit du médicament et s'assurer du respect des normes de pratique en lien avec le circuit du médicament.
- Mettre en application la démarche OPUS-AP et le projet PEPS.

Nutritionniste

Les principales fonctions de la nutritionniste consistent à « évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé » (Office des professions du Québec, 2003).

Le but de ses interventions est de maintenir, rétablir ou améliorer l'état nutritionnel, la santé et la qualité de vie de la personne hébergée. Les stratégies d'intervention choisies dépendent des besoins, des capacités et des limites de la personne hébergée et de son milieu (Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2018).

Physiothérapeute (MA)

La physiothérapeute « évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire. [Elle] peut déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal de [la personne hébergée] » (Office des professions du Québec, 2003).

Le but de ses interventions est de permettre à la personne hébergée de retrouver le maximum de ses capacités physiques selon sa condition et son potentiel de récupération afin qu'elle puisse réaliser ses activités quotidiennes. Elle intervient en prévention, en maintien et en rétablissement des diverses capacités physiques de la personne hébergée.

Récréologue

La récréologue est une « personne qui conçoit, met en application et évalue des programmes récréatifs adaptés aux besoins individuels ou collectifs » (CPNSSS, 2019). À la MDA MA, elle s'occupe de la planification, de la gestion et de la coordination de l'ensemble des activités et des services entourant les loisirs. Elle est la principale responsable de la programmation des activités et de l'organisation des évènements de loisirs. Elle veille aussi à la gestion des ressources en loisirs, qu'elles soient humaines, financières et matérielles. Elle travaille étroitement avec la technicienne d'intervention en loisirs et collabore avec l'équipe pour offrir des loisirs diversifiés et adaptés aux personnes hébergées. Enfin, elle assume le rôle de personne répondante pour les bénévoles : assure une liaison avec le chef de service du bénévolat, contribue au recrutement local, est responsable de l'accueil, de l'orientation et de l'encadrement des bénévoles, est en soutien à la formation offerte, véhicule la reconnaissance pour le soutien apporté et favorise la rétention (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022).

Technicienne en travail social (TTS)

La technicienne en travail social intervient auprès des personnes hébergées aux prises avec différents problèmes sociaux en répondant à leurs besoins, en promouvant la défense de leurs droits et en favorisant le changement social (Université Laval, 2020). Elle fait l'analyse de la situation et élabore un plan d'intervention disciplinaire dans le but d'améliorer l'adaptation sociale

de la personne hébergée (Université de Sherbrooke, 2018). Tout comme pour la travailleuse sociale (TS), ses interventions permettent de restaurer, de maintenir et de développer l'équilibre dans les relations entre la personne hébergée et son environnement social et physique.

Malgré le partage du champ d'exercice avec la TS, la TTS ne peut accomplir certaines activités qui sont réservées à ce titre. Lorsqu'elle intervient en collaboration interprofessionnelle avec une TS, elle peut contribuer à l'évaluation disciplinaire de cette dernière en effectuant des activités d'observation, des entrevues, des activités de détection, de dépistage ou d'appréciation. Elle peut aussi se voir confier des activités dans le plan d'intervention disciplinaire de la TS. Lorsqu'elle intervient en suivi individuel, elle peut apprécier le fonctionnement social de la personne hébergée et détecter les situations qui doivent être portées à l'attention d'une intervenante habilitée. Elle élabore son plan d'intervention et le met en application. Elle offre, entre autres, du soutien et de l'accompagnement pour prévenir ou résoudre les situations sociales problématiques entre la personne hébergée et son environnement.

Technologue en physiothérapie

« Lorsqu'[elle] dispose préalablement d'une évaluation faite par un[e] physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes, [la technologue en physiothérapie] peut évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal de [la personne hébergée] » (Office des professions du Québec, 2003), et ce, dans le respect des conditions prévues au règlement 94m de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (Gouvernement du Québec, s.d.).

Travailleuse sociale (TS)

Les principales fonctions de la TS consistent « à évaluer le fonctionnement social, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi qu'à soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement » (Office des professions, 2021).

La TS a comme objectif l'atteinte d'un équilibre entre les besoins de la personne hébergée et de ses proches et la capacité de l'environnement à répondre à ces besoins. Elle permet le développement du pouvoir d'agir et la réalisation du potentiel et des ambitions de la personne hébergée et ses proches en répondant à leurs besoins psychosociaux grâce à des interactions sociales et une participation satisfaisante à la vie de la société (Office des professions, 2021).

Personne-ressource en encadrement clinique (PREC)

Les intervenantes de la catégorie 4 travaillant en MDA MA ont le soutien d'une personne offrant de l'encadrement clinique. La personne-ressource en encadrement clinique accompagne ces intervenantes dans le but d'accroître leur autonomie dans leur pratique. Elle contribue à soutenir l'utilisation de leur plein potentiel et valorise l'apport de chacune. Cette personne aura notamment pour mandat de (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023b) :

- Favoriser l'adoption de pratiques de collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe clinique;
- Développer, aider à maintenir ou perfectionner les connaissances et les compétences des intervenantes;
- Soutenir les intervenantes lors de situations cliniques complexes;
- Favoriser une pratique professionnelle de qualité en regard des normes et standards attendus chez les intervenantes.

AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Agente administrative

L'agente administrative (classe 1, 2, ou 3) offre des services de soutien administratif, contribuant ainsi au bon fonctionnement des MDA MA. Ses responsabilités peuvent comprendre : le soutien administratif et bureautique aux gestionnaires et aux intervenantes, la gestion des communications, la coordination des rendez-vous médicaux et des déplacements des personnes hébergées, la gestion des équipements médicaux et non médicaux, le suivi des fournitures et des commandes, la gestion administrative des dossiers, la gestion du courrier, la gestion des admissions et des transferts, la coordination des réunions, la préparation de documents et de rapports, le suivi des statistiques, la gestion des ressources matérielles, le soutien aux volets ressources humaines et bénévolat, l'accueil et le soutien aux proches (admission, visite, demande de renseignements), etc.

Bénévole

La bénévole est une personne significative à la MDA MA, autant pour les intervenantes que pour la personne hébergée et ses proches. Elle peut effectuer plusieurs tâches visant à soutenir les intervenantes et la personne hébergée. Par exemple, elle peut accompagner la personne hébergée lors des différentes activités organisées à la MDA MA dans le but de faciliter sa participation. Elle peut également effectuer des visites de courtoisie aux personnes hébergées dans une visée de briser l'isolement et permettre la participation sociale. La bénévole peut aussi contribuer aux services offerts à la MDA MA. Par exemple, en collaboration avec l'équipe de loisirs, elle peut participer à la décoration du milieu selon une thématique choisie ou à la préparation du matériel lors d'une activité de loisirs. La bénévole peut se référer à la récréologue qui assume le rôle de répondante pour les bénévoles.

Gestionnaire responsable milieu de vie (GRMV)

La gestionnaire responsable du milieu de vie assume les fonctions d'encadrement requises pour l'organisation, la mise en œuvre, le développement, la complémentarité et la continuité de l'offre de soins et de services. Elle a la responsabilité d'intégrer les priorités et les plans d'action établis par les instances supérieures et la direction.

De manière plus spécifique, elle a pour fonction de :

- Collaborer avec la cheffe d'unité pour effectuer la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles de la MDA MA dans le respect des politiques et procédures de l'établissement;
- S'assurer de la mise en place des conditions favorisant l'utilisation des meilleures pratiques cliniques et administratives;
- Développer une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité des soins et services dans la MDA MA sous sa responsabilité;
- S'assurer de l'atteinte des objectifs de qualité et de performance définis par l'organisation et contribuer à la mise en œuvre des correctifs si nécessaire;
- Organiser, planifier, évaluer et harmoniser les activités des différentes unités sous sa responsabilité, en collaboration avec les différentes cheffes d'unité;
- S'assurer du déploiement de l'offre de soins et de services et des différentes trajectoires des clientèles des unités sous sa responsabilité;
- Établir des liens de collaboration avec les partenaires de la communauté;
- S'assurer du respect des lois et des règlements régissant les services de santé et les services sociaux, ceux des ordres professionnels et des contrats individuels et collectifs.

Organisatrice communautaire

L'organisatrice communautaire est une « personne qui fait l'identification et l'analyse des besoins de la population avec des groupes concernés. Elle conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et de promouvoir son développement » (CPNSSS, 2019). À la MDA MA, elle endosse un rôle de soutien pour répondre aux besoins collectifs des personnes hébergées et de la communauté. Elle travaille à l'identification de ces besoins, soutient la planification et l'organisation des démarches à effectuer en mobilisant les parties prenantes, sollicite la collaboration des différents partenaires concernés et agit en facilitatrice tout au long des démarches. La participation active des personnes soutenues est essentielle puisque l'organisatrice communautaire travaille toujours sur le renforcement du pouvoir d'agir. Elle peut également jouer un rôle conseil auprès des autres intervenantes dans la réponse aux besoins individuels d'une personne hébergée. À ce moment, elle mobilise ses connaissances de la communauté pour guider les intervenantes vers une ressource adéquate et peut leur offrir un support, par exemple, en s'assurant de faire la liaison avec cette ressource.

L'organisatrice communautaire vise la réduction des inégalités sociales et de santé en soutenant la participation des personnes hébergées à la vie communautaire. Pour y arriver, son rôle actif dans la communauté est essentiel. Elle peut représenter la MDA MA au sein d'autres organismes et siéger à différentes tables de concertation. Elle peut profiter de ces occasions pour informer et sensibiliser la communauté aux besoins des personnes hébergées. Son analyse du milieu de la MDA MA et l'identification des enjeux vécus ou des besoins des personnes hébergées lui permettent de cibler des partenariats pertinents avec divers organismes de la communauté. Enfin, elle apporte un soutien aux proches et aux différents comités (proches, personnes hébergées, etc.).

Autres services

Ces différents services collaborent étroitement avec l'équipe clinique pour veiller à ce que les personnes hébergées trouvent réponse à leurs besoins.

Direction de la Logistique (DL) :

- Le département de **buanderie et lingerie** est chargé de la gestion des vêtements des personnes hébergées et de la coordination avec le fournisseur responsable du nettoyage de la lingerie et de la literie.
- La mission du département **d'entreposage et de distribution** consiste à superviser la gestion et l'ordonnancement de l'ensemble des articles en stock, ainsi qu'à coordonner les opérations d'expédition et de réception de marchandises.
- Les **Services alimentaires** ont pour mission de fournir des repas sains et équilibrés, conformes au Guide alimentaire canadien et aux normes de la Politique québécoise en matière d'alimentation. Afin de moderniser le processus repas en MDA MA et concrétiser le concept de milieu de vie, des processus clés ont été proposés. Ceux-ci visent à équilibrer les besoins cliniques des personnes hébergées avec le concept de vie « comme à la maison », tout en promouvant des pratiques alimentaires favorables à la satisfaction des personnes hébergées. Ces pratiques incluent la disponibilité de repas variés en dehors des heures régulières (repas préparés par les proches ou les services alimentaires, repas à réchauffer et collations de qualité dans le réfrigérateur de chacune des maisonnées), la possibilité de préparer son déjeuner dans la maisonnée, une offre de repas à des heures normalisantes qui respectent le rythme de chaque personne hébergée, l'orientation de l'alimentation vers les capacités des personnes hébergées (ex. manger mains) et finalement l'importance accordée à la présentation visuelle des plats et un mode de distribution « service plat par plat » afin de stimuler l'appétit.

Direction des services techniques (DST) :

- Le **Service des installations matérielles** s'occupe du bon fonctionnement et de l'entretien des installations et des équipements non médicaux. Il veille à ce que les personnes hébergées soient confortables et que leur environnement soit sécuritaire. Il s'assure aussi du fonctionnement adéquat des différentes composantes et systèmes de l'établissement. Il fait également les entretiens préventifs et correctifs des meubles et des bâtiments afin qu'ils durent dans le temps. Enfin, il peut aussi collaborer à la personnalisation de l'appartement, au besoin (ex. si une modification majeure est nécessaire).
- L'unité d'**Hygiène et salubrité** est responsable de garantir la propreté des locaux, des équipements et des espaces communs, en suivant les normes d'hygiène et de salubrité établies. Son objectif principal est de prévenir les infections et de maintenir un environnement sain pour les personnes hébergées, les prestataires de services et les visiteurs. Pour ce faire, elle met en place des procédures de nettoyage et de désinfection rigoureuses, en accord avec les recommandations ministérielles et les bonnes pratiques. Dans le cadre des MDA MA, l'unité d'Hygiène et salubrité se focalise sur une approche intégrée et interdisciplinaire, en impliquant les personnes hébergées qui en ont la capacité et qui le désirent dans certaines tâches liées à l'entretien des espaces. Cette démarche vise à favoriser l'autonomie des personnes, à renforcer leur sentiment d'appartenance et à améliorer leur qualité de vie au sein de l'établissement.

➢ Pour plus d'informations, consulter les offres de services disponibles dans chaque MDA MA.

Surveillante en établissement

Personne responsable de la sécurité physique et de la quiétude des lieux ainsi que du respect des règlements entourant la sécurité en vigueur. Elle assure une présence au poste de sécurité à l'entrée principale du bâtiment et s'assure du bon fonctionnement des équipements de sécurité. Elle joue également un rôle de soutien dans la prévention incendie et les mesures d'urgence.

4.2. Ressources matérielles

Le fonctionnement des MDA MA repose sur de nombreuses ressources matérielles et technologiques. Certaines de ces ressources sont plus particulièrement pertinentes pour faire vivre le concept telles que :

- Les espaces de vie résidentielle (cuisine, salon, salle à manger);
- Les salles d'activités autoportantes;
- La cour et les jardins;
- Une salle commune pour des rassemblements avec les proches, la famille et la communauté;
- Les salles pour les PPA;
- Les outils de communication, les applications numériques, les tablettes ou autres appareils électroniques mobiles;
- Le mobilier personnel, l'ameublement et la décoration à caractère résidentiel;
- L'équipement pour ranger et camoufler les fournitures et tout autre matériel (en particulier le matériel médical);
- Le matériel et les allocations budgétaires permettant la mise en œuvre d'activités de loisirs variées et diversifiées favorisant un milieu de vie animé.

Dans l'optique de favoriser le côté résidentiel du milieu de vie, la participation des personnes hébergées aux tâches domestiques est souhaitée. Ainsi, du matériel est prévu à cette fin (ex. balai, torchons, panier à linge, etc.). Il en est de même pour ce qui est de l'entretien de la cour et des jardins (ex. outils de jardinage, etc.).

Le matériel des activités autoportantes pourra être adapté aux besoins des personnes hébergées. Il est aussi souhaité que ce matériel soit sélectionné de manière à ce qu'il soit évocateur du passé (lien avec l'histoire de vie) des personnes hébergées ainsi qu'en lien avec leur projet de vie.

Des paniers et des chariots de matériel à thématique (lecture, objets sensoriels) ainsi qu'un système de repérage du matériel, dans le local ou près du matériel (catalogue, pictogrammes d'identification) sont prévus.

Enfin, « la technologie est présente dans chaque maisonnée, pour que les personnes hébergées puissent maintenir leur autonomie et rester en contact avec leur famille et leurs proches. Les maisonnées sont dotées d'un accès à Internet sans fil » (Gouvernement du Québec, 2023). Les personnes hébergées ont également accès à un système de télé divertissement permettant d'offrir un accès à des émissions, et pouvant servir d'outil de communication, de divertissement et de jeu.

4.3. Développement des compétences

Les **profils de compétences** précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenant·es dans l'exercice de leurs fonctions. Les profils de compétences comprennent notamment les compétences de fonction liées au titre d'emploi.

- Pour les membres de l'équipe de soins, se référer au *Référentiel de compétences des membres de l'équipe de soins* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2018).
- Pour les intervenant·es de la catégorie 4, se référer au *Cadre de référence sur les profils de compétences - Employés de la catégorie 4* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021b).

L'ensemble des intervenant·es doivent également posséder les compétences générales attendues au processus clinique de leur direction, soit la DSHAPPA ou la DPD.

Développement des compétences

L'actualisation des rôles et responsabilités inhérents au présent programme pourrait nécessiter le développement ou le perfectionnement de compétences spécifiques portant sur :

- La philosophie de soins et services;
- Les modes de gestion (gestion participative);
- Les particularités et besoins de la personne hébergée;
- L'intégration et la mise à jour des meilleures pratiques (approches d'intervention);
- L'utilisation d'outils cliniques;
- Les trajectoires de soins et services complémentaires;
- Les principaux partenariats de soins et services;
- Les équipements spécialisés.

Les services de formation du CISSS de la Montérégie-Ouest peuvent accompagner les directions concernées dans l'analyse de besoin et dans l'identification des activités de développement des compétences (ADC) spécifiques à un programme. Conséquemment, un cursus évolutif contenant les ADC (incluant les formations) découlant du présent programme est disponible pour les équipes. L'intervenant·e doit se référer à son gestionnaire ou la personne assurant l'encadrement clinique pour avoir plus d'informations sur les activités de développement des compétences disponibles.

Les **besoins individuels ou d'équipe** en développement ou perfectionnement des compétences pourront être répondus par l'entremise d'ADC. Ces ADC, échelonnées dans le temps, pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation en ligne ou en présentiel, groupe de co-développement, communauté de pratique, etc.). Les contenus

de ces activités seront également adaptés aux intervenant·es selon leurs rôles et leurs besoins ainsi que la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Enfin, des rencontres régulières de soutien clinique avec les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique sont à privilégier pour guider les intervenant·es dans les dossiers complexes, le développement des compétences ainsi que le transfert de connaissances.

5. Mécanisme de référence

5.1. Cheminement de la demande

Les demandes d'hébergement en MDA MA doivent être acheminées au Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA) de la Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) (se référer à la Directive clinique Demande d'hébergement de longue durée adressée au Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie). Le volet mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) du GASSA procède à l'analyse et à l'orientation des demandes d'hébergement pour les établissements de soins de longue durée du territoire.

5.2. Critères d'accès

Critères d'accès – Maisons des aînés
Critères d'admission : • Clientèle qui présente majoritairement un profil ISO-SMAF entre 10 et 14;   ○ Certaines personnes présentant une perte d'autonomie majoritairement physique dont le profil ISO-SMAF est inférieur à 10 pourraient être admises dans la mesure où le milieu convient davantage à leurs besoins et capacités[12]; • Présence d'agressivité légère à modérée qui répond positivement à un environnement et une approche adaptée (SCPD); • Peut présenter un diagnostic de troubles neurocognitifs; • Peut présenter de l'errance; • Nécessite des soins et/ou de l'accompagnement ne pouvant être répondu(s) en ressources intermédiaires (ou tout autre milieu,) ou pour lesquels l'offre de services disponible ne favorise pas la réponse aux besoins; • Nécessite des services d'assistance, de soutien et d'accompagnement pouvant s'étendre sur une période de 24/7.
Critères de maisonnée par type de profil : • Profil explorateur : Perte d'autonomie à dominance cognitive ayant un profil marcheur avec errance invasive. • Profil marcheur : Perte d'autonomie à dominance cognitive avec un profil marcheur sans errance invasive. • Profil physique : Perte d'autonomie à dominance physique sans déficit cognitif majeur.
Critère d'exclusion : SCPD sévères
Au-delà des critères, le jugement clinique doit être considéré dans l'admissibilité de certaines personnes qui pourraient être intégrées aux MDA, même si elles ne correspondent pas exactement à tous les critères.

[12] « Il ne s'agit pas d'héberger en MDA des aînés dont les besoins peuvent être répondus en ressources intermédiaires, et ce, à moyen ou long terme, mais d'éviter des transitions rapprochées lorsque cela est possible, par exemple dans un contexte où l'évolution du profil clinique est hautement prévisible. Les [personnes] dont la perte d'autonomie modérée est à évolution très lente ou imprévisible devraient être orientées vers les ressources intermédiaires ou de type familial » (MSSS, 2023b).

Critères d'accès – Maisons alternatives
Critères d'admission DI-TSA : • La situation de handicap principale est en lien avec un diagnostic de DI ou TSA; • Profil ISO-SMAF entre 8 à 14; • Personne ayant des besoins en soins et services élevés (service d'assistance, soutien modéré à sévère 24 h/7 j); • Personne ayant des besoins qui ne peuvent être répondus à domicile ou dans une autre option résidentielle ou d'hébergement; • Personne nécessitant des soins infirmiers, pharmacologiques et médicaux; • Objectif de développement ou de maintien des habitudes de vie (gamme de services DP-DI-TSA); • Âge à titre indicatif: 18 ans et plus.
Critères d'admission DP : • La situation de handicap principale est en lien avec un diagnostic de DP; • Profil ISO-SMAF entre 8 à 14 : atteinte motrice prédominante profil 9, 11, 12; • Personne ayant des besoins en soins et services élevés (service d'assistance, soutien modéré à sévère 24/7); • Personne ayant des besoins qui ne peuvent être répondus à domicile ou dans une autre option résidentielle ou d'hébergement; • Personne nécessitant des soins infirmiers, pharmacologiques et médicaux; • Objectif de développement ou de reprise des habitudes de vie (gamme de services DP-DI-TSA); • Âge à titre indicatif : entre 18 et 65 ans.
Critères d'exclusion DP-DI-TSA : • Trouble grave de comportement (TGC) documenté par un outil d'évaluation reconnu; • Si troubles perturbateurs ou du comportement, valider selon la grille d'analyse réflexive basée sur les comportements d'agitations de la grille Cohen-Mansfield.
Au-delà des critères, le jugement clinique doit être considéré dans l'admissibilité de certaines personnes souhaitant intégrer une MA. De plus, bien que les MA s'adressent à une clientèle adulte, une personne âgée de 16 ou 17 ans pourrait y être admise, selon l'analyse de son dossier (besoins, jugement clinique, volonté de la personne et ses proches, jumelage-pairage, capacité régionale).

Critères de transition ou de fin d'hébergement en MDA MA[13]
Les situations ou événements suivants constituent des critères mettant fin à l'hébergement de la personne en MDA MA : • Retour à domicile ou déménagement dans un autre milieu d'hébergement; • Milieu ne répondant plus aux besoins; • Besoin de résider dans une unité particulière si enjeu de sécurité pour elle ou les autres personnes hébergées; • Décès.

[13] Se référer au *Processus clinique de la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie* ainsi qu'au *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*

6. Stratégies d'intervention

Cette section guide l'intervenant·e dans son interaction avec les personnes hébergées. Les différentes stratégies d'intervention détaillées dans cette section s'appliquent selon les concepts, modèles et approches théoriques décrits plus tôt dans ce programme. Les stratégies d'intervention sont très souvent interreliées, la catégorisation proposée ici permet simplement d'en répertorier un maximum (Figure X).

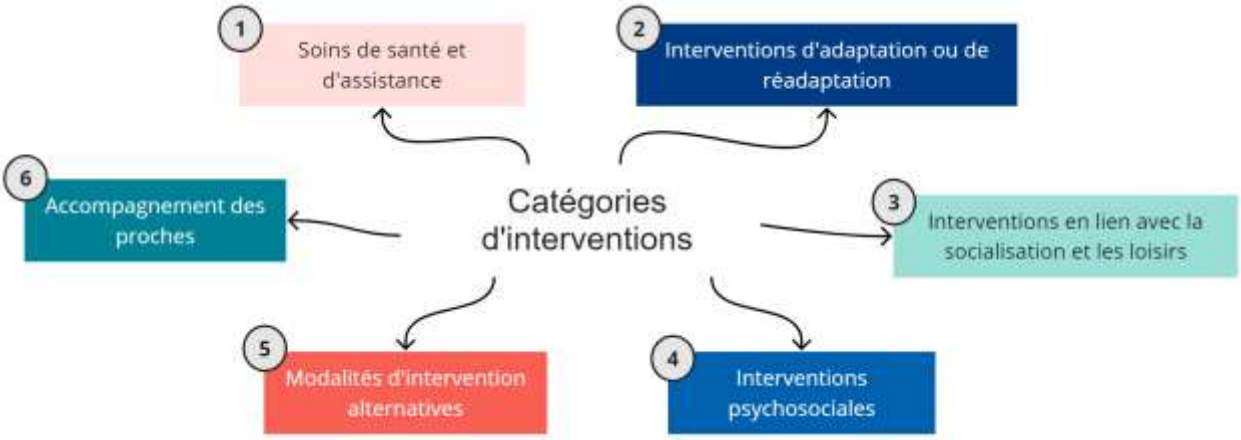


Figure X – Catégories d'interventions offertes en MDA MA

Pour répondre aux besoins de la personne hébergée, les intervenant·es l'**accompagnent** grâce à différentes stratégies d'intervention, sans faire à sa place. Ils ou elles :

- Favorisent son **autonomie** et son **autodétermination**;
- L'encouragent à exprimer ses **besoins**, ses **préférences** et à faire des **choix libres et éclairés**;
- Croient en ses **capacités d'apprentissage** et de **développement**;
- L'encouragent à **participer** aux soins, AVQ, AVD, activités sociales et de loisirs.

Ces interventions doivent être réalisées :

✓ De manière à ce que les personnes hébergées se sentent le plus possible comme si elles vivaient à la maison (MSSS, 2021b). Cela contribue à ce qu'elles se sentent **incluses** dans un milieu de vie **respectueux** et **sécurisant**.

- L'intervenant·e considère que l'appartement de la personne hébergée est son espace privé. Par exemple, il ou elle doit s'annoncer avant d'entrer.
- L'intervenant·e veille à ce que la vie privée et la confidentialité de chaque personne hébergée soient respectées (ex. lorsque l'objet de la discussion le requiert, faire preuve de discrétion).
- L'intervenant·e personnalise les activités, est flexible quant à leur fréquence et à leur déroulement.
- L'intervenant·e se montre bienveillant·e et adopte un comportement inclusif auprès des personnes issues de la diversité culturelle et sexuelle.

✓ Dans un **climat convivial** et doivent être vues comme des occasions pour **créer un lien** avec la personne hébergée (MSSS, 2021b).

- Par exemple, avant ou après un soin, l'intervenant·e en profite pour discuter avec la personne hébergée ou pour réaliser une activité (marcher quelques minutes, faire un casse-tête, etc.). Des moments de plaisir non prévus favorisent le sentiment de la personne d'être chez elle dans un milieu de vie agréable et sécurisant (MSSS, 2021b).

✓ En recherchant la **collaboration** et **l'implication** de la personne à ses soins afin de favoriser son **autonomie**, et ce, à la hauteur de ses capacités.

- Par exemple, les interventions associées aux AVQ sont réalisées dans le but d'augmenter ou de maintenir l'autonomie de la personne hébergée, et ce, même si la durée requise pour les accomplir est plus longue.
- Bien qu'il ne soit pas toujours facile de faire participer la personne hébergée aux AVD en raison de certaines incapacités, ces activités comprennent plusieurs avantages. C'est un moyen pour elle de se sentir valorisée et plus incluse dans son milieu de vie tout en développant son autonomie.

✓ En étant à **l'écoute des choix** de la personne hébergée dans le but de soutenir son **autodétermination**.

- Pour ce faire, l'intervenant·e est à l'écoute, communique avec la personne hébergée et demeure à l'affût de ses comportements qui sont aussi une façon de communiquer.
- Par exemple, lorsque l'intervenant·e se présente en matinée comme à l'habitude pour accompagner la personne hébergée dans son soin d'hygiène, celle-ci pourrait exprimer son désir de le faire plus tard. L'intervenant·e s'ajuste en fonction du nouveau choix de la personne.

✓ En prenant en compte la possibilité que certains soins soient **refusés** par les personnes hébergées ou les personnes autorisées, à la suite d'une décision éclairée. Ce principe est en cohérence avec le **respect des préférences et des choix** des personnes hébergées.

- Par exemple, une personne pourrait refuser que ses soins soient prodigués par une personne de sexe différent, ou encore, pourrait exprimer son refus en lien avec les soins d'hygiène complets hebdomadaires. Dans ces deux situations, des solutions alternatives doivent être réfléchies avec la personne hébergée afin d'assurer sa santé tout en respectant ses préférences.

✓ En les **adaptant** et en les **personnalisant** selon le profil et les besoins de la personne hébergée.

- Pour cela, les intervenant·es sont constamment à l'écoute de la personne hébergée et de ses proches. Il existe des mécanismes pour réévaluer les besoins, les intérêts et les habitudes de vie de la personne. Face à un refus de soins, les intervenant·es doivent trouver des solutions alternatives tout en assurant la sécurité et le bien-être de la personne hébergée.

✓ De manière **collaborative**, en favorisant le plus possible l'**interdisciplinarité** (MSSS, 2021b). Concrètement, cela signifie que :

- Tous les membres de l'équipe clinique, peu importe leur appellation d'emploi, ont la même valeur et contribuent aux réflexions, en lien avec leur champ d'expertise;
- L'équipe doit observer et analyser les préférences, l'état et les comportements des personnes hébergées;
- Ces informations ainsi récoltées doivent être partagées et doivent permettre une meilleure connaissance des personnes hébergées et une meilleure compréhension de leurs besoins;
- À partir de celles-ci et en collaboration avec les personnes hébergées et leurs proches, l'équipe clinique élabore, met en place et révise un PII répondant aux besoins spécifiques de la personne hébergée, de manière personnalisée et cohérente;
- Tout en respectant leurs champs d'exercice, les intervenant·es peuvent participer à la réalisation des différentes interventions.

Certaines stratégies d'intervention peuvent être destinées :

- Aux **personnes hébergées**, sous la forme d'interventions individuelles ou de groupe;
- Aux **proches et aux PPA**, sous la forme d'interventions individuelles ou de groupe.

Plan d'accompagnement 24 h de la personne hébergée

Le plan d'accompagnement 24 h est un **horaire occupationnel individualisé** qui permet à la personne hébergée d'avoir une réponse à l'ensemble de ses besoins et de se sentir plus incluse dans son milieu de vie.

Des activités variées doivent composer le quotidien des personnes hébergées (MSSS, 2021b). Ainsi, chaque personne doit avoir un plan d'accompagnement adapté à ses capacités, stimulant, équilibré et qui inclut :

- Des activités de socialisation;
- Des activités de divertissement;
- Des activités permettant de développer ou de maintenir son autonomie;
- Des activités où la personne sent qu'elle contribue à son milieu de vie;
- Des activités physiques;
- Des soins et des services;
- Etc.

Pour ce faire, les personnes hébergées et leurs proches doivent participer aux choix des activités qui occuperont leurs journées afin de favoriser leur **autodétermination**. Il est important que le plan d'accompagnement 24 h soit **adapté** au niveau de compréhension de la personne hébergée afin que celui-ci ait du sens pour elle et qu'elle puisse se situer concrètement dans son quotidien. L'utilisation de repères visuels ou de stratégies visant l'enseignement est notamment recommandée.
Chaque intervenant·e s'assure que le plan d'accompagnement 24 h correspond aux besoins des personnes hébergées et propose des ajustements qui sont convenus en équipe.

1. Interventions en lien avec les soins de santé et d'assistance

Cette catégorie regroupe les interventions en lien avec l'état de santé, les AVQ et les AVD.

a) Interventions en lien avec l'état de santé

Cette sous-catégorie comprend entre autres :

- Les activités liées à l'évaluation et la surveillance de l'état de santé et les traitements;
- Les soins infirmiers (personnel infirmier sur place 24/7);
- Les soins médicaux (prise en charge médicale dès l'admission, garde 24/7);
- La gestion de la médication et l'usage optimal des médicaments;
- La gestion de la douleur;
- Les soins pharmaceutiques, la révision du profil pharmacologique;
- Les programmes OPUS –AP et PEPS;
- Les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques au traitement des SCPD;
- Le dépistage et l'évaluation des SCPD;
- Le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- Les soins aigus;
- Les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) : se référer à la page Intranet des SPFV ainsi qu'au Programme de soins palliatifs et de fin de vie (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023a);
- Le Plan Alzheimer | Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest
- Les activités de prévention :
  - Le dépistage, l'évaluation et la prévention des chutes : se référer à la page Intranet Prévention des chutes;
  - Prévention des lésions de pression;
  - Le dépistage, l'évaluation et la prévention du délirium;
  - Prévention et contrôle des infections (PCI) : se référer à la page Intranet PCI;
  - Prévention des ITSS et des grossesses non planifiées;
  - Etc.;

- Les actions préventives et de traitement du déconditionnement (APTD);
- Le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD;
- Les pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive en milieu d'hébergement de longue durée (INESSS, 2023);
- Le dépistage, l'évaluation et l'intervention en lien avec des problèmes nutritionnels, de déglutition et d'alimentation;
- L'approche réduction des méfaits;
- Les mesures de contrôle | Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Les interventions en lien avec la santé sexuelle s'inspirant de : Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques (MSSS, 2021g);
- La sensibilisation pour des milieux aînés plus inclusifs : Pour que vieillir soit gai;
- Etc.

b) Interventions en lien avec les AVQ

Cette sous-catégorie regroupe toutes les activités de soutien ou d'assistance liées à l'alimentation, l'hygiène, l'élimination, l'habillage, le sommeil et la mobilité.

c) Interventions en lien avec les AVD

Cette sous-catégorie regroupe, entre autres, toutes les activités liées à la préparation des repas, les tâches ménagères, la lessive, le jardinage, etc.

2. Interventions d'adaptation et de réadaptation

Cette catégorie comprend entre autres :

- Les interventions en lien avec la **mobilité** et la **condition physique** :
  - Actions préventives et de traitement du déconditionnement (APTD);
  - Aides techniques et technologiques;
  - Activités physiques liées à l'équilibre, la posture, les étirements, les renforcements, la motricité fine et globale;
  - Programmes d'exercices et de stimulation développés spécifiquement pour répondre aux besoins précis de la personne hébergée (marche, renforcement, séances d'exercices, réalisation AVD, reconstruction cognitive, approche de pleine conscience, etc.);
  - Activités de prévention (chutes, lésions de pression, etc.);
  - Activités permettant de développer ou « d'aider à conserver des capacités physiques, de la flexibilité et de l'amplitude de mouvement et de réduire le risque de contractures et de déficits sur le plan de la santé physique » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021c). Elles favorisent ainsi l'autonomie, la bonne santé ainsi que le confort des personnes hébergées. L'intervenant·e profite de ces moments pour favoriser la socialisation de la personne hébergée;
  - Soutien pour permettre la réponse aux besoins affectifs et d'intimité (ex. mise au lit, adaptation des activités en fonction des capacités, etc.).

- Les interventions dans le but de favoriser la **compréhension** et la **communication** de la personne hébergée telles que :
  - Les pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive en milieu d'hébergement de longue durée (INESSS, 2023);
  - Le développement et l'utilisation d'outils de communication (ex. pictogrammes, langage adapté, langue des signes, langue étrangère, communication alternative et améliorée/augmentée (CAA), etc.);
  - L'utilisation d'aides techniques et technologiques si nécessaires (ex. prothèses auditives, système MF (modulation de fréquence), etc.).

La communication doit constituer l'une des principales cibles d'intervention du fait qu'elle influence directement l'autonomie et l'autodétermination de la personne hébergée (Lehoux, 2017; MSSS, 2021f). Puisque les comportements perturbateurs sont souvent liés à une difficulté d'expression, l'utilisation de ces outils et moyens de communication contribuera à réduire leur apparition.

Il existe une multitude d'outils de communication pouvant correspondre aux besoins et aux capacités des personnes hébergées (supports visuels (ex. pictogrammes, objets, etc.), mains animées, activités de cause à effet, nouvelles technologies, etc.). Si des outils de communication sont nécessaires et ne sont pas déjà disponibles dans le milieu, l'intervenant·e en fait la demande à son ou sa gestionnaire et veille à avoir la formation requise à l'utilisation des outils.

L'intervenant·e doit utiliser les systèmes de communication avec lesquels la personne hébergée est confortable, mais doit toujours tenter de les améliorer pour élargir ses capacités d'expression. Afin de favoriser la socialisation de la personne hébergée, l'intervenant·e partage les outils de communication avec ses proches, qui peuvent d'ailleurs contribuer à les bonifier.

- Les interventions en lien avec des **comportements perturbateurs** :
  - Modalités de diversion (ex. thérapie occupationnelle, matériel prothétique, etc.);
  - Aménagements préventifs afin de favoriser la collaboration et limiter l'occurrence des comportements;
  - Prévention active : interventions qui sont à privilégier selon les niveaux comportementaux des personnes hébergées (calmes, fébriles, agitées, désorganisées);
  - Prévention et approche adaptée aux troubles du comportement;
  - Évaluation du comportement et du développement sexuel.

- Les interventions en lien avec **l'environnement** :
  - Consistent à s'assurer que l'environnement (espaces privés et communs) est adapté aux besoins et aux préférences des personnes hébergées et qu'il est fonctionnel et sécuritaire.
  - Aménagements préventifs et utilisation des ressources disponibles pour tenter de répondre aux divers besoins des personnes hébergées (apaisement, stimulation, divertissement, etc.).
  - Considérant que les informations sensorielles peuvent être interprétées différemment selon les personnes (ex. hyporéactivité, hyperréactivité, recherche sensorielle), une attention particulière doit être portée à l'environnement (luminosité, bruits, etc.) et aux activités qui doivent, tous deux, être modulés en fonction du profil des personnes hébergées (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021c).
  - Il est normal que l'aménagement de l'environnement ainsi que les objets qui le composent soient régulièrement adaptés en fonction des besoins des personnes hébergées qui sont en constante évolution (MSSS, 2021b).

- Les interventions dans le cadre des programmes spécialisés en déficiences physiques (déficience motrice, déficience langagière, déficience auditive, maladies neuromusculaires, etc.);
- Les interventions dans le cadre du Programme DI 7 ans et plus;
- Les interventions dans le cadre du Programme spécialisé DIS-DIP;
- Les interventions dans le cadre du Programme spécialisé TSA 7 ans et plus;
- Le soutien en psychoéducation;
- Les activités signifiantes, évocatrices de rôles sociaux, contributives à la participation sociale et à la réalisation du projet de vie;
- Les mesures alternatives, de remplacement et les mesures de contrôle | Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Le Plan Alzheimer | Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Les interventions telles que décrites dans le Guide d'accompagnement à l'intervention en matière de santé sexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021d)
- Les interventions en lien avec la santé sexuelle s'inspirant de : Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques (MSSS, 2021g);

- Etc.

3. Interventions en lien avec la socialisation et les loisirs

Cette catégorie regroupe les interventions liées aux activités qui s'inscrivent dans le **plan d'accompagnement 24 h de la personne hébergée**, mais aussi celles qui sont organisées pour toutes les personnes hébergées. Les activités en lien avec la **communauté**, celles qui sont **informelles** et celles réalisées avec les **proches** font aussi partie de ces stratégies d'intervention.

Une offre d'activités variées visant le maintien des capacités physiques et cognitives, la création ou réminiscence émotionnelle favorable, la détente, la socialisation et l'intégration communautaire est proposée. Elle prévoit des événements et des activités tels que :

- Des activités de loisirs (bingo, chant, atelier de cuisine, etc.);
- Des activités de bien-être (yoga, massage, méditation, etc.);
- Des activités autoportantes (casse-tête, livres et revues, objets sensoriels, etc.);
- Des activités intergénérationnelles (visites dans les CPE annexés aux MDA MA, etc.);
- Des sorties extérieures;
- Des soupers thématiques;
- La visite d'artistes et d'artisans;
- Des spectacles, des prestations de chansonniers;
- La tenue de marchés éphémères;
- Des activités culturelles dans une perspective de découverte folklorique et de rapprochement interculturel;
- Des activités familiales (salle polyvalente);
- Des activités avec les bénévoles;
- Des activités à visée éducative, préventive et promotionnelle en matière de santé sexuelle (consentement, diversité sexuelle et de genre, sexualité en période de vieillissement, prévention des ITSS, prévention des violences à caractère sexuel, etc.);
- Etc.

4. Interventions psychosociales

Cette catégorie regroupe les activités telles que :

- Le soutien psychosocial aux personnes hébergées;
- Les services spirituels;
- Les interventions visant à permettre la poursuite des rôles sociaux (ex. liens avec CPE pour le maintien du rôle social de grand-parent, zoothérapie pour retrouver le rôle social de maître d'un animal de compagnie);
- Les interventions visant à soutenir la personne hébergée dans l'expression de ses besoins, désirs ou problématiques reliés à la sexualité;
- L'approche réduction des méfaits;
- Etc.

5. Modalités d'intervention alternatives

Il s'agit des interventions telles que :

- Le recours à des approches, de manière encadrée et supervisée, de type musicothérapie et thérapie par l'art pour favoriser l'apaisement ou stimuler agréablement les sens;

- La création d'environnements multisensoriels (EMS) dans les salles thématiques de certaines maisonnées (selon le profil et les besoins des personnes hébergées);
- La massothérapie;
- La méditation;
- L'intervention avec les animaux : se référer à la Directive relative à la présence d'animaux dans les installations de soins et de services dans le cadre de pratiques assistées par l'animal;
- L'aromathérapie;
- L'hydrothérapie;
- Etc.

Ces pratiques alternatives sont peu documentées dans la littérature, mais elles ne sont pas pour autant inefficaces. L'intervenant·e qui sélectionne l'une de ces modalités d'intervention alternative à la suite de son évaluation, en discute d'abord avec la PREC et la ou le gestionnaire. Ils ou elles analysent ensemble la pertinence de son utilisation qui doit être basée sur une évaluation des besoins et des intérêts de la personne hébergée. Lorsque la modalité est autorisée, l'intervenant·e s'assure d'avoir le consentement de la personne hébergée et de sa personne autorisée par la loi s'il y a lieu. Chacune de ces interventions doit être documentée au dossier. Il doit y avoir une évaluation des effets auprès de la personne hébergée.

6. Accompagnement des proches

Ces interventions, balisées par les orientations ministérielles en matière d'hébergement (MSSS, 2021b), comprennent le soutien apporté aux proches en lien avec :

- **Leur participation dans la prise de décision concernant la personne hébergée;**
  - Quand un nouveau traitement, une nouvelle intervention ou une nouvelle démarche est proposé à la personne hébergée, la PPA est consultée selon le souhait ou les besoins de la personne hébergée. L'intervenant·e doit s'assurer que celle-ci a toutes les informations nécessaires pour prendre une décision ou soutenir la personne hébergée dans le processus décisionnel dans le meilleur intérêt de la personne hébergée, en respectant l'autodétermination de cette dernière.
- **La sensibilisation quant à certains concepts avec lesquels ils ne sont pas familiers;**
  - Afin de réellement favoriser l'autodétermination de la personne hébergée et la gestion des risques calculés, l'intervenant·e saisit les occasions pour expliquer ce dont il s'agit et proposer aux proches des exemples de situations où ces concepts peuvent être soutenus.
  - L'intervenant·e peut aussi sensibiliser les proches à certaines réalités ou situations en lien avec la santé sexuelle de la personne hébergée.
- **Leur participation dans des activités avec la personne hébergée;**
  - Les **activités**, qu'elles soient ludiques ou d'intervention, doivent être planifiées de sorte que les proches de la personne hébergée puissent y participer le plus possible. Des activités virtuelles peuvent être planifiées entre la personne hébergée et ses proches quand ils ne peuvent pas se déplacer fréquemment. Ce genre d'activités peut se glisser dans l'horaire occupationnel de la personne hébergée.
  - L'intervenant·e **valorise la participation des proches** dans la réalisation des AVD ainsi que des AVQ, tout en respectant leurs limites et leurs capacités. Le proche est considéré comme un véritable partenaire et sa présence favorise la socialisation de la personne hébergée.
- **La gestion du milieu de vie;**
  - L'intervenant·e tente d'impliquer les proches le plus possible dans le milieu de vie et de susciter leur participation, s'ils le souhaitent.
- **Leurs propres besoins en tant que proches;**
  - Un **processus d'accueil** est mis en place afin de soutenir les proches durant la **transition**.
  - Lorsqu'un proche rend visite à une personne hébergée, il doit être **accueilli chaleureusement**. Les intervenant·es prennent un moment avec lui afin de lui demander comment il va et lui transmettre toutes nouvelles informations au sujet de son proche dans les limites permises par la personne hébergée et sa personne autorisée par la loi.

- Les intervenant·es prennent des initiatives pour soutenir les proches et améliorer leur bien-être :
  - En les référant via Référence aidance Québec à des intervenant·es qui seront à l'écoute de leurs besoins et pourront leur proposer des solutions adaptées à leurs situations;
  - En leur proposant des **références** :
    - Pour obtenir du soutien (soutien psychosocial offert par le CLSC, répit, centre d'aide, partenaires externes proposant des groupes de soutien, etc.)
    - Pour avoir du soutien de la part des bénévoles ou pour faire eux-mêmes du bénévolat,
    - De réseautage, de parrainage entre PPA,
    - Etc.
- L'intervenant·e pivot doit garder un **contact étroit et régulier avec les proches**, même si ces derniers n'ont pas l'occasion de se déplacer fréquemment dans le milieu de vie. Des méthodes de **communication adaptées** à leurs capacités et à leurs besoins sont proposées (ex. visioconférence, téléphone, plateforme d'échange, application numérique, etc.) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022).
- Pour répondre aux **besoins d'information et d'enseignement** des proches, il est possible de leur proposer de la documentation, des outils d'accompagnement (bottin de ressources, brochures, etc.) ainsi qu'une offre de formation adaptée.
- En contexte de décès de la personne hébergée, des **interventions en matière de soutien et d'accompagnement au deuil** sont proposées aux proches.

7. Description du processus d'intervention

Le processus d'intervention en MDA MA est basé sur le processus clinique de la DSHAPPA (CISSS de la Montérégie-Ouest, à venir). La Figure XI schématise le processus clinique.

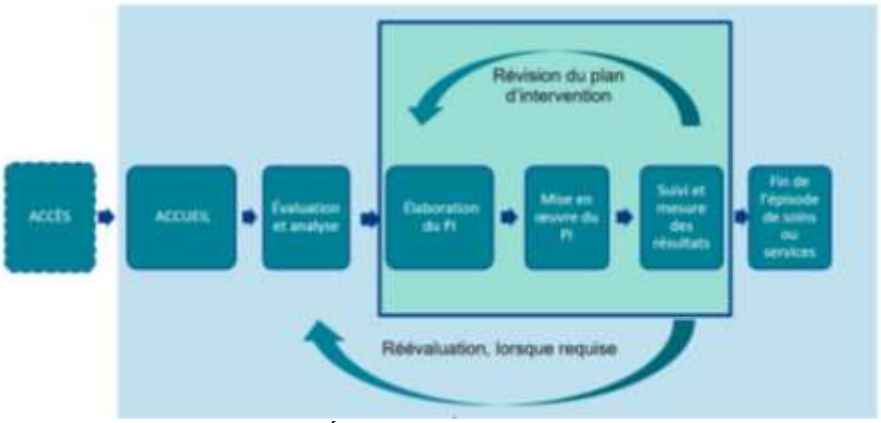


Figure XI – Étapes du processus clinique

Le terme **PI** est retenu pour désigner tous les types de plans d'intervention (le PII ou le PSI ainsi que le PTI, le PID et la note médicale).

En MA, des services spécialisés de réadaptation octroyés par la DPD peuvent se greffer aux services d'hébergement. Le processus clinique suivi dans le cadre de ces services est celui décrit au guide *Processus clinique des services spécialisés de la DPD* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021e).

Les sections suivantes décrivent les **étapes du processus d'intervention** en précisant le **rôle** des différent·es intervenant·es et les **outils** qui peuvent être pertinents (liste non exhaustive).

Étape préalable

- *Analyser et statuer sur la demande*

- Cette étape est réalisée par le ou la chef·fe d'unité de la MDA MA en collaboration avec le ou la chef·fe volet DP-DI-TSA, le MAH, l'ICASI et l'intervenant·e pivot référent·e, selon les besoins.
- Le ou la chef·fe d'unité peut consulter les intervenant·es de la MDA MA afin de valider si le profil de la personne à héberger correspond au milieu d'hébergement (jumelage-pairage), et ainsi admettre la personne dans la maisonnée qui correspond le plus à son profil.
- Pour l'aider à faire son choix de milieu d'hébergement, la personne et ses proches sont invités à visiter la MDA MA.

Dossier de la personne à héberger
Formulaires de demande d'hébergement de longue durée (ex. CLI-60624, CLI-60525)
Rapport sommaire (MAH)
Outil d'évaluation multi clientèle (OEMC)
Rapport de comportement (CLI-60607)
Tableau de concordance (jumelage-pairage)
Évaluation du comportement Cohen Mansfield agitation inventory
Rapport de comportement (CLI-60607)

1. Accueil au milieu d'hébergement

- *Contacter la personne à héberger et ses proches et le ou la référent·e s'il y a lieu*
- *Préparer l'admission (préadmission)*
- *Procéder à l'admission*

Préadmission[14]

Identification :

- De l'intervenant·e pivot à la MDA ou MA;
- Du ou de la PAB accompagnateur·rice;
- Des membres de l'équipe qui accueilleront la personne et ses proches.

Ensemble, ils ou elles :

- Rencontrent l'intervenant·e pivot référent·e afin que le portrait de la personne soit présenté (histoire et habitudes de vie, projet de vie, interventions gagnantes, particularités, mesures de contrôle actuelles, etc.) pour faciliter la transition.
- Participent à l'élaboration d'un plan de transition. Ce plan permet de définir les modalités d'intégration de la personne dans son nouveau milieu de vie (activités d'immersion, intégration graduelle, progressive, accompagnée d'un proche, visite des intervenant·es MDA MA dans le milieu de vie actuel pour rencontrer la personne, etc.) ainsi que les adaptations prévues de l'environnement (adaptation de l'appartement, matériel, etc.).

Admission

- Afin de faciliter la transition dans le nouveau milieu de vie, la personne hébergée et ses proches peuvent personnaliser l'appartement (photos de famille, meubles, couverture, etc.) en respectant les réglementations du milieu (voir guide d'accueil). Le ou la PAB accompagnateur·rice les soutient lors de cette étape. Il est également possible que l'intervenant·e pivot référent·e participe selon les besoins de la personne et le plan de transition établi.
- L'agent·e administratif·ve de la MDA MA s'assure de la complétion de la documentation d'admission (documentation non clinique).

Guide d'accueil de la personne hébergée à la MDA MA et de ses proches
Formulaire Histoire et habitudes de vie
Niveau d'intervention médicale (NIM) (AH-744)
Autorisation pour photographies
Autorisation partage d'informations
Formulaire de consentement aux soins et services
Plan de transition clientèle DI ou TSA (CLI-60154-1 et CLI-60154-2)
Formulaire Évaluation du risque spécifique à la personne hébergée dans un contexte de milieux de vie
Processus d'évaluation du niveau de perception du risque
Listes à cocher des étapes pour l'accueil
Suivi téléphonique - relance post-admission
Procédure Protection des effets personnels des usagers et gestion des réclamations (PRO-10097)
Procédure Fouille et saisie (PRO-10274)
Liste des effets personnels (CLI-60075)

[14] Les démarches en préadmission sont fortement recommandées, cependant il est possible que dans certaines situations elles ne peuvent être appliquées telles que décrites ici (ex. : admission d'une personne dans les 24 à 48 h).

- L'intervenant·e pivot ou un·e intervenant·e désigné·e prévoit une rencontre avec les proches afin de compléter avec eux le formulaire sur l'histoire et les habitudes de vie. Le remplissage de ce formulaire peut commencer avant l'admission et doit être terminée avant la rencontre d'élaboration du PII.
- L'intervenant·e pivot ou un·e intervenant·e désigné·e présente le principe de gestion des risques calculés à la personne hébergée et ses proches. Ensemble, ils définissent le seuil d'acceptation du risque de la personne hébergée et ses proches. Se référer au Cadre de référence *Gérer et accepter les risques chez les personnes hébergées en MDA MA* (à venir).
- Dans les premiers jours suivant l'admission (maximum 10 jours ouvrables), un suivi téléphonique est réalisé par le ou la chef·fe d'unité afin d'évaluer l'expérience d'accueil de la personne hébergée et de ses proches.

Liste des effets personnels mis en consignation (CLI-60076)

2. Évaluation et analyse

- *Identifier et utiliser les modalités et les outils d'évaluation pertinents*
- *Analyser les données obtenues*
- *Consigner et transmettre les résultats*



- Chaque intervenant·e doit réaliser l'évaluation des besoins de la personne dans un délai de 4 à 6 semaines et élaborer son propre PI. Toutes les évaluations disciplinaires requises selon les besoins de la personne doivent être réalisées dans ce délai afin d'être prêtes pour la rencontre d'élaboration du PII qui doit avoir lieu préférablement entre la 4ème et la 6ème semaine après l'admission.
  Ce délai permet d'identifier les besoins de la personne hébergée ainsi que d'observer son adaptation au nouveau milieu de vie. Des discussions en équipe doivent avoir lieu tout au long de cette période.
- Lors de leur évaluation, les intervenant·es peuvent juger de la nécessité d'effectuer une requête pour consulter d'autres intervenant·es. Ces évaluations disciplinaires permettront de compléter ou de réviser le PII.
- Avant que des mesures de contrôle planifiées soient appliquées, une évaluation interdisciplinaire de leur nécessité doit être effectuée. Des mesures de remplacement doivent être d'abord tentées. La sécurité de la personne hébergée ainsi que celle d'autrui doit être assurée pendant cette période d'évaluation. Finalement, la personne hébergée ou la personne qui la représente doivent consentir. Se référer à la POL-10021 Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle et à la PRO-10022 Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.
- L'intervenant·e pivot procède à une réévaluation des risques spécifiques à la personne hébergée, avec celle-ci et ses proches. Cette réévaluation est basée sur les observations faites depuis l'admission, est en cohérence avec les risques identifiés dans les évaluations disciplinaires des autres intervenant·es et est en cohérence avec le PII.

Dossier de la personne hébergée
Outils d'évaluation disciplinaire
Outils d'évaluation du comportement
Grille de détection des maux physiques[15]
Échelle de mesure des symptômes dépressifs[16]
Grille de cotation[17]
Formulaire Requête consultation professionnelle
Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (CLI-60060)
Mesure de remplacement (CLI-60058)
PI

[15] Peut être utilisée par les intervenant·es en DIS-DIP ainsi que par les infirmier·ères et infirmier·ères auxiliaires (observations).
[16] Peut être utilisée par tous·tes les intervenant·es.
[17] Peut être remplie par tous les membres de l'équipe clinique (collecte de données, grille d'observations).

3. Élaboration et mise en œuvre du PII

- *Préparer l'élaboration du PII*
- *Accompagner la personne hébergée et ses proches dans la préparation à la rencontre du PII*
- *Tenir la rencontre de PII*
- *Déployer les moyens et mettre en œuvre les interventions prévues au plan*



- L'intervenant·e pivot est responsable de l'organisation et de l'animation de la rencontre.
- Les intervenant·es concerné·es participent à l'élaboration du PII. Ils ou elles doivent s'entendre sur les objectifs communs et doivent les rédiger ensemble, en partenariat avec la personne hébergée et ses proches. Les responsabilités doivent être partagées.
- Des actions sont mises en place pour faciliter la présence de tous·tes les intervenant·es concerné·es. Les observations et les recommandations de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent être prises en compte. Si, malgré les tentatives, certains membres ne peuvent être présents, l'intervenant·e pivot doit recueillir les informations avant la rencontre d'élaboration du PII.
- La participation active de la personne hébergée et de ses proches est recherchée. L'importance de leur présence est reconnue et des facilitateurs sont mis en place pour qu'ils puissent participer à la rencontre (proposition de plusieurs dates de rencontre, planification de la rencontre minimalement deux semaines d'avance, etc.). Si, malgré les tentatives, la personne hébergée ou ses proches ne peuvent être présents, l'intervenant·e pivot doit recueillir les informations avant la rencontre d'élaboration du PII. L'intervenant·e leur ramène les informations discutées et les valide auprès d'eux.
- L'intervenant·e pivot coordonne les interventions et les ajustements des stratégies d'intervention. Tout en respectant leur champ d'exercice, tous·tes peuvent participer à la réalisation des différentes interventions.

Dossier de la personne hébergée
PII
Notes d'évolution ou de suivi
Observations des PAB en préparation à la rencontre interdisciplinaire
Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers du CISSS de la Montérégie-Ouest (2019) et guide d'accompagnement
Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (CLI-60060)
Mesure de remplacement (CLI-60058
Grille de cotation

4. Suivi, mesure des résultats et révision du PII

- *Effectuer des suivis*
- *Mesurer les résultats*
- *Effectuer, au besoin, une révision du PII*



- Chaque intervenant·e peut contribuer aux observations, à la surveillance et l'analyse de l'évolution de l'état et des besoins des personnes hébergées, ainsi qu'à la mesure des résultats (atteinte des objectifs) afin de procéder aux ajustements de leurs PI et à la révision du PII.
- L'intervenant·e pivot est à l'écoute des besoins des personnes hébergées et de leurs proches quant à leur satisfaction des services offerts. En partenariat avec l'équipe interdisciplinaire, il ou elle accompagne la personne hébergée et ses proches dans la compréhension de l'évolution de la condition de l'état général et ainsi favorise leur adhésion aux ajustements requis.
- La révision du PII est planifiée aux 90 jours[18] ou avant, lorsqu'il y a un changement dans l'état de la personne. Elle est réalisée avec les intervenant·es concerné·es. La participation active de la personne hébergée et de ses proches est à privilégier.
- Si des mesures de contrôle planifiées sont déjà en place à la MDA ou MA, l'équipe interdisciplinaire doit s'assurer de réévaluer la nécessité de

PI et PII
Outils d'évaluation disciplinaire
Notes d'évolution ou de suivi

[18] L'article 35 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (chapitre S-5, r. 5) stipule : « Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un établissement offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement. Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des soins ou des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours ».

les maintenir au minimum tous les 90 jours. Une réévaluation doit être automatiquement réalisée lors d'un changement de la situation ou de la condition de santé de la personne.
- La réévaluation des risques calculés doit être faite lors de la révision du PII ou à tout moment « lors d'un changement significatif dans la condition clinique » de la personne hébergée, « lors de l'intégration de nouveaux soins ou activités ciblées », etc. (CISSS de la Montérégie-Ouest, à venir).

5. Fin de l'épisode de service professionnel

➢ *Effectuer les modalités relatives à la fin de l'épisode de service et à la fermeture du dossier*

- Lorsque la personne hébergée ne poursuit plus d'objectif dans le champ de la discipline concernée (ex. ergothérapie, physiothérapie, etc.), l'intervenant·e peut procéder à la fermeture du dossier. Il ou elle doit s'assurer que les recommandations émises sont accessibles pour les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Il ou elle doit aviser les proches et les autres intervenant·es de la fin de leur intervention.
- Pour certain·es intervenant·es de proximité, un maintien continu des soins et services est nécessaire.
- Au besoin :
  - Se référer aux critères de fin de l'épisode de service décrits dans les processus cliniques DPD et DSHAPPA.
  - Se référer aux critères de transition ou de fin d'hébergement en MDA MA à la section 5.

Formulaire fin d'épisode de service et note de fermeture

Conclusion

La mise en œuvre de ce programme d'hébergement en MDA MA encourage l'appropriation d'une philosophie novatrice axée sur un milieu de vie humain, chaleureux et à caractère résidentiel où les personnes hébergées ainsi que leurs proches sont au cœur des décisions et des interventions et où elles se sentent comme à la maison.

Une évaluation de ce programme (voir Annexe L) ainsi qu'une révision en conséquence auront lieu au cours des prochaines années.

Annexes

Annexe A	Tableau synthèse du plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026
Annexe B	Tableau synoptique du plan gouvernemental pour les PPA 2021-2026
Annexe C	Résumé du plan clinique MDA MA
Annexe D	Définition de la déficience intellectuelle
Annexe E	Définition du trouble du spectre de l'autisme
Annexe F	Profils ISO-SMAF
Annexe G	Extraits concepts et approches – Processus cliniques DPD et DSHAPPA
Annexe H	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)
Annexe I	Modèle écosystémique
Annexe J	Fiche personnalisation de l'appartement
Annexe K	Fiches thématiques
Annexe L	Planification de l'évaluation

Références

Alliance des soins palliatifs de qualité lors de soins de longue durée. (2012). *Histoires de vie – Comment rassembler les histoires personnelles des aînés dans les centres de soins de longue durée*. Copy_of_Social_Histories-Final_Draft_Oct._6_French.pdf (palliativealliance.ca)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ième édition (DSM-5). Washington, D.C. En français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec. (2018). *Référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession d'éducatrice spécialisée ou éducateur spécialisé au Québec.* Éduconseil Inc.

Bessey LJ, Walaszek A. (2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Curr Psychiatry Rep*. 21(8):66.

Blackburn M, Noiseux M, Provencher S, Savoie E, Simoneau ME. (2018). *Portrait de santé RTS de la Montérégie-Ouest*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique.

Blouin et Bergeron, 1997 dans Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Lignes directrices- Soutien à domicile* [document de travail]

Bonin P. (2023). Réseautage GRMV - Atelier sur l'autodétermination, 23 octobre 2023. [Présentation PowerPoint]

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. (2006). *Profils Iso-SMAF*. https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/profils-iso-smaf/

Centre collégial d'expertise en gérontologie du Cégep de Drummondville et l'Appui pour les proches aidants. (2019). *Consultation sur l'état des services offerts aux proches aidants d'aînés de la Montérégie.*

CISSS de Chaudière-Appalaches. (2022). *Offre de service : maisons des aînés et maisons alternatives*. [Présentation PowerPoint]

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2018). *Référentiel de compétences des membres de l'équipe de soins, Destiné aux préposées aux bénéficiaires, aux CEPIA, aux infirmières auxiliaires, aux CEPI, aux infirmières et aux infirmières cliniciennes.* https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/referentiel-de-competences-des-membres-de-equipe-de-soins/telechargement/-

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019). *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers*. (REG-10173). https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/10173-reglement-sur-les-modalites-elaboration-et-de-revision-des-plans-intervention-pi-des-usagers/telechargement/-

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021a). *Politique clinique Consentement aux soins et aux services*. https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/pol-10251-consentement-aux-soins-et-aux-services/telechargement/-

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021b). *Cadre de référence sur les profils de compétences – Employés de catégorie 4*. https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/cadre-de-reference-sur-les-profils-de-competences-employes-de-categorie-4

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021c). *Programme spécialisé : Déficience intellectuelle sévère et profonde* (PRG-10260). https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/prg-10260-programme-specialise-deficience-intellectuelle-severe-et-profonde/telechargement/-

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021d). *Guide d'accompagnement à l'intervention en matière de santé sexuelle chez les personnes présentant une DI ou un TSA*. https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/gui-10215-guide-sante-sexuelle-vie-intime-affective-et-amoureuse-di-tsa/telechargement/-

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021d). *Guide Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences. (GUI-10226).* https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/gui-10226-processus-clinique-des-services-specialises-dpd/telechargement/-

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2022). *Plan clinique – Maison des aînés et alternative.*

CISSS de la Montérégie-Ouest (2023a). *Programme de soins palliatifs et de fin de vie*. https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/prg-10379-programme-de-soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023b). *Cadre de référence sur l'encadrement professionnel*.

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023c). *Directive relative à la présence d'animaux dans les installations de soins et de services dans le cadre de pratiques assistées par l'animal.* (DIR-10363). Microsoft Word - Oct 2023_dir_clinique pratiques_animaux_final.docx (rtss.qc.ca)

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023d). *Description de fonctions - Infirmière chef d'équipe.* https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/description-fonctions-infirmiere-chef-equipe

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023e). *Description de fonctions - Infirmière auxiliaire.* https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/description-fonction-infirmiere-auxiliaire

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023f). *Description de fonctions - Préposé aux bénéficiaires*. https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/description-fonctions-prepose-aux-beneficiaires-pab

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2023g). *Conseillère en soins infirmiers - DSIEU.* https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/role-conseillere-en-soins-infirmiers

CISSS de la Montérégie-Ouest (à venir). *Processus clinique de la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie.*

CISSS de la Montérégie-Ouest. (À venir). *Cadre de référence Gérer et accepter les risques chez les personnes hébergées en MDA MA.*

Cheng ST. (2017). Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Curr Psychiatry Rep*. 19(9):64.

Code civil du Québec, CCQ-1991, c.64, art. 15. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991

Code des professions, LRQ Chap. C-26, art. 37. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26

Collège des médecins du Québec. (2015). *La pratique médicale en soins de longue durée – Guide d'exercice*. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2472107

Comité de soutien aux proches aidants d'aînés de Laval. (n.d.). *Le guide de parcours et de soutien du proche aidant.*

https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Soins_et_services/Proche_aidance/gps-francais.pdf

Comité national d'éthique sur le vieillissement. (2021). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-42W.pdf

Comité patronal de négociation dans le secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS). (2019). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et es échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-demploi/3462-9-0

CPNSSS. (2023). *Fiche d'infirmier praticien spécialisé ou infirmière praticienne spécialisée.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-demploi/1915-28-0

De Koninck T. (2017). *De la dignité humaine. Éthique en éducation et en formation*, (3), 7-21. https://www.erudit.org/fr/revues/ethiqueedufor/2017-n3-ethiqueedufor03377/1042933ar.pdf

Fédération québécoise de l'autisme. (2021). *L'autisme en chiffres*. https://www.autisme.qc.ca/tsa/lautisme-en-chiffres.html

Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D, Kretschmer KL. (2017). Prise de décision partagée en soins de santé préventifs: Ce que c'est; ce que ce n'est pas. *Can Fam Physician*. 63(9):e377-e380.

Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. (2001). Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*. 54(7):661-74.

Gouvernement du Canada. (2020). *Vieillissement et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens*. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vieillissement-maladies-chroniques-profil-aines-canadiens-sommaire.html

Gouvernement du Québec (s.d.). Mise à jour le 1er avril 2022. *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec* (chapitre C-26, a. 94, par. m.). http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20196.1/

Gouvernement du Québec (s.d.). *Technicien en diététique.* Avenir en santé. https://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/technicien-en-dietetique#description

Gouvernement du Québec. (2023). *Maisons des aînés et maisons alternatives*. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/maisons-aines-et-maisons-alternatives

Gouvernement du Québec. (2023). *À propos des maisons des aînés et des maisons alternatives*. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/maisons-aines-et-maisons-alternatives/a-propos-maisons-aines-maisons-alternatives

Groupe A / Annexe U. (date inconnue). *Maison des aînés de Havre St-Pierre.* https://groupea.qc.ca/projets/hospitalier/mda-havre-st-pierre

Institut de la statistique du Québec. (2020). *Répartition des bénéficiaires principaux âgés de 15 ans et plus selon certaines caractéristiques, proches aidants âgés de 15 ans et plus, Québec, Canada hors Québec et ensemble du Canada, 2012.* https://statistique.quebec.ca/fr/document/les-proches-aidants-au-quebec-2012/tableau/repartition-des-beneficiaires-principaux-ages-de-15-ans-et-plus-selon-certaines-

caracteristiques-proches-aidants-ages-de-15-ans-et-plus-quebec-canada-hors-quebec-et-ensemble-du-canada-2012

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). (2014). *L'approche relationnelle de soins dans les CHSLD : mieux comprendre son implantation et explorer son impact.* http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-857.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2021). *Population âgée de 65 ans et plus.* https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Repères - Pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive en milieu d'hébergement de longue durée.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Reperes_Sante_auditive.pdf

Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc*.62(4):762–9.

L'Appui pour les proches aidants. (2016). *Portrait démographique des proches aidants d'aînés au Québec*. https://www.lappui.org/content/download/17423/file/Portrait%20d%C3%A9mographique%20des%20proches%20aidants%20d%27a%C3%AEn%C3%A9s%20au%20Qu%C3%A9bec_FAITS%20SAILLANTS.pdf

Lehoux M.-C. (2017). *Rapport d'évaluation sur des activités contributives, valorisantes et stimulantes pour les adultes âgés de 22 ans et plus présentant un polyhandicap* (Collection). CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ).

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. RLRQ, Chapitre E-20.1. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/E-20.1.

Loi médicale. RLRQ c. M-9. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/M-9%20/

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, Chap. I-8, art. 36 (2021). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/I-8

Loi sur les services de santé et les services sociaux. RLRQ, Chapitre S-4.2. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2

Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. RLRQ, Chapitre L-6.3. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3.

Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes. Ch. R-1.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-1.1

Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, Kuca K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age - a scoping review. *BMC Public Health*. 19(1):1431.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-702.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Cadre de référence en soutien à domicile* [document de travail]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* – Document d'introduction. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-11W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD - Cadre de référence.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-231-28W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement – Politique nationale pour les personnes proches aidantes*. 84 p. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *Des milieux de vie qui nous ressemblent – Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée.* 104 p. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021c). *Reconnaître pour mieux soutenir – Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2016*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021d) – Tableau synoptique du *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2016*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W_Tableau-synoptique.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021e). *Maisons des aînés et alternatives – Document d'orientation*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021f). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf

MSSS. (2021g). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement: réflexions pour guider les pratiques.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-42W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Pour le mieux-être des personnes hébergées – Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf*

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022b). *Tableau synthèse du plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-06W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022c). *Maisons des aînés et maisons alternatives : information aux futures équipes - Professionnels de la santé*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/maisons-des-aines-et-maisons-alternatives-information-aux-futures-equipes/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023a). *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes - Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-42W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023b). *Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés - Cadre de référence provincia*l. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003566/?&date=DESC&sujet=aines&critere=sujet

Observatoire québécois de la proche aidance. (2023). *Qu'est-ce qu'une personne proche aidante ? Sauriez-vous la reconnaitre ? Une infographie interactive pour mieux comprendre la définition de la Loi visant à reconnaître et soutenir les personnes proches aidantes.* https://observatoireprocheaidance.ca/quest-ce-quune-personne-proche-aidante/

Office des professions du Québec. (2003). Cahier explicatif — *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Gouvernement du Québec, E.D. Québec, Québec. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf

Office des professions du Québec. (2021). Guide explicatif - *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Gouvernement du Québec, E.D. Québec. 2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf (gouv.qc.ca)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – Collaboration interprofessionnelle*. https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf

Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2018). *Normes de compétences professionnelles*. Guide_normes_competences_professionnelles_2018.pdf (odnq.org)

Poirier N, Belzil A, Lapointe M. (2019). *L'accès aux services de soutien à la participation sociale d'adultes ayant une déficience intellectuelle*. https://sac.uqam.ca/upload/files/Poirier_et_al._Lacc%C3%A8s_aux_services_de_soutien_%C3%A0_la_participation_sociale_dadultes_ayant_une_d%C3%A9ficience_intellectuelle_2019.pdf

Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH). (2021a). *Concepts clés*. https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/

Réseau international sur le processus de production du handicap. (2021b). *Le modèle*. https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/

Santé Canada, 2011 dans Consortium national de formation en santé. (2017). *L'approche et la supervision interprofessionnelles.* https://www.cnfs.ca/media/attachments/2018/06/19/cnfs_fiche_rsum_09_approche_interprof_v01_r01.pdf

Société Alzheimer du Canada. (2021). *Que sont les troubles neurocognitifs ?* https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/que-sont-les-troubles-neurocognitifs

Société Santé en français. (2015). *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins.* Rapport. https://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf

Statistique Canada. (2018). *Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018002-fra.htm

Sury L, Burns K, Brodaty H. (2013). Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *Int Psychogeriatr*. 25(6):867-76.

Université Laval. (2020). *Les professions de la relation d'aide.* https://www.aide.ulaval.ca/wp-content/uploads/2023/10/Les-professions-de-la-relation-daide-comment-les-differencier.pdf

Université de Sherbrooke. (2018). *Les professions de la relation d'aide.* https://www.usherbrooke.ca/etudiants/fileadmin/sites/etudiants/documents/Orientation_Centre_de_documentation_virtuelle_/Profession_de_la_relation_d_aide.pdf

Van Hoof J, Verbeek H, Janssen BM, Eijkelenboom A, Molony SL, Felix E, Nieboer KA, Zwerts-Verhelst EL, Sijstermans JJ, Wouters EJ. (2016). A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *BMC Geriatr*. 3;16(1):169.

World Health Organization Quality-of-Life Scale Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health*; 23(3):24-56.

Processus d'élaboration initial		
Rédaction	Catherine Besner, agente de planification, de planification et de recherche (APPR), Développement et évolution des pratiques (DEP), Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU)	2021 à 2024
	Julie Côté, APPR, Qualité de la pratique clinique (QPC), DSMREU	
	Cindy Sebes, APPR, DEP, DSMREU	
	Stéphanie Sirard, APPR, DEP, DSMREU	
	Mélanie Williams, APPR, Formation et développement professionnel (FDP), DSMREU	
	Dave Métras, conseiller en soins infirmiers – volet hébergement, Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU)	
	Josée Ferland, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers – volet SHAPPA, DSIEU	
Consultation(s)	Annie Collin, agente administrative, Développement et évolution des pratiques (DEP), DSMREU	2024-01-04
	Éric Gagné, conseiller-cadre milieu de vie, DSHAPPA	2023
	Isabelle Pinizzotto, chargée de projet, spécialiste en procédés administratifs – volet soutien à la transformation, DPMI	
	Priscillia Taylor, chef d'unité en hébergement, MDA MA de Châteauguay, DSHAPPA	
	Annie Cuerrier, chef d'unité en hébergement, MDA MA de Châteauguay, DSHAPPA	
	Sabrina Dagenais, conseillère en soins infirmiers, DPMI	
	Patricia Raymond, gestionnaire responsable du milieu de vie, MDA MA de Valleyfield, DSHAPPA	
	Chantal Frenette, gestionnaire responsable MDA MA, DSHAPPA	
	Céline Lachance, cheffe de programme spécialisé DIS DIP soutien professionnel 21+, DPD	
	Valérie Guillette, coordonnatrice programme spécialisé DIS-DIP et centres d'activités, DPD	
	Marie-Claude Boucher, médecin de famille	2023
	Christine Gaucher, psychoéducatrice, équipe de soutien professionnel DIS-DIP à la Maison des tournesols, DPD	
	Michèle Mercier, APPR spécialiste en matière de proche aidance, DQEPE	
	Annick Goulet, chef de service bénévolat et soins spirituels	
	Isabelle Hubert, IPSPL	
	Mirabelle Deschambault, APPR déploiement de la PHSSLD, DSHAPPA	
	Élyse Lapointe, APPR communauté, milieu inclusif et aspects sociaux et environnementaux du développement durable, DPMI	
	Karine Lavoie-Paradis, technicienne en éducation spécialisée, CHSLD de Vaudreuil-Dorion, DSHAPPA	
	Lindsay Pivin, ICASI, MDA MA de Châteauguay, DSHAPPA	
	Lucie Lussier, VP du CA de l'Association des bénévoles de l'Hôpital Anna-Laberge	
	Natalia Roa, conseillère-cadre en soutien au déploiement de la PHSSLD, DSHAPPA	

	Martin Poirier, conseiller-cadre en soutien au déploiement de la PHSSLD, DSHAPPA	
	Julie Miserere, APPR en soutien au déploiement de la PHSSLD, DSHAPPA	
	Josée-Anne Laporte, conseillère en soins infirmiers – volet DI-TSA, DSIEU	
	Élisabeth Picard, Chef de service gestion de la qualité et des risques DSHAPPA-DSSADG, DQEPE	
	Chahnèze Mezziani, APPR, DQEPE	
	Jessica Mastrocola Gratton, PAB	
	Marie-Ève Gendron, infirmière auxiliaire	
	Isabelle Paquette, PAB	
	Marie-Claude Labrèche, infirmière auxiliaire	
	Mélanie Dufresne, ergothérapeute	
	Julie Leduc, travailleuse sociale-APPR, DQEPE	
	Kim Lajoie, PAB, DSIEU	
	Marie Baoua, travailleuse sociale, SAC psychosocial, DSHAPPA	
	Corina Pal-Blajan, travailleuse sociale, MDA Châteauguay	
	Isabelle Racicot, éducatrice, DPD	
	Maxime Doré, pharmacien-chef IV	

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers	2024-03-28
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	2024-03-21

Historique du document		
Approuvé par	Comité des médecins, dentistes et pharmaciens	2024-03-19
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2024-04-03
Adopté par	Comité de direction	2024-07-02
Commentaires		

ANNEXE A
Tableau synthèse du plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026

TABLEAU SYNTHÈSE DU PLAN D'ACTION POUR L'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE 2021-2026

POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES HÉBERGÉES

AXES D'INTERVENTION	ORIENTATIONS	MESURES
Déploiement de la Politique d'hébergement et de soins et de services de longue durée		1. Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement 2. Assurer une gestion de proximité par la présence des gestionnaires responsables dans chaque CHSLD et MDA MA 3. Accompagner les prestataires de services et les soutenir dans l'appropriation de l'approche de la Politique d'hébergement 4. Mettre en place un comité-conseil en matière d'hébergement de longue durée 5. Harmoniser les CHSLD publics et privés
AXE 1 **La personne hébergée**	1. Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités 2. Assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes	6. Accueillir, accompagner et soutenir les personnes tout au long de leur hébergement 7. Personnaliser les soins et les services par l'utilisation de l'histoire de vie et du projet de vie 8. Améliorer les pratiques en tenant compte de la satisfaction des personnes hébergées et de leurs proches 9. Assurer une utilisation optimale des médicaments en CHSLD
AXE 2 **Les proches**	3. Accueillir les proches pour préserver les liens avec la personne hébergée 4. Reconnaître et mobiliser les personnes proches aidantes dans le respect de leurs volontés et capacités d'engagement 5. Soutenir les proches	10. Accueillir, accompagner et soutenir les proches de la personne hébergée
AXE 3 **Les prestataires de services**	6. Offrir des soins et des services de qualité 7. Diversifier la composition des équipes de travail 8. Valoriser et soutenir les prestataires de services	11. Soutenir les prestataires de services dans l'actualisation de la Politique d'hébergement par le déploiement de chargés de projet en soutien clinique 12. Renforcer le rôle des préposés aux bénéficiaires en CHSLD 13. Soutenir l'amélioration continue des soins et services par la mise en œuvre d'initiatives locales avec la participation de tous les acteurs concernés 14. Bonifier l'encadrement de la qualité des milieux de vie
AXE 4 **Le milieu de vie et de soins**	9. Développer un milieu de vie de qualité qui permet le mieux-être des personnes hébergées 10. Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs	15. Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins 16. Consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD 17. Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées 18. Soutenir la conciliation des besoins individuels et collectifs dans les milieux de vie et de soins par l'actualisation d'un code de vie 19. Améliorer l'expérience repas des personnes hébergées par la mise en œuvre du Plan d'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD 20. Offrir des milieux de vie et de soins sécuritaires par la consolidation des mesures de prévention et de contrôle des infections 21. Implanter le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD 22. Adapter l'environnement et l'offre de soins et services aux réalités des personnes hébergées ayant une perte auditive
AXE 5 **La communauté**	11. Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté 12. Faire connaître et promouvoir les milieux d'hébergement auprès des citoyens	23. Faire connaître les milieux d'hébergement et leurs bonnes pratiques auprès de la population 24. Soutenir et baliser le développement de modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs 25. Impliquer la communauté dans les milieux de vie et de soins pour soutenir la participation sociale des personnes hébergées

Votre gouvernement

Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Pour le mieux-être des personnes hébergées – Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf

ANNEXE B
Tableau synoptique du plan d'action gouvernemental pour les PPA 2021-2026

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL
POUR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES
2021-2026

Reconnaître pour mieux soutenir

TABLEAU SYNOPTIQUE

AXES	ORIENTATIONS ET MESURES
AXE 1 **La reconnaissance et l'autoreconnaissance des PPA, ainsi que la mobilisation des acteurs de la société québécoise concernés par la proche aidance**	**Orientation 1.1 - Sensibiliser la société québécoise au rôle et à l'apport indéniable des PPA, à la diversité de leurs réalités et à l'importance de les soutenir**
	1. Développer une stratégie de communication sur la valorisation des PPA et de leur apport à la société.
	2. Réaliser un portrait des PPA au Québec.
	3. Analyser la pertinence et la faisabilité de reconnaître certains droits aux PPA et les obligations qui en découlent ainsi que d'établir et de maintenir un registre public des PPA visant notamment à favoriser la reconnaissance de leur rôle.
	Orientation 1.2 - Assurer la concertation des actions pour l'ensemble des PPA dans les différentes sphères de leur vie
	4. Mettre en place le Comité de partenaires concernés par les personnes proches aidantes.
	5. Mettre en place une coordination territoriale de la proche aidance.
	6. Organiser annuellement une journée de concertation nationale sur la proche aidance.
	Orientation 1.3 - Favoriser la collaboration avec les PPA dans le développement d'actions visant à les reconnaître et à les soutenir
	7. Développer les connaissances et les compétences des PPA et des acteurs des instances de gouvernance à travailler ensemble selon une approche basée sur le partenariat.
	8. Impliquer les PPA (tuteurs, assistants, citoyens) au développement des services du Curateur public.
AXE 2 **Le partage de l'information, la promotion des ressources mises à la disposition des PPA et le développement de connaissances et de compétences**	**Orientation 2.1 – Identifier les besoins d'information et de formation des PPA et y répondre**
	9. Diffuser la boîte à outils La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée dans différents milieux fréquentés par les PPA.
	10. Réaliser en coconstruction avec des PPA et à leur intention, des capsules de sensibilisation et des outils de formation concernant l'approche de partenariat dans le contexte des soins et des services.
	11. Soutenir les organisations et les PPA dans leur transition vers une offre de soutien en mode numérique.
	12. Soutenir les PPA par une offre de services psychoéducatifs en ligne visant à les outiller et les soutenir dans leurs parcours et leurs rôles.

AXES	ORIENTATIONS ET MESURES
AXE 2 **Le partage de l'information, la promotion des ressources mises à la disposition des PPA et le développement de connaissances et de compétences**	13. Déployer le programme de formation pour les PPA par les pairs en matière de soins palliatifs et de fin de vie.
	14. Concevoir un outil de sensibilisation visant à améliorer les connaissances des PPA sur les sujets de la santé mentale, des différents troubles comportementaux et du vieillissement.
	15. Soutenir les partenaires qui interviennent auprès des PPA dans la transmission d'informations et la promotion de la mesure d'assistance auprès des PPA.
	16. Soutenir la diffusion de l'information de nature juridique mise en valeur par Éducaloi auprès des PPA et des intervenants.
	17. Soutenir les PPA dans la navigation au sein du RSSS.
	18. Sensibiliser les PPA en emploi aux répercussions liées à leur rôle et les informer des différentes mesures existantes de conciliation travail-responsabilités de proche aidance.
	Orientation 2.2 – Identifier les besoins d'information et de formation des acteurs concernés par les PPA et y répondre
	19. Concevoir une formation pour les intervenants, professionnels et gestionnaires du RSSS et du milieu communautaire sur les caractéristiques et les besoins des PPA, sur les interventions à privilégier et sur l'approche de partenariat en contexte de soins et de service.
	20. Mettre à contribution les membres des ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines dans la reconnaissance et le soutien des PPA.
	21. Élaborer une formation continue partagée, à l'intention des intervenants du RSSS et de ceux des OC, sur l'AMM sous l'angle des réalités et des besoins des PPA.
	22. Mettre en place une communauté de pratique en proche aidance.
	23. Outiller les organismes travaillant auprès des personnes immigrantes et autres minorités ethnoculturelles aux enjeux de la proche aidance et aux ressources existantes.
	24. Sensibiliser les intervenants du RSSS, ceux des OC et d'autres acteurs à la diversité sexuelle et de genre ainsi qu'aux enjeux que vivent les PPA LGBTQI+.
	25. Former le personnel des services à la population de l'OPHQ aux réalités des PPA.
	26. Sensibiliser et accompagner les OCF et les OC offrant des services aux parents de personnes ayant un handicap pour favoriser l'engagement paternel et l'exercice de la coparentalité.

Votre gouvernement

Québec

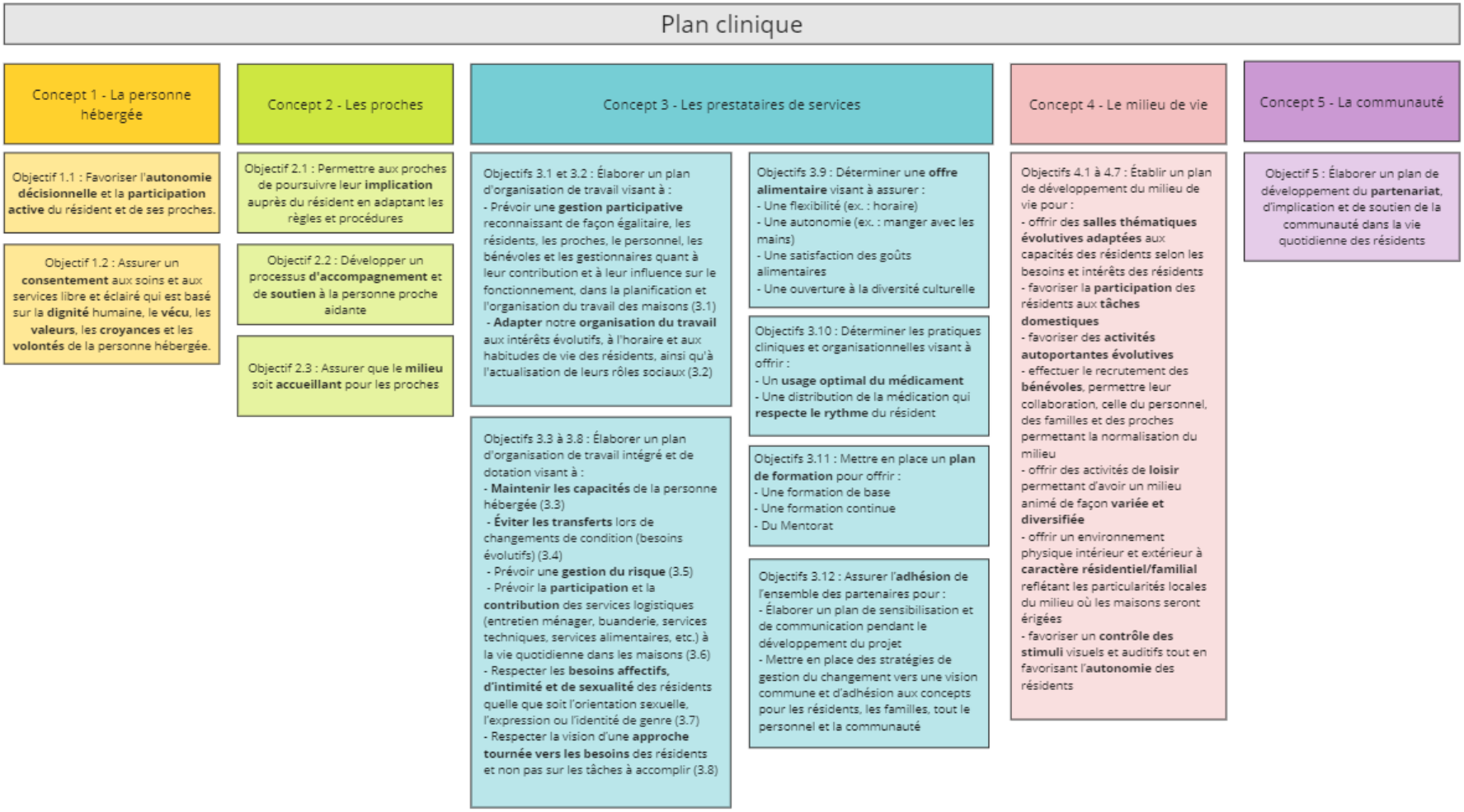
AXES	ORIENTATIONS ET MESURES
AXE 2 **Le partage de l'information, la promotion des ressources mises à la disposition des PPA et le développement de connaissances et de compétences**	**Orientation 2.3 – Soutenir la recherche et le transfert de connaissances ayant trait aux PPA**
	27. Créer l'Observatoire québécois de la proche aidance.
	28. Soutenir la recherche et le transfert des connaissances en matière de proche aidance.
	29. Recenser et développer les pratiques prometteuses afin d'évaluer adéquatement les besoins et de soutenir les PPA des personnes présentant une DP, une DI ou un TSA.
	30. Étudier les réalités et les besoins spécifiques des PPA issues des communautés ethnoculturelles et celles de langue anglaise en vue de définir des pistes d'action pour mieux les soutenir.
	31. Documenter et promouvoir des pratiques prometteuses pour l'organisation des services offerts aux PPA.
	32. Documenter les pratiques inspirantes en matière de proche aidance pour les PNI et en soutenir le transfert aux coordonnateurs territoriaux.
	33. Identifier les approches d'évaluation et les indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs de la Politique nationale pour les PPA.
	34. Identifier des pratiques à privilégier auprès des PPA pour les soutenir dans le choix de la dyade aidante(s)-aidé(e) pour que la personne aidée en grande perte d'autonomie demeure à domicile.
AXE 3 **Le développement de services de santé et de services sociaux dédiés aux PPA, dans une approche basée sur le partenariat**	**Mesure transversale**
	35. Élaborer un cadre de référence présentant l'ensemble des services intégrés en matière de soutien aux PPA.
	Orientation 3.1 – Évaluer les besoins de services en matière de santé et de services sociaux pour les PPA
	36. Mettre en place un outil permettant de repérer les PPA et de les orienter vers les ressources appropriées.
	Orientation 3.2 – Soutenir les PPA par des services de santé et des services sociaux adaptés
	37. Assurer la pérennité de l'Appui pour les proches aidants permettant le développement de services aux PPA.
	38. Bonifier le soutien aux OC pour soutenir les PPA.
	39. Promouvoir les services sociaux généraux et faciliter leur accès aux PPA.
	40. Bonifier l'offre des services de soutien à domicile pour les PPA dans chaque région.
	41. Diversifier l'offre de services de répit pour les PPA des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA et améliorer l'accès à ces services dans chaque région du Québec.
	42. Rehausser les services en centres de jour offerts aux aînés.
	43. Enrichir le programme de soutien aux PPA en SPPV.
	44. Rehausser les services en centres de jour offerts dans les maisons de soins palliatifs.
	45. Poursuivre le développement des services de répit hors domicile avec nuitées.
	46. Élargir l'offre de services de Baluchon Alzheimer pour les PPA.
	47. Soutenir les services de répit et de ressourcement offerts aux PPA par le Monastère des Augustines.

AXES	ORIENTATIONS ET MESURES
AXE 3 **Le développement de services de santé et de services sociaux dédiés aux PPA, dans une approche basée sur le partenariat**	**Orientation 3.3 – Établir un partenariat avec les PPA tout au long du parcours de soins et de services de la dyade aidant(e)-aidé(e)**
	48. Développer un appel de projets à l'intention des établissements publics du RSSS visant la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies innovantes de partenariat avec les PPA.
	49. Réviser les politiques de visite des proches dans différents milieux de soins afin que celles-ci s'inscrivent dans une approche de partenariat avec les PPA (milieu de soins aigus, centres de réadaptation, milieux de SPPV).
AXE 4 **Le développement d'environnements conciliants qui soutiennent et favorisent le maintien et l'amélioration des conditions de vie des PPA, notamment afin d'éviter leur précarisation financière**	**Orientation 4.1 – Favoriser le maintien de l'équilibre entre le rôle des PPA et les autres sphères de leur vie**
	50. Former un comité de travail interministériel sur la conciliation travail-famille-études-responsabilités de proche aidance et sur la précarisation financière.
	51. Documenter la prévalence, les caractéristiques et les besoins des PPA (jeunes et adultes) fréquentant un établissement des réseaux de l'éducation ou de l'enseignement supérieur.
	52. Sensibiliser les établissements des réseaux de l'éducation et de l'enseignement supérieur à la réalité et aux besoins des élèves proches aidants (jeunes et adultes).
	53. Identifier et expérimenter les meilleures pratiques organisationnelles pour favoriser l'embauche et le maintien en emploi de PPA dans certains secteurs d'activités économiques.
	54. Faire la promotion du service de médiation d'Équijustice auprès des PPA et des personnes aidées et former les médiateurs aux enjeux de la proche aidance.
	Orientation 4.2 – Faciliter l'exercice du rôle des PPA
	55. Simplifier l'accès aux programmes et services utilisés par les PPA.
	56. Offrir des services de soutien améliorés aux représentants légaux.
	57. Diffuser de l'information sur les services de transport offerts au Québec sous la forme d'une carte interactive.
	58. Sensibiliser les municipalités et les MRC qui sont engagées dans une démarche MADA aux besoins des PPA et favoriser les actions et les initiatives à leur égard.
	59. Soutenir la réalisation de projets et d'initiatives visant à reconnaître, à accompagner et à soutenir les PPA d'aînés dans le cadre du programme QADA, volet national.
	Orientation 4.3 – Prévenir la précarisation de la condition financière relative au rôle de PPA
	60. Connaître les réalités et les besoins des PPA pour qui le risque de précarisation financière est élevé en tenant compte des facteurs psychosociaux et économiques.
	61. Diffuser l'information aux PPA concernant les crédits d'impôt et autres programmes de soutien financier.

Santé et Services sociaux Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021c). *Reconnaître pour mieux soutenir – Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2016*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf

ANNEXE C
Résumé du plan clinique MDA MA



CISSS de la Montérégie-Ouest. (2022). *Plan clinique – Maison des aînés et alternative.*

ANNEXE D
Définition de la déficience intellectuelle

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – cinquième édition (DSM-5) de l'*American Psychiatric Association (APA)* (2013) définit la DI comme un trouble se caractérisant par une atteinte du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui débute durant la période développementale. Le tableau suivant présente les critères diagnostiques de la DI du DSM-5 :

Critères diagnostiques de la déficience intellectuelle (APA, 2015, p. 36)
Les trois critères suivants doivent être présents : • **Déficit des fonctions intellectuelles** comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmé par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence standardisés. • **Déficit des fonctions adaptatives** qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité. • **Début du déficit intellectuel et adaptatif** pendant la période du développement.

Il existe quatre niveaux de DI : léger, modéré, sévère, profond[19]. Cette classification réfère aux degrés de gravité de la DI en fonction des aptitudes de la personne. Les DI sévère et profonde constituent les degrés les plus graves. Le tableau suivant présente les principales atteintes chez les sujets présentant une DI sévère ou profonde. Celles-ci sont regroupées selon les trois principaux domaines présentés dans le DSM-5 (APA, 2015) :

	Domaine conceptuel	**Domaine social**	**Domaine pratique**
DI sévère	• Acquisition limitée des compétences conceptuelles. • Peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant les nombres, les quantités, le temps et l'argent. • Aide substantielle requise pour résoudre les problèmes tout au long de la vie.	• Langage parlé limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire. • Discours pouvant se résumer à des mots ou des phrases simples et être complété par des moyens de suppléance. • Discours et communication centrés sur « l'ici et maintenant » des évènements quotidiens. • Langage davantage utilisé à des fins de communication sociale que d'explications. • Possibilité de langage parlé sans compréhension découlant d'écholalie immédiate ou différée ou de phrases apprises, mais non réellement intégrées.	• Aide requise pour toute activité du quotidien (repas, habillage, toilette, élimination) et nécessité d'une surveillance constante. • Incapacité à prendre des décisions responsables concernant son bien-être et celui des autres. • Nécessité d'un enseignement prolongé et d'une aide constante pour l'acquisition de compétences.

[19] La version française du DSM-5 (APA, 2015) apporte des modifications à la nomenclature entourant la DI. La classification par sous-types présente, en français, les mentions diagnostiques suivantes: handicap intellectuel léger, moyen, grave et profond. Ainsi, le terme anglais *severe* est traduit en français par le terme *grave*. Néanmoins, afin de demeurer au diapason avec la terminologie utilisée dans le réseau de la santé et des services sociaux de même que le réseau scolaire, le terme **déficience intellectuelle sévère** est privilégié pour désigner le handicap intellectuel grave. Lorsque ces organisations utiliseront de façon plus harmonisée la nouvelle terminologie, celle-ci sera transposée dans le présent document lors d'une révision ultérieure.

	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
DI profonde	• Acquisition de compétences conceptuelles centrées sur le monde physique et de quelques compétences visuospatiales (par exemple, assortir et trier des objets). • Utilisation d'objets de façon appropriée pour réaliser ses soins personnels, travailler ou se distraire. • Possibles déficits sensorimoteurs associés pouvant parfois entraver l'utilisation d'objets.	• Possibilité de compréhension d'instructions et des gestes simples. • Expression des désirs et des émotions principalement dans la communication non verbale et non symbolique. • Compréhension très limitée de la communication symbolique. • Possibles déficits sensorimoteurs associés pouvant empêcher certaines activités sociales. • Relations avec les membres de la famille et des proches sont source de plaisir et d'aide.	• Dépendance en ce qui a trait à toute activité touchant le quotidien, la santé et la sécurité. Possible capacité à participer à certaines de ces activités. • Actions simples avec objets pouvant servir de base à la participation de la personne. • Déficits sensorimoteurs associés constituant de fréquentes entraves à la participation.

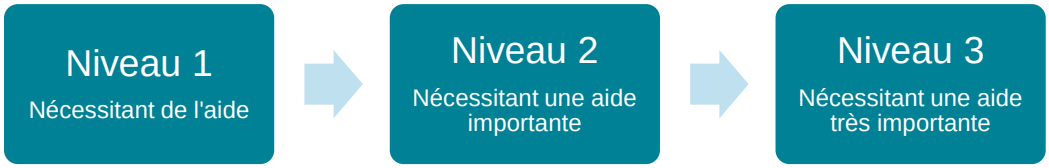
ANNEXE E
Définition du trouble du spectre de l'autisme

Le TSA[20] se manifeste par des particularités dans **deux domaines**, le premier étant la **communication et les interactions sociales** et le deuxième étant **les comportements**, **activités ou intérêts restreints et répétitifs**. Le TSA se caractérise par (APA, 2015, p. 55 et 56) :

- Des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par différents éléments tels que des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle, du partage des intérêts et des jeux imaginatifs, de la capacité à initier des interactions sociales ou d'y répondre, de la compréhension des relations sociales et de l'ajustement des comportements à des contextes sociaux.

- Un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités tels que :
  - Un caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement de jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).
  - Une intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficultés à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).
  - Des intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité soit dans leur but (ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).
  - Une hyperréactivité ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, action de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

Le DSM-5 (APA, 2015) attribue trois **niveaux de sévérité** pour chacun des deux domaines :



Le niveau de sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

Les tableaux suivants présentent les critères diagnostiques et les niveaux de sévérité du TSA.

[20] Pour englober l'ensemble des troubles touchant le spectre, l'appellation *TSA* est employée dans ce document.

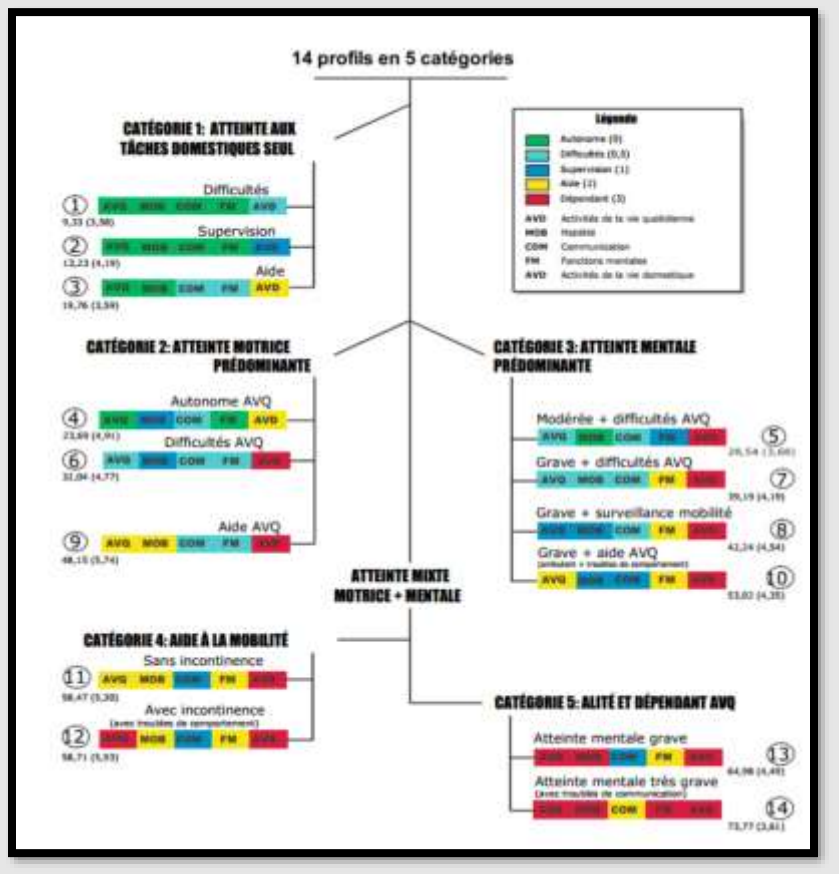
Critères diagnostiques du TSA (APA, 2015)
A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) : 1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, a des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre. 2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales allant, par exemple, d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, a des anomalies du contact visuel et du langage du corps, a des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale. 3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement a des contextes sociaux variés, a des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs. La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs (voir tableau sur les niveaux de sévérité)
B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) : 1. Caractère stéréotype ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques). 2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessite de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours). 3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants). 4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements). La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs (voir tableau sur les niveaux de sévérité)
C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).
D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants.
E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La DI et le TSA sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un TSA et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

Niveaux de sévérité du TSA (APA, 2015)		
Niveau de sévérité	**Communication sociale**	**Comportements restreints, répétitifs**
Niveau 3 : Nécessitant une aide très importante	Déficits graves des compétences de communication verbale et non verbale responsables d'un retentissement sévère sur le fonctionnement; limitation très sévère de la capacité d'initier des relations, et réponse minime aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet n'utilisant que quelques mots intelligibles et qui initie rarement ou de façon inhabituelle les interactions, surtout pour répondre à des besoins, et qui ne répond qu'à des approches sociales très directes.	Comportement inflexible, difficulté extrême à faire face au changement, ou autres comportements restreints ou répétitifs interférant de façon marquée avec le fonctionnement dans l'ensemble des domaines. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.
Niveau 2 : Nécessitant une aide importante	Déficits marqués des compétences de communication verbale et non verbale ; retentissement social apparent en dépit des aides apportées ; capacité limitée à initier des relations et réponse réduite ou anormale aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet utilisant des phrases simples, dont les interactions sont limitées à des intérêts spécifiques et restreints et qui a une communication non verbale nettement bizarre.	Le manque de flexibilité du comportement, la difficulté à tolérer le changement ou d'autres comportements restreints/répétitifs sont assez fréquents pour être évidents pour l'observateur non averti et retentir sur le fonctionnement dans une variété de contextes. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.
Niveau 1 : Nécessitant de l'aide	Sans aide, les déficits de la communication sociale sont source d'un retentissement fonctionnel observable. Difficulté à initier les relations sociales et exemples manifestes de réponses atypiques ou inefficaces en réponse aux initiatives sociales émanant d'autrui. Peut sembler avoir peu d'intérêt pour les interactions sociales. Par exemple, un sujet capable de s'exprimer par des phrases complètes, qui engage la conversation mais qui ne parvient pas à avoir des échanges sociaux réciproques et dont les tentatives pour se faire des amis sont généralement étranges et inefficaces.	Le manque de flexibilité du comportement a un retentissement significatif sur le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Difficulté à passer d'une activité à l'autre. Des problèmes d'organisation ou de planification gênent le développement de l'autonomie.

ANNEXE F
Profils ISO-SMAF

Les profils ISO-SMAF représentent un système de gestion axé sur la classification des besoins des personnes en fonction de leur autonomie ainsi que de l'intensité et du type de service requis pour le maintien de l'autonomie. Ils regroupent 14 profils de perte d'autonomie pour représenter qualitativement et quantitativement les besoins. Ces profils sont regroupés en cinq catégories. Le profil est établi par une évaluation de 29 incapacités du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La figure suivante présente les catégories ainsi qu'un sommaire des profils.

Les catégories et sommaire des profils du système ISO-SMAF



La catégorie 4, de ce système, inclut les profils 11 et 12 et considère qu'ils présentent des atteintes motrices prédominantes et des troubles de comportement. Ils peuvent également indiquer que la personne soit incontinente.

La catégorie 5 inclut les profils 13 et 14 qui indiquent que les personnes sont alitées, dépendantes aux AVQ, qu'elles ont des atteintes mentales graves ou très graves ainsi que des troubles de la communication.

Les profils 11 à 14 correspondent aux quatre profils dont l'atteinte de l'autonomie est la plus sévère.

ANNEXE G
Extraits concepts et approches – Processus cliniques DPD et DSHAPPA

<u>Concepts et approches extraits du processus clinique des services spécialisés de la DPD</u> (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021d) **:**

Concepts

Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité implique l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, travaillant en synergie, en vue de partager une compréhension globale des besoins de l'usager et de ses proches. Elle vise le transfert des connaissances d'une discipline à une autre, pour résoudre un problème complexe (Centre montérégien de Réadaptation, 2015; Payette, 2001).

Laverdière et Régis (2016) définissent la collaboration interprofessionnelle comme référant « à la situation de professionnels détenant des compétences disciplinaires distinctes et qui travaillent dans l'atteinte d'un objectif clinique commun, centré sur l'usager des soins et des services de santé ».

L'interdisciplinarité sous-tend de la part de tous les intervenants impliqués (Réseau conseil interdisciplinaire du Québec, 2000) :

- D'avoir des attitudes interpersonnelles positives (communication efficace, flexibilité, ouverture d'esprit, attitude respectueuse);
- De reconnaître la contribution spécifique de chacun;
- De déterminer ceux qui assureront le leadership pour l'organisation des rencontres, l'identification de solutions aux enjeux liés à l'organisation des services, pour optimiser la prise de décisions et pour favoriser un climat de travail sain dans l'équipe;
- De développer la satisfaction à travailler ensemble.

Le travail en interdisciplinarité peut être indiqué lors d'un épisode de service spécialisé en raison de la complexité des besoins de l'usager et de ses proches, ainsi que des différents contextes dans lesquels ils se manifestent. Les interventions découlant de cette compréhension globale des besoins de l'usager et de ses proches doivent être coordonnées à l'aide d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou d'un plan de services individualisé (PSI) (MSSS, 2017).

Approches

Approche usager partenaire

Cette approche considère l'usager et ses proches comme de réels partenaires qui collaborent avec l'équipe interdisciplinaire (MSSS, 2017).

Le MSSS précise que le partenariat mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs des intervenants de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que le savoir expérientiel de l'usager et de ses proches (MSSS, 2018).

L'approche usager partenaire place l'usager au centre des décisions qui le concernent et vise à augmenter son pouvoir d'agir ou « empowerment ».

Un esprit de collaboration égalitaire entre les intervenants et l'usager doit transparaître dans les opportunités données à ce dernier pour faire valoir son expérience, ses valeurs, en cohérence avec son projet personnel de réadaptation. L'usager et ses proches doivent pouvoir prendre part aux décisions les concernant et exercer leur autodétermination, au même titre que les intervenants qui apportent leur expertise clinique.

- Cette collaboration suppose de la part des intervenants d'informer l'usager, mais surtout d'entretenir avec lui une relation axée sur le partage d'informations, afin qu'il développe la compréhension de sa situation de handicap et des solutions potentielles pour y remédier (Girard, 2017);
- Cette approche vise également le développement d'une relation de confiance entre les intervenants et les proches de l'usager en reconnaissant leur valeur dans le contexte de soins et services (MSSS, 2018).

Approche positive

Labbé (2012) définit l'approche positive comme étant « une conception globale qui met de l'avant l'idée que la personne peut devenir un apport social significatif ». Cette approche met l'accent sur l'acceptation et le respect de l'usager et ses proches, tels qu'ils sont. Elle s'appuie sur des valeurs dont la croyance, la considération et la reconnaissance (Fraser et Labbé, 1993).

Elle mise sur la **qualité de vie**, qui réfère « aux divers éléments contribuant au bien-être d'une personne » (Fraser et Labbé, 1993), tels que son réseau social, la présence d'activités significatives et enrichissantes ou des possessions matérielles, par exemple.

Elle fait aussi écho au phénomène de **résilience** :

> « (...) ensemble de caractéristiques personnelles de l'usager, un processus et un résultat. Elle s'inscrit dans une démarche d'apprentissage, d'appropriation et d'autodétermination à travers laquelle la personne réinterprète et réoriente positivement le sens de sa vie afin de poursuivre son développement, tout en renforçant ses facteurs de protection personnels ou environnementaux avec, toutefois, la situation d'adversité comme nouvel organisateur » (Centre montérégien de réadaptation, 2015).

- Cette approche se traduit par la mise en place d'interventions de réadaptation et de stratégies d'adaptation qui sont les moins contraignantes possible. Elles doivent pouvoir s'appliquer en cohérence avec les éléments de qualité de vie jugés importants par l'usager et ses proches.

<u>Concepts et approches extraits du processus clinique de la DSHAPPA</u> (à venir) **:**

Concepts

Autonomisation

L'autonomisation, de l'anglais *empowerment*, fait référence au fait de se rendre autonome, de conquérir son autonomie. Ce concept est défini par le « processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (INESSS, 2015, p.X).
L'autonomisation vise l'augmentation de l'autonomie des personnes vulnérables mettant l'accent sur le développement ou le rétablissement des capacités de l'usager. Cela permet de vivre de la façon la plus autonome possible grâce à l'offre d'une variété de services dont le niveau d'assistance est adapté à ses besoins. Les forces de la personne, sa possibilité, sa capacité et son désir de « faire » sont mis de l'avant.

Pratiques collaboratives

L'actualisation du concept de partenariat dans la relation entre les usagers et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (voir section sur l'approche de partenariat) engage une forte résonance à la notion de collaboration. Collaboration, collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative sont des terminologies similaires.
La collaboration interprofessionnelle correspond au fait de travailler ensemble avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins de santé dont chacun apporte sa propre contribution en vue d'atteindre un objectif commun, au plus grand bénéfice des usagers. Chaque personne participe dans les limites de ses fonctions. Il s'agit d'un processus de communication et de décision qui permet aux connaissances et aux compétences des différents fournisseurs de soins d'influencer de façon synergétique les soins fournis en modifiant les attitudes et les comportements, tout en mettant l'accent sur des objectifs et des valeurs centrées sur les usagers (Gouvernement du Canada, 2010).
Dans une plus large perspective, une pratique collaborative réfère au processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'informations, d'éducation et de prise de décisions. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus. Les objectifs visés sont de (Comité de travail sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RIUS UdeM, 2014 ; OIIQ, 2016) :

- Reconnaître et identifier les besoins spécifiques de chaque personne hébergée afin d'assurer une prise en charge adéquate.
- Orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie de la personne hébergée.
- Favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

La pratique collaborative contribue également au bien-être du personnel, le travail d'équipe étant relié à la satisfaction au travail, à des taux réduits de stress nuisible et à un engagement accru de la part des employés (Comité de travail sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RIUS UdeM, 2014 ; OIIQ, 2016).
Des connaissances et des compétences communes en matière d'exercice professionnel sont au cœur d'une collaboration interprofessionnelle efficace (CPIS, 2010 cité dans le Consortium national de formation en santé, 2017 ; OIIQ, 2016).

- Des soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté ;
- La communication interprofessionnelle efficace ;
- La définition claire, la compréhension et le respect des rôles et responsabilités des différents professionnels ainsi que de leur expertise ;
- Le leadership collaboratif ;
- Le travail en équipe pour le bien-être de la personne hébergée et ses proches ;
- La prévention et la résolution de conflits interprofessionnels.

Approches

Approche de partenariat

L'approche de partenariat constitue le résultat de l'évolution des approches centrées sur la personne. Cette approche met de l'avant la notion de partenariat de soins et de services qui caractérise les interactions entre la personne hébergée (incluant ses proches) et les intervenant·es autour de ses besoins et de son projet de vie.

L'approche de partenariat a pour objectif de permettre à la personne hébergée et ses proches d'exercer une plus grande influence sur les décisions relatives à leurs soins et à leurs services et ainsi sur leur santé. Dans une optique plus large, l'approche confère une influence de la personne hébergée sur l'organisation des soins et des services et la gouvernance. Il s'agit donc d'une approche où la personne hébergée et ses proches font partie intégrante des processus décisionnels. À cet égard, la personne hébergée doit être considérée comme le principal acteur de son parcours de soins et de services.

Le concept de partenariat implique :

- Une relation entre la personne hébergée, ses proches et les intervenant·es misant sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs, ainsi que sur la façon avec laquelle ces diverses personnes, c'est-à-dire ces partenaires, travaillent ensemble.
- Une relation qui favorise le développement d'un lien de confiance, la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, incluant le savoir expérientiel des personnes hébergées et de leurs proches, ainsi que la co-construction.
- La définition de manière concertée des actions et des moyens à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la personne hébergée et de ses proches.



Cette approche vient renforcer l'autonomie décisionnelle et la responsabilisation de la personne hébergée vis-à-vis de ses soins, de ses services et de sa santé. Pour les intervenant·es, cette approche soutient l'intégration des attentes et des besoins nommés par la personne hébergée dans les actions posées à son égard. Cette approche vient également réitérer l'importance du rôle des intervenant·es pour qu'ils outillent et soutiennent la personne hébergée lors du processus de prise de décision en vue de l'atteinte d'une vision commune et de l'autonomie visée (MSSS, 2018a).

La figure 1 illustre la place de la personne hébergée (ici nommé patient) et ses proches au sein de l'équipe, et ce, en tant que membre de celle-ci. Leur implication active dans le processus de soins et de services et dans les décisions qui les concernent est recherchée au même titre que tous les autres partenaires engagés.

Fig.1 – *Approche de partenariat de soins (tiré de Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire et Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, 2012).*

Au regard du continuum de l'engagement, l'approche de partenariat est le niveau le plus élevé d'engagement de la part de la personne hébergée et de ses proches, tel qu'illustré par la figure 2.



Fig. 2 – Continuum de l'engagement
(repris de MSSS, 2018, p.31)

Concrètement, cette approche se traduira notamment par la participation active de la personne hébergée et ses proches au plan d'intervention, principal outil décisionnel et de concertation orientant les soins, les services et les actions futures. Selon cette approche, le plan d'intervention sera élaboré en tenant compte des besoins exprimés par la personne hébergée de même qu'en respectant ses choix. Dans le cadre du PI, une préparation et un accompagnement de la personne hébergée et ses proches leur permettront de comprendre les éléments partagés, d'exprimer les besoins, d'explorer des solutions consensuelles avec les intervenants et autres partenaires et de prendre des décisions libres et éclairées dans le respect du projet de vie.

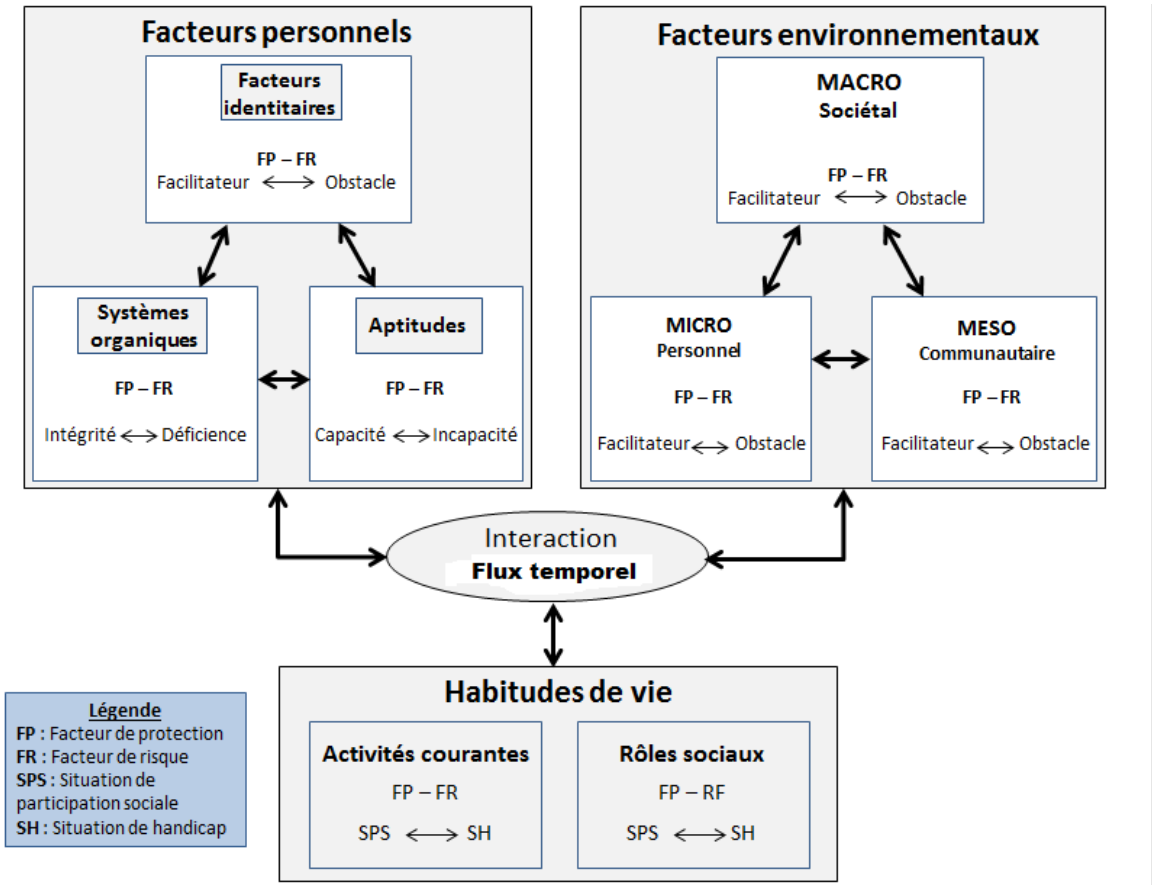
En résumé, l'approche de partenariat se concrétise par les actions suivantes (MSSS, 2018a) :

- Reconnaître la complémentarité entre les savoirs expérientiels des personnes hébergées et leurs proches et les savoirs professionnels des intervenant·es, des gestionnaires et autres partenaires;
- Porter une attention particulière à la compréhension de la personne hébergée et ses proches tout au cours de l'épisode de soins et services.
- Soutenir la personne hébergée et ses proches quant à leur rôle à l'égard de la prise de décision ainsi que dans le développement de leurs apprentissages en matière de soins et services, de l'organisation de ceux-ci et de la gouvernance;
- Favoriser la co-construction des solutions et des initiatives afin d'atteindre des objectifs communs;
- Encourager l'autodétermination des personnes hébergées.

ANNEXE H
Modèle de développement humain
Processus de production du handicap (MDH-PPH)

« Ce modèle met l'accent sur l'aspect situationnel du handicap. Le handicap n'est pas vu comme une caractéristique propre à la personne. La responsabilité du handicap ne repose pas sur la personne, mais sur un ensemble de facteurs qui doivent être pris en considération à toutes les étapes du processus clinique, notamment dans les évaluations des professionnels.

Selon ce modèle, la situation de handicap s'explique en mettant en interaction trois domaines conceptuels illustrés par les trois grands rectangles de la figure ci-dessous (RIPPH, 2010). La situation de handicap de la personne hébergée n'est donc pas une réalité exclusivement individuelle et permanente, mais bien une situation multifactorielle et évolutive, d'où l'appellation processus de production du handicap.

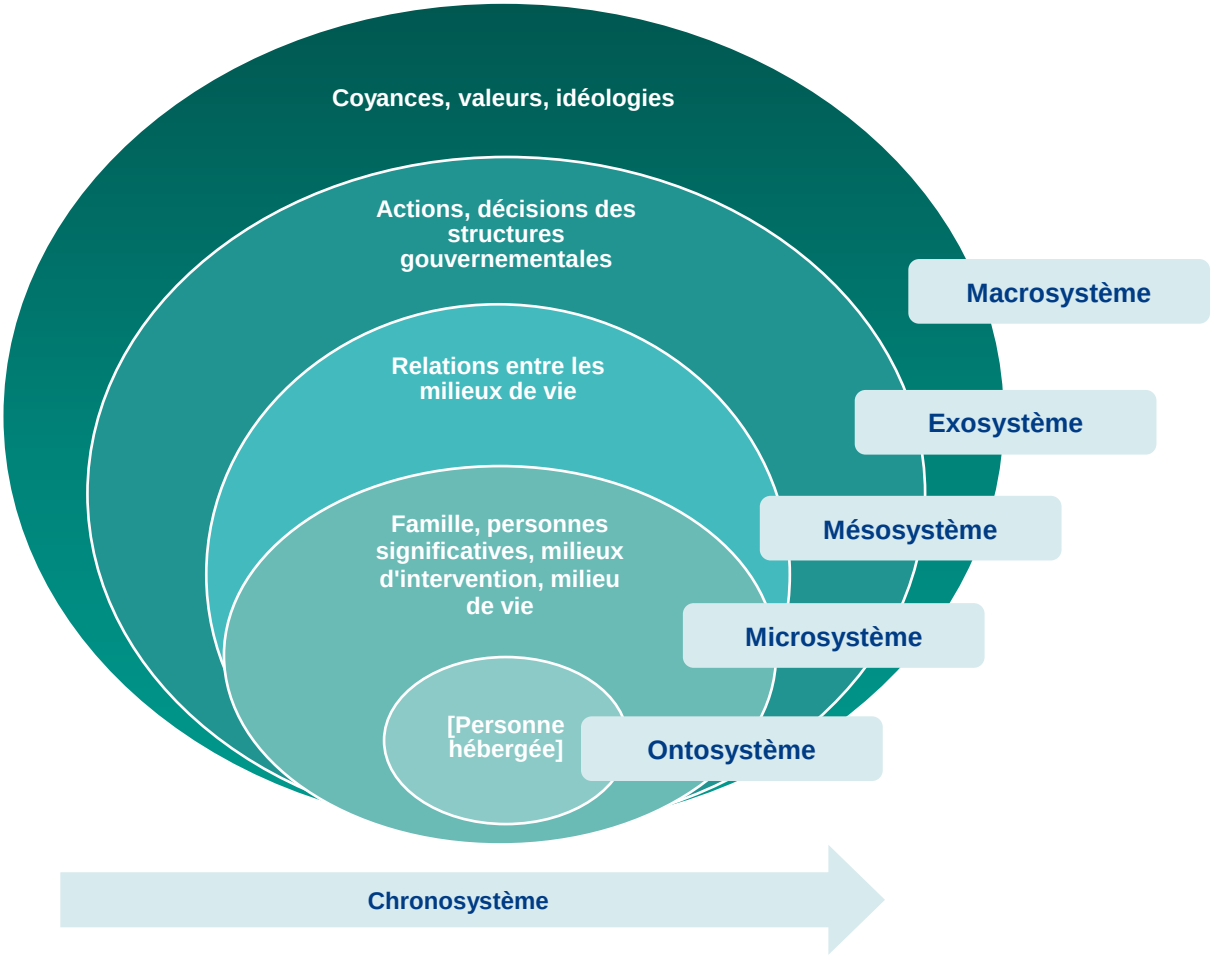


Les habitudes de vie sont issues de l'interaction entre les **facteurs personnels** et les **facteurs environnementaux**. De cette interaction résultent donc deux types de situations :

- Situation de participation sociale : lorsque la réalisation des habitudes de vie est jugée satisfaisante par la personne hébergée et ses proches;
- Situation de handicap : lorsqu'il y a un déséquilibre entre les facteurs personnels de la personne hébergée et ceux de son environnement, ce qui entrave la réalisation de ses habitudes de vie » (CISSS de la Montérégie-Ouest, à venir) (RIPPH, 2021b).

ANNEXE I
Modèle écosystémique

« Le modèle écosystémique regroupe les modèles systémique et écologique (Paquette, G., Laventure, M. et Pauz, 2018). Ce modèle démontre l'interdépendance existant entre [la personne hébergée], ses proches et l'ensemble des systèmes de son environnement (figure ci-dessous). Bien que [la personne hébergée] soit au centre de ce modèle, [elle] n'est pas [la seule] responsable de sa situation et tous les systèmes peuvent contribuer à l'améliorer ou la détériorer (MSSS, 2017b).

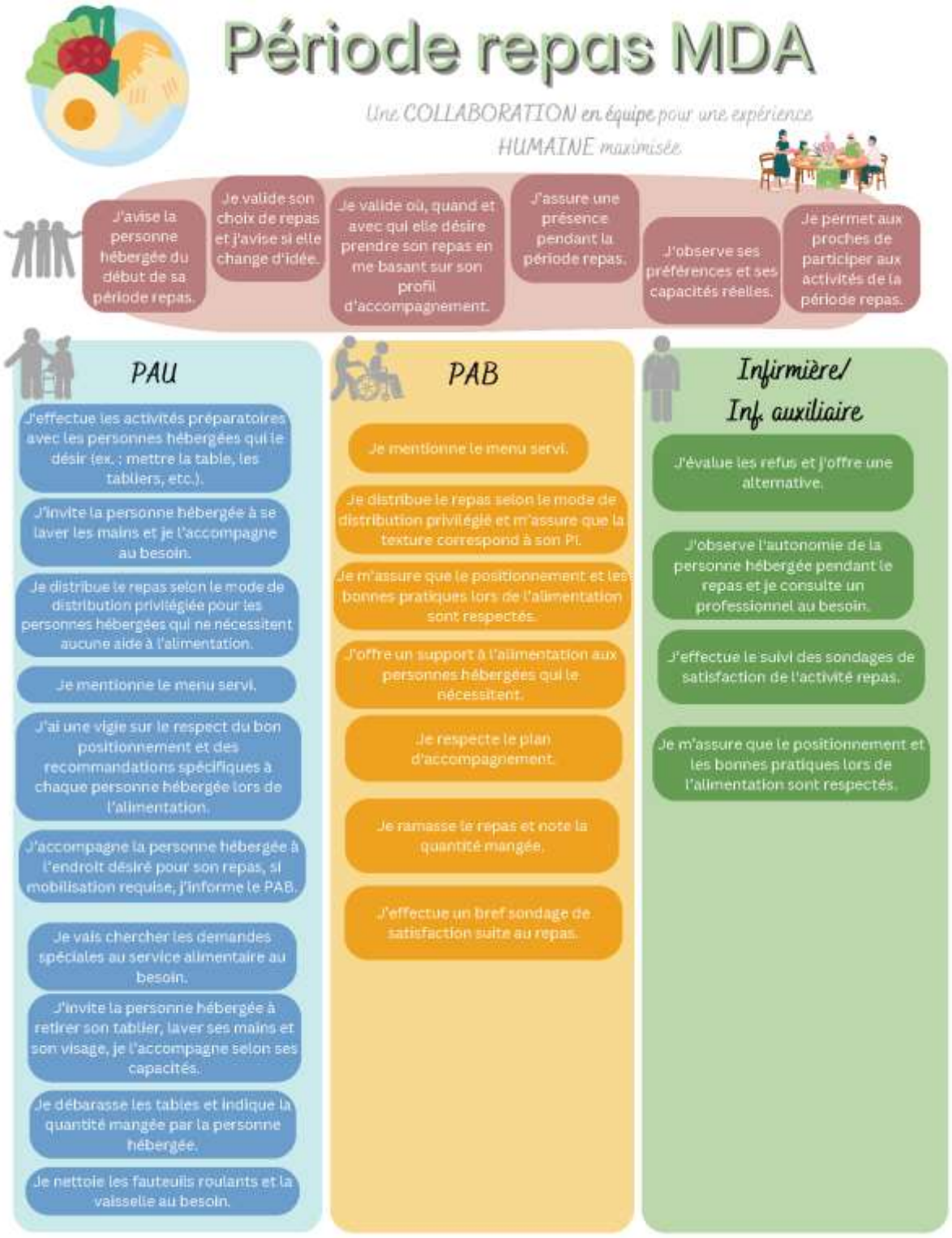


Le modèle écosystémique vise une compréhension globale des besoins de [la personne hébergée] par l'analyse de ses interactions avec les différents systèmes de son environnement en fonction du temps (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021d). Transposé en actions concrètes, ce modèle suggère :

- L'analyse des interactions de [la personne hébergée] avec les différents systèmes autour desquels [elle] gravite;
- La réadaptation de [la personne hébergée] dans ses différents milieux de vie;
- L'importance de la contribution des différents systèmes dans la mise en place d'interventions auprès de [la personne hébergée] » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021b).

ANNEXE J
Personnalisation de l'appartement




Période repas MDA
Une COLLABORATION en équipe pour une expérience HUMAINE maximisée
J'avise la personne hébergée du début de sa période repas.
Je valide son choix de repas et j'avise si elle change d'idée.
Je valide où, quand et avec qui elle désire prendre son repas en me basant sur son profil d'accompagnement.
J'assure une présence pendant la période repas.
J'observe ses préférences et ses capacités réelles.
Je permet aux proches de participer aux activités de la période repas.
PAU
J'effectue les activités préparatoires avec les personnes hébergées qui le désir (ex. ; mettre la table, les tabliers, etc.).
J'invite la personne hébergée à se laver les mains et je l'accompagne au besoin.
Je distribue le repas selon le mode de distribution privilégiée pour les personnes hébergées qui ne nécessitent aucune aide à l'alimentation.
Je mentionne le menu servi.
J'ai une vigie sur le respect du bon positionnement et des recommandations spécifiques à chaque personne hébergée lors de l'alimentation.
J'accompagne la personne hébergée à l'endroit désiré pour son repas, si mobilisation requise, j'informe le PAB.
Je vais chercher les demandes spéciales au service alimentaire au besoin.
J'invite la personne hébergée à retirer son tablier, laver ses mains et son visage, je l'accompagne selon ses capacités.
Je débarasse les tables et indique la quantité mangée par la personne hébergée.
Je nettoie les fauteuils roulants et la vaisselle au besoin.
PAB
Je mentionne le menu servi.
Je distribue le repas selon le mode de distribution privilégié et m'assure que la texture correspond à son PI.
Je m'assure que le positionnement et les bonnes pratiques lors de l'alimentation sont respectés.
J'offre un support à l'alimentation aux personnes hébergées qui le nécessitent.
Je respecte le plan d'accompagnement.
Je ramasse le repas et note la quantité mangée.
J'effectue un bref sondage de satisfaction suite au repas.
Infirmière/ Inf. auxiliaire
J'évalue les refus et j'offre une alternative.
J'observe l'autonomie de la personne hébergée pendant le repas et je consulte un professionnel au besoin.
J'effectue le suivi des sondages de satisfaction de l'activité repas.
Je m'assure que le positionnement et les bonnes pratiques lors de l'alimentation sont respectés.

ANNEXE L
Planification de l’évaluation

Variables à évaluer

À venir

Indicateurs de suivi

À venir