47

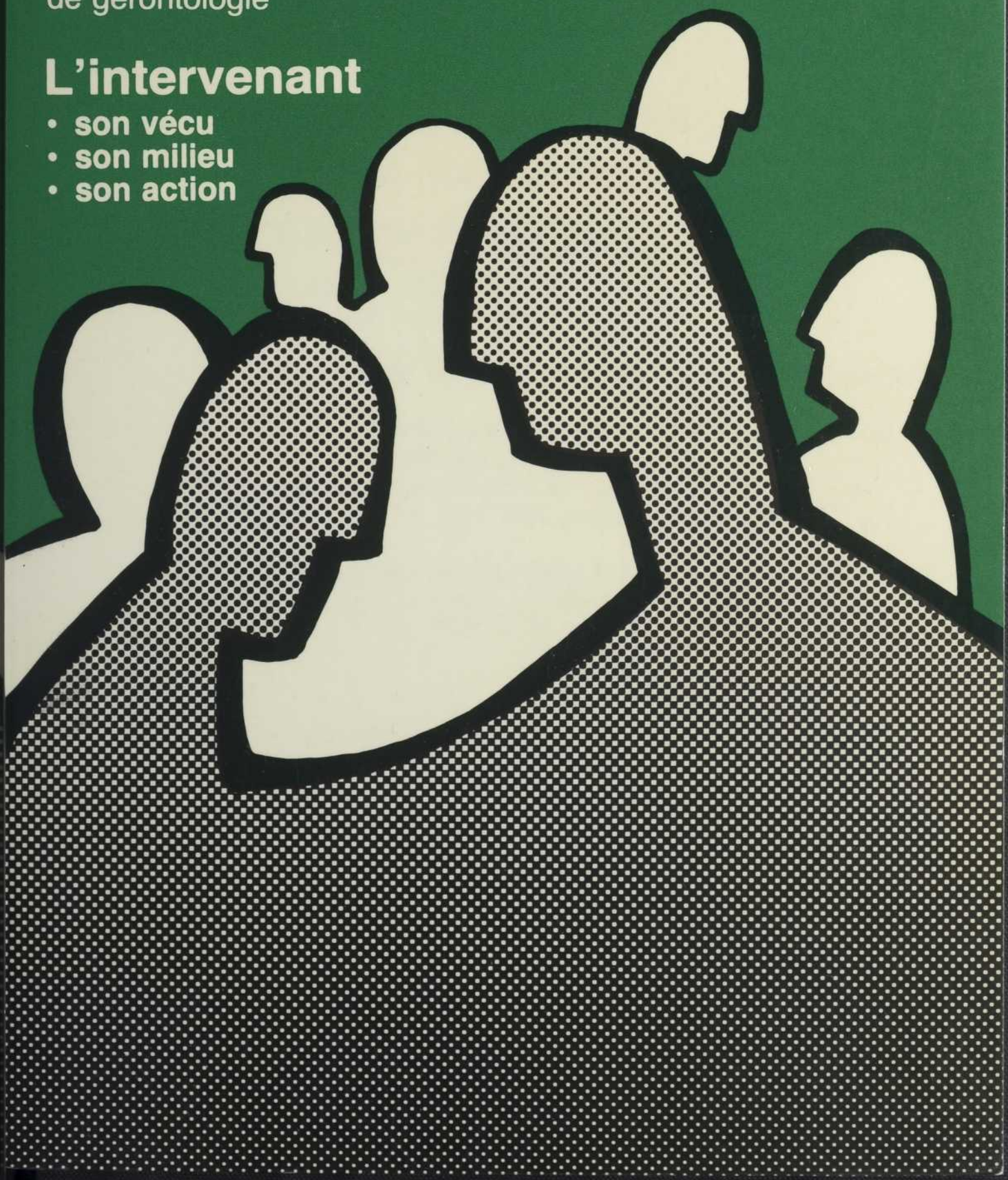
acfas

Actes du 6e colloque
de l'association québécoise
de gérontologie

L'intervenant

- son vécu
- son milieu
- son action

Les Cahiers scientifiques
Association québécoise
de gérontologie
1986



Les Cahiers scientifiques No 47

L'intervenant, son vécu, son milieu, son action

nouvelles problématiques
nouvelles pistes de réflexion

Rédaction: L'Association québécoise de gérontologie

Édition: L'Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences
2730 chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, Québec H3T 1B7

Distribution: L'Association québécoise de gérontologie
1474 est, rue Fleury
Montréal, Québec H2C 1S1
Tél.: (514) 387-3612

L'ACFAS
2730 chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, Québec H3T 1B7
Tél.: (514) 342-1411

D8604635 64788

© 1986 Association canadienne-française pour l'avancement des sciences
Dépôt légal, 3e trimestre 1986
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN: 2-89245-061-6

Les Cahiers scientifiques

L'intervenant,

son vécu, son milieu, son action.

NOUVELLES PROBLÉMATIQUES NOUVELLES PISTES DE RÉFLEXION

Actes du sixième colloque de l'Association québécoise de gérontologie qui a eu lieu à Montréal, les 14, 15 et 16 novembre 1985.

Comité des Actes du colloque

Constance Blanchard
Yves Dubois
Pierre Grenier
Christiane Noiseux
Jean Quintal

Coordination: Ghislaine Mercier Vandandaigue

Secrétariat: Claire Boyer

Bien que le masculin soit généralement utilisé dans ce document, les mots relatifs aux personnes désignent autant les femmes que les hommes.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GÉRONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES

	Page
PRÉAMBULE	5
MOT D'ACCUEIL du président Mohammed Khalid	7
PRÉSENTATION DU THÈME DU COLLOQUE - Diane Roberge	9
NOUVELLES PROBLÉMATIQUES EN MILIEU OUVERT	15
- Daphné Nahmiash	17
- Claude Bouffard	35
NOUVELLES PROBLÉMATIQUES EN ÉTABLISSEMENTS	39
- Rolande Laurin-Dorval	41
- Marie Josèphe Farizy-Chaussé	75
ATELIERS DE DISCUSSIONS	83
- Démarche proposée aux participants	85
- Synthèse commentée des ateliers sur "Les nouvelles situations, les nouveaux besoins de la clientèle à domicile et les exigences nouvelles de la pratique" - Pierre Grenier	86
- "Les nouvelles situations, les nouveaux besoins et les nouvelles exigences de la pratique en établissement" - Jean Quintal	93
- "Les changements organisationnels et leurs conséquences; collaboration et concertation - Mireille Lemasson	100
ATELIERS D'INFORMATION ET DE PARTICIPATION	103
Atelier 1 - Gérer la documentation gérontologique Yvan Goulet	105
Atelier 2 - Musique et santé Bryan Highbloom	107

Atelier 3 -	Identité et mouvement Delfa Vaznaugh	109
Atelier 4 -	Approche dynamique dans l'intervention Daphné Nahmiash	111
Atelier 5 -	Approche holistique (médecine douce) Constance Blanchard	113
Atelier 6 -	Intervention de réseau auprès des personnes âgées André Bergeron	115
Atelier 7 -	Festival vidéo Edwige Rouleau	117
Atelier 8 -	Avoir Pignon sur rue Pierre Laurence	119
AFFICHES		121
- La nutrition et les personnes âgées		123
- Programme d'aide en gérontoxicomanie		123
- Développement d'un carnet de médicaments		124
- Le rôle des processus attentifs dans la mémoire: une analyse du rappel d'images par les sujets âgés et jeunes		124
- Arthritergo: outil thérapeutique		125
- Projet co-existence		126
- Projet de maîtrise en gérontologie à l'Université de Sherbrooke		127
- Cellules-santé		128
- Ma santé je m'en occupe		128
- Un centre de référence en information juridique pour et par les retraités		129
- L'action bénévole une réalité palpable		131
- Outil réseau intégré au maintien à domicile		131
- Approche globale auprès des cancéreux en phase terminale		131
- Le bénéficiaire, l'intervenant dans l'action multidisciplinaire		131
- Projet d'intervention télévisée auprès des personnes de 55 ans et plus		131

EXPÉRIENCES D'INTERVENTIONS PRÉSENTÉES DANS LE CADRE DES ATELIERS DE DISCUSSIONS 133

- Table de concertation 135
- Les droits des personnes âgées 138
- Le carnet 140
- Programme personnalisé et individualisé en ergothérapie 141
- Programme de formation de soins infirmiers 143
- Implantation d'un modèle en soins infirmiers 144
- Le développement des services spécialisés en milieu d'hébergement et de soins de longue durée 145
- L'habitation partagée, une alternative au logement 148
- Portes ouvertes 153
- Rencontre du troisième art 157
- Servaide Drummond Inc. 158
- Expérimentation et évaluation du carnet de l'utilisation de médicaments 159
- Concertation des associations de retraités du Québec Inc. (CAREQ) 163
- Étude des ressources communautaires en alimentations 164
- "Désinstitutionnalisation" 166
- Quand vient l'automne (vidéo) 168

CONFÉRENCE DE CLÔTURE - Jacques Montambault 169

CONCLUSION DU COLLOQUE - Diane Roberge 207

MOT DE LA FIN - Mohammed Khalid 209

LISTE DES PARTICIPANTS 211

PRÉAMBULE

Il n'y a pas de passagers sur
le vaisseau spatial Terre.
Nous sommes tous l'équipage.

Marschall McLuhan

Inviter près de 400 participants à s'exprimer, échanger, réfléchir sur leur pratique, se situer dans leur action; tel était le défi de ce colloque. Ce défi a été relevé admirablement par les participants. Ils ont été les acteurs principaux d'une démarche concrète dont nous vous présentons le résultat.

Les nouvelles manières d'être et de travailler, les nouveaux outils que les intervenants ont expérimentés dans leur milieu respectif traduisent déjà une juste perception des changements et une volonté d'y participer d'une façon dynamique.

Dès maintenant, ces modèles d'action et ces réflexions annoncent l'émergence de nouveaux modes d'intervention et de nouvelles manières d'être où la créativité sera le dénominateur commun.

Constance Blanchard
Claude Bouffard
Yves Dubois
Pierre Grenier
Christiane Noiseux
Jean Quintal

MOT D'ACCUEIL DU PRÉSIDENT

Chers membres et amis de l'A.Q.G., mesdames et messieurs,

Je viens d'être réélu président pour l'année 1985-86. Je commence par remercier mes collègues du Conseil d'administration de ce renouvellement de confiance et je me réjouis à la pensée que je pourrai compter sur leur réel et efficace support pour vous servir et promouvoir l'A.Q.G. sur tous les plans.

Une fois de plus, il me fait grand plaisir de vous souhaiter à tous et à toutes la plus cordiale des bienvenues à cette activité qui revêt une importance capitale pour nous. S'il existe en effet une manifestation à laquelle vos officiers et administrateurs tiennent particulièrement, c'est, précisément, le colloque automnal. Cette prédilection tient tout simplement au fait qu'au cours de ces retrouvailles annuelles, les membres de l'A.Q.G. ont l'unique occasion d'échanger idées, expériences et vécus tant professionnels que personnels.

Sans trop tarder, je formule l'espoir que nos délibérations seront fructueuses et conduiront à des résultats tangibles pour l'avancement de la gérontologie au Québec.

Je cède la parole à Diane qui va vous présenter le programme en détail.

Mohammed Khalid

PRÉSENTATION DU THÈME DU COLLOQUE

par Diane Roberge
Directrice des services de soins et d'assistance
au Manoir l'Age d'Or à Montréal

L'histoire de l'A.Q.G. est intimement liée à l'évolution que connaît le monde de la gérontologie au Québec.

À travers les thèmes développés lors des colloques précédents, il se dégage que, depuis quatre ou cinq ans, les intervenants ont eu l'occasion de regarder sous différents angles leurs interventions.

Québec proposait: "La personne âgée et la famille",
Hull: "Qualité de vie et vieillissement",
Sherbrooke: "L'intervention auprès des aînés, une aide ou une entrave?"

Le comité organisateur, fidèle à l'objectif de l'A.Q.G. qui est de promouvoir la qualité des services offerts aux personnes âgées, autant à l'intérieur des établissements qu'au sein de la communauté et soucieux de répondre aux besoins exprimés par les membres lors des évaluations de précédents colloques notamment ceux de Québec et de Hull, vous propose cette année de faire une halte et de considérer ce colloque comme l'occasion de vous regarder dans votre vécu, dans votre milieu et dans votre action.

À la lecture du programme que vous avez déjà en main, vous avez sûrement remarqué que nous ne vous offrons pas de grandes vedettes politiques ou socio-économiques, et cela, malgré la campagne électorale en cours. Ce n'est pas parce

que cela eût été impossible, mais plutôt parce que notre choix s'est porté vers des considérations centrées sur les intervenants.

Au lieu de donner la parole à une brochette de personnalités publiques, nous nous sommes vite convaincus, les membres du comité organisateur, qu'il fallait faire du colloque de cette année celui des intervenants. Il est clair, pour nous, que l'occasion est rarement donnée aux artisans eux-mêmes de s'exprimer, d'échanger, de partager leur vécu quotidien, leurs expériences professionnelles, leurs besoins de solidarité et de concertation.

C'est dans cet esprit que la démarche du colloque a pris forme. Et pour ce faire, il y a des gens qui se sont attablés, ont sué et, dans un intense et laborieux processus de création, ont réussi le tour de force d'accoucher de cette brillante démarche pédagogique dans un temps record.

Sans plus de préambule et avec grand plaisir, laissez-moi vous présenter mon comité, formé par des gens provenant de deux milieux complémentaires et indissociables, celui du réseau et celui de l'éducation et je vous nomme avec plaisir Constance Blanchard, Claude Bouffard, Christiane Noiseux et Yves Dubois.

Sans mettre de côté les dimensions politiques que pourraient prendre nos délibérations, sans non plus ignorer la difficulté qu'il y a à s'impliquer en parlant de soi, nous relevons le pari de voir des intervenants, c'est-à-dire vous tous, intéressés à dire ce que vous vivez dans le quotidien de votre action (vos projets, vos craintes, vos satisfactions et vos idéaux).

À ce chapitre, nous entendons trop souvent parler d'erreurs faites, voire accumulées, de restrictions budgétaires, de manque de concertation entre intervenants. Il est commun maintenant de parler d'alourdissement des clientèles, du vieillissement du personnel, et de ses difficultés de recyclage, du dédoublement des ressources. Qu'en est-il au juste?

Sans prétendre que toutes ces affirmations sont gratuites, notre société n'a-t-elle pas tendance à voir l'intervention auprès des personnes âgées à travers la lunette grossissante d'un microscope émotionnel? N'y a-t-il pas trop de facilité à donner une importance à des faits et des situations qui, semble-t-il, ne reflètent pas toujours la réalité des gestes quotidiens posés par des milliers d'intervenants auprès des personnes âgées dans l'ensemble du réseau, à tous les niveaux hiérarchiques?

La volonté et l'enthousiasme de plusieurs centaines d'intervenants à parfaire leur formation et à améliorer leur pratique ne sont plus à démontrer. Nous n'avons qu'à observer, les attitudes aidantes et professionnelles des intervenants en établissements et milieu ouvert. Combien de projets voient le jour chaque semaine au Québec, projets qui visent à améliorer sans cesse la qualité des interventions et des services offerts aux bénéficiaires du réseau.

Le comité organisateur a choisi le thème du colloque:
L'intervenant, son vécu, son milieu, son action, les nouvelles problématiques, les nouvelles pistes d'intervention, pour qu'enfin nous exprimions ce que nous vivons, ce que nous souhaitons, et ce en quoi nous croyons encore.

Dans quelques instants un brin d'humour nous permettra de rire des autres, et, peut-être, un peu de soi.

Demain la journée s'amorce par deux conférences de madame Rolande Laurin-Dorval, directrice générale des centres d'accueil Émilie Gamelin et Armand Lavergne et de madame Daphné Nahmiash, coordonnatrice du maintien à domicile du C.L.S.C. Métro; conférences qui serviront de déclencheurs aux ateliers de discussions.

En contre-partie, ou en complément, aux exposés des conférencières, s'ajouteront les points de vue de leurs répondeurs respectifs, mesdames Marie-Josèphe Farizy-Chaussé et Claude Bouffard.

La vaste expérience de ces personnes-ressources et le désir qu'elles ont toutes quatre de partager leurs réflexions, nous amènent à penser que vous pourrez sûrement y puiser des éléments identifiables à votre propre vécu d'intervenants. Comme il y a un lien direct entre l'avant-midi et l'après-midi, je vous invite à orienter votre choix de conférence selon l'atelier de discussions auquel vous êtes déjà inscrit.

Pour ces ateliers, rapportez-vous au programme officiel pour bien en saisir les objectifs. C'est dans ces ateliers que vous aurez l'occasion de faire appel à votre vécu d'intervenant en gérontologie.

La démarche proposée implique, en effet, que les discussions s'alimentent de vos expériences, dans le but précis d'en dégager des principes d'intervention en gérontologie et, de là, amener chacun à tirer ses propres conclusions pour améliorer son intervention quotidienne.

Pour faire suite, vous êtes invité à des ateliers de participation et d'information qui auront lieu à 16 heures 30 et dont vous trouverez les détails dans votre programme.

Spécifions tout de même que la nature de certains d'entre-eux exige qu'on en limite le nombre de participants. Ainsi, il appartiendra au responsable de l'atelier d'accepter le nombre qui lui convient: la politique du premier arrivé premier servi prévaudra. D'autres, par contre, seront complètement ouverts. Vous pourrez donc y circuler à votre gré.

Samedi, l'occasion nous sera donnée de partager les points de vue émis par l'ensemble des ateliers, et d'identifier les pistes nous permettant de nous ouvrir vers l'avenir.

C'est dans cet esprit d'avenir que nous avons invité monsieur Jacques Montambault qui nous entretiendra des perspectives possibles, telles qu'il les envisage.

Le premier objectif de l'A.Q.G. est de favoriser la circulation de l'information et provoquer des échanges entre personnes et groupes s'intéressant au vieillissement. La marche du colloque s'inscrit dans cette ligne de pensée et d'action, croyons-nous.

Pour l'A.Q.G. celui ou celle qui s'intéresse directement aux phénomènes du vieillissement et aux personnes âgées, à titre bénévole ou professionnel, est considéré comme intervenant.

Le caractère pluridisciplinaire de notre association m'incite à vous inviter à aborder les activités des deux prochains jours dans une attitude d'ouverture, de participation d'échange et, disons-le, de fraternité.

Même si parfois, dans nos fonctions respectives, nous pouvons nous sentir comme des machines à services, prenons le temps de nous considérer comme des individus à part entière qui doivent composer tant avec leurs talents que leurs limites, tant avec l'environnement qu'avec leurs propres ressources.

Et je terminerai en vous disant, nous sommes ensemble ici ce soir parce qu'un dénominateur commun nous réunit: L'amour des personnes âgées.

NOUVELLES PROBLÉMATIQUES EN MILIEU OUVERT

"Clientèles, intervenants et organismes: quels défis"

CONFÉRENCE

par Daphné Nahmiash
Coordonnatrice du programme de soins
et services à domicile du C.L.S.C. Métro

"Comment faire ce que nous pouvons avec ce que nous avons." Permettez-moi, tout d'abord, de remercier bien sincèrement les membres du comité organisateur de l'Association de Gérontologie du Québec de m'avoir invitée à venir vous parler aujourd'hui et, bien sûr, de vous remercier tous et toutes d'être venus m'écouter. J'ai le sentiment que le thème de la conférence de cette année est particulièrement approprié aux besoins que j'ai pu constater dans notre "réseau" en pleine évolution.

La plupart des conférences traitant de gérontologie concentrent leurs travaux autour de théories scientifiques relevant de la gérontologie, en matières de biologie, de sciences de la santé, de bien-être social, etc. Certains intervenants ressortent de ces conférences influencés, certes, par de nouveaux concepts mais, également frustrés par les problèmes déjà existants à leur arrivée et qui continuent de l'être après leur départ. Comme je suis d'abord et avant tout, personnellement, une intervenante, il me fait plaisir de partager avec vous quelque peu de mon expérience et j'ose espérer que vous partagerez avec moi vos propres expériences. Cette conférence a pour objectif de vous offrir l'occasion de partager les problèmes qui sont vôtres, d'amener certains moyens de résoudre ces problèmes et, espérons-le, de repartir tous et chacun avec une énergie renouvelée pour mettre en pratique ces nouveaux concepts.

On m'a demandé de vous entretenir des "nouvelles problématiques" tant en services à domicile que dans la communauté, relativement à la clientèle que je préfère appeler les "personnes âgées", puis des intervenants et, enfin, de nos organismes. Ce me semble une tâche très lourde car, quand notre comité tient ses sessions "brainstorming" reliées au même thème, nous avons déjà relevé jusqu'à 84 problèmes différents s'y rapportant. J'ai peur d'avoir à vous parler beaucoup trop longtemps si j'évoque tous ces sujets. Je me contenterai donc d'en discuter quelques-uns que j'ai constatés comme les plus importants relativement à notre clientèle, aux intervenants et à l'organisation.

DU CÔTÉ DE NOTRE CLIENTÈLE

La population "senior" du Québec est actuellement de 8,8 pour cent et grimpera à 12 pour cent en l'an 2,000. Le ministère des Affaires sociales a statué que "... la société dans laquelle les personnes âgées du Québec évoluent a connu un développement rapide modifiant considérablement leur environnement physique, social et culturel. Dans cette perspective, une remise en question des différentes réponses aux besoins des personnes âgées s'impose de façon à adapter les services aux exigences d'un contexte changeant."

Puisque nous sommes en conférence de gérontologie et que 80 pour cent de notre clientèle sont des citoyens âgés, je limiterai ce que j'ai à dire aux personnes âgées seulement. Voyons, tout d'abord, leurs besoins. En existe-t-il de nouveaux? Nous traiterons de ce sujet selon deux points de vue. Premièrement, en posant les questions aux personnes âgées elles-mêmes et, deuxièmement, en observant dans nos centres ce qui pourrait être la révélation de besoins nouveaux.

Relativement à la première partie de notre sujet, j'ai eu l'agréable expérience de donner une conférence récemment avec monsieur Gaspard Massue, président du

Conseil d'administration du Forum des citoyens âgés. Monsieur Massue parlait justement des besoins des personnes âgées et j'ai retenu ce qui suit:

1- le besoin d'aimer et d'être aimé - le respect;
2- le besoin d'indépendance et d'autonomie - le besoin d'exercer un certain pouvoir de décision (il a mentionné la grande tendance du professionnel, du gestionnaire, des bénévoles, des enfants et membres de la famille d'essayer de dominer les personnes âgées);
3- le besoin de se sentir utile à quelqu'un;
4- l'établissement d'un réseau de services de préférence à un réseau d'institutions;
5- la nécessité d'animer le milieu naturel (la sécurité).

Pensez à tous ces éléments et vérifiez si vos programmes et services reflètent adéquatement ces besoins.

Une autre de nos aînées, Evelyn McOuat, de WISE me signalait récemment que l'un des problèmes des personnes âgées était que notre système les rendait trop dépendantes en leur offrant toutes sortes de services et souvent en réalisant pour elles ce qu'elles pourraient faire elles-mêmes. Elle m'a regardée d'un oeil féroce et m'a rendue malheureuse pour un moment. Je me suis hâtée de retourner au C.L.S.C. Métro pour vérifier nos programmes et je dois avouer que, sur certains points, elle avait raison. Ce qui nous mena à mettre sur pied un comité de personnes âgées dans notre région avec l'espoir qu'elles nous signalent constamment ce qui pourrait heurter le respect et l'autonomie que nous leur devons.

CONDITIONS SOCIALES

Les autres problèmes le plus souvent mentionnés par nos aînés sont l'insuffisance de leurs revenus, les conditions de logement et les difficultés du transport. Pouvons-

nous affirmer que nous faisons tout ce qu'il est possible dans ces domaines en vue d'améliorer les conditions sociales générales pour le mieux-être de toutes nos personnes âgées? Avons-nous des comités d'action sociale vraiment efficaces? Participons-nous à la mise sur pied de comités de location dans les logements à loyer modique et autres résidences?

LA PRISE EN CHARGE

Sommes-nous en mesure d'aider la population à prendre en main sa vie et ses affaires? Savons-nous bien comment le faire? J'ai toujours pensé combien il était formidable d'entendre parler de "la prise en charge" au Québec. J'ai cru et continue de croire que, dans ce domaine, nous avons pris une bonne avance sur les autres parties du Canada. Je dois toutefois mentionner ici que j'ai constaté un écart entre ce que nous prêchons et ce que nous effectuons réellement. Quand les personnes âgées prennent une part importante dans nos organisations, cela devient plus difficile pour les "intervenants". Car, nous, du domaine de l'assistance, avons appris à agir auprès de notre clientèle et nous devons maintenant apprendre comment aider notre clientèle à agir pour elle-même. Une autre observation consiste dans le fait que, dès que notre clientèle ne se sent plus opprimée, déprimée, inutile ou démunie, elle commence à raconter ce qu'elle ressent depuis qu'elle a eu l'occasion d'exprimer librement ce qui l'ennuyait depuis longtemps. Ce renversement de pouvoir a eu un impact important sur l'organisation et l'intervenant et nous en arrivons au point où il ou elle doit faciliter l'expression des sentiments autant que le développement de l'activité pour canaliser la communication d'une façon efficace. Ce n'est pas un procédé facile; il exige une communication rendue efficace grâce à des techniques et des pratiques apprises au sein même de l'organisation.

SANTÉ MENTALE

Revenant aux besoins des personnes âgées, je vois deux autres domaines qui prennent

beaucoup d'importance dans notre travail. L'un deux est la santé mentale. Nous avons, en effet, à traiter avec plusieurs "seniors" de la communauté aux prises avec divers problèmes de santé mentale, dont la confusion, la dépression et la maladie d'Alzheimer. Nos ressources psycho-gériatriques pour cette population sont extrêmement restreintes. Nous recevons un très mince appui de notre système spécialisé et, cependant, l'intervenant doit faire face à l'immense souffrance de nombreuses personnes dans notre communauté. Nous devrons trouver de nouvelles façons d'aider cette population à travers des groupes de création et d'activités, à travers la formation de bénévoles dans des programmes spécialisés, à travers le développement d'éventuelles ressources spécialisées mais, également à travers un entraînement en cours d'emploi pour nous-mêmes afin de mieux comprendre comment communiquer avec ces personnes en les assistant plus adéquatement.

Nous avons tous beaucoup plus de talents que nous le croyons. Au C.L.S.C. Métro, nous maintenons des groupes d'aide aux personnes âgées déprimées depuis déjà plusieurs années. Nous tenions ces séances pendant 10 à 12 semaines pour ensuite intégrer cette partie de notre clientèle dans d'autres activités. Ces personnes sont relativement faciles à diriger: elles requièrent de longues périodes d'écoute pour leur permettre d'extérioriser leurs sentiments et une certaine dose de motivation pour poursuivre leur route. Je suis sûre que plusieurs d'entre vous avez essayé des approches similaires. Sachez les partager avec d'autres et apprendre des autres!

L'autre grave problème dont je voudrais vous parler est celui des personnes âgées aux prises avec l'alcoolisme et l'abus de médication. Une étude réalisée par le Département de santé communautaire de l'hôpital Général de Montréal dans cinq (5) C.L.S.C. du centre-ville prouve que 14 pour cent de la clientèle des soins à domicile souffre d'un grave problème d'alcoolisme. Ce sont, le plus souvent, des personnes rejetées de la société et plus spécialement, de notre système médical. Nous devons trouver les moyens d'aider ces personnes à s'occuper de leurs dépendances avec l'assistance de bénévoles et de divers programmes d'entraînement. J'ai beaucoup

apprécié le visionnement de l'excellent vidéo sur les médications, vidéo réalisé par le Département de santé communautaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et nous avons développé un intéressant projet bénévole appelé "Groupe Harmonie" pour aider ces personnes.

INTERVENANT(ES)

POLYVALENCE - SPÉCIALISATION

Parlons maintenant de quelques-unes des difficultés que les intervenants doivent affronter. Parce qu'ils travaillent en première ligne - pour ainsi dire - les intervenants qui oeuvrent dans la communauté sont confrontés à plusieurs problèmes fort complexes. Nous nous demandons tous à certains moments: devons-nous nous spécialiser en soins palliatifs, alors que tant de gens préfèrent mourir chez-eux - devrons-nous nous spécialiser dans les soins aux handicapés, alors que nous sommes appelés à travailler avec une clientèle handicapée physiquement et mentalement? Que faire avec l'alcoolisme et la dépendance aux drogues? Devrions-nous développer des compétences dans certains domaines ou mieux, maintenir une polyvalence? Personnellement, je crois que la polyvalence reste la meilleure approche parce que les besoins évoluent sans cesse et que si nous voulons être en mesure de rencontrer tous les nouveaux besoins qui surviennent, nous devons rester ouverts et flexibles. Il n'est pas nécessaire de devenir un expert en alcoolisme pour aider une personne âgée souffrant de ce problème. Nous avons, certes, besoin de certaines connaissances à cet effet et je crois qu'en se formant le plus possible dans divers domaines, nous serons en mesure d'agir au moment voulu. Nous pourrons aussi en appeler au besoin à des ressources spécialisées et si nous avons l'impression que ces organismes-ressources ne rencontrent pas les besoins de la clientèle communautaire, il nous appartient de les leur rappeler.

SOINS PRÉVENTIFS OU CURATIFS

En raison des ressources limitées nous permettant d'offrir des services aux personnes âgées de la communauté, nous devons nous concentrer sur les gens les plus fragiles ou "cas lourds" et nos services de prévention deviennent de moins en moins possibles. Je vois ce problème comme l'un des dilemmes les plus importants auxquels nous devons répondre. Devons-nous concentrer nos ressources limitées dans les soins donnés à la population la plus fragile et laisser la grande majorité des gens avec le stricte minimum? Ma philosophie personnelle exige que nous nous organisions et luttions pour plus et de meilleurs services. Ceci étant dit, j'utiliserai la boutade de Saul Ilinsky: "nous nous devons de faire tout ce que nous pouvons avec ce que nous avons" et, dans certains cas, "un peu peut aller très loin". Et c'est là que la mobilisation des bénévoles, des voisins et des membres de la communauté prend son importance en créant un vaste réseau de ressources. Nous avons débuté avec quelques bénévoles seulement et bénéficions maintenant d'un groupe élargi et beaucoup plus efficace. Ne refusez jamais la moindre des initiatives. Le C.L.S.C. Métro a commencé son organisation avec 3 ou 4 bénévoles et nous bénéficions actuellement de plus de 300. En même temps, en mettant sur pied une "table de concertation", nous libérons nos ressources communautaires.

Je ne crois pas que nous puissions affirmer donner des services seulement à notre clientèle la plus fragile et ne pas accorder à la prévention notre énergie et nos ressources. Certains pourraient ne pas être de mon avis!

PRIORITÉS

L'un des points que j'ai souvent observé dans mon travail avec le personnel, c'est que les demandes de services croissent sans cesse au lieu de décroître. Le personnel, lui, n'augmente pas en fonction de la demande de services et nous nous retrouvons, par

exemple, avec des infirmières qui ont de très lourdes charges de plus d'une centaine de personnes âgées à servir. Il devient alors très important de choisir certaines priorités dans notre travail. Chaque intervenant doit apprendre à travailler en priorités, non seulement une fois ou deux par année, mais parfois, chaque jour. Quand j'organise ma journée en vue de visiter cinq (5) personnes et qu'une urgence inévitable se présente, comment dois-je y faire face? On doit alors agir selon les priorités. Qu'est-ce qui est le plus important à ce moment donné? Ce choix est douloureux mais nécessaire. Il exige une grande discipline et des réflexes rapides pour évaluer immédiatement la situation. De plus, outre les priorités quotidiennes, nous devons établir régulièrement des programmes prioritaires qui seront toujours conçus pour répondre aux besoins de la clientèle. Chaque intervenant doit participer à ce procédé de tri et ne pas laisser l'administration prendre elle-même toutes les décisions. Les intervenants sont ceux qui sont le plus proches de la clientèle et, éventuellement, ceux qui sont le plus au courant des besoins des personnes âgées.

MULTIDISCIPLINES OU DISCIPLINES MULTIPLES

L'approche globale ou holistique m'apparaît la plus efficace étant donné les problèmes divers de la santé, sociaux et psychologiques des personnes âgées. Cette efficacité exige un travail d'équipe comprenant des intervenants aux compétences différentes. Il est très important d'abord de bien comprendre votre rôle particulier à titre d'infirmière, de travailleur social ou de médecin, puis ensuite d'essayer de comprendre l'expertise de chacune des autres disciplines. Quand tous les rôles sont pleinement reconnus, le travail en équipe devient tout naturel, spontané et bien plus efficace. Pour découvrir la compétence d'un autre, il faut écouter et partager avec des gens d'autres disciplines que la sienne. Je souligne particulièrement l'écoute de l'autre car, que de fois j'ai entendu des gens parler tous ensemble et personne écouter! Personnellement, j'apprécie pouvoir écouter le personnel, au retour d'une visite, m'expliquant parfois "que l'équipe multidisciplinaire a fait du bon travail".

"J'ai visité quelqu'un récemment avec un travailleur social ou une infirmière et nous avons pu vraiment aider cette personne". Un autre membre du personnel me signalait son inscription à un cours de nursing communautaire en se disant d'avis qu'il était malheureux que ces cours n'acceptent pas des gens d'autres disciplines, étant donné nos réalités quotidiennes.

Une équipe multidisciplinaire n'est pas seulement le fait qu'un médecin, une infirmière, un travailleur social et une auxiliaire familiale se réunissent pour travailler. C'est une famille dont les interrelations peuvent être merveilleuses même si le travail est ardu et exige bien des efforts ou, comme l'a affirmé quelqu'un, "C'est fantastique de voir un plan se réaliser".

MOTIVATION

Le stress et le "burn-out" (épuisement total) des intervenants semblent le problème le plus difficile à résoudre dans le travail auprès des diverses clientèles communautaires. Quelqu'un me demandait récemment comment je pouvais maintenir ma créativité et mon niveau d'énergie après plusieurs années de travail communautaire. Je n'ai ni secret, ni pilule magique pour m'aider. Au même titre que nous recommandons différents ingrédients pour la santé physique et mentale de nos clients, nous devons également suivre les mêmes règles dans nos vies personnelles. Nous devons créer un équilibre dans notre vie pour pouvoir renouveler notre énergie. Les mêmes règles doivent s'appliquer au personnel d'un organisme. Il faut ériger certaines barrières contre le "burn-out" ou épuisement total. Au C.L.S.C. Métro, nous tenons régulièrement des ateliers de travail pour tout le personnel; nous essayons de découvrir les besoins de chaque individu et de chaque groupe en matière de développement du personnel. Nous tentons d'éliminer toute bureaucratie non essentielle et, dans la mesure du possible, les réunions. De plus, chaque intervenant s'occupe d'un projet à l'extérieur de son travail régulier et ce, pour encourager la créativité et apporter une diversité appréciable.

Je n'ai pas le loisir d'approfondir ce sujet au cours de cet entretien, mais je réitère son importance parce que, dernièrement, j'ai visité de nombreux organismes et rencontré plusieurs intervenants complètement épuisés. Les mêmes principes peuvent servir à motiver nos personnes âgées si l'on tient compte qu'elles sont devenues dépressives et apathiques en raison de maladies ou de solitude. L'arme principale de l'intervenant reste l'énergie qui est en elle-même une puissante raison de motivation. Plusieurs intervenants perdent leurs moyens d'action face à une population apathique et déprimée. Ils ont le sentiment de devoir utiliser des techniques spécialisées qu'ils ignorent. Je suis sûre que la plupart d'entre vous possédez ce qu'il faut pour communiquer avec votre clientèle. C'est souvent le fait de savoir utiliser son potentiel. La première étape que nous pouvons tous et toutes effectuer, c'est d'écouter. Quand vous entretenez une bonne relation avec quelqu'un, il arrive souvent qu'il se confie à vous quant à ce qu'il aimerait changer. Puis, en lui confiant de petites tâches qui sont souvent du domaine de la socialisation, il prendra de l'assurance et sera motivé en vue de faire un peu plus. Rappelez-vous surtout que ce sont les petits gestes qu conduisent aux réalisations de plus en plus grandes.

LE POUVOIR DE DÉCISION

Plus l'intervenant a de pouvoir décisionnel dans son travail, plus il se sentira motivé et moins il s'absentera. Nous discutons souvent des personnes âgées qui nous aident en prenant leurs propres décisions, mais nous n'agissons pas toujours ainsi avec le personnel. Si les décisions sont toujours faites pour vous, vous deviendrez dépendants et également frustrés. Si, par ailleurs, vous avez la chance de participer à la prise de décision, vous devenez en mesure de juger que le pouvoir décisionnel n'est pas une chose simple et vous vous sentez partie entière de l'organisation. Il existe de nombreux modèles de participation et de prise de décisions, mais je n'ai pas vu plusieurs bons modèles réussir. Il semble que cette participation ait plus de

succès dans la communauté que dans les institutions, mais combien d'entre vous croient avoir le pouvoir d'apporter des changements dans leurs organismes?

Un autre fait que j'ai pu observer, c'est la capacité de partager le pouvoir décisionnel avec les personnes âgées et les bénévoles. Ce sont des difficultés additionnelles inhérentes aux organisations qui se démocratisent et encouragent la participation. Je n'ai pas de solutions à ces problèmes, mais j'adore me battre avec les réalités et j'ai le sentiment profond que ces réalités restent essentielles à un travail communautaire vraiment efficace.

CRÉATIVITÉ

Comment encourage-t-on la créativité au sein du personnel? Misons tout d'abord sur le fait que tout le monde possède une certaine créativité. Là encore, ce n'est qu'une question de l'extérioriser. Je peux vous paraître quelque peu radicale en affirmant ceci, mais j'ai l'impression que le meilleur moyen de libérer sa créativité c'est de se débarrasser de ce qui la bloque. Ce sont souvent une trop grande bureaucratie, l'assistance à des réunions improductives ou le fait de ne pas se concentrer sur les problèmes mais plutôt sur des prototypes. Que pouvons-nous faire pour résoudre ce problème plutôt que de s'enliser dans les difficultés rencontrées?

La "table des coordonnateurs" des organismes de services à domicile a été un très bon exemple de cette situation. La plupart de nos réunions étaient plutôt déprimantes parce que nous ne relevions que le manque de ressources et d'expertise ainsi que les nombreux formulaires que nous devions remplir. Toutefois, nous eûmes un jour une session de "brainstorming" et je vis le groupe sous un tout nouvel éclairage. Un flot de créativité jaillit alors de la façon nouvelle dont nous envisagions nos problèmes.

Créer c'est aussi rechercher de nouvelles méthodes et ne pas se cantonner dans nos vieilles habitudes. Il faut explorer le potentiel de la musique, de l'exercice, de l'alimentation comme moyens d'intervention et non pas seulement rêver à ce que nous ferons de retour à la maison. J'ai découvert que l'apport des étudiants en est un de grande créativité dans une organisation. Quelquefois, je les regarde avec toute leur énergie, leurs idées, leur courage devant certains risques et je me demande qu'est-ce qui a bien pu leur arriver quand ils sont devenus intervenants. Avons-nous tuer ce bel enthousiasme?

Je me rappelle qu'un jour on avait évalué mon travail et la plus grande faiblesse qu'on m'avait découverte, c'était d'être trop positive. Je n'avais pas les pieds bien à terre. Mais si personne ne rêve et tout le monde craint de prendre des risques, rien n'arrivera. S'il-vous-plaît, je vous en prie, sachez rêver et prendre des risques, sachez essayer de nouvelles formules. Si un groupe de personnes se réunissent et discutent de leurs idées, elles sauront trouver des solutions quels que difficiles que soient leurs problèmes. Ne craignez pas d'affirmer: "J'ai essayé, cela n'a pas fonctionné, mais j'essaierai maintenant autre chose".

SOUPLESSE ET FLEXIBILITÉ

Parce que notre réseau de services est relativement jeune et que notre système est encore en voie de développement, il exige énormément de souplesse de la part de l'intervenant.

Il doit être en mesure de s'adapter à de nouveaux modèles, de nouvelles pistes d'intervention, de nouvelles façons de travailler avec le système évoluant sans cesse, à savoir qui est notre clientèle? Quels sont nos critères d'admission? Et, enfin, comment développer de meilleures méthodes pour servir? Avec des ressources restreintes, les besoins croissants d'une population âgée qui augmente sans cesse, je

suis d'avis qu'une flexibilité de bon aloi deviendra le principal outil de notre succès. Dès que nous nous sentons à l'aise dans une certaine façon d'agir, vous pouvez être certains que quelqu'un surviendra et vous suggérera une autre et meilleure méthode. Si nous nous en tenons à notre ancienne façon et résistons au changement, nous n'avancerons pas et deviendrons frustrés sinon complètement épuisés (burnt out). De plus, nous ne saurons plus rien de la constante évolution de notre clientèle. Je vois cette situation comme un défi et me souviens des mots de Fritz Perls, l'auteur de la thérapie Gestalt, qui disait: "Laissez couler les eaux de la rivière. Nous devrions suivre le courant des changements sans résistance indue afin d'être en mesure de voir clairement où nous allons et ce que nous devons faire."

EMPLOI DU TEMPS

J'ai choisi ce dernier point à souligner aux intervenants. L'une de nos infirmières du C.L.S.C. Métro disait l'autre jour, "comment pouvons-nous écouter efficacement nos personnes âgées quand nous devons servir tellement de clients et que nous avons si peu de temps à consacrer à chacun d'eux". Je ne connais vraiment pas de réponse à ce dilemme, mais j'étais heureuse que la question ait été posée. Je crois que quel que soit le temps dont nous disposons avec quelqu'un, nous devons rendre cette période aussi pleine que possible et se mettre très activement à l'écoute de ce qu'il ou elle a à dire. Certaines fois, 15 minutes d'écoute de qualité peuvent faire des merveilles. Je sais toutefois que ce laps de temps n'est pas nécessairement suffisant pour faire face aux besoins de la clientèle et, à ce sujet, j'aimerais suggérer deux choses. Premièrement, l'importance des bénévoles et des activités susceptibles de donner à nos personnes âgées isolées la chance de s'exprimer plus librement. Le personnel devrait aussi réviser son emploi du temps bien attentivement afin de s'assurer s'il est vraiment fonctionnel. J'insiste également sur l'importance d'agir tant au plan humain que "professionnel". Si vous n'avez pas le temps de rester auprès de votre client, peut-être serait-il bon de lui accorder, occasionnellement,

quelques instants additionnels à un autre moment, prendre un café avec lui, l'accompagner dans une sortie ou encore faire quelque chose ensemble. Quelles que soient les solutions choisies, essayez de ne pas perdre courage, mais d'être constamment à la recherche de nouveaux moyens d'agir.

ORGANISATIONS
CHANGEMENTS ORGANIQUES

Comme je l'ai mentionné, plusieurs d'entre nous traversons actuellement des moments difficiles en termes de changements majeurs dans nos organisations. De petites équipes ont été réorganisées et jointes à d'autres pour créer des équipes multidisciplinaires, ce qui causa chez l'intervenant un impact considérable. Et, comme elle grandit et devient plus complexe, l'organisation devient souvent plus bureaucratique et se déshumanise.

Les intervenants traversent, d'autre part, une décentralisation et souvent toute l'agitation qui en résulte. L'anxiété d'apprendre de nouvelles tâches, d'adapter de nouveaux modèles et de servir une clientèle différente devient considérable.

Tout d'abord, je crois que le bouleversement ressenti par les intervenants soumis à ce procédé est très normal et devrait se calmer dans environ une année. Le bon côté de la médaille fait que toute anxiété produit toujours un changement et, parfois, une bonne dose de créativité et de nouvelles façons d'agir. Je dis à ceux et celles d'entre vous qui vivez cette expérience, ne lâchez pas et surveillez ce qui pourrait ne pas rencontrer les besoins des personnes âgées que vous servez. Si nous gardons bien en tête que les organismes existent pour servir les besoins d'une population et non vice-versa, nous devrions travailler ensemble dans la bonne direction. Demandez l'aide de ceux qui ont de l'expérience dans ce genre de réorganisation. Ne craignez pas de parler fort si vous jugez dévouer trop de temps à remplir

des formulaires ou à rédiger des rapports de statistiques ou autres travaux techniques et qu'il ne vous reste que trop peu de temps à mettre au service de vos clients. Je me mets probablement les pieds dans les plats en vous donnant ces conseils, mais je crois très sincèrement que la technologie et l'informatisation ne sont valables que si elles vous épargnent du temps pour accomplir ce qui est humain.

LIENS AVEC D'AUTRES ORGANISMES

Il devient de plus en plus important pour notre réseau qui, lui, devient de plus en plus complexe, d'établir des liens avec tous les organismes importants de notre système afin de nous permettre d'utiliser efficacement ces services au bénéfice de nos personnes âgées. Nous devons apprendre à connaître les différents niveaux de soins et services dont nos clients ont besoin, quelles sont les relations entre les organismes communautaires, les C.L.S.C. les D.S.C., les centres de jour et l'hôpital de jour. Nous devons savoir qui peut bénéficier de chacun de ces services et s'assurer qu'ils sont tous bien utilisés. Comment pouvons-nous interpréter ces services à nos personnes âgées qui ont déjà suffisamment de difficulté à comprendre la complexité de notre système, spécialement depuis que nous utilisons des sigles pour parler de quoi que ce soit. Notre système rencontre-t-il vraiment les besoins de nos personnes âgées? Nous devons constamment contrôler ce fait. Ces ressources sont-elles susceptibles, par exemple, de venir en aide aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'autres maladies mentales graves ou de problèmes d'alcoolisme?

Nous devons bénéficier de comités de sélection efficaces pour employer nos ressources le mieux possible et utiliser les services conjoints de plusieurs établissements pour une sélection plus adéquate des critères reliés aux besoins de notre clientèle. Espérons qu'un jour on puisse éventuellement travailler avec des outils communs d'évaluation. Nous devons aussi posséder des établissements capables de fournir différents niveaux de soins dans chaque région. Actuellement, notre réseau

est très mal équilibré, sans centre de jour dans un secteur et sans hôpital de jour dans l'autre.

Ces liens devraient être établis à deux niveaux: au niveau local avec la "table de concertation" et à un niveau élargi, tel le D.S.C. par exemple. Pour que des organisations différentes puissent travailler ensemble, elles doivent d'abord se connaître et se respecter mutuellement. Il y a une place pour tous et chacun et il n'existe aucune raison de contrôle ou de compétition. Nous sommes interdépendants et, de ce fait, devons fonctionner interdépendamment tout en conservant une certaine autonomie, ce qui requiert des efforts, des compétences et de la patience.

FINANCES ET RESSOURCES

Je ne puis terminer sans mentionner un problème majeur dans la communauté, problème qui affecte, d'une façon significative, notre capacité de faire face aux besoins de notre population. 90 pour cent de nos personnes âgées vivent dans notre secteur, mais on leur alloue un budget relativement modeste pour les garder dans la communauté comparativement à celui consacré à la population institutionnalisée. Nous n'avons pas les moyens de rencontrer la moitié de leurs besoins. Présentement, nous ne pouvons offrir à une personne âgée inscrite à notre programme de soins à domicile qu'un maximum d'une demi-journée de services par semaine. Si rien ne change, il est difficile pour nos travailleurs de ne pas se décourager. Nous devons informer le public et nos groupes de personnes âgées de cette situation et effectuer certains changements politiques. Nous ne sommes pas impuissants, nous pouvons organiser certains changements efficaces. L'attitude acceptant que nous n'ayions pas suffisamment de ressources et que, conséquemment, nous soyions découragés et ne puissions rien faire, n'est certes pas bonne. Nous pouvons encore faire de notre mieux, avec ce que nous avons, comme je l'ai déjà mentionné; nous pouvons augmenter nos ressources grâce à des réseaux de voisins et des programmes bénévoles.

J'aimerais vous rappeler ici les mots avec lesquels Simone de Beauvoir concluait son brillant ouvrage intitulé "La vieillesse" - livre que je vous recommande fortement de lire si vous ne l'avez pas déjà fait - "Quand on a compris ce qu'est la condition des vieillards, on ne saurait se contenter de réclamer une politique de la vieillesse "plus généreuse", un relèvement des pensions, des logements sains, des loisirs organisés. C'est tout le système qui est en jeu et la revendication ne peut être que radicale: "changer la vie".

CONCLUSION

En conclusion, je vous ai souligné les principaux problèmes que doit affronter l'intervenant d'aujourd'hui. Je n'ai pas eu le temps de les explorer en profondeur, mais je souhaite vivement que vous y pensiez en ajoutant ceux que je n'ai pas mentionnés et qui restent très importants pour vous. Je souhaite également que vous trouviez le courage de les partager avec d'autres dans vos ateliers de travail et que vous mettiez l'énergie nécessaire à imaginer des solutions créatives et des recommandations personnelles.

La population des personnes âgées va continuer de croître au Québec. Pourrons-nous rencontrer ce défi en découvrant de nouvelles façons de combler ses besoins?

RÉPONSE

par Claude Bouffard
Coordonnatrice m.a.a. C.L.S.C. Verdun

Mandat de l'état

Selon la politique du M.S.S.S. "Les Services à Domicile" parue en juillet 79 pour les personnes âgées, le maintien à domicile devrait conduire à:

- une augmentation du nombre de personnes âgées vivant à domicile dans des conditions qu'elles jugent satisfaisantes;
- une diminution du taux de fréquentation des hôpitaux (taux d'admission, de réadmission et durée de séjour).

Ces objectifs à rencontrer étaient doublés d'un mandat communautaire:
d'amélioration du logement, du transport et du revenu.
Étions-nous en mesure de rencontrer ces mandats en 79?
Le sommes-nous davantage maintenant?

Contexte des équipes

La croissance des services à domicile se fera principalement du côté de l'aide. Mais le manque de tradition, d'expertise nous obligera à investir une partie de nos énergies à bâtir nos programmes, créer nos services de toutes pièces.

Les équipes sont loin d'avoir toutes les mêmes ressources pour répondre aux demandes, les plus démunies sont celles opérant dans les territoires où les C.L.S.C. ne sont pas implantés. Mais les objectifs, les demandes ne changent pas, tant au niveau de l'aide qu'au niveau communautaire, comment peut-on faire de l'action communautaire sans ressources?

Besoins des bénéficiaires

Quels sont les besoins auxquels nous devons répondre? Ceux inscrits dans la politique, c'est-à-dire les besoins d'ordre bio-psycho-sociaux et les autres... qui sont des prérequis à une philosophie de maintien à domicile, revenus suffisants, transports disponibles, logements adéquats, responsabilités d'une société, mais souvent délégués aux équipes de maintien.

Prise en charge

À partir du moment où l'on répond aux besoins observés, on parle de prise en charge.

- est-ce que la prise en charge existe effectivement, ou est-ce seulement de la dialectique qui camoufle notre impuissance comme service et comme organisation à répondre aux demandes et aux besoins?

- comment faire de la prise en charge avec le peu de ressources disponibles? (ex: plan de service, délais...) avec nos heures de bureau de 8 heures a.m. à 5 heures p.m. du lundi au vendredi.

- est-ce qu'on ne tombe pas facilement dans le piège de la culpabilisation lorsqu'on veut que le bénéficiaire apprenne à agir pour lui, en lui redonnant la responsabilité de sa maladie ou de l'état dans lequel il se retrouve?

Bénévoles

Impuissante comme organisation, où nous tournons-nous pour trouver d'autres ressources - vers l'État, vers la communauté - et dans la communauté à qui déléguer nos mandats? Très souvent aux bénévoles, mais quel est le rôle du bénévolat?

- bénévolat à l'acte qui comble nos plans de service de maintien,
- ou bénévolat plus collégial qui fonctionne en complémentarité avec le maintien pour une clientèle en perte d'autonomie.

Devant certaines problématiques qui demandent beaucoup de savoir-être, où nous constatons au sein de notre équipe un malaise à gérer ces problèmes (démence sénile, Alzheimer), le bénévole est-il plus habilité?
Avons-nous la capacité de leur donner tout le support nécessaire pour ne pas les brûler comme ressources? (disparité des ressources)
Comment sommes-nous perçus par les bénévoles?

Les intervenants

À cause de nos programmes multi-clientèles, nos attentes face aux intervenants sont grandes:

- connaissance des problématiques propres à chacune de nos clientèles
- connaissance des différents réseaux rattachés aux clientèles et la capacité d'intervenir avec toutes ces réalités.

Le mythe du super-man ou de la super-woman.
Comment être afin de ne pas se sentir impuissant et dépassé?

Équipe multidisciplinaire

En plus des clientèles, il y a l'équipe.
Entre l'équipe de travail qui réunit plusieurs professionnels dans un objectif commun et l'équipe multi, il y a une grande différence.

Difficultés rencontrées:

- le multidisciplinaire, est-ce une valeur et un mode de fonctionnement imposé ou désiré par l'équipe et par chacun de nous comme intervenant?

Ex: infirmières du V.O.N. décentralisées dans les D.S.C. et redécentralisées dans les C.L.S.C., à quelles valeurs peuvent-elles s'identifier?

- ou se situe l'auxiliaire familiale:
  - consulté au besoin
  - celle à qui on impose nos plans de service en lui demandant de véhiculer nos objectifs et nos préoccupations auprès de bénéficiaires?
- où se situe le pouvoir de décision au sein de nos équipes?
- Y a-t-il un écart entre l'équipe multi et les interventions faites à domicile? Pourquoi?

Prévention vs curatif

Les C.L.S.C. s'étaient vus confier à leur création un mandat de prévention. Est-ce encore réaliste? Devons-nous rebrousser chemin, c'est-à-dire desservir des bénéficiaires moins lourds et tenter de faire plus de prévention où serait-ce la clientèle-cible des réseaux bénévoles (supportés et appuyés par les équipes de maintien)? Peut-on dire que nos actions quotidiennes chez les bénéficiaires en sont de prévention!

Lien avec d'autres organismes

- incapacité de travailler en vase clos
- les maintien à domicile et les C.L.S.C. ont un rôle de pourvoyeur de services mais aussi d'agent de liaison
- notre responsabilité d'établir des moyens de communication et de concertation avec tous les réseaux.

Conclusion

Pour l'intervenant, la réponse est dans le savoir-être
Parce que "le message ne peut aller plus loin que le messager".

NOUVELLES PROBLÉMATIQUES EN ÉTABLISSEMENTS

"Nouvelles stratégies d'intervention"

CONFÉRENCE

par Rolande Laurin Dorval
Directrice générale
Centre d'Accueil Émilie Gamelin
Résidence Armand Lavergne

C'est avec plaisir que j'ai accepté l'invitation de madame Diane Roberge à vous adresser la parole dans le cadre de ce colloque parce que cela me permet d'exposer mes idées sur un sujet d'une très grande actualité. Je tiens à la remercier sincèrement.

On m'a demandé d'examiner avec vous les nouvelles problématiques vécues par les intervenants qui oeuvrent en gérontologie et en gériatrie à l'intérieur des établissements. Cet exposé s'inspirera des réalités vécues dans les centres d'accueil d'hébergement, étant donné l'expérience que j'ai acquise avec ce type d'établissement, et insistera davantage sur la description de plusieurs problématiques plutôt que sur le développement de quelques-unes d'entre elles.

Afin d'être en mesure d'analyser ces nouvelles problématiques vécues par les centres d'accueil d'hébergement et d'évaluer les nouvelles stratégies d'intervention, il m'apparaît important de décrire d'abord le contexte dans lequel ils évoluent et d'identifier certaines tendances susceptibles d'influencer leur orientation.

CONTEXTE ÉVOLUTIF DES CENTRES D'ACCUEIL

Commençons par décrire l'évolution de la population âgée du Québec et son état de santé.

Contexte démographique

La population du Québec vieillit considérablement et ce phénomène s'accentuera au cours des quinze (15) prochaines années.

Selon les données du recensement canadien de 1981, 8,8% de la population du Québec avait plus de 65 ans. En l'an 2001, ce même groupe formera plus de 12% de la population totale.[1]

L'évolution de la population du Québec se caractérise aussi par un accroissement continu du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Entre 1951 et 1981, si l'espérance de vie des hommes âgés de 60 ans est passée de 12,8 à 13,9 années, celle des femmes du même âge a affiché une augmentation beaucoup plus importante, soit de 14,2 à 18,5.[1]

Pour l'ensemble de la population âgée, le rapport hommes/femmes a aussi changé. Il est passé de 95 hommes pour 100 femmes qu'il était en 1951, à 71 hommes pour 100 femmes en 1981; il passerait à 66 hommes pour 100 femmes en l'an 2001. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, ce rapport qui était de 82% en 1951 et de 53% en 1981 serait de 50% en l'an 2001. Ce qui revient à dire qu'à ce moment-là, il y aurait deux fois plus de femmes que d'hommes âgés de 80 ans et plus.[2]

L'évolution de la population au Québec se caractérise donc par une augmentation du nombre de personnes âgées, augmentation plus marquée dans la population féminine et chez les plus de 75 ans.[3]

1 Ministère des Affaires sociales. - Un nouvel âge à partager. - Québec: Politique du Ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, 1985, p. 8
2 Ibid., p. 9.
3 Ibid., p. 7.

État de santé de la population âgée

Bien que l'espérance de vie ait augmenté considérablement au cours des dernières années, elle ne s'est pas accompagnée d'un accroissement de l'espérance de vie en bonne santé. La prévalence des maladies chroniques s'est accrue de façon substantielle et leurs conséquences invalidantes se font sentir davantage dans une population qui vit sensiblement plus longtemps.[1]

En 1980, l'espérance de vie en bonne santé était à la naissance de 60 ans environ pour les femmes et de 59 ans pour les hommes. Ainsi les femmes doivent-elles envisager de passer 18 des 78 années qu'elles ont en moyenne à vivre avec un problème de santé assez sérieux alors que pour les hommes, c'est 11 de leurs 70 années d'espérance de vie qui deviennent ainsi compromises.[2]

Passé le cap de 65 ans, le risque de voir son activité restreinte de façon permanente devient très sérieux. En 1980, 30,5% des hommes et 38% des femmes vivant à domicile connaissaient cette forme de limitation et dans plus de 90%, il s'agissait d'une restriction sérieuse; 6,5% de toute la population âgée vivait en institution.[3]

Les trois principales causes de restriction permanente des activités chez les personnes âgées de plus de 65 ans sont par ordre prioritaire, les maladies de l'appareil circulatoire (dont les maladies cardiaques), les maladies du système ostéo-articulaire (dont l'arthrite et le rhumatisme), les maladies du système respiratoire chez les hommes et les lésions (accidents et blessures) pour les femmes.[4]

1 Conseil des Affaires sociales et de la famille. - Objectif: Santé. - Québec: Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, août 1984, p. 21.
2 Ibid., p.32
3 Ibid., p.42
4 Conseil des Affaires sociales et de la famille. - Durée ou qualité de la vie?; tableau 7. - Québec, 2e trimestre, p. 30 (Collection La Santé des Québécois).

Il est important de souligner l'ampleur que prennent les maladies mentales chez les personnes âgées. Selon certaines études, 11% des personnes âgées de 65 ans et plus sont atteintes d'un syndrome cérébral organique; la prévalence de la maladie d'Alzheimer se situerait entre 5 et 10% chez les personnes de plus de 65 ans, doublerait chez les plus de 75 ans, allant de 10 à 20%, et dans la catégorie d'âge de 80 ans et plus, cette proportion passerait à 25%.[1]

Coûts du système de santé

Les coûts du système de santé influencent eux aussi, dans une large mesure, le contexte évolutif des établissements d'hébergement des personnes âgées.

Bien qu'elles ne représentent que 8,7% de la population, les personnes âgées occasionnent à elles seules 37,4% des dépenses publiques de santé.[2]

Les dépenses totales de santé au Québec se chiffrent à 7,5 milliards pour l'année 1982, ce qui représente 8,9% du produit intérieur brut.[3]

Au Québec, le niveau d'utilisation des ressources est considérable par rapport à celui des autres provinces du pays, où le poids démographique de 65 ans et plus est pourtant plus élevé. Il est normal que les personnes âgées consomment beaucoup plus de n'importe quel type de soins que les plus jeunes. Mais, c'est surtout au niveau des ressources institutionnelles que cette surconsommation est flagrante: les personnes âgées mobilisent en effet 60% des ressources financières pour les soins en établissement de long terme contre 15% seulement pour des soins médicaux ambulatoires. On constate qu'au Québec, le coût moyen per capita est 6,3 fois plus élevé pour les personnes âgées que pour celles qui ont entre 0 et 64 ans. Ce rapport est de 3,9 aux États-Unis et de 4,7 en Ontario.[4]

1 Beaulieu, Ginette. - "Quand le cerveau prend un coup de vieux!...". - Carrefour des Affaires sociales, vol. 6, no 2 (printemps 1984), pp. 20-30
2 Conseil des Affaires sociales et de la famille. - Objectif: Santé. - Québec: Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, août 1984, p. 49
3 Ibid., p. 48
4 Ibid., p. 49

Cette situation reflète l'importance de ressources institutionnelles dans l'ensemble des services offerts aux personnes âgées. En 1980, près de 7% des personnes de 65 ans et plus étaient hébergées en centres d'accueil ou en centres hospitaliers de soins prolongés, alors qu'en Autriche, par exemple, le taux d'institutionnalisation n'était que de 3,5% à la même époque.[1]

Selon une étude québécoise récente, 46% environ des personnes âgées placées en centres d'accueil d'hébergement et 15% de celles en centres hospitaliers de soins prolongés le seraient à tort.[2]

Valeurs nouvelles

L'augmentation du nombre de personnes âgées et les nombreuses conséquences qui en découlent provoquent une réflexion sérieuse quant à la place qu'elles doivent occuper dans la société actuelle et nous amènent inévitablement à modifier notre conception de la vieillesse.

Certaines valeurs sont sous-jacentes à cette nouvelle conception de la vieillesse, telles l'autodétermination, le respect de l'individu, le maintien de la santé, la sauvegarde de l'indépendance du logement, le droit à une occupation, la sécurité sociale, la possibilité d'un rôle social, un revenu assuré, l'égalité sociale.[3]

Ne devrait-on pas considérer la vieillesse comme une étape naturelle du développement de l'individu? Ne représente-t-elle pas un processus dynamique de changements qui nécessitent une adaptation aux nouveaux rôles que la personne âgée peut désormais jouer dans la société? [4]

1 Conseil des Affaires sociales et de la famille. - Objectif: Santé. - Québec: Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, août 1984, p. 49.
2 Ibid.
3 Ibid.
4 Association des centres d'accueil du Québec. - Rôle et orientations du centre d'accueil d'hébergement. - Montréal: Direction des services professionnels, avril 1983, p. 36.

Trop souvent, la société projette l'image d'un individu usé, improductif et qui doit être mis de côté pour faire place aux plus jeunes.[1]

Mais si l'on croit que la qualité de vie est aussi importante que l'espérance de vie, les personnes âgées devraient donc être considérées comme membres à part entière de la société.

Lorsque leurs capacités sont diminuées, des mesures d'aide doivent être mises en place pour suppléer à leurs déficits et les aider à s'adapter à de nouvelles réalités de manière à leur conserver un rôle actif et à finaliser leur épanouissement.

Politique du ministère de la Santé et des Services Sociaux à l'égard des personnes âgées[2]

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux a diffusé au printemps 1985 sa politique à l'égard des personnes âgées Un nouvel âge à partager. Cette politique précise les orientations du ministère de même que le plan d'action qu'il entend mettre de l'avant. Il s'agit de la dernière composante du contexte évolutif des centres d'accueil d'hébergement, tel que nous l'avons défini.

Le M.S.S.S. vise ainsi au niveau de la personne et de la communauté:

- le développement ou la restauration de l'autonomie de la personne âgée;
- le maintien ou le retour de la personne dans son milieu de vie naturel;
- la participation des personnes âgées à la vie de la communauté non à titre de dépendant mais à titre de citoyen à part entière;

1 Association des centres d'accueil du Québec. - Rôle et orientations du centre d'accueil d'hébergement. - Montréal: Direction des services professionnels, avril 1983, p. 31.

2 Ministère des Affaires sociales. - Un nouvel âge à partager. - Québec: Politique du Ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, 1985, p. 33.

Pour répondre à ses besoins nombreux et fort diversifiés, le centre d'accueil d'hébergement se doit de créer un climat familial et de trouver l'équilibre entre les contraintes qu'entraînent la vie de groupe et la liberté de chaque individu. C'est par un accueil chaleureux et des services humanisés qu'il sera possible de maintenir cet équilibre. Dans la poursuite de cet objectif, l'apport d'un(e) diététiste professionnel(le) m'apparaît essentiel.

Service social

Le travailleur social en centre d'accueil d'hébergement doit, en étroite collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, orienter ses interventions dans le but d'accroître l'autonomie psycho-sociale des personnes âgées. Son but est d'aider le résident en difficulté à solutionner ses problèmes d'ordre émotionnel, familial ou social.

Au niveau individuel, il peut aider les résidents à surmonter:

- les nombreux problèmes d'adaptation au moment de l'admission et ceux nécessitant une réinsertion sociale;
- les problèmes provoqués par un vécu psychologique pénible;
- les problèmes de relations avec la famille;
- les problèmes des rapports du bénéficiaire avec l'organisation;
- les problèmes de gestion de ses revenus et de ses biens; etc...

Le travailleur social peut apporter son aide au résident lors de son transfert dans un autre milieu plus conforme à ses besoins.

Au niveau du groupe, il aide les personnes âgées à hausser leur niveau de fonctionnement social à l'intérieur de l'établissement et à surmonter plus effica-

cement leurs difficultés personnelles.

Il peut travailler à l'élaboration et à la mise en application de programmes spécifiques pour répondre à des problématiques vécues par un groupe de bénéficiaires tels programmes pour les alcooliques, pour les résidents en période d'adaptation à leur hébergement ou encore programme pour aider les familles en difficulté, plus particulièrement pour les familles des unités spécifiques, etc...

Animation

Le centre d'accueil d'hébergement doit offrir des activités de loisirs diversifiées pour répondre aux goûts de la clientèle et selon leur capacité de participer.

Le loisir, visant l'activité choisie et pratiquée librement dans un contexte de plaisir conserve sa place au centre d'accueil d'hébergement. Toutefois, compte tenu des caractéristiques particulières de la clientèle en perte d'autonomie importante, le développement du loisir moyen voit accroître son importance dans les programmes d'activités.

D'une manière générale, on peut dire que les activités de loisir poursuivent des objectifs généraux répondant aux besoins fondamentaux de l'homme tels qu'identifiés par Maslow dans une perspective dynamisante pour atteindre finalement l'auto-réalisation de la personne âgée.

Ainsi au Centre d'Accueil Émilie Gamelin et à la Résidence Armand Lavergne, nous avons développé des loisirs pour les personnes les plus défavorisées ne pouvant suivre les ateliers réguliers, tels les résidents souffrant d'handicaps visuels sévères, d'hémiplégie, d'arthrite déformante, de démence, de confusion, de désorientation, etc...

APPROCHE GLOBALE, ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

L'approche multidisciplinaire en milieu gérontologique et gériatrique est de plus en plus utilisée parce que les besoins de la personne âgée sont souvent complexes en termes médical et non médical, et qu'il est plus facile de les identifier lorsque l'ensemble des intervenants travaille en collaboration.

Travailler en équipe multidisciplinaire suppose de la part des intervenants beaucoup de flexibilité, de créativité, d'adaptabilité, de confiance en soi et de respect de la spécificité des autres disciplines. Travailler en équipe multidisciplinaire demande également beaucoup de réceptivité car l'ensemble des intervenants doit manifester une certaine polyvalence qui les rend aptes à saisir la globalité de la personne.

Pour atteindre les meilleurs résultats possibles, tous les membres de l'équipe doivent être persuadés du bien-fondé de ce mode de fonctionnement et doivent adhérer au plan d'intervention défini par l'équipe. Celle-ci ne doit pas être l'apanage du personnel professionnel mais doit mettre à contribution le personnel et les familles dont le rôle est essentiel dans la mise en application du plan d'intervention.

L'équipe multidisciplinaire fonctionnera de manière à s'adapter aux réalités particulières de chacun des établissements.

PROBLÉMATIQUES RELIÉES AUX CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES HUMAINES

Identification du type de ressources humaines

Dans la plupart des centres d'accueil d'hébergement, l'équipe de base qui intervient

auprès de la clientèle comprend les préposés(es) aux bénéficiaires, les infirmiers(ères) auxiliaires, les infirmiers(ères) à laquelle viennent s'ajouter divers professionnels.

Avec la nouvelle orientation, cette équipe de base tend à se modifier en intégrant graduellement plusieurs types de professionnels nouveaux.

Les besoins reliés à la santé physique augmentent sans cesse de sorte que les disciplines tels les services médicaux, la physiothérapie, l'ergothérapie, la pharmacie et la diététique prennent de plus en plus d'importance à l'intérieur de l'équipe de base qui elle-même doit se transformer pour s'ajuster à ces nouveaux besoins.

Tout en faisant appel à plusieurs disciplines que l'on retrouve dans le secteur de la santé, le centre d'accueil d'hébergement conserve sa spécificité par l'approche qu'il préconise et par l'importance qu'il accorde à l'intégration des professionnels formés en sciences humaines et à la création d'un milieu de vie.

Pour les besoins psycho-sociaux, le centre d'accueil d'hébergement fait de plus en plus appel à l'expertise de professionnels formés en sciences humaines tels le travailleur social, le psycho-éducateur, etc..., et à celle d'un personnel formé soit en éducation spécialisée soit en technique de loisirs. Il est important d'y adjoindre des bénévoles et des aumôniers.

Nous verrons d'abord les problématiques reliées aux caractéristiques des ressources humaines pour ensuite parler de celles reliées à chacune des disciplines identifiées.

Caractéristiques des ressources

Vieillissement du personnel

L'âge moyen des employés a augmenté au cours des dernières années. La crise économique récente et le taux de chômage élevé ont engendré beaucoup d'insécurité chez les travailleurs face à d'éventuels changements d'emploi.[1] Ce vieillissement du personnel rend plus difficile les nombreuses transformations à effectuer au centre d'accueil. On connaît bien le phénomème de la résistance au changement et les comportements qui en découlent pour comprendre facilement les difficultés rencontrées tout au long de ce processus.

Formation

La plupart des intervenants professionnels n'ont pas reçu de formation spécifique en gérontologie et gériatrie. Formés pour intervenir en milieu de soins aigus, ces professionnels ont leur intérêt orienté en ce sens, ce qui rend leur recrutement difficile au centre d'accueil d'hébergement.

Devant l'ampleur du phénomène du vieillissement de la population et des conséquences qui s'y rattachent, l'université et le CEGEP sont de plus en plus sensibilisés à l'importance d'inclure des programmes de formation en gérontologie et en gériatrie à l'intérieur des programmes réguliers de formation des diverses spécialités. Toutefois, les efforts en ce sens sont insuffisants et les résultats tardent à se faire sentir alors que les besoins existent déjà et croissent rapidement.

Il est nécessaire aussi de souligner que la recherche dans ces disciplines est peu avancée et qu'on est encore loin d'avoir trouvé des solutions spécifiques aux problèmes engendrés par le vieillissement et par les pathologies rencontrées chez la personne âgée.

1 Cloutier, Pierre. - "Chêne ou roseau". - L'Accueil, vol. 12, no 4, (mai 1985), p.p. 7-10.

En plus d'avoir à adapter l'exercice de leur pratique aux besoins de leurs bénéficiaires, les professionnels du centre d'accueil d'hébergement sont appelés à contribuer à la formation des étudiants inscrits dans la même discipline qu'eux. En effet, ils auront la charge d'accueillir et de guider des étudiants qui effectuent leurs stages en géronto-gériatrie. À l'heure actuelle, les centres d'accueil ouvrent leurs portes aux étudiants et cette tendance s'accentuera certainement dans les prochaines années.

PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES PAR LES INTERVENANTS SELON LES DISCIPLINES

Soins de santé et d'assistance

Le changement d'orientation du centre d'accueil d'hébergement tel que défini précédemment n'est pas sans influencer considérablement la pratique du personnel de soins infirmiers.

Présent depuis longtemps à l'intérieur des centres d'accueil d'hébergement et fortement préoccupé de répondre aux besoins croissants de santé d'une clientèle en perte d'autonomie importante, le personnel des soins infirmiers doit relever un défi de grande taille pour s'ajuster à la nouvelle réalité.

La restructuration du personnel des soins infirmiers requise par la croissance constante des besoins de santé est ralentie par les nombreuses contraintes budgétaires vécues par les centres d'accueil d'hébergement.

De plus, l'intégration de nouveaux types de professionnels oblige le personnel des soins infirmiers, et en particulier des infirmiers(ères), à redéfinir leur rôle en tant que professionnel faisant partie d'une équipe d'intervenants auprès de la personne âgée.

Actuellement, le modèle traditionnel de l'organisation des unités de vie où le chef de l'unité est d'emblée un(e) infirmier(ère) est remis en question dans certains milieux. L'émergence de ces nouveaux modèles suscite beaucoup de réflexion et contribuera certainement à faire progresser le milieu.

Au Centre d'Accueil Émilie Gamelin, l'infirmier(ère) continue de jouer le rôle de chef d'unité mais ce rôle traditionnel est élargi; en plus de donner les services reliés directement à sa fonction, l'infirmier(ère) joue également un rôle d'animation au sein de l'unité de vie. Ce nouveau rôle demande qu'il(elle) s'implique activement au niveau de toutes les activités susceptibles de répondre aux besoins des personnes âgées.

En tant que chef d'unité, l'infirmier(ère) assume la coordination des activités de l'équipe multidisciplinaire. Toutefois, le leadership de l'équipe est partagé avec les autres professionnels, dépendant de la problématique discutée.

Services médicaux

Les services médicaux en centre d'accueil d'hébergement ont jusqu'à présent fonctionner sans encadrement spécifique. De façon générale, le médecin exerce sa profession au centre comme il le ferait en cabinet privé.

Devant l'alourdissement de la clientèle et de ses besoins en services médicaux et à cause de l'approche multidisciplinaire privilégiée dans les centres d'accueil, le ministère de la Santé et des Services Sociaux a statué sur l'organisation des services médicaux et a présenté un programme-cadre en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

C'est ainsi que le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements promulgué le 6 juin 1984 prévoit l'organisation des services médicaux en centre

d'accueil d'hébergement et oblige celui-ci à nommer un médecin responsable lorsque moins de cinq médecins y exercent leur profession, ou à former un bureau médical ou un Conseil de médecins et dentistes là où au moins cinq médecins et plus exercent leur profession.[1]

De plus, nous savons que le mode de rémunération des médecins conditionne fortement le type de pratique exercée. Jusqu'à tout récemment, seuls le paiement à l'acte et à honoraires fixes étaient possibles au centre d'accueil d'hébergement; le mode de paiement à l'acte était le plus généralement utilisé.[2]

L'éventail des services géronto-gériatriques qui doivent être offerts par les milieux d'hébergement est difficilement conciliable avec une approche individuelle et organique.[3]

C'est pourquoi la rémunération à honoraires fixes et à vacation est plus appropriée à ces milieux. Un projet-pilote est actuellement en cours pour expérimenter le mode de rémunération à vacation et pour arriver éventuellement à l'implanter dans tous les centres d'accueil d'hébergement.[4]

Malgré les efforts investis pour améliorer l'exercice de la médecine dans les centres d'accueil, il n'en demeure pas moins que le problème demeure plus aigu pour le recrutement des médecins que pour l'ensemble des professionnels.

Tout en croyant que l'amélioration des conditions de travail du médecin modifiera favorablement la situation, je demeure persuadée que la solution au problème actuel, c'est d'abord et avant tout de développer chez les médecins un intérêt en géronto-gériatrie.

1 Éditeur officiel du Québec. - "Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84, 6 juin 1984)". - Gazette officielle du Québec, partie 2, 116e année, no 28 (4 juillet 1984), pp. 2745-2767.

2 Ministère des Affaires sociales. - Proposition d'un programme-cadre: Les services médicaux en milieux d'hébergement et de soins de longue durée. - Québec 1984, Document de travail déposé par la direction de l'hébergement et la direction générale des programmes de services sociaux, 20 novembre 1984, pp. 27-28.

3-4 Ibid.

Réadaptation

Afin de poursuivre les objectifs de maintien de l'autonomie maximale de la personne âgée, l'intégration des services de réadaptation à l'intérieur du centre d'accueil est essentielle.

Nous avons évalué les besoins en physiothérapie et en ergothérapie de 68 bénéficiaires d'une unité de soins au Centre d'Accueil Émilie Gamelin et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes: la plupart des résidents requièrent des interventions des services de physiothérapie et d'ergothérapie; un faible pourcentage nécessitent des soins curatifs alors que la majorité requiert des interventions de prévention et surtout de maintien.

Pour expliciter davantage les actes professionnels de ces deux spécialités, énumérons ici quelques exemples de programmation qui peuvent être mis sur pied:

- classes d'exercices physiques générales et spécifiques;
- classes d'exercices respiratoires;
- groupe de cuisine pour bénéficiaires externes;
- groupe d'orientation dans la réalité;
- groupe de stimulation sensorielle;
- entraînement aux A.V.Q.;
- mise sur pied d'ateliers thérapeutiques avec le service d'animation;
- déplacement sécuritaire des bénéficiaires, etc...

Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes peuvent aussi s'impliquer dans l'évaluation des barrières architecturales de l'établissement.

Il faut souligner que la réadaptation n'est pas un secteur exclusif aux services créés à cette fin mais fait davantage partie d'une mentalité qui doit transparaître dans les

actions quotidiennes de tous les intervenants.

Les pionniers(ères) de la réadaptation en centre d'accueil devront, en plus de poser des actes professionnels reliés à leur champ d'action, jouer un rôle important de sensibilisation et de formation pour l'ensemble des intervenants.

Pharmacie [1]

On sait que les personnes âgées consomment de fortes quantités de médicaments. Des études ont établi que la proportion des personnes âgées qui consomment quotidiennement un médicament varie de 82 à 92%. D'autres études démontrent que la tendance chez les personnes âgées est de 3 médicaments ou plus par jour, la consommation pouvant aller de 1 à 16 médicaments. À Montréal, les personnes âgées qui ont recours à la médication et qui reçoivent des soins à domicile, absorbent en moyenne 5,88 médicaments quotidiennement.

Selon l'étude du docteur Dollard Cormier et de mademoiselle Johanne Trudel, la consommation de médicaments souffre d'erreurs sérieuses commises tant au plan diagnostic même de la maladie et de la justesse de l'ordonnance par le professionnel, qu'au plan des habitudes adoptées par les personnes âgées à l'égard des médicaments. Celles-ci éprouvent de la difficulté à identifier le médicament et à comprendre le régime thérapeutique. On a observé que 50% des personnes âgées ne se conforment pas aux directives médicales et que 75% d'entre elles commettent des erreurs lorsque la posologie indique de prendre les médicaments trois (3) fois par jour.

Ce bilan laisse deviner des conséquences très graves pour la santé et demande que tous les intervenants soient sensibilisés au fait que la médication n'est pas l'unique moyen d'améliorer la santé physique et mentale, et à l'importance de surveiller étroitement la prise de médicaments chez la personne âgée et les différentes réactions qui peuvent survenir.

1 Racette, Danielle. - "La civilisation médicamenteuse". - Artère, vol. 3, no 8 (octobre 1985), p. 8.

Ce dernier pont est particulièrement important pour la clientèle des services externes du centre d'accueil d'hébergement.

Diététique et diétothérapie[1]

Les habitudes alimentaires des personnes âgées sont fortement ancrées en elles et sont différentes d'une personne à l'autre. Il devient très difficile pour le centre d'accueil d'hébergement de satisfaire les goûts et les désirs de chacun.

De plus, ces habitudes ne sont pas nécessairement conformes à une alimentation équilibrée qui, on le sait, joue un rôle de première importance pour le maintien de la santé de la personne âgée.

La personne âgée, à cause de la diminution de l'acuité gustative, peut supprimer de son menu certains aliments qui, à longue échéance, peut entraîner un déséquilibre nutritionnel.

S'ils sont essentiels, les régimes thérapeutiques doivent être appliqués avec beaucoup de souplesse et doivent également respecter les désirs de la personne âgée. Il importe toutefois de lui expliquer les conséquences du rejet.

Plusieurs centres d'accueil d'hébergement ne peuvent pas nécessairement offrir des services spécialisés de diétothérapie, ne disposant pas des ressources humaines et physiques requises.

L'alimentation en centre d'accueil d'hébergement est toujours un sujet de grande actualité.

1 Conseil régional des centres d'accueil du Montréal métropolitain.- Diétothérapie en centre d'accueil. - Montréal: Comité de gestion des services alimentaires, novembre 1984, p.3.

Nous prévoyons d'ailleurs élaborer un programme plus structuré pour subvenir aux besoins d'aide de ces familles.

Ces actions concrètes nous ont permis d'observer un changement d'attitude chez certains bénéficiaires, plus particulièrement chez les bénéficiaires lucides avec troubles de comportement. En effet, nous notons que certains fraternisent, s'interpellent par leur prénom et s'entraident aux activités sociales organisées pour toute notre clientèle.

Sur le plan psychologique, les bénéficiaires des unités régulières éprouvent des difficultés à côtoyer cette clientèle. Il est clair pour nous que tout en cherchant à mettre au point des mesures afin d'augmenter la tolérance des bénéficiaires de l'unité spécifique, nous devons tout mettre en oeuvre pour respecter les besoins des deux types de clientèle. C'est ainsi que dans notre orientation, nous privilégions l'intégration des bénéficiaires de l'unité spécifique aux activités régulières de l'établissement selon les capacités et les limites de chacun d'eux tout en respectant les besoins de la clientèle régulière.

Étant encore dans la phase d'expérimentation de l'implantation des unités spécifiques et n'ayant pas encore atteint notre vitesse de croisière, je ne peux à l'heure actuelle poser de jugement définitif quant au succès du programme mais, devant les résultats déjà obtenus, je suis confiante que nous parviendrons à surmonter les difficultés qui sont encore très nombreuses.

Ressources alternatives

Jusqu'à présent, les centres d'accueil d'hébergement ont participé au maintien à domicile des personnes âgées par l'intermédiaire des centres de jour. Tous leurs services internes disponibles sont mis à contribution pour offrir à la clientèle externe des programmes propres à leurs besoins spécifiques.

Depuis leur implantation, les centres de jour ont subi des mutations profondes. Orientés au départ sur la dimension sociale, les centres de jour offraient surtout des programmes et des services destinés à combattre l'isolement, la solitude et l'ennui, auxquels s'ajoutaient quelques activités visant à maintenir la santé. Le programme s'adressait à une clientèle relativement autonome. Le document du ministère des Affaires sociales paru en 1981 et intitulé Le centre de jour pour personnes âgées[1] précise l'orientation du centre de jour en privilégiant les dimensions thérapeutiques et préventives. À partir de cette orientation, la clientèle du centre de jour s'est alourdie au même rythme que celle de l'interne avec toutes les conséquences que ce phénomène entraîne dans l'organisation en termes d'utilisation des ressources humaines et matérielles et de tous les services.

Plus particulièrement par le centre de jour, le centre d'accueil d'hébergement s'ouvre sur son environnement et collabore étroitement avec les ressources communautaires et les établissements du réseau tels CLSC, Hôpital de jour, BSS, etc... Cette collaboration est essentielle pour favoriser la continuité des services et éviter ainsi leur duplication.

Dans sa politique à l'égard des personnes âgées,[2] le ministère de la Santé et des Services Sociaux met l'impact sur le développement de ressources alternatives comme moyen d'atteindre l'objectif de maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel de vie.

De par sa mission, le centre d'accueil d'hébergement doit prendre la place qui lui revient dans le développement de ces ressources.

1 Lazure, Denis. - Le centre de jour pour personnes âgées. - Québec 1981, Politique du Ministère des Affaires sociales, février 1981, 23 p.
2 Ministère des Affaires sociales. - Un nouvel âge à partager. - Québec: Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, 1985, 61 p.

Ces ateliers sont co-animés par le service d'animation et le service de psycho-éducation ou le service d'animation et le service d'ergothérapie.

Les personnes intégrées dans ces mini-groupes et présentant une bonne adaptation peuvent à brève échéance profiter d'activités des groupes réguliers.

Pastorale

Les personnes âgées chez qui les croyances religieuses sont fortement ancrées doivent à l'intérieur du centre d'accueil d'hébergement trouver les moyens pour exprimer leur foi et répondre à leurs besoins spirituels.

Antérieurement, on reproduisait une pastorale d'entretien identique à celle exercée dans les paroisses. La pastorale d'aujourd'hui met l'accent sur une pastorale de croissance personnelle et l'épanouissement dans une perspective d'intégration et d'harmonie totale.

Comme les autres intervenants, l'aumônier peut agir au sein des équipes multidisciplinaires lorsque sa présence est requise et contribuer à l'élaboration du plan d'intervention.

L'aumônier tient également une place de première importance dans l'animation, par exemple lors de la semaine sainte, Noël, etc... et tous les événements liturgiques.

Bénévolat

Tout en faisant appel à des ressources humaines spécialisées pour combler les besoins bio-psycho-sociaux des résidents, en tentant de développer l'approche

globale chez tous les intervenants et en investissant de nombreux efforts pour humaniser les services, les contacts humains demeurent une nécessité qui ne peut être satisfaite entièrement.

Tout être humain a besoin de présence, d'attention particulière, d'affection et d'amitié et ce, encore plus chez la personne âgée parce qu'elle se sent menacée dans son intégrité personnelle.

Mais, il est plus facile de quantifier les besoins physiques de la personne âgée que de calculer le temps qu'elle requiert en présence et en chaleur humaine.

Aux efforts déjà fournis en vue de l'humanisation des services, le service du bénévolat vient ajouter un élément qualitatif, le "plus-être" de la personne âgée est son premier but.

Cette action se traduit dans la pratique de différentes façons, dont voici quelques exemples:

- étant plus libres de leur temps, les bénévoles brisent l'isolement des personnes âgées par des contacts fréquents et gratuits (visites amicales). Ils permettent aux personnes âgées d'échanger, de communiquer, de se sentir aimées;
- par leurs encouragements, les bénévoles stimulent les bénéficiaires à participer aux activités et contribuent ainsi à maintenir leur autonomie et leur joie de vivre dans l'activité.

Psycho-gériatrie

Je ne pouvais pas parler des problématiques vécues par les intervenants du centre d'accueil d'hébergement sans souligner de façon particulière la place grandissante

qu'y prend la psycho-gériatrie et le défi qu'elle pose en terme de choix quant à l'approche à privilégier pour répondre aux besoins particuliers des personnes affectées par des problèmes de santé mentale.

Avant d'aborder la problématique de la psycho-gériatrie, je vais d'abord faire un bref historique de cette spécialité relativement nouvelle; par la suite, j'aborderai la problématique de la psycho-gériatrie dans le cadre du programme régulier et du programme nouveau des unités spécifiques.

La spécialité de psychiatrie gériatrique remonte à 1955 avec le travail de Martin Roth, le premier qui a identifié les différences entre les désordres organiques et les désordres affectifs dans une population gériatrique vivant dans un milieu hospitalier.

S'il existe des différences entre la psychiatrie gériatrique et la psychiatrie des jeunes et des adultes, il y a également des similitudes. Certaines maladies sont présentes dans les deux (2) groupes mais leur fréquence peut différer d'un groupe à l'autre par exemple. Les différences entre les deux (2) groupes peuvent tenir à leur histoire, leur rôle social, les effets de l'âge sur la physiologie normale et la multiplicité des pathologies chez une même personne.

Les psychiatres et autres médecins qui traitent des patients âgés doivent tenir compte des aspects psychiques variés du vieillissement incluant:

- les réponses psychologiques et émotionnelles au processus du vieillissement;
- les troubles psychiatriques qui peuvent être secondaires à différents types et à différents niveaux de mauvaise adaptation au vieillissement;
- les désordres et syndromes psychiatriques spécifiques aux personnes âgées.

La recherche et la pratique de la psychiatrie gériatrique furent entravées pendant un certain temps par les multiples préjugés sur l'état mental des personnes âgées. Il

fut longtemps et incorrectement soutenu que le déclin marqué des fonctions mentales, appelé sénilité par les profanes, était un phénomène inévitable accompagnant le vieillissement. Il est maintenant établi que cela est faux et que dépendant de la problématique observée, différentes stratégies d'intervention peuvent être adoptées soit pour maintenir, restaurer ou améliorer l'état de santé mentale de la personne âgée ou soit pour en retarder sa détérioration.

On observe depuis déjà quelques années une croissance marquée du nombre de bénéficiaires âgés des centres d'accueil d'hébergement souffrant d'affections mentales. Avec la mise en application de critères d'admission uniformes pour tous les centres d'accueil et la création des comités d'admission régionaux et sous-régionaux, leur clientèle tend à devenir de plus en plus comparable d'un établissement à l'autre. C'est ainsi que la plupart des centres desservent maintenant une clientèle composée de personnes âgées handicapées physiquement mais lucides et de personnes âgées présentant des troubles de comportement associés ou non à des handicaps physiques.

Doit-on intégrer dans des unités communes toutes les personnes quels que soient leurs difficultés et leur degré de capacité fonctionnelle ou doit-on regrouper ensemble les bénéficiaires présentant des troubles de comportement?

Cette question a provoqué un débat très animé l'année dernière lors du colloque organisé par le Laboratoire d'interventions cliniques appliquées Chevalier De Lorimier et continue de susciter des opinions fort controversées. À cette question, nous ne pouvons répondre de façon affirmative ou négative sans apporter les nuances requises par la complexité du sujet.

À mon avis, la réponse varie selon l'intensité des troubles de comportement rencontrés chez la personne âgée en difficulté, sa capacité de retirer des avantages de cette intégration et la nature de l'impact créé par ses agissements sur la clientèle lucide.

Après avoir constaté le manque de programmes en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de longue durée pour les bénéficiaires présentant des troubles sévères de comportement, le C.S.S.S.R.M.M. a décidé d'implanter des unités spécifiques. La clientèle psycho-gériatrique admise actuellement dans les unités régulières des centres d'accueil n'est, en général, pas suffisamment détériorée pour envisager la ségrégation.

Toutefois, l'admission dans les unités régulières des centres d'accueil étant basée sur les heures-soins et sur l'intensité des troubles de comportement sans tenir compte nécessairement de la nature des diagnostics, nous pouvons aisément prévoir que l'état de certains bénéficiaires se détériorera à plus ou moins court terme, ce qui nécessitera leur retrait de l'unité régulière. Cette situation se présente déjà dans les centres et il m'apparaît inévitable qu'elle devienne de plus en plus fréquente dans un avenir prochain.

Il semble acquis que le nombre de personnes présentant des difficultés d'ordre mental qui peuvent être intégrées à une clientèle lucide ne peut dépasser un plateau de tolérance qui se situe à 30% de la population totale hébergée. À la suite de cette observation, je me demande sérieusement comment il nous sera possible de maintenir cet équilibre à l'intérieur de nos centres devant l'accroissement continu des besoins d'hébergement d'une clientèle psycho-gériatrique et avec les nouvelles règles du jeu des comités d'admission sous-régionaux.

Comme tout nouveau programme impliquant des changements de mentalité et de comportement, l'implantation des unités spécifiques à l'intérieur des établissements a provoqué plusieurs réactions de la part de l'ensemble des intervenants. Ayant été introduites pour répondre aux besoins d'une clientèle avec troubles de comportement sévères pour laquelle il n'existait pas de programme adéquat et peu d'expertise par rapport à l'approche à privilégier, l'admission de cette clientèle en lieux d'hébergement impose des ajustements considérables à tous les niveaux de l'organisation. Je

vais donc vous parler de notre expérience d'intégration d'une unité spécifique de 68 lits à l'intérieur de la Résidence Armand Lavergne, d'une capacité de 192 lits, en vous soulignant les principales difficultés vécues et les mesures que nous avons prises pour y remédier.

Au début, nous avons dû faire face à la problématique de désorientation dans l'espace de nos bénéficiaires qui se concrétisait en fugues à répétition volontaires ou non. Afin d'en diminuer l'impact, nous avons conçu des affiches d'orientation dans la réalité, identifier les chambres des bénéficiaires par leurs noms ou des images, souligner le caractère distinctif de l'unité à la sortie des ascenseurs. Malgré ces actions concrètes, nous avons dû installer un système de contrôle de portes avec électro-aimant et un codage numérique sur le panneau de signalisation de l'ascenseur.

Il faut aussi noter que les aménagements architecturaux actuels de notre établissement n'ont pas été conçus pour répondre à cette clientèle. Il faudra procéder à un réaménagement des lieux afin d'augmenter le nombre de locaux communautaires et ainsi permettre une amélioration de la qualité de vie de ces personnes âgées.

Après avoir observé certaines agressions physiques et verbales entre les bénéficiaires, nous avons évalué l'ensemble de la clientèle et identifier clairement deux types:

- une clientèle avec troubles caractériels et comportements agressifs;
- une clientèle désorientée et démente.

Notre expérience nous a fait conclure que ces deux types de clientèle ne pouvaient cohabiter et nous avons opté pour le regroupement.

L'ensemble du personnel de support affecté à cette unité et peu qualifié pour intervenir adéquatement auprès de cette clientèle a connu au début une période

d'insécurité. Des programmes de formation ont été conçus et administrés à l'ensemble du personnel.

Ensuite, nous avons élaboré une stratégie pour que cette unité de soins devienne une unité de vie. Nous avons donc intégré à l'équipe de travail en place, 7 jours semaine, des psycho-éducateurs qui conçoivent, actualisent, analysent et évaluent des programmes en vue de la réadaptation des bénéficiaires.

Pour ce faire, les psycho-éducateurs observent le comportement des bénéficiaires dans leur vécu quotidien et ils interviennent, au besoin, pour les aider à se comporter de façon adéquate dans le groupe. Ils contribuent aussi, avec le support de l'équipe, à ce que le vécu quotidien des bénéficiaires soit significatif, source de valorisation et moyen d'expression personnelle, en faisant appel à leurs capacités résiduelles et en court-circuitant leurs difficultés d'adaptation.

Un programme d'animation a été aussi mis sur pied afin de répondre aux besoins d'activités sociales, intellectuelles, physiques et spirituelles des bénéficiaires.

Nous avons intensifié les mesures visant à favoriser le travail de l'équipe multidisciplinaire. L'équipe de base comprend l'infirmier(ère)-chef qui possède une formation psychiatrique, le médecin et les psycho-éducateurs. D'autres professionnels de même que le personnel de support peuvent également participer aux rencontres hebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire.

La présence des familles auprès de ces résidents est d'une très grande importance. Le personnel doit leur apporter beaucoup de support et d'aide afin, dans un premier temps, d'arriver à ce qu'elles comprennent et acceptent la situation de leur parent pour, finalement, arriver à ce qu'elles participent activement à la réalisation des objectifs du plan d'intervention avec l'ensemble de l'équipe de travail.

Nous prévoyons d'ailleurs élaborer un programme plus structuré pour subvenir aux besoins d'aide de ces familles.

Ces actions concrètes nous ont permis d'observer un changement d'attitude chez certains bénéficiaires, plus particulièrement chez les bénéficiaires lucides avec troubles de comportement. En effet, nous notons que certains fraternisent, s'interpellent par leur prénom et s'entraident aux activités sociales organisées pour toute notre clientèle.

Sur le plan psychologique, les bénéficiaires des unités régulières éprouvent des difficultés à côtoyer cette clientèle. Il est clair pour nous que tout en cherchant à mettre au point des mesures afin d'augmenter la tolérance des bénéficiaires de l'unité spécifique, nous devons tout mettre en oeuvre pour respecter les besoins des deux types de clientèle. C'est ainsi que dans notre orientation, nous privilégions l'intégration des bénéficiaires de l'unité spécifique aux activités régulières de l'établissement selon les capacités et les limites de chacun d'eux tout en respectant les besoins de la clientèle régulière.

Étant encore dans la phase d'expérimentation de l'implantation des unités spécifiques et n'ayant pas encore atteint notre vitesse de croisière, je ne peux à l'heure actuelle poser de jugement définitif quant au succès du programme mais, devant les résultats déjà obtenus, je suis confiante que nous parviendrons à surmonter les difficultés qui sont encore très nombreuses.

Ressources alternatives

Jusqu'à présent, les centres d'accueil d'hébergement ont participé au maintien à domicile des personnes âgées par l'intermédiaire des centres de jour. Tous leurs services internes disponibles sont mis à contribution pour offrir à la clientèle externe des programmes propres à leurs besoins spécifiques.

Depuis leur implantation, les centres de jour ont subi des mutations profondes. Orientés au départ sur la dimension sociale, les centres de jour offraient surtout des programmes et des services destinés à combattre l'isolement, la solitude et l'ennui, auxquels s'ajoutaient quelques activités visant à maintenir la santé. Le programme s'adressait à une clientèle relativement autonome. Le document du ministère des Affaires sociales paru en 1981 et intitulé Le centre de jour pour personnes âgées[1] précise l'orientation du centre de jour en privilégiant les dimensions thérapeutiques et préventives. À partir de cette orientation, la clientèle du centre de jour s'est alourdie au même rythme que celle de l'interne avec toutes les conséquences que ce phénomène entraîne dans l'organisation en termes d'utilisation des ressources humaines et matérielles et de tous les services.

Plus particulièrement par le centre de jour, le centre d'accueil d'hébergement s'ouvre sur son environnement et collabore étroitement avec les ressources communautaires et les établissements du réseau tels CLSC, Hôpital de jour, BSS, etc... Cette collaboration est essentielle pour favoriser la continuité des services et éviter ainsi leur duplication.

Dans sa politique à l'égard des personnes âgées,[2] le ministère de la Santé et des Services Sociaux met l'impact sur le développement de ressources alternatives comme moyen d'atteindre l'objectif de maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel de vie.

De par sa mission, le centre d'accueil d'hébergement doit prendre la place qui lui revient dans le développement de ces ressources.

1 Lazure, Denis. - Le centre de jour pour personnes âgées. - Québec 1981, Politique du Ministère des Affaires sociales, février 1981, 23 p.
2 Ministère des Affaires sociales. - Un nouvel âge à partager. - Québec: Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, 1985, 61 p.

Sous l'action des centres d'accueil d'hébergement, s'implantent graduellement des programmes d'hébergement temporaire, d'urgence sociale, de lits de dépannage, d'appartements surveillés, de familles d'accueil, de pavillons, etc...

LE CENTRE D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT ET LE RÉSEAU

Les centres d'accueil d'hébergement font partie du réseau des établissements de santé et des services sociaux et doivent travailler en étroite collaboration avec leurs partenaires.

C'est ainsi que pour assurer la continuité des services, ils se coordonnent avec les ressources de maintien à domicile, plus particulièrement pour leur clientèle externe et avec les ressources de maintien à domicile et les C.S.S., pour la réinsertion sociale de certaines personnes âgées.

Les centres d'accueil d'hébergement s'articulent également avec les centres hospitaliers de courte durée pour obtenir les services spécialisés que requiert l'état de santé de certains de ses résidents.

La Loi sur les services de santé et des services sociaux établit que le C.R.S.S.S. doit implanter un système régional pour l'admission et le transfert des bénéficiaires en soins de longue durée et en hébergement avec la collaboration des établissements de son territoire.

Le comité d'admission sous-régional assume la responsabilité de l'admission du bénéficiaire, responsabilité qui était assumée antérieurement par les comités d'admission locaux des établissements.

Tous ces mécanismes mis sur pied pour assurer une meilleure accessibilité à tous les services demandent une très grande ouverture d'esprit de la part de tous les intervenants du réseau et supposent également l'établissement de relations basées sur le respect et la confiance.

CONTRAINTES BUDGÉTAIRES

L'adaptation du centre d'accueil d'hébergement en fonction de l'alourdissement de la clientèle et également de l'orientation qui est préconisée se réalise à l'intérieur d'un contexte de contraintes budgétaires qui en ralentit considérablement la réalisation.

Tout en étant consciente et persuadée que l'injection de ressources financières n'est pas le seul et unique moyen d'améliorer la situation, il n'en demeure pas moins qu'à l'heure actuelle ces ressources sont insuffisantes et les centres d'accueil d'hébergement devront bénéficier d'ajustements budgétaires substantiels pour s'acquitter du mandat qui leur est confié.

Les centres d'accueil d'hébergement vivent une période de transformations fort importantes caractérisée par l'apparition de nouvelles problématiques qui ne sont pas nécessairement solutionnées par les moyens traditionnels. C'est ainsi que dans un tel contexte, les intervenants sont appelés à faire preuve de beaucoup de créativité et de détermination pour surmonter les nombreuses difficultés qui se posent à eux.

En plus des centres d'accueil d'hébergement qui jouent un rôle de première importance dans le réseau de distribution des services aux personnes âgées, les centres hospitaliers de longue durée accueillent, eux aussi, une clientèle majoritairement composée de personnes âgées et vivent également plusieurs des problèmes soulignés précédemment. Par l'action des centres hospitaliers de longue durée, plusieurs nouveaux programmes ont été mis sur pied tels, hôpital de jour, unité de moyen séjour ou de réadaptation, etc...

Mais compte tenu de l'augmentation de la population âgée et de la forte consommation en services de santé et services sociaux qu'elle requiert, c'est l'ensemble de toutes les ressources du réseau qui a la responsabilité de s'adapter pour répondre aux besoins de cette clientèle.

C'est ainsi que les C.L.S.C. intensifient leurs actions auprès des personnes âgées dans le but de prolonger le plus possible leur maintien dans leur milieu naturel de vie et que les C.H.C.D. implantent graduellement des unités de gériatrie active à l'intérieur de leur programme.

Améliorer les services à la personne âgée est un défi posé à l'ensemble de tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Si l'on veut aller plus loin et améliorer les conditions de vie de l'ensemble de ces personnes âgées, c'est à l'ensemble de toute la société que se pose ce défi.

BIBLIOGRAPHIE

Association des centres d'accueil du Québec. - La conception d'hébergement et sa conception de l'intervention. - Montréal 1985, Document de travail déposé par la direction des services professionnels, 6 juin 1985, 15 p.

-------. - Le centre de jour: un programme externe du centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. - Montréal: Direction des services professionnels, juin 1984, 52 p.

-------. - Rôle et orientations du centre d'accueil d'hébergement. - Montréal: Direction des services professionnels, avril 1983, 94 p.

Association des centres de bénévolat du Québec (Centre de documentation). - L'action bénévole. - 19 p.

Beaulieu, Ginette. - "Quand le cerveau prend un coup de vieux!...". - Carrefour des Affaires sociales, vol. 6, no 2 (printemps 1984), pp. 20-30.

Bonar, Rita M.S.W. - La normalisation et les personnes âgées en établissement/par Rita Bonar, M.S.W., Maclean et J. Michael, Ph.D. - Santé mentale du Canada.

Cloutier, Pierre. - "Chêne ou roseau". - L'Accueil, vol. 12, no 4 (mai 1985), pp. 7-10.

Cohen, Marni. - "Typical'Nurse Must Change". - Contemporary Administrator, March 1985, p. 27.

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain. - Critères d'admission en CAH, CHSP et lits de soins prolongés en CHCD. - Montréal: Direction de la programmation, août 1983, 17 p.

Conseil des Affaires sociales et de la famille. - Durée ou qualité de la vie?; tableau 7. - Québec, 2e trimestre, 70 p. (Collection La Santé des Québécois).

-------. - Objectif: Santé. - Québec: Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, août 1984, 217 p.

Conseil régional des centres d'accueil du Montréal métropolitain. - Diétothérapie en centre d'accueil. - Montréal: Comité de gestion des services alimentaires, novembre 1984, 27 p.

Cowley, Michèle. - "No Cure Just Care". - American Journal of Nursing, vol. 11, p. 74.

Ducros Gagné, Mireille. - Intégration ou ségrégation en centres gériatriques des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale. - Laboratoire d'Interventions Cliniques Appliquées Chevalier De Lorimier, novembre 1984, 21 p.

Éditeur officiel du Québec. - "Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84, 6 juin 1984)". - Gazette officielle du Québec, partie 2, 116e année, no 28 (4 juillet 1984), pp. 2745-2767.

Fédération des centres d'action bénévole du Québec. - Pour un bénévolat efficace en institution, novembre 1984, 50 p.

Goulet, Olive. - "La santé vécue chez les personnes âgées". - L'Union médicale du Canada, tome 3, juillet 1982.

Jetté, Yves. - La réadaptation en soins prolongés, Mission possible et impossible. - Colloque de l'Association des hôpitaux du Québec, avril 1983.

Jutras, Danielle. - "La réadaptation en CAH... Réalité ou utopie" / par Danielle Jutras et Nicole Simard. - Physio-Québec, septembre 1985, pp. 6-9.

Laboratoire d'Interventions Cliniques Appliquées Chevalier De Lorimier. - L'intervention auprès des personnes âgées aux prises avec des troubles de comportements vivant en centres gériatriques. - Actes du colloque. -Montréal, 27-28 février 1985, 88 p.

Lazure, Denis. - Le centre de jour pour personnes âgées. - Québec 1981, Politique du Ministère des Affaires sociales, février 1981, 23 p.

Lewis, Kenneth. - "Team Approach Brings Better Care". - Contemporary Administrator, April 1983, pp. 27-32.

Ministère des Affaires sociales. - Proposition d'un programme-cadre: Les services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. - Québec 1984, Document de travail déposé par la direction de l'hébergement et la direction générale des programmes de services sociaux, 20 novembre 1984, 82 p.

-------. - Un nouvel âge à partager. - Québec: Politique du Ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, 1985, 61 p.

Muller, Christian, Wertheimer, J. - Psycho-gériatrie. - Paris, Masson, 1981.

Pelletier, Louise. - "Le nursing et la santé: un point de vue". - L'Union médicale du Canada, tome 7, juillet 1982.

Pinet, Céline. - "Un projet d'aménagement thérapeutique"/par Céline Pinet et Estelle Giasson. - Le Transfert, vol. 9, no 3 (septembre 1985), pp. 20-21.

Racette, Danielle. - "La civilisation médicamenteuse". - Artère, vol. 3, no 8 (octobre 1985), p. 8.

Rapport du deuxième symposium sur le loisir en institution, 1984, p.1.

Steinberg, F. - Care of the Geriatric Patient (in the tradition of E.V. Cowdry). - C.V. Mosby Co., 1983, chapitre 26, 429 p.

RÉPONSE

par Marie-Josèphe Farizy-Chaussé
directrice générale
C.H. des Bois-Francs
Victoriaville

On m'a priée de répondre à madame Laurin-Dorval... Je me suis demandée ce que cela signifiait exactement: devais-je chercher à contester ses affirmations? Cela me serait difficile car j'endosse pleinement ses commentaires...

Tout au plus, gérant à la fois un C.H. de soins de longue durée et un centre d'accueil d'hébergement, aurais-je pu, puisque madame Dorval a surtout parlé de la problématique en centre d'accueil, apporter un complément relatif aux centres hospitaliers, souligner quelques services additionnels, mettre l'accent sur la nécessité dans ces milieux d'avoir la partie curative de la réadaptation, les disciplines autres que physiothérapie et ergothérapie.

Cette approche ne m'apparaît cependant pas la plus opportune et compte tenu du temps dont je dispose, je préfère plutôt aborder deux volets qui ont peu ou pas été touchés, laissant suffisamment de temps pour les échanges par la suite.

Le premier point concernera directement la personne âgée et le second indirectement.

LES BESOINS PSYCHO-SOCIAUX

En général, lorsque l'on parle de la réponse aux besoins psycho-sociaux, l'on songe à

la présence d'un travailleur social au sein de l'établissement. Madame Dorval a d'ailleurs mentionné sa contribution pour aider le bénéficiaire à surmonter:

- les problèmes d'adaptation à l'admission et en cas de réinsertion sociale;
- les problèmes de relations familiales;
- les problèmes de rapports bénéficiaires/institutions;
- les problèmes de gestion de ses biens.

Elle a aussi inclu "Les problèmes provoqués par un vécu psychologique pénible".

Or, si je ne nie pas l'apport positif d'un travailleur social, je déclare avec force que c'est insuffisant... Il y a parmi les professionnels de la santé et des services sociaux, quoi qu'on en pense, une méconnaissance importante sinon totale des problèmes psychologiques dès que l'on veut les considérer en profondeur.

J'en veux pour preuve une étude qui a été faite l'an passé, dans le territoire du C.L.S.C. Suzor-Côté tant par une cueillette de données effectuée dans des dossiers du C.S.S., du C.L.S.C., du Centre de jour, du C.H. que par une enquête auprès de professionnels, médecins, infirmières et travailleurs sociaux.

Aucun dossier n'a révélé une préoccupation systématique concernant le vécu psychologique de l'individu. Tout au plus allait-on parler parfois d'insécurité sans chercher à en préciser les effets sur le comportement quotidien, sans élaborer de plan pour améliorer la situation, pour redonner une certaine autonomie dans ce domaine.

Les professionnels questionnés ont tous (sans exception) reconnu être très mal à l'aise, insuffisamment formés lorsqu'ils sont en face de problèmes d'ordre psychologique.

Par ailleurs, une recherche sur les besoins des individus en milieu institutionnel a mis en lumière que si les bénéficiaires sont en général satisfaits quant à l'environnement, aux services et soins physiques reçus, des carences énormes se retrouvent au niveau des besoins socio-affectifs, de reconnaissance, de signification et d'auto-détermination.

L'un des principaux constats de l'étude est à l'effet que pour des raisons de sécurité les personnes préfèrent développer une stratégie d'accommodation qui les amène à refouler au plus profond d'elles-mêmes des besoins pourtant fort légitimes, notamment celui d'auto-détermination. On efface tout vouloir personnel par la petite phrase "il le faut bien puisque c'est comme cela!" Or, tout le système actuel encourage cette attitude. On ne fait rien pour aider l'individu à prendre conscience de ce qu'il est, de ses besoins, des moyens qu'il peut utiliser pour les satisfaire. Je veux emprunter là un exemple cité dans l'étude.

> "Si l'individu ne prend pas conscience (...) qu'il a besoin parfois d'espace personnel et de solitude pour faire le point ou pour s'adonner à une activité de grand intérêt et qu'il ne se donne jamais l'occasion de le faire, il finira par ressentir les autres personnes l'entourant comme envahissantes, développera de l'agressivité à leur égard; ne comprenant pas cette agressivité, il se sentira coupable de ses fortes sautes d'humeur, son estime de lui-même s'en trouvera affectée, etc..."[1]

1 PELLETIER, Ginette, GAUTHIER, Lise, Étude de besoins psycho-sociaux auprès d'une clientèle âgée. Centre Hospitalier des Bois-Francs. Juillet 1984, 65 pages.

Mais qui peut entreprendre les actions appropriées en ce domaine? Il ne suffit d'ailleurs pas de susciter des prises de conscience, il faut ensuite aider à faire face pour améliorer la situation.

Pour toutes ces raisons, je déclare que, plus que toutes autres, les personnes âgées auraient besoin de l'intervention d'un professionnel spécialement formé en psychologie qui puisse les aider à identifier leurs besoins profonds et à vouloir y répondre avec l'aide de l'entourage.

On parle d'autonomie des personnes âgées, d'être humain à part entière... Les premiers pas à réaliser devraient consister à les aider à le vouloir plutôt que d'abdiquer en étant convaincu(e) que ceci ou cela est devenu chose impossible.

LE SUPPORT AU PERSONNEL

Je suis profondément convaincue que la qualité de vie du bénéficiaire dans nos établissements passe par la qualité de vie du personnel... Comment voulez-vous en effet qu'un employé tendu, exténué, mécontent, en perpétuelle bataille avec son environnement, ne comprenant absolument pas l'attitude du bénéficiaire dans telle ou telle circonstance, se sentant attaqué même, soit préoccupé au maximum du bien-être de son patient? Pour améliorer le vécu du personnel, je pense qu'il faut mettre l'accent sur trois (3) points:

- la formation;
- le support psychologique;
- l'amélioration des communications.

La formation

Le temps des "parkings" est terminé, du moins l'espérons-nous. Cette évolution a

engendré un profond changement de rôle des personnels. Ceci ne s'est pas fait sans problème. Il revient à la formation d'aider ces personnes à passer d'une attitude et de comportement selon la conception du rôle à un moment donné, à des attitudes et comportements nouveaux en rapport avec le nouveau rôle.

Les programmes de formation doivent sensibiliser les personnels aux nouvelles attentes, leur faire comprendre les besoins de la clientèle, les aider à identifier les points qu'ils doivent changer et à apporter les correctifs nécessaires.

La formation ne règlera pas tout mais elle peut grandement faciliter le changement. Elle doit cependant respecter certains impératifs:

- rester à l'intérieur d'une stratégie globale du centre dans lequel tous les niveaux suivent la même orientation;
- assurer une continuité scrupuleuse dans la démarche;
- ne pas former au hasard mais faire d'abord une étude de besoins;
- identifier en même temps les faiblesses organisationnelles et apporter les correctifs qui s'imposent;
- appuyer la formation sur un vécu pratique, avec mise en situation réaliste;
- évaluer les résultats de la formation pour apporter les correctifs nécessaires s'il y a lieu.

En bref, il ne s'agit pas de prendre n'importe quel programme qui semble bon en se disant qu'il en restera toujours quelque chose... Cela risquerait d'être une grave perte d'argent et d'énergie.

Le support psychologique

Le personnel confronté aux problèmes de comportement des bénéficiaires, à

l'approche des mourants, a parfois beaucoup de difficultés à faire face. Dans certains cas il est même complètement dérouté. Quelquefois cela se complique avec certaines situations problématiques dans les équipes. Le support d'un psychologue peut grandement faciliter les rapports, apporter des éclairages, conseiller face à certains bénéficiaires...

Nous prenons de plus en plus conscience de ce besoin en constatant que, souvent, lorsqu'il y a demande de consultation pour un bénéficiaire, un membre du personnel vient trouver le psychologue et demande son aide. Il arrive aussi que dans son rapport avec le résident, le psychologue découvre qu'il y a problème avec un membre de l'équipe. Il doit donc jouer aux deux niveaux.

Sa présence en a sécurisé beaucoup et nous sommes à même de constater les résultats bénéfiques pour tous.

La présence d'un spécialiste en relations humaines lorsqu'il y a conflit ou tout simplement situation problématique permet d'aider chacun à prendre conscience du point où il se situe, de son degré de responsabilité, de ce qu'il peut améliorer comme de ce qu'il peut attendre des autres. Cela amène alors un fonctionnement plus harmonieux de l'équipe bien apte à créer un meilleur climat de vie pour le bénéficiaire.

L'amélioration des communications

Les directions, souvent pleines de bonnes intentions, ayant pris conscience de certains besoins de leur clientèle, lancent de nouveaux programmes susceptibles de mieux y répondre. Le personnel de la base les applique tant bien que mal, quelquefois plutôt mal que bien parce qu'ils n'en saisissent pas toute l'importance, parce qu'ils jugent ne pas avoir été consultés, etc... Il est nécessaire de prendre conscience de l'importance des communications et de développer toute une stratégie

visant à les améliorer dans une institution. Pour cela il faut d'abord bien identifier les grands principes auxquels l'institution adhère et ensuite prendre les moyens de les faire partager par tous. Il faut, entre autres, réussir à faire comprendre que CHACUN, quel que soit son niveau, est RESPONSABLE de la qualité des communications. Chacun doit faire connaître ses attentes aux autres et doit être transparent. Il ne doit surtout pas y avoir de "chasse gardée".

À partir du moment où chacun comprendra son importance, où tous seront convaincus que la direction veut vraiment améliorer la qualité des communications dans le centre, des efforts se feront à tous les niveaux, dans tous les sens et les améliorations ne pourront que se faire sentir.

CONCLUSION

Voilà donc les points que je tenais à soulever.

Je crois que les pistes que je n'ai fait que lancer ce matin mériteraient d'être davantage approfondies car je suis absolument convaincue qu'elles sont des prérequis à une réponse adéquate aux besoins des âgés en institution. Chacune aurait mérité que l'on s'y attarde davantage ce qui m'était impossible compte tenu du facteur temps.

Je souhaite cependant avoir réussi à vous insuffler le goût de creuser davantage et je vous remercie de votre attention.

ATELIERS DE DISCUSSION

"Les situations ne sont jamais totalement déterminées de l'extérieur. Il reste toujours une réelle marge de manoeuvre et les intervenants en autant qu'ils en sont conscients peuvent se donner un réel pouvoir sur leur situation. La marge peut être minimale mais le pouvoir que les personnes ont sur elles-mêmes génère une énergie qui peut entraîner un changement réel de la situation."

M.E.Q. ÉQUIPE DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT
SEPTEMBRE 1982

Démarche proposée aux participants

L'animateur rappelle les objectifs du colloque:

°S'exprimer, échanger, réfléchir sur sa pratique; se situer dans son action;

°rechercher des solutions concrètes en vue d'une action future, c'est-à-dire découvrir de nouvelles manières d'être et de travailler; identifier de nouveaux outils pour une meilleure intervention dans les situations actuelles.

°Les participants présentent leurs préoccupations, leurs perceptions et leurs attentes face à l'atelier.

°L'animateur aide à dégager les points communs.

°Le groupe identifie les situations à discuter et à explorer.

°Des participants présentent leurs pratiques et leurs expériences relatives aux problématiques retenues.

°L'animateur aide les participants à relier ces pratiques et expériences à des principes d'intervention gérontologique pour en dégager des lignes directrices qui faciliteront le choix d'actions pertinentes.

°Le groupe identifie concrètement quelques nouvelles manières d'être et de travailler.

Animateurs

André Bergeron, D.S.C. Sacré-Coeur
Roger Brosseau, Association des hôpitaux du Québec
Diane Brunet, C.L.S.C. Centre-sud
Céline Delaunière, C.A. Montarville
René Diotte, Collège Marie-Victorin
Thérèse Doré, Collège de Bois-de-Boulogne
Robert Duverger, Centre de jour Manoir Verdun
Christian Grégoire, Centre d'accueil Champlain
Donald Lavergne, Module de services communautaires Verdun
Mireille Lemasson, D.S.C. Maisonneuve Rosemont
Roger Lavoie, C.L.S.C. Montréal-Nord
France Mainvile, C.L.S.C. Saint-Hubert
Gisèle Painchaud, Module des services communautaires Mercier
Daniel Thomas, D.S.C. Sainte-Justine
Jean Quintal, Association de centres d'accueil du Québec

Synthèse commentée des ateliers sur

"Les nouvelles situations, les nouveaux besoins de la clientèle à domicile et les exigences nouvelles de la pratique"

par Pierre Grenier, t.s.
C.S.S.M.M. - Centre hospitalier
Côte des Neiges, Montréal

Le texte qui suit, présenté sous forme de tableau, se veut une synthèse commentée du contenu des ateliers dont les thématiques étaient: "les nouvelles situations et les nouveaux besoins de la clientèle à domicile", et "les exigences nouvelles de la pratique à domicile".

Nous avons choisi ce format plutôt que celui d'un texte suivi par exemple parce que nous souhaiterions que les intervenants et les équipes de travail en milieu ouvert l'utilisent comme grille de lecture, comme instrument de réflexion et de questionnement sur "leur vécu, leur milieu, leur action" auprès de la clientèle âgée.

C'est pour cette raison que nous avons énoncé comme suit les trois (3) grands axes du texte:

- Les problématiques:
  besoins - situations
- Les pratiques en milieu ouvert:
  questionnement
- Nouvelles manières d'être et de travailler
  émergence de principes d'intervention

Compte tenu de la très grande diversité des idées et commentaires émis à l'intérieur de chacun des ateliers, notre démarche s'est axée davantage à faire ressortir les constantes ou les majeures des propos des participants.

Pour une meilleure compréhension du texte, nous voulons d'abord préciser que nous avons divisé le texte en cinq (5) sections:

- Besoins d'indépendance et d'autonomie des personnes âgées.
- Besoins d'être utile et d'avoir un sens à leur vie.
- Besoins de sécurité et de réponse à leur isolement lié aux modes de vie, aux milieux de vie, etc...
- Besoins actuels par rapport aux besoins futurs.
- Situations des intervenants.

et nous vous invitons à prendre connaissance du texte en le lisant toujours de gauche à droite, plutôt que colonne par colonne. Autrement dit, pour chaque besoin, situation ou constat identifié (colonne de gauche), les participants ont identifié ou questionné des pratiques (colonne du centre), et face à cela, ont suggéré de nouvelles manières d'être et de travailler (colonne de droite); nous avons nous-mêmes parfois poursuivi la démarche en relevant l'émergence de certains principes d'intervention.

Le focus ayant été mis plutôt sur les besoins actuels et importants des clientèles et des intervenants, plutôt que sur la recherche de nouveaux besoins, la démarche a donc consisté à tenter de mettre en commun tout projet, idée, attitude qui traduisaient de nouvelles manières d'être et de travailler, et qui risquaient d'avoir un impact et de déteindre sur les différents milieux.

Nous vous invitons donc à poursuivre cette amorce de réflexion et l'inventaire des pistes porteuses de créativité et de ressourcement dans vos milieux respectifs.

Problématiques besoins - situations	Les pratiques en milieu ouvert questionnement	Nouvelles manières d'être et de travailler! .....émergence de principes d'intervention?
- Préalables		
- Constat: les personnes âgées commencent à verbaliser davantage leurs besoins; ceux-ci sont plus connus.	- "Aimeriez-vous recevoir les services que vous offrez? - Comment favoriser une plus grande place des personnes âgées dans la prise de décision finale et dans l'action?	- Considérer les besoins réels plutôt que les ressources disponibles.
- Le milieu est-il à l'écoute des besoins des personnes âgées? - Qui en dernier ressort les définit?	- Où devraient-elles prendre le pouvoir? - conseils d'administration - comités de bénéficiaires - équipes multidisciplinaires ...autres	- Travailler avec les personnes âgées et non pour les personnes âgées. - Pour qui travaillons-nous? i.e. Sources de motivation (-Ministère (-Établissement (-Personnes âgées (-autres)
- Constat: les intervenants ont aussi leurs propres besoins. - Y a-t-il une tendance à répondre aux uns en définissant les autres?	- Réflexe des intervenants de "vouloir s'occuper des vieux", d'être des donneurs de services. - Comment les intervenants pourraient-ils en arriver à: - s'autocritiquer, se remettre en question - accepter d'être critiqués par les personnes âgées quand ils définissent leurs besoins.	- S'associer aux décisions déjà envisagées, décidées par les personnes âgées et leur réseau naturel. - "Être professionnel sans être fonctionnaire."

Problématiques besoins - situations	Les pratiques en milieu ouvert questionnement	Nouvelles manières d'être et de travailler! .....émergence de principes d'intervention?
I- Indépendance et Autonomie. - respect de la dignité et de l'intégrité des personnes âgées. - Les personnes âgées ne vieillissent pas toutes de la même façon, ont des niveaux différents d'autonomie.	- "Comment favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées au niveau individuel et collectif en comptant sur le support des réseaux formels et informels?" - La polyvalence, l'interdisciplinarité, sont-elles des modes d'intervention) à promouvoir?) à développer?) à définir? - Respectons-nous l'autonomie des personnes âgées dans leurs choix, leur rythme, leurs valeurs, leur histoire; ...?	- Développer une attitude générale:) -d'intervenant-ressource.) -d'intervenant-informateur.) -d'intervenant-connecteur. - Jusqu'où posons-nous la question de la polyvalence?? ou * Déborder nos tâches et responsabilités professionnelles pour faire appel à nos multiples forces et habiletés personnelles. ou * Déborder nos rôles et fonctions professionnelles pour être en mesure (qui infirmière, travailleur social, médecin, organisateur comunautaire, auxiliaire familiale etc. etc.) de répondre aux besoins variés des personnes âgées. ou .....
II- Besoins d'être utile, d'avoir un sens à leur vie.	- Quelle place et quelle reconnaissance accordons-nous aux longues expériences de vie des personnes âgées? - Nous associons-nous aux personnes âgées pour que prennent place les ressources et services auxquels ils ont droit?	- Viser à être des dépisteurs de potentialités. - Viser à ce que les aidés deviennent éventuellement des aidants. Ex: Groupes de personnes âgées aux prises avec des problèmes de dépression: implication dans un échange réciproque.

Problématiques besoins - situations	Les pratiques en milieu ouvert questionnement	Nouvelles manières d'être et de travailler! .....émergence de principes d'intervention?
III- Besoins de sécurité et de réponse à leur isolement lié aux modes de vie, aux milieux de vie, etc.	- Favorisons-nous le développement de nouvelles solidarités entre les personnes âgées? * Un point fondamental est à retenir: tous les projets décrits à l'intérieur des ateliers avaient un point en commun: -l'implication des personnes âgées dans le processus d'implantation même.	- Se présenter comme partenaire et non gestionnaire Ex: Approche réseau. * Conséquence ultime sur les personnes âgées: "Je suis toujours importante même si je ne reçois plus de services d'un établissement."
	- Favorisons-nous l'implication du réseau naturel des personnes âgées?	- Profiter des ressources spécifiques, des disponibilités de chacun.
	- Est-ce que l'on a tendance parfois à faire de l'isolement notre problème?	- Expérimenter des approches qui favorisent l'augmentation de l'estime de soi, et non pas de la dépendance.
- Situation d'isolement. Constat: La société a une large part de responsabilités face à cette situation.	- Doit-on sortir les personnes âgées de chez-elles? Pourquoi? Comment?	- Se donner les moyens de rejoindre les personnes âgées là où elles sont:) Information) Publicité.
	- Comment pourrions-nous éviter de privilégier des solutions plus traditionnelles plus faciles (Ex: loisirs, jeux de cartes etc..) qui de toute façon n'apparaissent pas satisfaisantes pour les personnes âgées?	- Créer des situations de contact "naturelles", "non-artificielles". - Permettre l'émergence de "mini-collectivités, de regroupements de quartiers de personnes âgées, qui devraient être des lieux d'échange -d'expression de leurs difficultés -d'identification de solutions -d'apprentissage de leur propre prise en charge ("responsabilités")." et qui devraient tendre ultimement au développement de nouveaux rôles sociaux et à l'amélioration de la qualité de vie.

Problématiques besoins - situations	Les pratiques en milieu ouvert questionnement	Nouvelles manières d'être et de travailler! .....émergence de principes d'intervention?
- Une des manifestations du degré d'isolement, maintes fois rapportées dans les ateliers, est le phénomène de la surmédication.	- Que pouvons-nous faire pour tendre à diminuer l'impact et la nécessité de la médication? - Professionnels de la santé - pharmaciens etc.. - Travaillons-nous à développer une prise de conscience chez les personnes âgées de - l'importance de sa condition physique - l'amélioration des habitudes de vie - etc.. etc..	- Développer de nouvelles techniques qui drainent dans leur sillage des attitudes nouvelles: - Musique -Gymnastique - Relaxation -Massages - Médecines douces.
IV- Les besoins actuels sont énormes mais les besoins futurs sont encore plus importants. Constat: 90% des personnes âgées, non rejointes par le réseau, ont des besoins particuliers qui touchent à la prévention.	- Quelle place et quel temps accordons-nous au domaine de la prévention? - Sommes-nous d'accord avec cette opinion émise: "Il faut développer par la force l'aspect préventif: il faut prévoir demain, tendre à changer les rapports société -homme - , préparer l'avenir, identifier des pistes d'intervention à long terme."	- Sensibiliser les jeunes aux besoins des personnes âgées et vice versa. - L'éducation en bas âge devrait tendre à démystifier ce qu'est une personne âgée. - Impliquer les médias pour rajuster les attitudes et les préjugés de la société devant le vieillissement. - Rejoindre les adultes vieillissants dans leurs milieux de travail: information et formation.

Problématiques besoins - situations	Les pratiques en milieu ouvert questionnement	Nouvelles manières d'être et de travailler! .....émergence de principes d'intervention?
		- "Défoncer la bureaucratie; les politiques contraignantes."
	- Avons-nous d'autres choix que de démissionner?	- Forcer les milieux de travail à des formes ou techniques nouvelles de créativités; prendre des risques;
	- Avons-nous tendance à tout attendre de l'extérieur?	- Solliciter les intervenants et les gestionnaires à part égale dans la recherche de solutions, et la définition des problèmes dans l'établissement, la communauté, le réseau.
		- Ressourcement - Enrichissement de la tâche.
		- Favoriser l'émergence de nouvelles ressources diversifiées.
V. Situation des intervenants: D'une façon ou d'une autre ont été souvent rapportés des commentaires comme: "Nous guettent des sentiments d'enlisement dans le curatif, de débordement, d'impuissance face au système pompiers - urgences -cas lourds."	- L'alourdissement des clientèles est-il un phénomène en soi ou une conséquence de multiples facteurs associés.	- Établir les possibilités et les limites de chacune des ressources.
	- Pourquoi les ressources spécialisées semblent-elles ignorer les besoins spécifiques des personnes âgées?	- Développer un réseau de services et de ressources plutôt que d'institutions: - Équipe interdisciplinaire équipe inter établissement - Éclatement des rôles.
	- Nous préoccupons-nous de l'articulation des ressources les unes par rapport aux autres? - Complémentarité ou compétition?	- Développer une concertation d'intervenants à la base. - Susciter des liens entre le réseau formel et les groupes communautaires. - Nécessaire repositionnement des établissements du réseau par rapport aux centres communautaires, aux groupes bénévoles.

Synthèse commentée des ateliers sur

"Les nouvelles situations: les nouveaux besoins et les nouvelles exigences de la pratique en établissement

par Jean Quintal
Association des centres d'accueil
du Québec

Nouvelles situations

Les dix dernières années ont été caractérisées par une série de transformations sans précédent dans l'histoire du réseau des mesures d'aide aux personnes âgées en difficulté. Ces changements ont profondément marqué l'évolution des établissements jusqu'à modifier considérablement leur vocation.

Désormais les centres d'accueil et les centres hospitaliers de soins à long terme reçoivent des gens de plus en plus âgés et de plus en plus détériorés au plan physique et mental. Le portrait-type de la clientèle hébergée actuellement a subi, durant cette période une mutation telle que les établissements ont dû adapter en peu de temps leur organisation, leurs ressources et leur environnement pour faire face à ces nouvelles situations.

Pour parler davantage des centres d'accueil, les participants ont mentionné entre autres, l'implantation progressive d'un modèle d'organisation de services et programmes répondant mieux aux nouveaux besoins des clientèles. C'est ainsi que l'équipe d'intervenants s'est vu transformée par l'arrivée des nouveaux types de professionnels provenant de domaines rattachés à la santé physique et mentale pour répondre plus adéquatement aux nouveaux besoins. Cet apport a cependant amené la nécessité de créer une structure organisationnelle différente où la multidisciplinarité prend le pas sur l'approche individuelle compartimentée.

De plus, l'intervenant s'est rapidement trouvé confronté dans un contexte de plafonnement des ressources, à investir un nouveau partage des pouvoirs d'intervention en partageant tantôt avec les autres intervenants, tantôt avec les membres de la famille, les proches ou les bénévoles, une part des responsabilités qu'il détenait auparavant en exclusivité.

Un autre aspect non négligeable dans les transformations vécues par le réseau concerne l'environnement physique et social nouveau provoqué par les nouvelles caractéristiques des personnes admises en institution. Deux phénomènes principaux sont particulièrement soulignés par les intervenants dans cette ligne. D'une part, de milieu d'hôtellerie où les services et les soins étaient accessoires, le centre d'accueil est devenu un milieu de soins et services où l'hôtellerie constitue une dimension accessoire. D'autre part, de milieu où la proportion de gens malades et non-lucides représentait une minorité, le centre d'accueil est devenu un endroit où les personnes lucides et relativement autonomes sont en minorité. Ces deux éléments ont fait en sorte qu'il faut maintenant reconsidérer le rôle et les orientations de ce type d'établissement tout en tenant compte des contraintes imposées au niveau architectural et budgétaire. Pour résumer la situation décrite par les participants, on peut affirmer que la vocation des centres d'accueil d'hébergement a été considérablement modifiée par l'arrivée massive d'une clientèle plus âgée, souffrant d'incapacités importantes au plan physique et cognitif alors que les ressources matérielles et financières n'ont pas suivi la même progression et que les moyens mis en place pour permettre au personnel de s'adapter à ces nouveaux besoins n'ont pas été suffisants.

Nouveaux besoins

Les participants sont unanimes pour affirmer l'émergence de clientèles de plus en plus nombreuses dont les besoins augmentent, tant au plan physique qu'au plan cognitif. Ces nouveaux besoins se manifestent principalement par l'apparition de plus en plus fréquente de comportements inaptes à caractère agressif

et perturbant ou sous forme de confusion ou de désorientation douce et non violente mais nécessitant un encadrement supplémentaire.

Ces nouveaux besoins issus de la clientèle, créent de nouveaux besoins chez les intervenants. Ces derniers affirment devoir désormais composer d'abord avec ces nouvelles situations à partir de leurs propres ressources et habiletés personnelles; ils manifestent un profond désir d'apprendre à mieux s'utiliser dans ce nouveau contexte, mais surtout à rechercher un fonctionnement où leurs propres forces sont mises en commun avec celles des autres intervenants, de la famille, de l'entourage, des bénévoles et de la personne âgée elle-même. Loin d'abdiquer devant cette nouvelle réalité, les participants au colloque continuent de se sentir dépositaires d'une responsabilité qu'ils entendent mieux consolider pour canaliser les énergies disponibles en se servant de personnes-ressources extérieures au besoin. Chacun se considère capable de s'utiliser, mais en respectant ses limites personnelles tout en se considérant interdépendant et solidaire des autres intervenants et des personnes significatives qui partagent les mêmes objectifs auprès de la personne hébergée. Cette affirmation amène les participants à prendre conscience qu'une nouvelle manière d'être émerge des discussions entendues au cours de ce colloque. On semble d'accord pour reconnaître que les nouvelles problématiques ont amené un peu trop fortement un accent sur la structure plutôt que sur la personne, on s'entend pour affirmer la suprématie du besoin de la personne sur l'organisation. Le centre d'accueil doit s'adapter aux besoins de ceux qu'il accueille en modelant son organisation sur les caractéristiques de la clientèle qu'il dessert. Il s'agit de faire en sorte que rien ne soit sacrifié pour satisfaire l'ensemble des apports bio-psycho-sociaux sur lesquels doit porter le plan d'intervention.

Plusieurs expériences présentées par les participants font état de ces nouveaux besoins auxquels ils tentent de répondre. C'est ainsi que d'aucuns parlent, entre autres, de ce besoin de maintenir la possibilité de créer un milieu de vie se rapprochant le plus possible des caractéristiques d'un environnement humain proche

de la réalité. Malgré l'émergence considérable des besoins à caractère physique nécessitant une réponse en termes de soins médicaux et infirmiers, de nombreux participants exprimaient leur préoccupation de conserver au centre d'hébergement une dimension humaine et chaleureuse où la relation entre les individus prime sur tout autre aspect. D'où la place essentielle accordée par l'ensemble des intervenants à la famille, aux proches et aux pairs dans le maintien des conditions nécessaires pour créer ce climat favorable à la poursuite d'une vieillesse heureuse.

Enfin, même si on mentionnait posséder en soi les ressources pour s'adapter à cette nouvelle configuration de besoins, on considérerait important de recourir à la formation pour développer de nouvelles méthodes d'intervention et accroître ainsi l'efficacité de l'équipe. C'est dans un esprit de perpétuelle remise en question qu'on souhaitait voir s'installer un mécanisme permettant l'apprentissage de nouvelles techniques, de nouvelles manières d'être et de nouvelles approches collectives et individuelles, pour répondre encore mieux aux nouvelles exigences de la pratique.

Nouvelles exigences de la pratique

Les personnes présentes au colloque ont fait preuve d'une lucidité assez exceptionnelle quant au nouveau contexte de travail généré par les besoins décrits plus haut.

En effet, on peut identifier deux zones de préoccupation sur lesquelles portaient les échanges. D'une part, on soulignait à quel point c'est d'abord l'individu lui-même dans sa manière d'être comme intervenant qui doit se façonner dans ce qu'il a de plus personnel pour mieux aborder les nouveaux défis qui s'offrent à lui. Qu'on pense aux attitudes à développer pour faciliter l'adaptation des personnes âgées en perte d'autonomie importante ou qu'on pense au réseau de communications efficaces et humaines à établir avec la famille, l'entourage et tout le personnel pour créer un climat de relation positive favorisant le maintien d'une qualité de vie comparable au milieu naturel, ce sont là des éléments sur lesquels la majorité des participants

s'entendent à travailler si ce n'est déjà commencé. Certains établissements ont d'ailleurs mis en place un processus de changement en ce sens en utilisant, par exemple, la publication d'une charte des droits et libertés de la personne âgée hébergée. C'est le cas, notamment de la Résidence Yvon Brunet à Montréal qui tente, depuis près de 2 ans, d'appliquer dans tous les secteurs d'action de la maison, un consensus autour de principes liés à une philosophie basée sur le respect intégral des valeurs individuelles des personnes âgées. Selon ce concept, on privilégie dans les faits le droit à la participation aux décisions, le droit à l'intégrité personnelle, le droit à l'intimité, le droit de prendre des responsabilités, etc.. Cette expérience ne va pas sans créer certains remous, mais elle démontre qu'il est possible de créer un véritable milieu de vie, malgré les handicaps et les déficiences des personnes âgées. Les membres de l'équipe d'intervenants de cet établissement ont fait leur, cette orientation fondamentale qui veut que l'on considère ce qui reste chez la personne vieillissante plutôt que de s'attarder à compenser ce qu'elle a perdu. Dans cette ligne de modification d'attitude et de changement au niveau de la manière d'être, plusieurs témoignages ont été entendus relativement à la mise en oeuvre d'une conception intégrée de l'intervention auprès des bénéficiaires.

Une intervenante de la région de Hull, à la suite d'autres expériences réalisées dans d'autres régions, parlait de l'implantation d'un modèle conceptuel en soins infirmiers, inspiré de Callista Roy. À partir d'un programme de formation offert à l'ensemble du personnel accompagné d'un encadrement fourni par une infirmière clinicienne, elle a pu habileter les intervenants à utiliser une démarche visant à répondre aux diverses fonctions identifiées comme devant faire l'objet d'une intervention spécifique auprès de la personne âgée.

Il serait intéressant de souligner les nombreuses autres expériences rapportées au cours du colloque en rapport avec l'autre aspect relié aux nouvelles exigences de pratique. En effet, nous avons mentionné dans ce qui précède les éléments qui, d'une part, se rattachent à l'individu lui-même mais le point qui, d'autre part, a

attiré l'attention des participants, fut celui qui touche les nouvelles manières de travailler.

À maintes reprises avons-nous entendu s'exprimer plusieurs personnes sur l'importance de favoriser le développement d'outils mieux adaptés aux nouveaux besoins de la clientèle. Beaucoup ont insisté sur l'approche multidisciplinaire comme orientation permettant d'atteindre plus facilement les objectifs déterminés par l'équipe d'intervenants en fonction des besoins identifiés chez la personne âgée. Sans y voir non plus la réponse magique à tous les problèmes, il s'est dégagé un certain nombre de balises autour desquelles cette approche représentait le maximum d'effets. En premier lieu, la participation de tous les intervenants avec la personne âgée elle-même et sa famille constituait, selon les personnes présentes un facteur éventuel. En second lieu, le respect des capacités, forces et limites de chacun était considéré comme un autre élément important pour assurer la réussite de cette approche. Enfin, la détermination des zones de responsabilité de chacune des personnes impliquées représentait un autre aspect fondamental. Ainsi tout en s'entendant sur les avantages de l'approche multidisciplinaire comme moyen plus sûr de mieux répondre aux besoins de la clientèle, on soulignait combien le fonctionnement de l'équipe est tributaire des conditions mises en place pour qu'il garantisse l'harmonie et l'efficacité dans le respect mutuel des compétences de chacun.

Le plan d'intervention, dans cette perspective, devient sans doute l'aboutissement logique d'une démarche de cette nature, puisqu'il suppose, au point de départ, un processus de mise en commun des objectifs sur lesquels il devra porter. Il s'agit d'ailleurs d'un élément sur lequel plusieurs participants s'entendaient comme étant la voie qu'allait orienter pour une bonne part, la façon de faire du réseau dans un avenir rapproché. En effet, que ce soit pour permettre une prise de conscience de l'environnement et amener un changement comportemental, comme l'expérience citée par une intervenante de Baie Comeau, ou que ce soit pour favoriser la désinstitutionnalisation des personnes dont l'état général ne justifie plus un séjour en

établissement, comme ce fut le cas dans un projet décrit par un intervenant de la région de Trois-Rivières, c'est autour du plan d'intervention que se rallieront les intervenants et la personne âgée elle-même ou sa famille en rendant viables les effets d'une véritable approche multidisciplinaire où chacun accepte de jouer le rôle qui lui revient pour assurer l'atteinte de l'objectif auquel il a adhéré. Certains ont même souligné jusqu'à quel point le succès d'une telle entreprise est relié à l'importance pour chacun de jouer son rôle sous peine de mettre en péril l'ensemble de la démarche.

Conclusion

C'est donc dire combien ce colloque aura été une occasion exceptionnelle de mieux saisir les enjeux qui caractérisaient le réseau quant à sa capacité de s'adapter aux multiples changements et nous ne pouvons que nous réjouir de l'impact que cette réflexion pourra créer chez ceux qui ne désirent qu'être mieux préparés à offrir le meilleur d'eux-mêmes.

Synthèse commentée des ateliers sur

"Les changements organisationnels et leurs conséquences; collaboration et concertation.

par Mireille Lemasson
D.S.C. Maisonneuve-Rosemont

Les changements organisationnels sont de deux ordres ceux qui sont imposés par en haut, ex. la décentralisation, et ceux qui sont générés de l'intérieur par un désir créateur dans son travail, ex. nouveaux services ou modes de pratique.

Dans les deux cas, ces changements provoquent de la résistance. Pour les premiers, non qu'ils soient mauvais en soi mais ils sont imposés sans consultation et cela détruit les groupes de travail; pour les changements générés de l'intérieur, changer implique de l'insécurité chez les intervenants comme chez les bénéficiaires. Rompre avec ses habitudes n'est jamais facile.

Plusieurs expériences positives de changements organisationnels ont été rapportées dans l'atelier. Il s'en dégage de nouvelles manières d'agir:

- La concertation entre les différents intervenants
- La mise sur pied dans les régions de tables de concertation où sont représentés tous les organismes intéressés de près ou de loin aux problèmes de la personne âgée.

De cette façon la clientèle âgée aurait une voix pour définir les changements dans les services qui s'adressent à elle.

Une deuxième piste est de mettre à contribution l'apport des retraités et de profiter de leur potentiel créateur pour améliorer leurs conditions de retraite et celles des autres.

Il a été suggéré que ces initiatives d'engagement social soient rémunérées.

En conclusion, le concept d'État-Providence qui s'est développé dans la période des années 60 a conduit à l'anéantissement quasi total de la créativité. Il faut la retrouver et cette période de crise nous encourage à y contribuer.

Dans l'atelier sur la collaboration et concertation, la discussion a suivi la présentation d'une série d'expériences:

Expériences présentées

Amélioration du transport en commun à Montréal présentée
par le Forum des citoyens âgés
Académie de gérontologie de l'Outaouais
Liens de services mutuels entre un centre communautaire et le réseau public
Collaboration des centres d'hébergement dans la région de Québec avec le Conseil régional

Principes qui se dégagent de ces expériences

Vouloir vraiment régler le problème
Respecter l'identité des partenaires
Assurer la plus grande participation des organismes ou des individus
Se reconnaître un pouvoir de changer la situation
Se déléguer les responsabilités
Développer une philosophie commune
Trouver un langage commun

Nouvelles manières d'être et de travailler

Être informé des initiatives des partenaires du réseau
communautaire et du réseau public
Être formé si nécessaire à la réalité des organismes
du réseau public et communautaire
Différencier les niveaux de collaboration
(planification, intervention, échange de services, pression politique

approfondiraient notre connaissance des ressources du réseau

Collaborer à l'échelle locale entre intervenants,
Négocier avec les organismes centraux une autonomie locale
dans les projets de concertation,
Savoir compter sur des personnes clés médiatrices,
Utiliser les ressources existantes d'information et conseil

devraient améliorer notre savoir faire

Accepter et faire connaître que les idées et les projets viennent "aussi" de la base,
Être souple et flexible, moins compétitif, accessible dans le langage
Reconnaître les leaders du milieu

feraient partie du savoir être.

Dans l'atelier il a été aussi question des obstacles à la concertation: le réseau communautaire n'est pas reconnu des intervenants du réseau, les instances actuelles de participation ne sont pas accessibles aux intervenants du milieu non professionnel, la compétition ou l'indifférence sont présentes dans le milieu communautaire comme dans le réseau public.

ATELIERS D'INFORMATION
ET DE PARTICIPATION

Atelier 1

Gérer la documentation gérontologique

Le classement et le repérage du déluge d'informations reçues régulièrement n'est maintenant plus un problème. Des solutions non compliquées se retrouvent dans la connaissance et l'application d'une bonne méthode appropriée ainsi que dans l'utilisation d'un ordinateur.

Ainsi, l'organisation d'une bibliothèque comporte, entre autre, l'identification de chaque document ou série, des endroits de rangement déterminés et le montage d'un catalogue des auteurs et des titres.

Un classement bien organisé exige la préparation d'un recueil de mots utilisés dans le processus de l'indexation et de la récupération d'information. Pour être facilement utilisable il doit être interdisciplinaire, international et adaptable.

Toutes ces caractéristiques sont intégrées dans un logiciel qui permet le traitement d'un programme bien adapté donnant des résultats des plus intéressants.

Informations: Yvan Goulet
Programme de recherche en gérontologie
Université de Sherbrooke
(PREGUS) - Direction générale de
l'éducation permanente
Sherbrooke, Qc
J1K 2R1

Atelier 2

Musique et Santé

Musique et santé expose des techniques de la musicothérapie chez les personnes âgées. Il s'agit de décrire comment nous pouvons adapter les instruments de musique pour que les personnes âgées puissent les utiliser facilement. Des instruments électroniques et des ordinateurs sont aussi expérimentés.

Il s'agit tout d'abord, de conserver le potentiel de la personne âgée en se sensibilisant à certaines techniques particulières.

L'évaluation des possibilités de participation active se fait par l'approche individuelle, la stimulation, l'orientation dans la réalité, la remotivation et la créativité.

Le but est de suggérer qu'il existe un lien entre la créativité et le bien-être physique et mental.

Informations: Bryan Highbloom
C.L.S.C. Métro
Programme de soins et services à domicile
1819 ouest, boul. Dorchester, suite 310
Montréal, Qc
H3H 2P5

Atelier 3

Identité et mouvement

Le travail de madame Vaznaugh se situe dans un cadre de prévention et vise à intégrer les arts aux sciences de la santé. Ce concept permet à travers des exercices précis de réapprendre son corps pour en tirer un maximum de santé et de confort.

La musique et la danse sont des facteurs de première importance dans le renforcement d'un groupe comme, par exemple, celui des personnes seules.

Nous enseignons la relation entre le corps et son environnement, entre le corps des autres et le sien et préconisons avant tout une analyse de la qualité du mouvement quotidien et de son contenu émotionnel.

Documentation disponible au secrétariat de l'A.Q.G.

Informations: Delfa Vaznaugh
Center for the Study of Pre-retirement and Ageing
The Catholic University of America
Washington, DC 20064
U.S.A.

Atelier 4

Approche dynamique dans l'intervention

Une équipe du C.L.S.C. Métro composée de Daphné Nahmiash, Céline Bureau-Jobin, Peggy Korovessi, Françoise Houle et Jean Lachance, a fait une présentation sur le thème "Approches novatrices" utilisées dans le travail avec les personnes âgées.

Objectifs

Tout le monde a participé pour démontrer les concepts suivants:

- créativité
- réalisation
- énergie
- authenticité
- tâches
- indépendance
- "fun"

Un vidéo de la présentation a été fait mais comme la prise de son a été défectueuse malheureusement, nous devons refaire la bande sonore et éventuellement le vidéo pourra être disponible à tous.

Informations: Daphné Nahmiash
C.L.S.C. Métro
Programme des soins et services à domicile
1819 ouest, boul. Dorchester, suite 310
Montréal, Qc
H3H 2P5

Atelier 5

Approche holistique (médecine douce)

L'approche holistique utilisée par la plupart des médecines douces, permet de s'attaquer au noeud du problème et de restituer au corps et à l'esprit l'équilibre et l'harmonie dont il a besoin.

Parmi les moyens d'actions utilisés, nous retrouvons:

- la réflexologie (Lise Lavoie)
- le toucher thérapeutique (Murielle Mailloux)
- la polarité (Pauline Gilbert).

Ces derniers peuvent être appliqués à votre clientèle en établissement ou à domicile sans aucun équipement après un apprentissage relativement court et à coût moyen.

Informations: Constance Blanchard
D.S.C. Verdun
Centre Hospitalier Verdun
4000 boul. LaSalle
Verdun, Qc
H4J 2A3

Atelier 6

Intervention de réseau auprès des personnes âgées

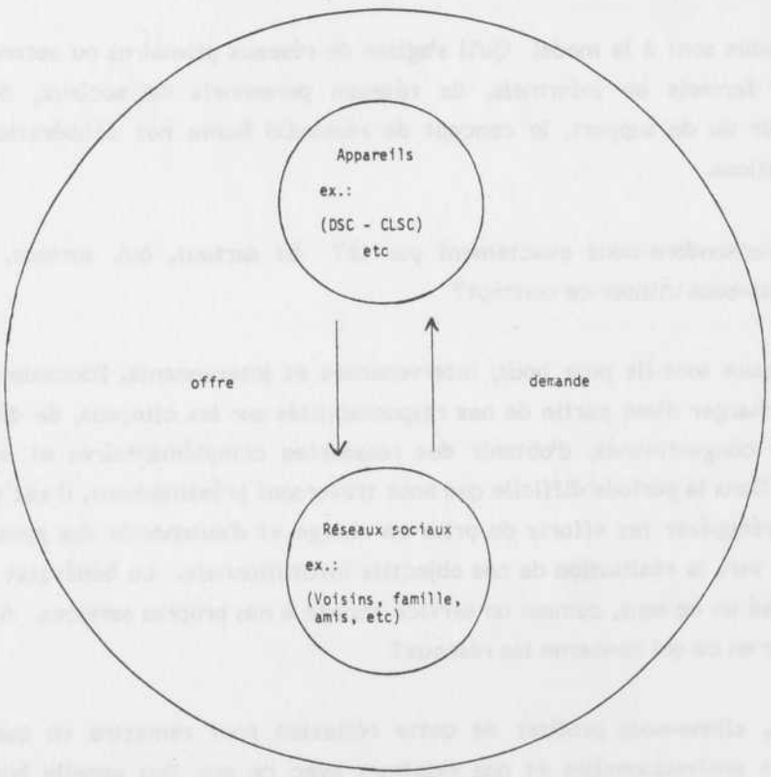
Les réseaux sont à la mode! Qu'il s'agisse de réseaux primaires ou secondaires, de réseaux formels ou informels, de réseaux personnels ou sociaux, de réseaux d'entraide ou de support, le concept de réseau(x) hante nos délibérations et nos interventions.

Mais qu'entendons-nous exactement par là? Et surtout, oui, surtout, comment entendons-nous utiliser ce concept?

Les réseaux sont-ils pour nous, intervenantes et intervenants, l'occasion rêvée de nous décharger d'une partie de nos responsabilités sur les citoyens, de dégager nos services congestionnés, d'obtenir des ressources complémentaires et supplémentaires? Dans la période difficile que nous traversons présentement, il est tentant de vouloir récupérer les efforts de prise en charge et d'autonomie des gens et de les orienter vers la réalisation de nos objectifs institutionnels. Le bénévolat a souvent été utilisé en ce sens, comme un service annexe à nos propres services. Allons-nous récidiver en ce qui concerne les réseaux?

Ou bien, allons-nous profiter de cette réflexion pour remettre en question nos pratiques professionnelles et nos relations avec ce que l'on appelle bureaucratiquement "la clientèle, les usagers ou les bénéficiaires"? La véritable révolution consisterait à inverser le sens de nos interventions, à remplacer la relation d'aide par une relation d'égal à égal, à nous considérer comme complémentaires aux ressources du milieu, à supporter les efforts de prise en charge par le milieu...

Les réseaux sociaux sont la voie de l'avenir. Espérons que nous ne raterons pas le virage communautaire et que nous saurons nous engager dans cette voie, de la manière appropriée.



Documentation disponible au secrétariat de l'A.Q.G.

Informations: André Bergeron
Carmen Altamirano

D.S.C. Sacré-Coeur
5400 ouest, boul. Gouin
5ème étage, aile J
Montréal, Qc
H4J 1C5

Atelier 7

Festival Vidéo

On découvre comment l'intervenant peut introduire le vidéo-cassette (VHS-Beta-3/4) dans son action. Quels sont les avantages et les contraintes de ce nouveau média? Quels sont les critères qui permettent de choisir un vidéo qui rejoigne à la fois ses objectifs et la clientèle cible?

Informations: Edwige Rouleau
D.S.C. Verdun
4000 boul. LaSalle
Verdun, Qc
H4J 2A3

Atelier 9

Avoir Pignon sur rue

Entre le centre de jour, le club d'âge d'Or et le C.L.S.C., il n'existe pas de lieu de rassemblement, de participation et de prise en charge par et pour les pré-retraités et retraités. Il y a donc un chaînon manquant entre le loisir autogéré et le thérapeutique institutionnel. Il faut quelque chose qui soit plus que du loisir, moins que de la thérapie et qui "appartienne" en même temps à la personne du 3e âge. Ce "quelque chose" peut être un centre communautaire autonome.

Le centre communautaire s'adresse aux pré-retraités et retraités autonomes d'un territoire donné. Le territoire doit être défini en tenant compte le plus possible des regroupements naturels ou de la mentalité des gens si l'on veut que le centre ait une "âme"; ce sont les gens qui habitent aux alentours qui alimentent la vie communautaire d'un centre parce qu'ils y viennent souvent, sont très actifs et acceptent des responsabilités.

L'image du centre communautaire dépendra de son éventail de services et de sa programmation d'activités; ceux-ci doivent permettre d'atteindre les objectifs généraux et spécifiques. Les pré-retraités et retraités doivent pouvoir prendre en charge leur propre qualité de vie et agir sur leurs conditions de vie générales.

Groupe de travail sur les centres communautaires
pour pré-retraités et retraités en collaboration avec

le Service des sports et loisirs
de la Ville de Montréal

et le Centre Berthiaume-Du Tremblay

Informations: Pierre Laurence
Organisateur communautaire
C.L.S.C. Mercier-est
8615, rue Hochelaga
Montréal, Qc
H1L 2M5

AFFICHES

La nutrition et les personnes âgées

Lors de notre kiosque d'information, la prévention de la malnutrition chez les personnes âgées fut discutée à travers les sujets suivants:

- organiser les repas communautaires;
- monter un projet de bénévole pour faire les achats d'aliments pour les personnes âgées;
- informer les personnes âgées sur la nutrition par des sessions incorporant des films/vidéo/ jeux et des dégustations;
- connaître les ressources en nutrition dans votre quartier.

Informations: Mindy Shohaw Bellman
Nutritionniste - Groupe d'achats
C.L.S.C. Métro
Programme de Soins et Services à domicile
Téléphone: 932-2616

Programme d'aide en gérontoxicomanie

La présentation graphique au congrès de gérontologie, faite par le groupe Harmonie, servait à illustrer l'objectif principal du projet c'est-à-dire: l'amélioration du fonctionnement de la personne âgée toxicomane, ainsi que de sa qualité de vie et ce, au moyen de l'approche globale. Cette intervention se veut individualisée et à domicile. Elle est faite par un groupe de bénévoles qui reçoivent au préalable une formation en gérontoxicomanie.

Informations: Roger Barbeau
Coordonnateur du groupe Harmonie
1819 ouest, rue Dorchester, suite 310
Montréal, Qc
Téléphone: 932-2616

Développement d'un carnet de médicaments

Un carnet de médicaments destiné aux personnes âgées, de 65 ans et plus qui consomment au moins trois (3) médicaments par jour, ce projet est expérimenté par le D.S.C. Verdun.

Les objectifs sont les suivants:

- encourager une utilisation appropriée des médicaments chez ces personnes âgées;
- faciliter l'identification et la prévention d'interactions non désirées;
- encourager le consommateur à assumer son rôle plus actif dans ses soins.

Informations: Sylvie Poirier, L. Phm.
Agent de projet, D.S.C.
Centre hospitalier de Verdun
4000 boul. LaSalle
Verdun, Qc H4G 2A3
Téléphone: 765-7315

Le rôle des processus attentifs dans la mémoire:
une analyse du rappel d'images par les sujets âgés et jeunes

Cette recherche vise à démontrer que la mémoire correspond à des stimuli qui intéressent la personne testée. Les conclusions confirment que les jeunes retiennent les données plus facilement que les plus âgées.

Résumé: Une série de 10 images communes et 10 images infréquentes a été présentée en ordre aléatoire à 30 femmes âgées (âge : 60-88 ans) et à 30 jeunes étudiantes universitaires (âge: 17-24 ans). Durant la présentation des images, une mesure psychophysiologique de l'attention portée à chacun des stimuli a été prise.

Après une période de 30 minutes suivant la présentation des images, un test de rappel libre a été administré, ainsi qu'un test d'intelligence verbale.

- Les jeunes ont rappelé un plus grand nombre d'images que les aînés. Les réactions psychophysiologiques étaient aussi plus fortes chez les jeunes, suggérant que la plus grande attention portée aux images par les jeunes était associée au meilleur rappel par ce groupe.

- Jeunes et âgés se sont mieux rappelés des images qui avaient suscité les plus fortes réactions psychophysiologiques. À tout âge donc, l'intérêt et l'importance subjective accordés aux stimuli rehausse la capacité mémorielle.

- La mémoire pour les images est positivement associée à l'intelligence verbale, surtout dans le groupe âgé.

Informations: Louise Plouffe et Robert Stelmack
Université du Québec à Hull
Téléphone: (819) 776-8268

Arthritergo: outil thérapeutique

Jeu éducateur pour les arthritiques et aussi pour les personnes qui les côtoient: parents, amis, intervenants, etc.

Principes et moyens

Par l'intermédiaire de questions, de mises en situation, d'illustrations, de renseignements et d'exemples appliqués, le jeu Arthritergo amène les joueurs à acquérir et à approfondir des connaissances sur l'arthrite et ses effets. Il enseigne aussi à l'arthritique les principes de protection des articulations affectés et les moyens à prendre pour organiser ses activités en vue de ménager son énergie.

Une fois qu'il en a bien assimilé les concepts, l'arthritique peut se servir du jeu pour expliquer son état et ses comportements aux membres de sa famille, à ses amis ou à ses collègues de travail.

Informations: Kateri Leclerc
Ergothérapeute
Centre hospitalier Champlain

Projet Co-existence

Le service

Le Projet Co-existence est un service de logement pour les personnes âgées et celles qui voudraient partager avec une personne âgée. Le partage permet aux personnes âgées de rester dans leur propre environnement et de garder leur autonomie par l'entremise d'une présence humaine, d'une baisse nette des coûts fixes et de la possibilité d'obtenir des services nécessaires. Pour les personnes en quête d'un logement, le partage fournit une alternative à prix modique et procure pour les deux partis une qualité de vie rehaussée. La compatibilité physique, émotive et financière des deux individus concrétise le lien éventuel.

Comment le service fonctionne:

Le Projet Co-existence fait passer en entrevue tous les candidats, soit à notre bureau ou dans le logis offert. Un formulaire est rempli et nous mettons en contact les uns avec les autres ces personnes qui semblent avoir des goûts et besoins en commun. La décision finale de se lier ou non, réside toujours évidemment chez les partis impliqués.

Nous assistons à la première rencontre afin de discuter des dispositions de jumelage et aussi pour assister aux négociations de compromis possibles. La flexibilité, la tolérance et le respect mutuel sont essentiels afin d'assurer un jumelage fructueux. Le Projet Co-existence demeure en contact téléphonique avec le couple et est à leur

disposition comme source de référence et soutien, si nécessaire.

Ce service exclu ceux qui cherchent un placement ou un hébergement temporaire.

Informations: Gail Casey
Catholic Community Services inc.
1857 ouest, de Maisonneuve
Montréal, Qc H3H 1J9
Téléphone: 937-5351

Projet de maîtrise en gérontologie à l'Université de Sherbrooke

Le projet de maîtrise en gérontologie soumis en mai 1985 par l'Université de Sherbrooke au Conseil des universités du Québec est caractérisé par:

- l'alternance de l'action et de la réflexion (il s'adresse aux praticiens et ne les oblige pas à quitter leur emploi);
- la formation par la recherche-action;
- la production plutôt que la consommation de savoir;
- une approche multidisciplinaire;
- une élucidation et une transformation des schèmes de compréhension et des méthodes d'intervention en gérontologie.

Si le processus d'approbation se déroule tel que prévu, le nouveau programme pourrait voir le jour en septembre 1986.

Informations: Gilbert Leclerc
Direction générale de l'éducation permanente
Université de Sherbrooke, Qc
Téléphone: (819) 821-7676

Cellules-santé

Objectif

Maintenir l'autonomie physique, psychologique et sociale des personnes retraitées vivant à domicile.

Activités

- Animation de groupes de personnes retraitées.
- Enseignement sur les moyens de maintenir un bon état de santé:
  - discussions sur différents thèmes;
  - présentation de documents audio-visuels;
  - conférenciers;
  - dégustations et dîners communautaires.

Impact

- Changements de certaines habitudes de vie.
- Naissance des groupes "Ma santé, je m'en occupe".

Informations: Danielle Girouard
C.L.S.C. St-Michel
7605 rue François Perreault
Montréal, Qc H2A 3L6
Téléphone: 374-8223

Ma santé je m'en occupe

Objectif

- Favoriser la recherche de solutions aux problèmes de santé (bio-psycho-social) des personnes retraitées.

Activités

- Animation de groupes de personnes retraitées.
- Identification des problèmes prioritaires.
- Élaboration de stratégies d'actions.
- Rencontres avec des personnes ressources.
- Formation de groupes de pression et de concertation.

Impact

- Section locale de l'A.Q.D.R.
- Table de concertation des H.L.M.
- Mini-bottin des ressources pour les aînés(es) de St-Michel.
- Projet pilote: jumelage avec Parents-Secours.
- Groupe de pression pour l'amélioration de trajet d'une ligne d'autobus.

Informations: Danielle Girouard
C.L.S.C. St-Michel
7605 rue François Perreault
Montréal, Qc H2A 3L6
Téléphone: 374-8223

Un centre de référence en information juridique pour et par les retraités

Dans une société comme la nôtre, les citoyennes et citoyens doivent connaître leurs droits et obligations. Les aînés ne sont pas exemptés de cette réalité.
Ainsi, le centre de référence en information juridique, pour et par les retraités, se veut un lieu privilégié d'accès à une documentation juridique susceptible de rejoindre les besoins et préoccupations des aînés. S'adresse aux aînés des quartiers Ahuntsic et St-Michel et dispense des services de consultation et de séances d'information.

Une documentation variée...

Le centre de référence juridique invite donc les retraités à consulter les dépliants et brochures publiés par différents ministères des gouvernements fédéral et provincial.

Quelques livres et revues à caractère légal sont aussi disponibles pour permettre un approfondissement de certains sujets.

De plus, des minutes légales et des dossiers thématiques complètent l'ensemble des documents en abordant des thèmes variés (assurances, curatelle, logement, régimes matrimoniaux, responsabilité civile, testaments, etc...).

Le centre de référence juridique sera mis à jour quotidiennement grâce à l'implication d'un comité responsable.

Informations: Evelyne Racicot
Centre Berthiaume-Du Tremblay
1474 est, rue Fleury
Montréal, Qc H2C 1S1
Téléphone: 382-0310

L'action bénévole une réalité palpable

Claire Pouliot
Association d'entraide bénévole,
Anjou, Qc
Téléphone: 351-2517

Outil réseau intégré au maintien à domicile

Roger Lavoie
C.L.S.C. Montréal-Nord
11441 boul. Lacordaire
Montréal-Nord, Qc H1H 4J9
Téléphone: 327-3467

Approche globale auprès des cancéreux en phase terminale

Anne-Marie Proulx
Entraide Ville-marie
6000, 9e Avenue Rosemont
Montréal, Qc H1Y 2K5
Téléphone: 376-7200

Le bénéficiaire, l'intervenant dans l'action multidisciplinaire

Colette Laganière
Hôpital Sainte-Rita (CHSP)
11730 rue Desy
Montréal-Nord, Qc H1G 4C3
Téléphone: 323-6143

Projet d'intervention télévisée auprès des personnes de 55 ans et plus

Jacques Lagacé et May Poirier
Ministère de l'Éducation
600 rue Fullum
Montréal, Qc H2K 4L1
Téléphone: 873-4037

EXPÉRIENCES D'INTERVENTIONS PRÉSENTÉES

DANS LE CADRE DES ATELIERS DE DISCUSSIONS

Table de concertation (D.S.C. Hôpital de Chicoutimi)

Remarques préliminaires

- Début (1ère réunion): le 12 avril 1984
- Nombre de réunions au 31 octobre 1985: 11 réunions
- Moyenne des présences: 65%
- Les réunions se tiennent au D.S.C., elles débutent à 9 heures et se terminent vers 12 heures.

Principaux sujets de la "concertation"

- Missions et fonctions d'un D.S.C.
- Mandat, fonctionnement et composition de la Table de concertation en gérontologie.
- Informations suivies (copies des compte-rendus) des travaux des Responsables des services de maintien à domicile et des centres de jour du Saguenay.
- Sensibilisation vis-à-vis le Programme de travaux communautaires.
- Informations détaillées sur les subventions distribuées par le C.R.S.S.S. aux organismes bénévoles contribuant au maintien à domicile des personnes âgées.
- Étude de "Esquisse du profil de santé de la personne âgée du Saguenay".
- Prise de connaissance d'un rapport sur les A.C.V., produit par un comité régional et transmis au C.R.S.S.S.; insistance (par écrit) auprès de ce dernier pour qu'il y donne une suite.
- Livre vert concernant l'éventuelle politique gouvernementale sur la Famille.
- Information sur projets de recherche régionaux:
    - Profil socio-sanitaire.
    - Isolement de la personne âgée.

- Information et suivi re: Système d'admission en C.H.L.D. et C.A.H. que le C.R.S.S.S. est à élaborer.
- Enquête sommaire sur l'alimentation des personnes âgées versus le four micro-ondes.
- Étude de la politique du M.A.S. sur les personnes âgées: "Un nouvel âge à partager" (2e trimestre 1985).
- Étude et réflexion sur le modèle gérontologique de la région 06-A, en vue de la fixation de nos priorités.
- Réflexion (qui se poursuit) dans le cadre du Plan directeur du D.S.C. dans le but d'apporter la contribution de la Table.
- Priorité pour les prochains mois (à compter d'avril 1986) l'intégration sociale de la personne âgée.

Le médecin-conseil en gérontologie,

Marcel Perron
Coordonnateur de la Table
D.S.C., Hôpital de Chicoutimi
305 rue St-Vallier
Chicoutimi, Qc G7H 5H6
Téléphone: (418) 549-2195

TABLE DE CONCERTATION

Foyer des Années d'Or
Jonquière

Résidence Ste-Marie
Jonquière

C.L.S.C. Saguenay-Nord
Chicoutimi (secteur nord)

C.L.S.C. du Fjord
Ville de La Baie

Hôpital de La Baie
Ville de La Baie

Centre hospitalier de Jonquière
Jonquière

Centre de services sociaux
Chicoutimi

CRSSS-02
Chicoutimi

Département des sciences humaines
U.Q.A.C.
Chicoutimi

C.E.G.E.P. de Jonquière
Jonquière

Service d'éducation permanente
C.E.G.E.P. de Chicoutimi
Chicoutimi

Association québécoise des droits des retraités
Jonquière

Conseil Age d'Or, Saguenay-Lac-St-Jean
Chicoutimi (secteur nord)

Centre Horizon 3ième Age
Chicoutimi (secteur nord)

Presbytère de la Cathédrale
Chicoutimi

D.S.C. - Hôpital de Chicoutimi
Chicoutimi

Les droits des personnes âgées
(à la Résidence Yvon-Brunet)

La charte des droits et libertés de la personne âgée

Cette charte est le résultat d'une démarche entreprise avec l'ensemble du personnel lors de la journée d'étude tenue à l'été 1983.

L'objectif de départ était de rapprocher le plus possible la vie en centre d'accueil de la vie chez soi. Elle n'est pas une liste de tous les droits qu'un résident possède puisque la charte des droits et libertés de la personne les lui garantit de toute manière. Elle se rapproche davantage d'un code d'éthique.

Comme il serait trop long de présenter chacun des droits, en voici quelques-uns qui ont été appliqués et qui ont eu un impact important dans le Centre:

4e droit: "La personne âgée a le droit d'être informée des conséquences de ses décisions sur les soins qu'elle accepte ou non de recevoir".

7e droit: "La personne âgée a le droit d'être chez elle au Centre Henri Dunant et de jouir d'un espace personnel inviolable".

9e droit: "La personne âgée a le droit de posséder des biens personnels et d'être la seule personne à y avoir accès".

11e droit: "La personne âgée a le droit de recevoir des soins personnels par une personne du même sexe".

14e droit: "La personne âgée a le droit d'organiser son espace personnel selon son bon vouloir".

16e droit: "La personne âgée a le droit d'exprimer ses besoins et d'obtenir des réponses en accord avec ses valeurs personnelles".

17e droit: "La personne âgée a le droit de se faire appeler par son nom de baptême, de conserver son statut civil et de se faire vouvoyer".

25e droit: "La personne âgée a le droit de prendre des responsabilités dans l'organisation du Centre".

Conclusion

Tous ces changements, dont une partie seulement a été énumérée ici, ont été faits sur une période de deux (2) ans. Il en reste encore pour plusieurs années avant de pouvoir prétendre que la Charte a été appliquée au Centre. Plusieurs erreurs de parcours ont eu lieu dans cette recherche de qualité de vie. Plusieurs autres sont probablement à venir.

Il ne faut pas non plus s'imaginer qu'un changement aussi radical de philosophie se fait sans heurts ni sans déranger des habitudes et intérêts de toutes sortes.

Informations: Germain Harvey
Directeur général
Résidence Yvon Brunet
(Centre d'accueil Henri Dunant)
6250 avenue Newman
Montréal, Qc H4E 4K4
Téléphone: 765-8000

Le carnet
(de la Résidence Yvon-Brunet)

Agenda remis à chacun des résidents dont la première partie précise:

- la philosophie du Centre
- la Charte des droits et libertés
- l'organigramme
- l'identification des locaux
- la liste des différentes réunions
- les services offerts
- la liste des résidents
- la liste des employés
- la liste des bénévoles
- le programme des activités

Cette première partie est suivie de l'agenda proprement dit, pour l'année en cours, ainsi qu'un aide-mémoire et à la dernière page, on retrouve le répertoire téléphonique interne de la résidence.

Informations: Germain Harvey
Directeur général
Résidence Yvon Brunet
(Centre d'accueil Henri Dunant)
6250 avenue Newman
Montréal, Qc H4E 4K4
Téléphone: 765-8000

Programme personnalisé et individualisé en ergothérapie

Clientèle visée et les problématiques sous-jacentes

Personnes âgées en perte d'autonomie physique, atteintes d'A.C.V. qui sont perturbées par moment, nerveuses et insécures.

Objectifs

- Ce programme d'assistance particulière vise à une prise de conscience de l'environnement, en vue d'une amélioration comportementale, favorise l'intérêt envers les gens, améliore la capacité d'attention et stimule la mémoire.

Descriptions de la démarche

- Vérifier par des exercices et des activités les capacités résiduelles
- Visiter les lieux avec l'orientation temporelle, spatiale et personnelle
- Poser souvent des questions sur les activités précédentes ainsi que les sujets discutés.

Résultats

- Résultat final après sept (7) mois de travail avec révision aux trois (3) semaines.
- La personne est très consciente de son environnement, connaît et reconnaît ses proches, s'oriente bien dans le temps et personnellement sauf spacialement.

Principes émergents

La stimulation se continue, ainsi que l'orientation, mais sans programme défini suite à la non-coopération du personnel. Celui-ci suite à une réunion d'équipe s'est montré contre les stimuli proposés quotidiennement.

Documents disponibles

- Rapport d'évaluation en ergothérapie
- Plan de soins infirmiers

Informations: Anne Josée Marceau
881 de la Falaise
Baie Comeau
Téléphones: (418) 296-2281 (bur.)
(418) 589-3539 (rés.)

Programme de formation de soins infirmiers

(du C.H.S.P. St-François inc. au niveau de la démarche systématique en soins infirmiers basée sur le modèle de C. Roy).

Clientèle visée

- Personnel de soins.

Objectifs

- Habiliter le personnel de soins à employer un modèle en soins infirmiers (modèle de C. Roy)

Description de la démarche

- Projet de 35 heures de formation théorique et 24 heures d'encadrement clinique.

Résultats

- Selon l'implication de la personne-ressource et de la volonté des intervenants, les résultats sont excellents - connaissance du modèle, application de la démarche et élaboration de plans de soins personnalisés.

Documents disponibles

- Centre Hospitalier St-Augustin, 2135 Terrasse Cadieux, Qc G1C 1Z2
- C.H.S.P. St-François inc., 1604, 1ère Avenue, Québec

Informations: Olivette Soucy, M.Sc.Inf.,
2-1114 Moncton, Qc
G1S 2Y8
Téléphone: (418) 683-1094

Implantation d'un modèle en soins infirmiers
(C.Roy) dans un Centre Hospitalier de soins prolongés.

Clientèle visée

- Personnel de soins.

Objectifs

- Habiliter le personnel à employer un modèle en soins infirmiers (modèle de C. Roy).

Description de la démarche

- Projet de formation, un (1) an.
- Formation théorique et pratique.
- Encadrement suivi par une personne-ressource (infirmière clinicienne).

Résultat

- Bonne implication du personnel.
- Nouvelles réalisations suite à la formation.
- Impact très positif.

Documents disponibles

- Lévesque, Louise, Équipe E.R.S.I.P.A., Faculté des Sciences
- infirmières, Université de Montréal.
- Lévesque, L., Reidy M., Dionne D., Gagnon O., Poitras J., Pouliot S., Francoeur L., "Programme de perfectionnement du personnel infirmier", Carrefour des Affaires Sociales, Vol. 7, No 2, Printemps '85, pp. 10-12.

Informations: Olivette Soucy, M.Sc.Inf.,
2-1114 Moncton, Qc
G1S 2Y8
Téléphone: (418) 683-1094

Le développement des services spécialisés en milieu d'hébergement et de soins de longue durée

En mars 1985, le Conseil régional de la santé et des services sociaux adoptait le programme-cadre régional pour le développement des services spécialisés en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. La réalisation de ce programme appuyée par un budget de 1,4$ millions est basée sur une triple démarche de concertation interétablissements; concertation pour la définition des priorités d'intervention en matière de services spécialisés, concertation pour le partage des budgets et concertation pour la planification et le suivi des programmes de services spécialisés. Cette démarche enclenchée dans la région 03 à partir des tables de concertation sous-régionales illustre bien les nouvelles dynamiques et enjeux dans le développement d'un réseau intégré de services.

Par ailleurs, les orientations proposées pour améliorer la qualité de vie en établissement via les services spécialisés s'inspirent d'une approche systématique qui amène les gestionnaires à se positionner différemment par rapport à une lecture plus traditionnelle des problèmes rencontrés dans les milieux d'hébergement et de soins prolongés. Le développement d'un véritable milieu de vie communautaire thérapeutique passe, croyons-nous, par une révision en profondeur de nos modes de pensée et d'agir auprès des personnes en perte d'autonomie, ce qui requiert une appréhension globale du milieu de vie et de ses principales constituantes. Ainsi, le programme-cadre suggère de définir les priorités d'intervention à partir d'une grille d'analyse qui a été élaborée en tenant compte des cinq (5) principaux sous-systèmes de la vie institutionnelle soit, le bénéficiaire, le personnel, l'environnement physique, le contexte organisationnel et l'environnement social. Pour chacune de ces "cibles d'intervention", un ensemble d'objectifs et des moyens ont été présentés; ceux-ci reflètent les nouvelles avenues sur le mieux-vieillir en institution.

L'actualisation de ce programme régional s'est réalisé en deux phases:

Phase 1: À l'intérieur de chaque table de concertation: regroupement des établissements, partage des budgets et identification des priorités d'intervention.

Phase 2: Constitution des comités de coordination interétablissement chargés de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes de services spécialisés.

Pour l'ensemble de la région 03, ce programme permet l'insertion d'une cinquantaine de professionnels dont les statuts d'emploi varient de contractuel, à temps partiel, à temps complet. Les principales ressources professionnelles privilégiées sont, par ordre d'importance, les ressources de réadaptation (ergothérapie et physiothérapie), le conseiller en milieu de vie, l'animateur en loisirs ainsi que le psychologue.

Dans le but d'apporter un support au gestionnaire dans la réalisation de cette nouvelle démarche de gestion collective, un guide d'action sur les services partagés a été préparé. Ce document sera également discuté avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de s'assurer d'une cohérence entre les changements initiés dans le milieu et les modalités administratives et budgétaires à partir desquelles les établissements doivent se définir.

Cette démarche est encadrée régionalement par le comité consultatif pour le développement des services spécialisés, lequel est constitué de représentants des centres d'accueil d'hébergement, des centres hospitaliers de soins de longue durée, des départements de santé communautaire, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Centre de services sociaux de Québec.

Documents

- Programme-cadre régional pour le développement des services spécialisés en milieux d'hébergement et de soins de longue durée (Mars 1985).

- Guide d'action sur les services partagés, interétablissements (à venir, juillet 1986).

- Le développement des services spécialisés en C.A.H. et C.H.S.L.D.: une démarche de concertation interétablissements. Communication présentée à l'A.C.F.A.S. dans le cadre du congrès à Montréal, du 12 mai au 16 mai 1986.

Informations: Suzanne Moffet
Conseillère en planification et programmation
CRSSS-03
525, boul. Hamel
Qc G1M 2S8
Téléphone: (418) 529-5311

L'habitation partagée, une alternative au logement

Deux études récentes ont été effectuées:

- L'habitation partagée et le troisième âge. Jonquière, Laterrière, A.Q.D.R., section Jonquière (Projet Canada au Travail) mars-novembre 1985, Claire Frève et Pauline Rochette.
- L'habitation partagée, une alternative à l'hébergement collectif. Étude de faisabilité à Chicoutimi, 1985, Francine Major, Antonio Almeida, avec la collaboration de Marc-André Delisle, à paraître dans le prochain cahier de l'A.C.F.A.S.

Problématique

Plusieurs personnes âgées, autonomes, lucides, ayant la volonté de demeurer à domicile et dans leur communauté vivent la solitude, l'isolement. Les conséquences sont parfois évidentes sur l'état de santé physique et psychologique de ces personnes.

Les personnes âgées vivant les situations suivantes pensent souvent que l'hébergement en centre d'accueil est la seule solution possible à leur problème:

- angoisse, insécurité, surtout le soir et la nuit;
- solitude, isolement social;
- perte d'un être cher (ami, parent);
- déracinement, perte de sentiment d'appartenance à la communauté environnante suite à un ou des déménagements successifs;
- diminution des revenus et difficultés financières pour défrayer le loyer et les frais de la maison ou du logement;
- diminution temporaire ou définitive des capacités physiques pour les activités d'entretien lourd, les courses, etc..

À ces difficultés d'adaptation que vivent les personnes âgées, il existe peu de ressources dites "légères" (par rapport à la famille d'accueil ou le centre d'accueil). De même les services d'aide et de soins à domicile, les centres de jour font face à une demande croissante de services. En outre, ces derniers ne peuvent combler les besoins d'une présence élargie, surtout en dehors des heures de service. De plus, cette présence souhaitée, quoique de qualité, ne nécessite pas une intervention professionnelle.

Clientèle visée

Les personnes âgées de 55 ans et plus du grand Chicoutimi.

En parallèle: toute personne voulant partager un logement avec une personne âgée (étudiant, travailleur à faible revenu, pré-retraité, etc..)

Objectifs

Objectif principal

- Favoriser le maintien à domicile et dans leur communauté pour les personnes âgées qui le désirent.

Objectifs spécifiques

- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées désirant demeurer à domicile.
- Augmenter leurs capacités d'adaptation aux problèmes de vieillissement.
- Contribuer au maintien de leur autonomie dans le processus de résolution de problèmes.
- Diminuer le nombre de demandes de service pour un hébergement en famille d'accueil et en centre d'accueil.
- Diminuer la fréquence des demandes de service et le temps d'intervention pour les services de maintien à domicile (aide et soins à domicile, praticiens sociaux, centre de jour).

Justification du projet

La demande de service est croissante et les listes d'attente s'allongent dans tous les services de maintien à domicile ainsi que pour les ressources institutionnelles.

L'habitation partagée: définition, conditions et modalités

Le principe en est fort simple: on échange ce qu'on a contre ce dont on a besoin. Les deux partenaires doivent y trouver leur compte dans ce qu'il y a à offrir et à recevoir.

L'habitation partagée existe de façon informelle depuis longtemps.

Qui ne connaît, dans son entourage, une personne âgée hébergeant un ou une étudiante à peu de frais en contrepartie de petits services tels passer l'aspirateur et déneiger l'entrée? Qui n'a pas entendu cette même personne âgée nous dire à quel point il est réconfortant d'attendre quelqu'un qui va rentrer souper et faire un brin de causette sur les menus événements de la journée.

Ce ne sont pas tous cependant qui peuvent établir une entente d'habitation partagée sans aide extérieure.

La personne qui est propriétaire d'une maison ou locataire d'un logement peut offrir à partager un espace inutilisé à un coût raisonnable, l'atmosphère accueillante d'un chez-soi, l'assurance d'être utile à quelqu'un et bien sûr la compagnie.

Elle peut en retirer par exemple:

- plus de sécurité au foyer grâce à la présence d'une autre personne;
- une aide financière pour défrayer le loyer et les frais de la maison;
- une aide pour les responsabilités du ménage;
- une possibilité de continuer à vivre de manière autonome dans sa propre maison ou son propre logement;
- un milieu où elle peut garder ses effets personnels tels que meubles et animaux domestiques.

La personne à la recherche d'un logis peut donner un coup de main dans la maison, assurer une présence rassurante, partager certaines dépenses et offrir sa compagnie.

Elle peut en retirer:

- un logement à prix raisonnable;
- l'accès à une cour ou un jardin privé;
- tous les conforts et la satisfaction que procure une maison privée ou un logement;
- la compagnie et la satisfaction de rendre service et de prendre soin d'une autre personne.

Bref, quel que soit l'âge ou la situation dans laquelle on se trouve, il y a certainement quelque chose à offrir dont quelqu'un d'autre a besoin.

Conditions et modalités à l'habitation partagée:

- Une des deux parties à l'entente doit être un citoyen à la retraite.
- Habitation partagée n'est pas un service de dépannage d'urgence, ni de placement ou d'hébergement temporaire.
- Habitation partagée offre un service d'encadrement et de suivi comprenant:
  - entrevues
  - vérification des références;
  - conditions générales respectant les termes de l'entente signée;
  - période d'essai;
  - ateliers d'échanges;
  - suivi individuel;
  - références aux organismes et services pouvant prêter leur assistance, au besoin, au cours de la période de partage.

Donc, habitation partagée offre du support aux personnes avant, pendant et après la négociation d'une entente.

Performance attendue du service:

Une récente étude de besoins effectuée dans la ville de Chicoutimi en février 1985 nous révèle que:

- 20% des personnes âgées de 65 ans et plus demeurant à domicile adhéreraient à un tel programme s'il était opérationnel;
- 22% n'en ont pas besoin pour l'instant mais adhéreraient au programme si leur autonomie venait à diminuer;
- 8% vivent déjà une forme de cohabitation;
- 60% des personnes âgées de 65 ans et plus ont besoin de services;
- dans 88% des cas, les structures matérielles préalables à l'habitation partagée sont présentes;
- la majorité (96%) trouve que la création d'un tel programme serait bénéfique à l'ensemble de la population âgée.

Expérience de services analogues:

Plusieurs expériences existent depuis le début des années 1980 aux États-Unis et au Canada.

Il est à noter que les documents relatifs à l'opérationnalisation du programme (formulaire pour demande, entrevue, évaluation, référence, etc..) ont été traduits et adaptés en français. Ils sont donc prêts à être utilisés.

Informations: Francine Major
Coordonnatrice
Centre de jour Mgr Victor Tremblay
1236 rue Angoulème
Chicoutimi, Qc
G7H 6P9
Téléphone: (418) 549-3941

Portes ouvertes

Clientèle visée

Personnes âgées de 50 ans et plus résidant à domicile.

Problématique de la clientèle

-"Des stéréotypes et des préjugés définissent les personnes âgées comme non autonomes, incapables de s'organiser, apathiques, récluses, dépouillées de tout réseau de relation et donc, conséquemment, comme ayant automatiquement besoin d'un encadrement institutionnel.

Cette sentence de rejet provoque chez les personnes âgées une forme de désengagement et des effets négatifs tant d'ordre social (marginalisation, isolement, inactivité) que d'ordre psychologique (ennui, dévalorisation de l'image de soi, dépression, suicide, etc.)" (Blanchard, 1984).

But

Le projet veut utiliser les réseaux personnels de communications des personnes âgées pour démontrer leur capacité de se prendre en charge et de jouer des rôles sociaux en utilisant leurs potentialités et leurs propres stratégies d'actions. Elles revaloriseront ainsi l'image déficitaire de la vieillesse, modifieront les attitudes face à la vieillesse et aux personnes âgées.

Objectif général

Modifier les attitudes de la population et des personnes âgées elles-mêmes face au vieillissement en développant un réseau de communication et d'activités chez les personnes âgées.

Moyens

- Regrouper des personnes âgées et leur fournir l'occasion d'identifier leurs besoins et de trouver des solutions réalistes.

- Mettre en contact, dans le cadre d'un réseau de relations et de communication, un certain nombre de personnes âgées et ce en fonction de types de besoins spécifiques (sous-réseaux).
- Fournir, aux personnes âgées, l'information leur permettant d'améliorer leurs habitudes face à la santé physique, mentale et sociale.
- Briser l'isolement et la réclusion des personnes âgées.
- Faire prendre conscience aux personnes âgées de leurs potentialités.
- Développer, avec les personnes âgées, des réseaux d'activités leur permettant d'optimiser leur potentiel.
- Informer la population sur les problèmes des personnes âgées et les solutions qu'elles se donnent.

Description de la démarche

- Durée du projet: 18 mois, renouvellement un an.
- Nombre de participant: une animatrice.
- Nombre de bénéficiaires: approximativement 1,000.
- Nombre de personnes âgées impliquées dans l'organisation du projet: 60 personnes se retrouvant soit au sein du conseil d'administration (7 personnes âgées) ou de 8 équipes de travail (équipe accueil, équipe anniversaire, équipe des dîners communautaire, équipe entraide, équipe logement, équipe loisirs, équipe publicité et journal, équipe transport).

Activités

Le programme d'activités touche quatre (4) catégories d'activités.

Activité de santé:

- Aquaforme, exercices physiques adaptés, relaxation, atelier de nutrition-santé dîners communautaires.

Activités d'information, d'éducation et de communication

- Cours de cuisine pour hommes, table de conversation, cours de retraite active, café-rencontre, atelier de relations humaines, conférences, cours de formation pour les bénévoles, cours de conversation anglaise.

Activité de créativité

- Atelier de théâtre, atelier d'écriture, artisanat, bricolage, atelier de coupe et couture, chorale.

Activités de loisir

- Sacs de sable, jeux de société, quilles, tennis de table, cours de danses sociales et de ligne, danse libre, danses de ligne, voyage, sorties.

Rôle des intervenants

- Faciliter la prise en charge des personnes âgées.
- Mettre sur pied un programme d'activités et de service répondant aux demandes des personnes.
- Organiser et coordonner une structure d'organisation auto-gérante par les personnes âgées.
- Assurer la bonne marche du projet selon les objectifs.
- Mettre sur pied des moyens d'information et de sensibilisation pour les personnes âgées et la communauté.

Résultats

Le groupe est présentement très bien structuré et il continue son développement vers la prise en charge de l'auto-gestion. Plusieurs mini-réseaux facilitent cette prise en charge et les réalisations diverses des personnes âgées. Le programme d'activité et les différentes équipes de travail en est une démonstration.

Une première évaluation quantitative et qualitative nous démontrera objectivement si le projet atteint son objectif visant la modification des attitudes de la population et des personnes âgées face au vieillissement.

Informations: Constance Blanchard
Département de Santé Communautaire
Centre Hospitalier de Verdun
4000 boulevard Lasalle
Verdun, Qc
Téléphone: (418) 765-7315

Rencontre du Troisième Art
(Atelier des Doyens)

Cet organisme, à but non lucratif, soutenu par le Centre Berthiaume-Du Tremblay, expose les oeuvres des artistes et artisans du troisième âge, stimulant ainsi les aînés à poursuivre leurs activités artistiques tout en récoltant un revenu d'appoint.

Cette initiative fut engendrée suite à un constat d'abandon de plusieurs retraités talentueux qui cumulent un grand nombre d'oeuvres et accèdent difficilement aux boutiques et galeries d'art pour exposer leurs créations et poursuivre le développement de leurs talents.

La boutique qui opère sous le nom de "L'Atelier des Doyens" est située au 1432 est, rue Fleury, Montréal.

Informations: Alphonse Laurin
Président
Téléphone: 389-3023

Servaide Drummond Inc.

Clientèle visée

Personnes âgées, personnes handicapées, malades chroniques et personnes en perte d'autonomie.

Objectifs

Retarder et/ou éviter les placements et hospitalisations de la clientèle concernée en leur offrant l'aide nécessaire à leur maintien à domicile.

En collaboration avec

- C.L.S.C.
- Département de Santé Communautaire
- CH Georges-Frédéric
- CH Cooke
- O.P.H.Q.
- Servaide

Évaluation de la demande et mise en place, en collaboration avec le bénéficiaire du plan de services.

Activités

Implication de Servaide: (services offerts)

- entretien régulier
- hygiène à la personne
- transfert de personnes handicapées
- repas
- gardiennage
- grand-ménage
- information

Informations: Fleurette Leroux
Directrice générale
236 A, rue Hériot
Drummondville, Qc
J2C 1K1
Téléphone: (819) 477-8566

Expérimentation et évaluation du carnet de l'utilisateur de médicaments

Clientèle

Personnes âgées de 65 ans et plus, qui consomment trois (3) médicaments et plus et qui désirent utiliser le carnet.

Objectifs du carnet

- Encourager une utilisation appropriée des médicaments chez les personnes âgées.
- Faciliter l'identification et la prévention d'interactions non désirées.
- Encourager le consommateur à assumer un rôle plus actif dans ses soins.

Objectifs de la recherche

- Expérimentation et évaluation d'une stratégie globale de distribution du carnet de médicaments sur le territoire de la municipalité de Verdun.
- Évaluation du niveau de fidélité des personnes âgées à remplir et à utiliser le carnet de médicaments.

Description de la démarche

Différents professionnels ont été sollicités pour distribuer le carnet de l'utilisateur de médicaments sur le territoire de la municipalité de Verdun:

- les lieux institutionnels (le service de gériatrie, l'hôpital de jour, le centre de jour, les médecins de l'unité de médecine familiale (UMF));
- les travailleurs sociaux;
- le service de maintien à domicile;
- les pharmaciens;
- les médecins omnipraticiens
- les associations du 3e âge (clubs d'âge d'or, résidences pour personnes âgées (HLM) et le centre communautaire)

Les lieux 1,2 et 3 ont distribué le carnet pendant 3 mois.
Les lieux 4 et 5 l'ont fait pendant un mois.
Les personnes âgées des différentes associations ont été rejointes lors de rencontres de groupe.

Les lieux 1,2 et 3 ont été invités à remettre le carnet aux personnes âgées en les aidant à le remplir, contrairement aux lieux 4,5 et 6 où la personne âgée se voyait remettre le carnet avec un minimum d'explication.

Un questionnaire a ensuite été élaboré. Ce dernier visait à vérifier la fidélité qu'avaient présentée les personnes âgées à remplir et utiliser le carnet et ce, 4 mois après sa réception. Pour ce faire, 11 enquêteurs ont été embauchés, soit 10 infirmières et un pharmacien.

Les résultats

Les différents lieux ont tous accepté de distribuer le carnet sauf les associations de personnes âgées où 9 ont accepté sur 17, les médecins où 27 sur 50 et les pharmaciens où 11 sur 13 ont participé.

Globalement, 1207 carnets ont été distribués.

La fidélité à remplir le carnet est d'environ 29% et varie selon les lieux d'implantation:

- travailleurs sociaux: 15,2%
- associations de personnes âgées: 20,3%
- médecins: 24,1%
- lieux institutionnels: 37,2%
- maintien à domicile: 49,4%

Il existe une différence significative entre les six moyennes selon le lieu d'implantation. Nous n'avons cependant pu remarquer de différence significative de la fidélité à remplir le carnet selon l'âge, le sexe ou la scolarité. Il en va de même de la fidélité à utiliser le carnet qui est d'environ 25%. Les occasions d'utilisation furent les suivantes: visite chez le médecin, à la pharmacie, à l'hôpital de jour, au centre de jour, à l'hôpital, à l'urgence, chez le dentiste, lors d'une visite à domicile, lors de voyages à l'extérieur du Québec ou de promenade à l'extérieur de Montréal.

Encore une fois, il existe une différence significative dans l'utilisation du carnet selon le lieu d'implantation:

- travailleurs sociaux:	6,7%
- associations de personnes âgées:	19,0%
- médecins:	21,4%
- pharmaciens:	22,0%
- lieux institutionnels:	38,1%
- maintien à domicile:	59,6%

Les principes émergents

Il semble primordial dans un premier temps d'aviser tous les professionnels pouvant être en contact avec des détenteurs du carnet de l'existence et de la pertinence de ce dernier.

Il nous apparaît aussi nécessaire de procéder à une implantation progressive d'un tel outil en débutant avec le maintien à domicile et les lieux institutionnels. Ces deux lieux d'implantation présentent l'avantage de fournir de l'aide et un encadrement aux personnes âgées à qui est remis le carnet.

Le carnet gagnerait à être simplifié en éliminant les sections non pertinentes et en modifiant les sections pertinentes et peu remplies.

Il semble illusoire de penser que tous les bénéficiaires détenteurs d'un carnet vont le remplir complètement et l'utiliser à toutes les occasions. Cependant, on ne peut nier les avantages indéniables de l'utilisation constante par la personne âgée d'un tel outil que ce soit lors de visites chez les professionnels ou en voyage.

Informations: Sylvie Poirier, agent de projet
Raymond Massé, agent de recherche

D.S.C. de Verdun
4000 boul. LaSalle
Verdun, Qc
HG 2A3
Téléphone: 765-7315

Concertation des associations de retraités du Québec Inc.
(CAREQ)

Clientèle visée

CAREQ s'adresse particulièrement à des associations de retraités et à des groupes de personnes retraités désirant profiter de leur temps libre pour donner un sens à leur vie, favoriser le développement de l'entraide communautaire inter-associative et supporter les actions humanitaires des retraités québécois.

Objectifs

- Offrir aux associations et groupes de retraités, les mécanismes d'une table de concertation inter-associative, sur le plan national et sur le plan international.
- Favoriser la prise en charge de la défense des intérêts économiques, sociaux et moraux des associations de retraités, en collaboration avec d'autres organismes regroupant des retraités.
- Faciliter les communications et l'informatisation entre les associations de retraités du Québec.
- Connaître et utiliser les ressources des associations membres.
- Travailler au bien-être de tous les retraités en collaboration avec les associations membres de la CAREQ

Informations: CAREQ
1474 est, rue Fleury
Montréal, Qc
H2C 1S1
Téléphone: 382-0310

Étude des ressources communautaires en alimentation (novembre 1984)

Clientèle visée

Cette étude s'adresse aux différents organismes qui regroupent les personnes âgées ou leur offre des services.

Objectifs

- Étudier la situation en ce qui concerne les ressources communautaires en alimentation en inventoriant les repas communautaires par zones administratives des D.S.C. de la région métropolitaine de Montréal.
- Produire un outil incitateur auprès des organismes en vue de l'implantation de repas communautaires dans les différents milieux.

Description de la démarche

En se servant du fichier des organismes du Forum des citoyens âgés, les membres du comité "des ressources communautaires en alimentation" ont contacté par téléphone les types d'organismes suivants: les associations, les centres communautaires, les centres de jour, les C.L.S.C. et les D.S.C.

Les représentants de ces organismes ont répondu à un questionnaire destiné à recueillir des données quantitatives. Le territoire considéré pour cette étude est délimité par les zones couvertes par les D.S.C. suivants:

- Cité de la Santé, Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Montréal Général, Sacré-Coeur, Saint-Luc, Sainte-Justine et Verdun.

Résultats

Parmi les différents tableaux produits dans cette étude, le profil du nombre de repas communautaires servis par semaine en relation avec la population des personnes âgées, par zones administratives des D.S.C. présente globalement le portrait des ressources communautaires en alimentation.

Profil du nombre de repas communautaires servis par semaine en relation avec la population de personnes âgées, par zones administratives des DSC.

DSC	Nombre de popotes roulantes (1)	Nombre d'organismes offrant des repas communautaires (2)	Nombre de repas servis par semaine (2)	Population de personnes âgées (3)	% de personnes âgées par rapport à la population totale (3)
Cité de la Santé	8	9	285	15 390	5,73%
Lakeshore	12	2	20	16 410	7,53%
Maisonneuve-Rosemont	14	13	1 075	38 655	9,58%
Général Montréal	15	14	1 299	30 830	15,26%
Sacré-Coeur	6	6	552	35 540	10,46%
Ste-Justine	8	5	149	30 184	18,26%
St-Luc	17	13	1 704	34 600	13,49%
Verdun	7	4	180	19 670	10,62%
Charles Lemoyne	4	10	1 248	20 945	5,10%
TOTAL	91	76	6512	242 224	10,67%

N.B. Les Petits Frères des Pauvres offrent 130 repas communautaires par semaine. Etant donné que l'organisme n'a pas de limites territoriales, il est exclu du tableau précédent mais est considéré dans l'étude, comme un organisme offrant des repas communautaires.

Les recommandations énoncées dans cette étude s'adressent au Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain, aux Départements de santé communautaire, aux Centres locaux de services communautaires et aux associations, groupes ou centres communautaires pour personnes âgées.

Informations: Forum des citoyens âgés de Montréal
1800 ouest, boul. Dorchester
Montréal, Qc
Téléphone: 937--7401

"Désinstitutionnalisation"
Le retour chez soi de personnes âgées

Clientèle visée et problématiques sous-jacentes
La clientèle visée est la clientèle âgée en institution ou en attente d'institutionnalisation ayant le désir et les potentialités (avec support) pour effectuer un retour en milieu naturel.

Problématiques sous-jacentes
- Recenser la variété et la quantité des services disponibles et complémentaires (concertation).
- Identifier les services manquants:
  - ressources du réseau de la santé et des services sociaux
  - ressources communautaires.

Objectifs
- Dégager les conditions de réalisation ou de non réalisation de désinstitutionnaliser un certain nombre de personnes qui auraient la volonté de retourner à domicile et dont le degré d'autonomie permettrait ce changement de milieu de vie.
- Inventorier les conditions matérielles, financières et sociales ainsi que les conditions inhérentes au réseau des Affaires sociales (surveillance, suivi, soins, aide) et au réseau de l'habitation.
- Favoriser la concertation entre le réseau des Affaires sociales et le réseau de l'habitation.

Description de la démarche
- Le processus de désinstitutionnalisation.
  - l'expérimentation sur le terrain.
- La procédure utilisée.

- Les conditions facilitantes.
- Les conditions non facilitantes.
- Évaluation de l'impact.
- Évaluation de la démarche.

Résultats

- La désinstitutionnalisation par l'application d'un cas pratique.
- La faisabilité:
  - conditions nécessaires (ressources, concertation, etc..)
  - opérationnalisation.

Principes émergents

- La continuité des services
- L'ouverture des services les uns par rapport aux autres.
- La complémentarité des services.
- L'intégration des services dans un concept réseau.
- Le nécessaire changement de mentalité.
- La concertation:
  - des établissements
  - des intervenants
  - des structures sociales

  est le principe de base pour l'atteinte d'un objectif commun.
- La volonté d'un retour en milieu naturel de certaines personnes âgées est présente.
- L'intervention est centrée sur l'utilisation des potentialités en misant sur le pouvoir de récupération.

Documents sur demande.

Informations: Louise Barsalou
CH des Bois-Francs
61 avenue de l'Ermitage
Victoriaville, Qc
G6P 6X4

Claude Jalbert
CRSSS-04
550 rue Bonaventure
Trois-Rivières, Qc
G9A 2B5

Quand vient l'automne (vidéo, 28 minutes)

Clientèle visée

Les personnes âgées qui auront bientôt à faire un choix au sujet de leur hébergement.

Objectifs

Donner de l'information aux personnes âgées qui se demandent "si elles devront quitter leur chez-eux, quand elles devront le faire et où elles iront".

Documents disponibles

Cassette VHS et en 3/4"

Vente: 200$

Location: 20$

Informations: Christiane Marie
Téléphone: 527-7261, poste 2002

Personne-ressource recommandée
par Alberte Perron, CSSMM
pour un visionnement: Robert Clément
Téléphone: 844-0161

CONFÉRENCE DE CLÔTURE

par Jacques Montambault

Chef du service de court et moyen séjour gériatrique au centre hospitalier Notre-Dame de la Merci, médecin conseil au département de santé communautaire du centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, co-auteur du document "Développement de la gériatrie dans la région 06-A, rédigé en collaboration avec le C.S.S.S.R.M.M. Il est également membre fondateur et vice-président de la société québécoise de gériatrie.

Introduction

Je suis heureux et fier de cette invitation à vous rencontrer à l'occasion de la clôture de votre congrès dont le thème m'a immédiatement séduit: "L'intervenant: son vécu, son milieu, son action; nouvelle problématique, nouvelles pistes de réflexion".

Le climat qui a régné au cours de ces deux jours et demi fait que je me sens "en famille" ou en présence de bons amis. Vous me permettrez donc de vous adresser la parole de façon informelle et de vous dire des choses qu'on ne dit "qu'en famille" ou qu'en présence de bons amis: des choses qui ne pourraient être révélées ailleurs et certaines qui se doivent de rester entre nous. Je tenterai, à certains moments, d'ajouter un peu d'humour à mes propos quoique certaines réflexions seront plus sérieuses. Nous allons rire un peu de nos travers de même que se féliciter de nos bons coups.

Je vais aussi vous parler un peu de moi; c'est héréditaire, mon grand-père s'appelait Narcisse...

Votre invitation fut l'occasion d'une remise en question du cheminement que j'ai parcouru, de mon action présente et de mon implication future. Cette demande m'a permis de faire une mise au point et c'est là l'essentiel, je crois, de votre présente démarche: un temps d'arrêt nécessaire, avant de continuer votre action, où vous vous devez de réfléchir avant de faire face au réel défi du vieillissement de notre population. Encore pour moi, cette remise en question et cette période de réflexion furent sérieuses et non sans difficulté.

Je vous confie que ma décision d'orienter ma carrière vers une pratique médicale auprès des personnes âgées remonte déjà à 8 ans et mon choix, après "cette période de retraite", demeure inchangé.

Ces quatre derniers mois m'ont permis de prendre conscience d'un second choix qui, lui, doit être collectif, soit celui de l'excellence plutôt que de se satisfaire d'une banalisation des problèmes. Je me demande même si notre société toute entière a d'autres choix, vu sa situation géo-économique, que d'opter pour d'autres objectifs que celui de l'excellence.

Ce défi de l'excellence, nous l'avons maintes fois relevé et toujours avec un certain succès, plus ou moins éclatant selon les circonstances; mais malgré tout, nous l'avons fait.

Prenons quelques exemples, remontons un peu le temps en acceptant de prendre un p'tit coup de vieux. Expo 67, bientôt déjà 20 ans, ce fut un succès éclatant. Nous nous sommes étonnés nous-mêmes en tant que société. Toutefois, il fallait le faire. Un autre exemple, les Jeux Olympiques de 1976, un succès vu de l'étranger et même des autres provinces canadiennes. Oui, un succès! Même si du point de vue local, nous retenons quelques petites chicanes de famille et des factures qu'il faut encore payer; mais quand même on s'en est bien tiré.

Un autre domaine, l'économie, qui lorsque nous regardons nos entreprises coopératives, témoigne de succès assez éloquents que l'on ne peut nier. À titre d'exemple, je me limiterai qu'à mentionner le mouvement coopératif Desjardins. Un autre type de succès dans le domaine économique, ce sont certaines de nos entreprises d'état qui même si elles sont souvent dénigrées et de moins en moins au goût du jour et du discours politique, nous ont permis quelques belles réalisations. Qu'il me suffise de mentionner le Barrage Daniel Johnson sur la Manicouagan et le Complexe de la Baie James. Certaines de nos sociétés d'état nous ont permis d'avancer collectivement.

Plus récemment, nous commençons à réaliser que même l'entreprise privée, gérée par certains d'entre nous, peut réussir à faire de bons coups. Vous vous rappelez la Banque Canadienne Nationale, banque qui avait bien visé pour réussir une faillite et qui fut relevée grâce à une fusion avec la Banque Provinciale pour devenir la Banque Nationale du Canada. Cette nouvelle entreprise bancaire est présentement en bonne santé financière, suffisamment pour s'être portée, récemment à la rescousse de la Banque Mercantile du Canada, par une nouvelle fusion.

L'excellence ne signifie pas obligatoirement une augmentation des coûts malgré que certains préjugés et certaines expériences passées nous porteraient à le croire. De fait, ce sont surtout notre façon de penser, nos motivations, notre manière d'être et notre façon d'agir qui feront en sorte que nous atteindrons l'excellence.

La fécondité représente un autre domaine où nous avons atteint l'excellence (Diapo 1). Il y a peu d'années, alors que notre société était principalement rurale et vivait d'agriculture, nous avons connu nos meilleures performances que l'on peut visualiser sur ce tableau où figure, entre autre, la période du Baby Boom (1960-1965) et à la suite, notre refroidissement comme procréateur.

INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ

1930	4.1
1960	3.9
1965	3.1
1970	2.1
1975	1.8
1980	1.7

(Diapo 1)

LE VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE

Vous avez fait appel à un médecin. Il ne faudra, donc, pas que vous soyez surpris si l'approche de mon propos est médicale. Je vais aborder le problème du vieillissement de notre population comme tout bon médecin le ferait face à un problème qui lui est présenté. Mais n'ayez crainte, ce sera au goût du jour et nous adopterons des techniques apparentées aux médecines douces...

J'ai décidé pour ce faire de prendre quelques radiographies de notre population en utilisant l'une des techniques les plus modernes: la tomodensitométrie par ordinateur, vulgairement appelée "Scan". Regardons le premier cliché, soit la pyramide des âges de notre population en 1951. Nous étions féconds, nous étions jeunes et nous étions beaux... Notez bien cette base représentant les 0-4 ans, quelle progéniture! (clichés 1 à 5)

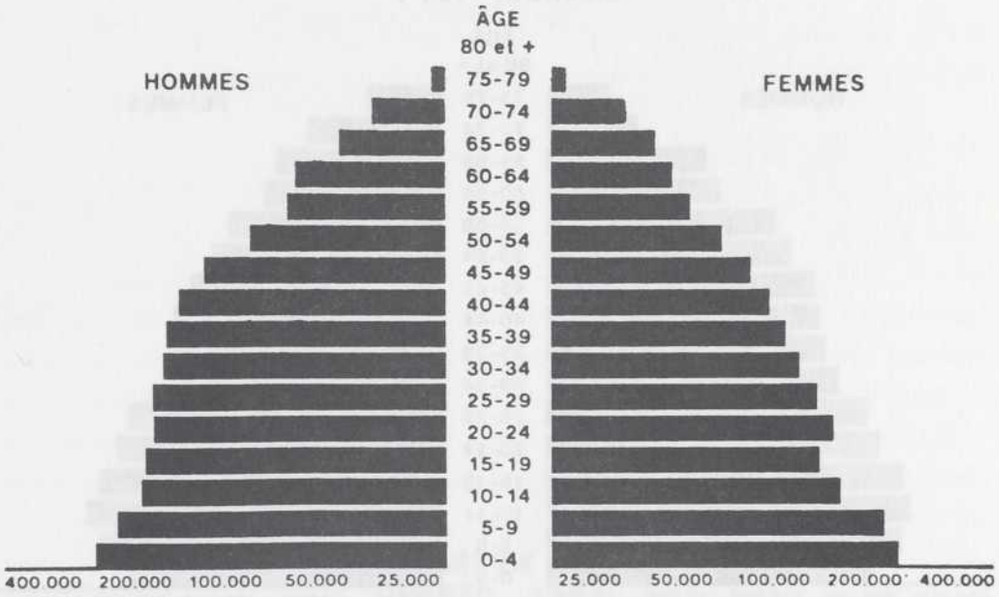
La prochaine radiographie représente l'année 1961, dix ans plus tard, toujours féconds. La suivante nous transporte à l'année 1971 où nous commençons à déceler un déclin dans la procréation qui fera apparaître le vieillissement graduel de notre population. En 1976, vous constatez que le processus se poursuit et l'on peut noter que notre pyramide perd sa forme géométrique classique alors que sa base diminue et que son sommet commence à s'élargir. Notre population a déjà amorcé réellement son processus de vieillissement.

1981 confirme cette tendance avec un nombre important de personnes âgées de 65 ans et plus et même des 75 ans et plus. C'est ce phénomène dynamique qui sera la base de notre réflexion. Cette transition s'est faite très rapidement: nous étions un peuple jeune au début des années '60 et nous sommes devenus un peuple âgé en moins de 20 ans.

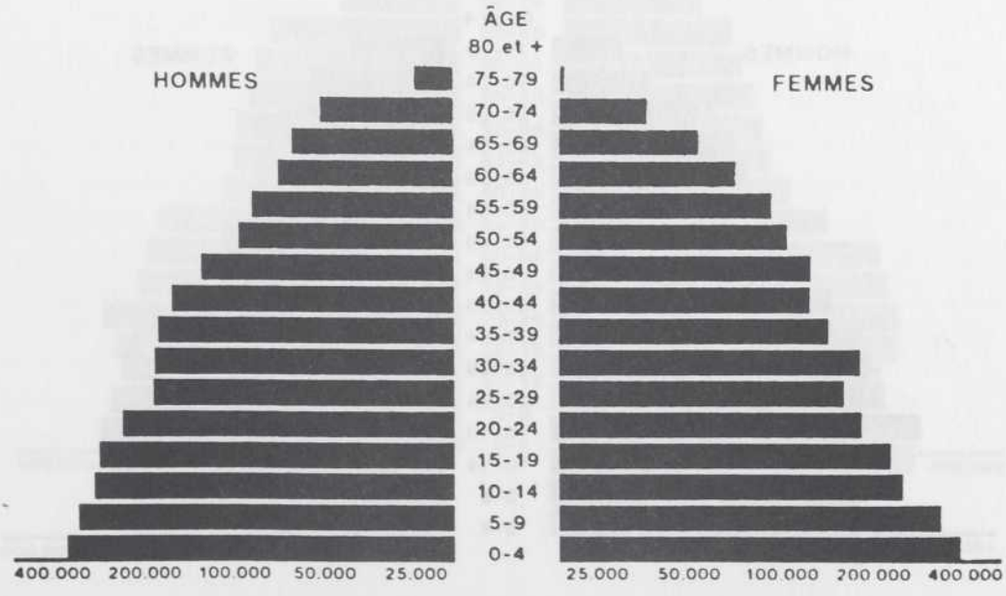
Au cours de cette même époque, nous avons vécu la révolution tranquille. Ah, quel impact sur notre population! Notre société a vécu de grands changements en relativement peu de temps et il est bien normal que nous cherchions régulièrement à revenir sur notre passé et à retrouver nos origines pour mieux comprendre le présent afin de mieux y faire face. Pour moi, l'émission "Avis de recherche" en est un exemple. Cette photo d'une classe de finissants d'un collège classique est déjà l'illustration d'une époque révolue. Pour y être admis, il m'a fallu une lettre de recommandation du curé de ma paroisse et j'ai dû marquer dans mes choix de vocation sur la fiche d'admission que je pensais sérieusement à la prêtrise.

Par la suite, je suis allé à un deuxième collège où pour entrer, il fallait presque mentionner que l'on désirait devenir premier ministre!... Malheureusement, il y a eu les événements d'octobre qui nous ont un peu refroidis face à une éventuelle carrière politique. Vous vous rappellerez sans doute, qu'au même moment, il y a eu aussi la promulgation de la Loi sur les mesures de guerre de même que la fin abrupte, par législation spéciale, de la grève des médecins spécialistes suite à l'introduction de la

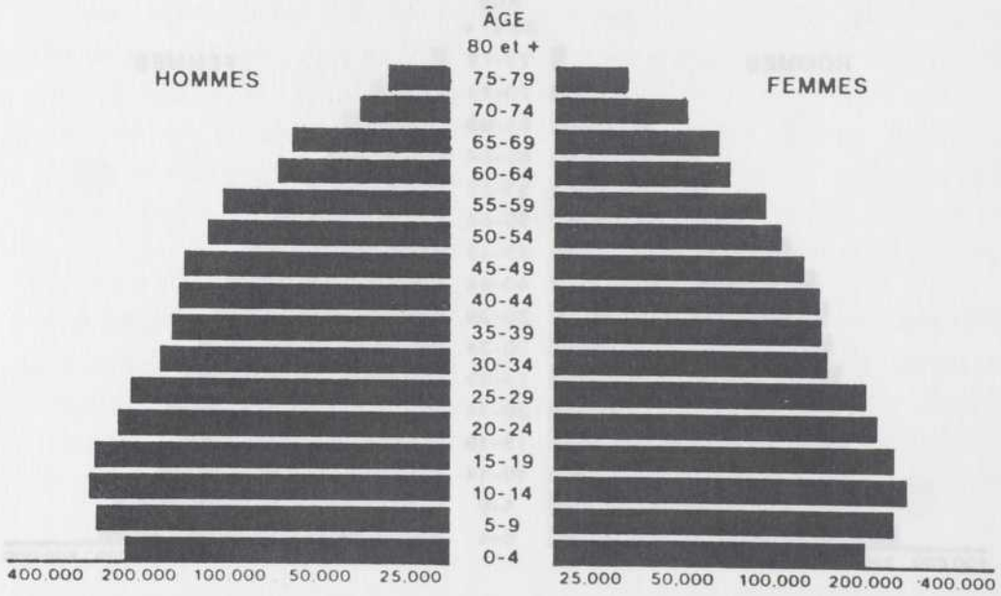
PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION
QUÉBEC, 1951



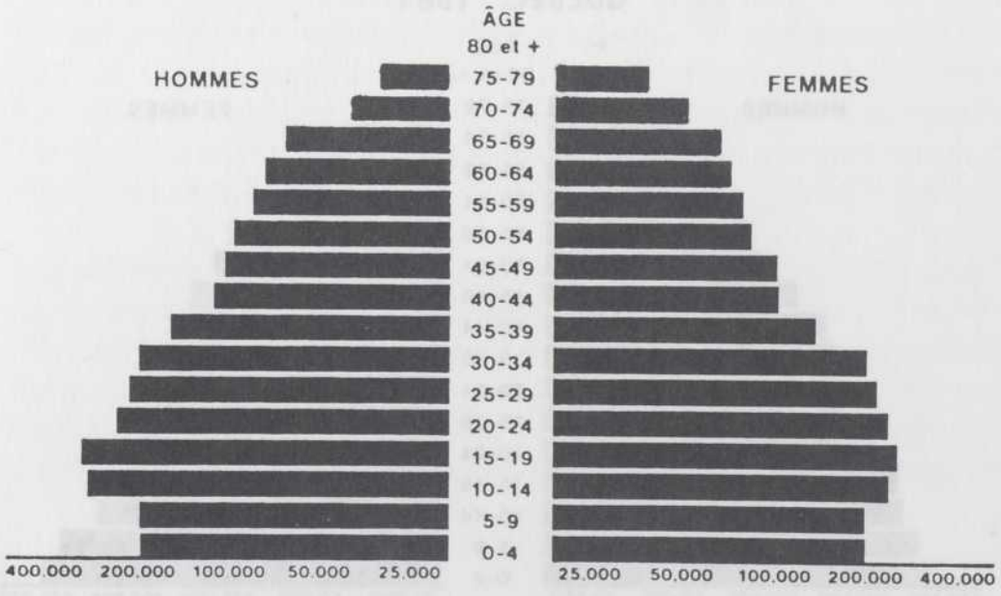
PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION
QUÉBEC, 1961



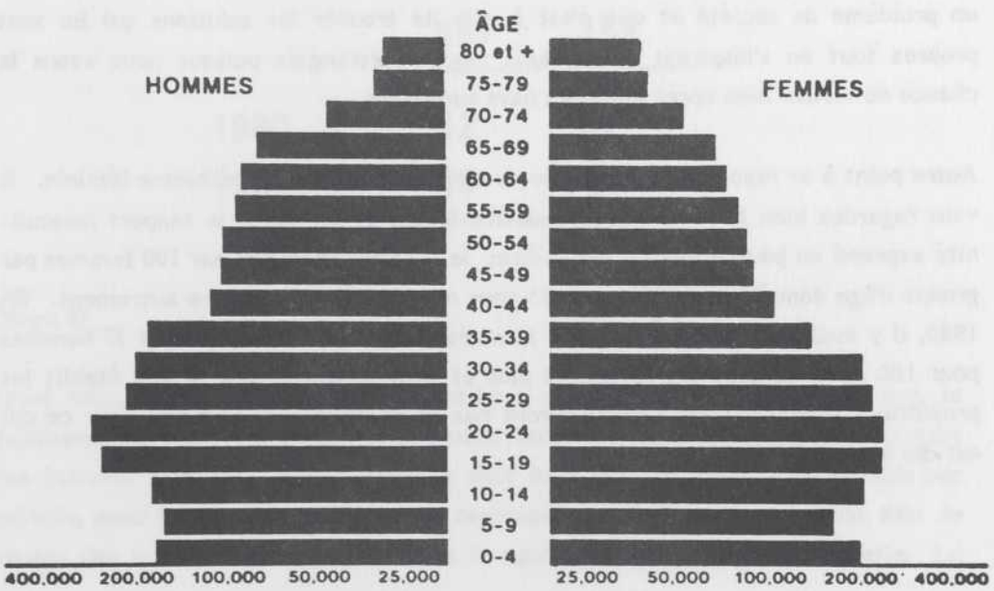
PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION
QUÉBEC, 1971



PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION
QUÉBEC, 1976



PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION
QUÉBEC, 1981



Loi de l'assurance-maladie. Pour quelqu'un qui croyait en la démocratie et qui désirait aller en médecine, ce furent des événements qui firent réfléchir.

Ce changement de société s'est aussi réflété dans nos institutions scolaires. Pour continuer dans la même veine anecdotique, j'ai connu, croyez-le ou non malgré mon jeune âge, des écoles de rang où il y avait 7 classes, de la 1ère à la 7e année, (soit tout le cours primaire), enseignées dans une même salle de cours et tout le cours secondaire dans une deuxième salle de cours. Dans la région métropolitaine, nous pouvions trouver à la même époque, nos bonnes vieilles écoles de quartier qui, suite au Baby Boom, ont dû céder le pas pour le niveau d'enseignement secondaire à ces belles usines d'enseignement que sont nos écoles polyvalentes. Finalement, la dénatalité a fait en sorte que nous sommes en train de recycler nos écoles primaires en habitation, en copropriété et même en C.L.S.C.

Ce que j'ai voulu illustrer par ces quelques exemples, c'est que le vieillissement est un problème de société et que c'est à elle de trouver les solutions qui lui sont propres tout en s'inspirant de certains modèles étrangers puisque nous avons la chance de vieillir bien après plusieurs pays européens.

Autre point à se rappeler, le problème du vieillissement est un problème féminin. Si vous regardez bien la prochaine diapositive (diapo 2) qui donne le rapport masculinité exprimé en pourcentage (c'est-à-dire: le nombre d'hommes par 100 femmes par groupe d'âge donné) pour 1980 et 1995 vous ne pourrez en conclure autrement. En 1980, il y avait 42 hommes pour 100 femmes chez les 65 ans et plus et 37 hommes pour 100 femmes chez les 75 ans et plus et vous constatez que si l'on établit les projections pour 1995, les choses n'iront pas en s'améliorant, du moins pour ce qui est des hommes.

PROBLÈMES ET BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES

Vous êtes maintenant à même de constater la complexité de cette problématique. Il nous faut malgré tout s'y retrouver, si nous désirons arriver à définir des objectifs qui nous seront communs et trouver les moyens pour les réaliser. Pour ce faire, avant de tenter de les définir, nous allons faire succinctement le tour des problèmes et besoins de notre population vieillissante. Plusieurs études ont été réalisées au Québec et à l'étranger et nous aideront à mieux saisir cette problématique.

RAPPORT DE MASCULINITÉ EXPRIMÉ EN POURCENTAGE

	65+	75+
1980	42	37
1995	39	34

(Diapo 2)

Avant tout, il nous faudra faire attention à deux obstacles. Premièrement, le vieillissement, bien qu'il soit un phénomène universel, se manifeste différemment d'un individu à l'autre. Notre approche doit donc être personnalisée, individu par individu, mais devra nous permettre de regrouper certaines problématiques afin de trouver des solutions qui soient valables et applicables sur une grande échelle. Le

deuxième obstacle, qui est probablement celui qui risque de nous causer le plus de problème, est l'agéisme. Nous pouvons définir ce type de ségrégation comme étant un type d'attitudes négatives face à la personne âgée, pouvant aller de la simple indifférence jusqu'à l'agressivité manifeste.

Situation sociale

Regardons la situation sociale des personnes âgées. J'ai déjà mentionné l'écart existant entre l'espérance de vie selon les sexes et souligné le caractère féminin du vieillissement de notre population. L'ensemble des personnes âgées et parmi elles en particulier les femmes, ont des revenus bas. En 1981, 65% recevaient en tout ou en partie le supplément de revenu garanti. Entre 20 et 25% des personnes âgées vivent seules, ce qui représente une proposition non négligeable. Près des 3/4 demeurent dans le même quartier depuis plus de 10 ans. Il y a donc stabilité dans le milieu de vie et les contacts sont fréquents avec la famille. Une étude faite au Québec démontre que plus de 50% reçoivent la visite d'au moins un membre de sa famille chaque semaine. Ce n'est pas mal! Nous avons donc une structure familiale, une structure sociale qui permet de conserver des liens avec nos personnes âgées. Elles ne sont probablement pas aussi marginalisées que nous serions portés à le croire.

La prochaine diapositive (diapo 3) présente la fréquence relative de l'autonomie fonctionnelle pour certaines activités. Nous pouvons y constater que 97,7% des personnes âgées sont autonomes pour les activités de la vie quotidienne, 80% le sont pour les courses l'hiver et 73,5% pour la préparation des repas. Il y a toutefois un petit problème car seulement 32% des hommes sont autonomes pour cette même préparation des repas... Alors que si nous leur demandons de sortir les poubelles, 57,7% sont capables de le faire...

FRÉQUENCE RELATIVE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE
POUR CERTAINES ACTIVITÉS

	♀	♂	Total
Activités de la vie quotidienne	97.8%	97.1%	97.7%
Déplacements extérieurs l'hiver	81.8	90.6	87.0
Courses l'hiver	72.0	85.5	80.0
Préparation des repas	90.2	32.0	76.5
Entretien ménager			
- tâches lourdes	51.4	57.7	57.9
- tâches légères	86.8	75.8	83.2

(Diapo 3)

Une solution à ce problème sexué pourrait bien être l'organisation dans nos centres de jour et dans nos C.L.S.C. de cours de cuisine pour mâles de l'âge d'or.

La prochaine diapositive (diapo 4) démontre que l'âge charnière pour la perte de l'autonomie fonctionnelle est 75 ans. C'est après cet âge qu'apparaissent les incapacités. Soyons tout de même optimistes car pour qu'il y ait véritablement atteinte de l'autonomie fonctionnelle, nous pouvons considérer qu'il faut le cumul de plus d'une incapacité. Nous constatons que même chez les 75 ans et plus, nous ne retrouvons que 5,5% des individus avec deux incapacités ou plus. La situation n'est donc pas dramatique.

TOTAL CUMULATIF DES INCAPACITÉS
POUR 5 ACTIVITÉS

	70 – 74 ans	75+	Total 65+
Aucune incapacité	85.4%	67.3%	78%
1 incapacité	12.1	27.2	17.7
2 incapacités	2.5	1.4	1.8
5 incapacités	–	1.8	0.9

(Diapo 4)

La prochaine diapositive (diapo 5) illustre la responsabilité de l'exécution de certains travaux domestiques. Nous avons parlé d'autonomie de la personne âgée face à certaines tâches mais dans la réalité, nous nous rendons compte que nos gens âgés sont relativement bien entourés. Seulement 29% d'entre eux ont à laver les planchers seuls. La prochaine diapositive (diapo 6) résume les sources de l'aide reçue.

RESPONSABILITÉ DE L'EXÉCUTION
DES TÂCHES DOMESTIQUES

	Le ménage à l'intérieur	Lavage des planchers	Préparation des repas	Courses
L'interviewé seul	41%	29%	53%	43%
L'interviewé et un résident	22	16	15	24
Un résident	27	28	30	26
Une personne de l'extérieur	10	27	1	6

(Diapo 5)

SOURCES DE L'AIDE REÇUE

De toutes provenances	32%	
Des enfants	14	24
De parents	10	
D'amis	9	
De bénévoles	2	
D'agences gouvernementales	5	

(Diapo 6)

Les personnes âgées ont généralement facilement accès aux services publics. À titre d'exemple, retenons que 84% des personnes âgées ont un accès à l'épicerie, 82% à l'église et 79% au bureau du médecin. Par ailleurs, plus de 75% des personnes âgées ont des activités récréatives qui vont de la marche à pied au voyage en pays lointain.

Pour conclure ce chapitre, retenons que peu de personnes âgées à domicile, soit 0,4% ne retrouvent pas dans leur milieu les ressources requises pour combler leurs besoins essentiels et que près de 80% peuvent recevoir de l'aide immédiate en cas d'urgence. Ces chiffres sont tout de même rassurants.

La seule chose que les chercheurs n'ont pu mesurer, c'est l'affection que nous avons à l'égard de nos aînés. Cette aquarelle faite par un de mes patients âgé de 95 ans, souffrant d'une maladie similaire à la sclérose en plaques, illustre bien que la vie affective ne s'atténue pas avec l'âge.

La santé

Regardons maintenant la consommation des services médicaux par cette clientèle. En 1980, les personnes âgées représentaient 8% de la population totale alors qu'elle rapportait 62% des problèmes de santé et comptait 19% des décès. Les statistiques de la Régie de l'assurance-maladie (diapo 7) illustrent bien l'importance des problèmes de santé pour ce groupe d'âge. Les personnes de 65 ans et plus consommaient 16,1% de l'ensemble des services payés à l'acte. 52% des visites à domicile faites en 1981 l'ont été pour des bénéficiaires de ce groupe d'âge de même que 26% des examens faits en établissement. Sur la prochaine diapositive (diapo 8) nous remarquons que les personnes âgées représentaient 16% des admissions hospitalières en courte durée et consommaient 29,2% des jours d'hospitalisation; ce qui représente une consommation importante d'une ressource de santé lourde et coûteuse. Sur la prochaine diapositive (diapo 9) on note que la durée moyenne de séjour augmente avec l'âge. Elle va jusqu'à 22 jours pour les personnes de 85 ans et plus alors que pour la population totale elle n'est que de 9 jours.

NOMBRE * ET TYPE DE SERVICES MÉDICAUX
(Régie de l'assurance-maladie, 1981)

	65 ans et +	75 ans et +
% de la population	8.6%	2.9%
Examens		
- Cabinet	11.5	3.4
- Domicile	52.0	30.4
- Établissement (admis.)	36.9	18.2
- CHSLD + CA	77.0	58.4
Chirurgie $30 et +	11.0	4.0
Ensemble des services	16.1	6.6

* Rémunération à l'acte

(Diapo 7)

HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE
(Québec, 1980)

	% de la population	% des admissions	% jours/ hospital.
65 ans et +	8.6%	16%	29.2%
75 ans et +	2.9%	6.5	13.0

(Diapo 8)

MOYENNE DE LA DURÉE DE SÉJOUR HOSPITALIER

65 – 69 ans	14 jours
75 – 79	18
85 et +	22
Population totale	9

(Diapo 9)

La prochaine diapositive (diapo 10) souligne que les maladies du système circulatoire et les tumeurs sont les deux principales causes de décès chez les 65 ans et plus. Je vous ai présenté ces chiffres parce que l'on parle souvent de mauvaise utilisation de la médication et même de surmédication chez les personnes âgées. Si nous prenons les statistiques de la Régie de l'assurance-maladie pour 1980 (diapo 11), nous pouvons avoir un tableau assez exact de la façon de prescrire des médecins au Québec puisqu'à ce moment il n'y avait pas encore eu de coupure du remboursement de certaines classes de médicaments par le gouvernement. Vous allez constater avec moi, que de façon globale, les médecins ne prescrivent pas si mal que cela si l'on compare les classes de médicaments prescrits en regard des causes de décès présentées dans la diapositive précédente. Vous voyez qu'il y a 3,6 prescriptions par année par bénéficiaire pour les médicaments classés cardio-vasculaires de même que 3,6 pour les médicaments classés électrolytes et diurétiques, ce type de médicament étant également prescrit pour les maladies cardiaques et l'hypertension artérielle. La prescription de sédatifs et hypnotiques ne représente que 1,2 prescription/année par bénéficiaire. Quant à l'ensemble des ordonnances, elle est de 21,9 par bénéficiaire ce qui ne représente même pas la prescription de deux médicaments par mois par bénéficiaire si l'on applique ces statistiques à l'ensemble de ces derniers.

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS
POUR LES 65 ANS ET + (Québec, 1979 - 80)

	♂	♀
Maladies du système circulatoire	32.9%	23.6%
Tumeurs	15.8	8.4
Maladies de l'appareil respiratoire	5.3	1.9

(Diapo 10)

NOMBRE DE PRESCRIPTIONS PAYÉS
PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE (1980)

Cardio-vasculaires	3.6 par bénéficiaire
Électrolytes et diurétiques	3.6
Gastro-intestinaux	2.2
Psychotropes	2.1
Sédatifs et hypnotiques	1.2
Ensemble des ordonnances	21.9

(Diapo 11)

Quelle perception les personnes âgées ont-elles de leur santé? Selon l'étude de Béland, 50% la qualifient de bonne à excellente, 30% de moyenne et 17% de déficiente ou mauvaise.

L'hébergement

La prochaine diapositive (diapo 12) illustre une autre maladie dont nous souffrons, mais cette fois-ci, en tant que société. Nous constatons en regardant les chiffres représentés qu'en 1973 le Canada détenait le championnat pour ce qui est de l'hébergement des personnes du troisième âge avec 9 places par 100 personnes âgées de 65 ans et plus alors qu'en Yougoslavie, on hébergeait seulement 0,04% de cette population. Si nous regardons pour la France, Israël et les États-Unis, l'importance des ressources se limite à 5%. Ce 5% semble être la norme généralement admise dans la littérature gérontologique. Toutefois, nous pouvons la modifier si nous

tenons compte: a) de l'âge de la population (puisqu'il s'agit d'un facteur de prédiction des incapacités et de la perte du support familial; b) du niveau fonctionnel (puisqu'il permet d'identifier le type de services requis); c) de la disponibilité du support familial ou informel et d) de la nature et du type des incapacités.

PLACES DISPONIBLES EN HÉBERGEMENT, 1973

Canada	9% /100	personnes 65 ans et +
France	5	"
Israel	5	"
U.K.	3	"
U.S.A.	5	"
Yougoslavie	0.04	"

(Diapo 12)

Regardons maintenant la situation au Québec au début des années '80 (diapo 13), notre provision était de 6 places en centre d'accueil par 100 personnes âgées de 65 ans et plus et de 105 lits en centre hospitalier de soins prolongés par 1000 habitants (ce qui équivalait à 1,5 lit en centre hospitalier de soins prolongés par 100 personnes de 65 ans et plus) pour un total de 7,7 places en hébergement par 100 personnes âgées.

SITUATION DE L'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC. 1982

	Nombre	Taux/100 65 ans et +
Centre d'accueil	26 990	4.6
Pavillon	2 171	0.4
Hospitalisation en soins de longue durée	15 778	2.7
TOTAL	44 939	7.7

(Diapo 13)

Comment peut-on expliquer que nous en soyons rendus là? J'ai retenu cinq causes possibles pouvant expliquer cet état de fait:

- le contexte historique du développement de ces ressources;
- le désir d'hébergement de la population âgée;
- l'influence des professionnels sur ce désir;
- le manque de politiques et de ressources favorisant le maintien à domicile;
- les conditions d'habitation et les contraintes du milieu.

Étant donné que le temps fuit, je ne pourrai développer chacun de ces points autant que le l'aurais désiré. Afin d'abréger, schématisons la classification des ressources d'hébergement en deux types de service: les ressources légères (familles d'accueil, centre d'accueil) et les ressources lourdes (centres hospitaliers de soins prolongés et unités de soins de longue durée en centre hospitalier de courte durée). Une admission dans l'une ou l'autre de ces ressources peut être considérée comme temporaire (admission planifiée ou dépannage ou à long terme. Historiquement au

Québec, le ressources légères et les ressources lourdes se sont développées parallèlement sans tenir compte des rôles complémentaires que devaient jouer l'une et l'autre de ces ressources. Au cours de leur développement, les ressources légères ont adopté un modèle de fonctionnement de type social alors que les ressources lourdes ont adopté un modèle de type médical.

Je voudrais seulement vous rappeler, qu'au départ, les centres d'accueil avaient le nom de foyers d'hébergement ou de résidences pour personnes âgées et que ces ressources n'admettaient que des personnes autonomes et surtout qui ne souffraient d'aucune maladie invalidante ou requérant des soins médicaux réguliers. Quant à lui, le développement des centres hospitaliers de soins prolongés remonte pour plusieurs de ces établissements à une époque très lointaine, la fondation de certains suivant de peu les débuts de la colonie française. Leur vocation était surtout de recevoir des pauvres, des déshérités et des orphelins qui y entraient pour un hébergement définitif et c'est peu à peu que ces établissements se sont transformés en véritable centre hospitalier.

Je me dois de souligner dans ce court historique, la fameuse directive de 1976 du ministère des Affaires sociales qui obligeait les centres hospitaliers de courte durée comptant plus de 200 lits au permis de réserver 10% de leurs lits pour les soins prolongés et celle de 1978 les obligeait à regrouper ces lits sur des unités distinctes.

Deux études ont été faites au Québec sur le désir d'hébergement de la population âgée. Dans la première, 19,9% des personnes interrogées ont manifesté leur désir d'un hébergement en institution et 14,5% des individus interviewés avaient déposé leur demande officielle d'hébergement. Dans la deuxième, 7,5% des répondants relataient avoir présenté une demande pour être hébergés et une proportion à peine plus élevée ont dit songer à présenter une telle demande.

Toutefois, Claude Sicotte rapporte dans une étude que seulement 3,1% des personnes âgées vivant à domicile ont des besoins pouvant requérir l'institutionnalisation et il

rapporte que cette proportion tombe à 0,4% lorsque l'on tient compte de l'aide apportée par l'entourage immédiat. Il devient donc évident qu'avec le présent réseau de services aux personnes âgées et tenant compte des circonstances socio-environnementales actuelles, les personnes âgées manifestent un désir d'hébergement hypertrophié par rapport à leur situation de vie.

D'où vient ce désir? Therrien et Bouchard ont tenté de fournir une explication synthétique du désir d'hébergement à partir des différents facteurs explicatifs qu'ils ont étudiés. La variable la plus discriminante est l'appréciation subjective de son état de santé par la personne âgée. Ce sont non seulement les gens les plus malades ou ceux qui se considèrent comme tels qui désirent être hébergés mais sutout parmi eux, ceux qui vivent seuls et qui n'ont pas de personnes qui puissent les aider en cas d'urgence.

Les professionnels exercent une influence importante sur le désir d'hébergement. Lorsqu'un médecin dit à une personne âgée ou à sa famille "il va falloir penser à un placement", cette opinion compte beaucoup plus qu'il n'est porté à le penser. Il en est de même pour tous les autres intervenants qui ont cru aussi trop fortement à l'État de Providence et qui pensaient régler tous les problèmes par l'hébergement.

Le manque de politiques et de ressources favorisant le maintien à domicile a également joué un rôle. Ce n'est qu'en novembre 1979 que le ministère des Affaires sociales a rendu publique sa politique de services à domicile dans laquelle le maintien dans le milieu de vie naturel aux individus était clairement énoncé comme l'un des objectifs fondamental du programme. Toutefois, dans une récente étude portant sur l'évaluation de la politique des services à domicile, l'auteur souligne à juste titre que l'on a attribué à ce type de services des fonctions trop vastes, puisque la politique de maintien à domicile repose essentiellement sur eux. Le même auteur souligne le caractère global d'une fonction tel le maintien à domicile qui concerne plutôt un système de soins prolongés que ce seul programme. J'expliquerai plus à fond, ultérieurement, le concept d'un réseau intégré de soins prolongés.

La psycho-gériatrie

Un mot sur le problème de la psycho-gériatrie. Vous en avez entendu parler souvent durant ce colloque et je trouve que c'était plus que pertinent, vu que cette problématique demeure une des plus difficiles à laquelle nous aurons à faire face et pour laquelle il va falloir trouver des solutions autant dans la communauté qu'en établissement. Nous devons nous rappeler qu'à l'âge de 80 ans, un individu a une chance sur cinq de souffrir d'un syndrome démentiel d'intensité modérée à sévère. Cette proportion souligne la forte incidence de ce type de pathologie. De plus, des études démontrent que 15% des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'une dépression cliniquement significative. Ces deux problèmes soulèvent l'importance de développer une approche psycho-gériatrique adéquate.

PAUSE MUSICALE

Voilà qui résume pour une bonne partie la problématique du vieillissement démographique. Maintenant, je vous propose une petite pause musicale:

Le déserteur

Monsieur le président
Je vous fais une lettre
Que vous lirez peut-être
Si vous avez le temps.

Je viens de recevoir
Mes papiers militaires
Pour partir à la guerre
Avant mercredi soir.

Monsieur le président
Je ne veux pas la faire
Je ne suis pas sur terre
Pour tuer les pauvres gens.

Paroles de Boris Vian

Déserteur

Monsieur le président
Je vous fais un bafouille
Que vous lirez sûr'ment
Si vous avez des couilles

Je viens de recevoir
Un coup d'fil de mes vieux
Pour m'prévenir qu'les gendarmes
S'étaient pointés chez eux...

...'Lors y paraît qu'on m'cherche?
Qu'la France a besoin de moi?...

... Pi surtout c'qui m'déplaît
C'est que j'aime pas la guerre
Et qui c'est qui la fait
Ben c'est les militaires...

... Maint'nant j'vais t'dire pourquoi
J'veux jamais être comme eux

Quand les russes les 'ricains
F'ront péter la planète
Moi j'aurai l'air malin
Avec ma bicyclette

Paroles de Renaud Séchan

J'ai voulu vous faire entendre ces deux chansons pour illustrer que le problème du vieillissement de nos populations n'en est pas un qui doit être pris au tragique par nos sociétés. Dans l'après-guerre mondiale, au moment de la guerre d'Algérie, Boris Vian pouvait composer le Déserteur puisqu'il n'avait pas un sentiment d'impuissance totale face aux événements. Il pouvait au moins être dissident et parler de désertion face à la guerre, face à l'enrôlement militaire. Les problèmes présents qui préoccupent notre jeunesse et aussi, sans doute, une bonne partie d'entre vous, sont des problèmes sur lesquels les individus peuvent difficilement agir individuellement et même collectivement: la menace nucléaire, la pollution de la planète...

En comparaison, nous pouvons agir pour solutionner les problématiques engendrées par le vieillissement démographique. Nous pouvons contribuer chacun par notre action individuelle et par certains gestes collectifs à solutionner ou du moins à atténuer certains des effets néfastes des pertes reliées au vieillissement. Nous pouvons même espérer goûter au fruit de notre action. Si ma présentation ne peut que vous faire réaliser le caractère non tragique de ce phénomène, j'aurai atteint l'essentiel de l'objectif que je m'étais fixé.

LES SOLUTIONS

Pour compléter cette présentation, je voudrais esquisser comment je vois les solutions aux problèmes déjà mentionnés en abordant dans un premier temps le concept de réseau de soins prolongés.

Définition de "soins prolongés"

Dans son document "Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés", le service des programmes de soins prolongés du ministère des Affaires sociales a retenu comme définition de "soins prolongés", celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé:

> "Les services de soins de longue durée se composent d'une part, de services de soins temporaires de type spécial, dont la tâche principale consiste à évaluer l'état physique, mental et social des patients âgés ou invalides et, si possible à aider ces patients à se réadapter ou à s'accommoder de leurs infirmités, ainsi qu'à retarder l'aggravation de leur état, et d'autre part, des services de soins permanents ou prolongés, hospitaliers ou ambulatoires, assortis de diverses formes d'assistance à domicile pour les personnes qui ont absolument besoin d'une aide dans la vie de tous les jours.
>
> Les services de soins de longue durée touchent ainsi à la santé, à l'assistance sociale et à la vie en société: ils ont donc, par nature, des activités multidisciplinaires qui nécessitent à la fois l'intervention d'Établissements cliniques et celle de Services de soins externes".

Notes historiques

Jusqu'à tout récemment, tant aux États-Unis qu'au Québec, on a favorisé l'approche institutionnelle pour répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins prolongés. Ce n'est que depuis le milieu des années 1970, que l'on a élargi la définition de "Soins prolongés" pour embrasser un continuum de services offerts à domicile dans la Communauté et en Institution.

Pour Dobrof, un auteur américain et ses collaborateurs, l'affluence de l'économie américaine et la richesse de ses ressources ont été un obstacle au développement d'une approche rationnelle et globale dans l'élaboration d'un système de soins prolongés. Il mentionne que d'autres pays, tels les Nations Scandinaves, le Royaume-Uni, ont développé par nécessité économique de nouveaux types de service et mis en place des mécanismes de coordination afin d'assurer à chaque patient, après une évaluation soignée des besoins, l'accessibilité, à des services appropriés et continus.

Objectif général d'un système de soins prolongés

L'objectif général d'un système de soins prolongés peut être défini de la façon suivante:

"Améliorer, réadapter ou maintenir la population-cible à son plus haut niveau fonctionnel".

Principes généraux en soins prolongés

Les principes de base devant prévaloir dans l'implantation d'un Réseau de soins prolongés sont:

- La continuité des soins qui assure au bénéficiaire qu'à tout moment de son existence, quel que soit son lieu de résidence, il puisse bénéficier des soins et des services que son état requiert.

- L'approche globale du bénéficiaire qui sous-entend, vu la multitude des besoins, que les interventions doivent être le plus souvent multidisciplinaires.
- L'évaluation complète et uniforme du bénéficiaire à tous les niveaux de soins du réseau de soins prolongés. Cette évaluation doit être faite par l'équipe multidisciplinaire selon des critères acceptés par tous les intervenants du Réseau. On doit prévoir des réévaluations périodiques et régulières tout au long du cheminement du patient dans le Réseau et pour ce faire, développer des outils, des instruments qui nous permettent d'y procéder aisément.
- L'individu et ses proches doivent participer au processus de décision touchant l'élaboration et l'application de son plan de soins et de services.
- La qualité des soins doit être assurée à tous les niveaux de services du réseau de soins prolongés. Elle repose sur une formation adéquate de tous les intervenants, sur une organisation des services qui soit souple et ouverte aux besoins des patients et sur une politique des soins axée sur la qualité de vie des bénéficiaires.

Considérations générales dans l'application des principes généraux en soins prolongés

Inaccessibilité et fragmentation des services

Tant au Québec qu'aux États-Unis, la situation présente des soins prolongés est surtout caractérisée par l'inaccessibilité et la fragmentation des services.

La fragmentation est attribuable à l'absence de certains services ou à leur inaccessibilité, suite à des règles d'allocation inadéquatement restrictives ou à la simple présence d'une liste d'attente.

La personne âgée en perte d'autonomie ne peut être assurée dans le présent système d'une continuité des soins. Son état, tant physique que mental, ses revenus, son lieu

de résidence, son manque de connaissance, ne lui permettent souvent pas de négocier adéquatement avec les différents agents du Réseau. Pour obtenir les services essentiels à son maintien à domicile, elle devrait souvent avoir recours à plusieurs services offerts par des professionnels et organismes différents, agissant en parallèle. Dans le présent système, c'est elle (la personne âgée) qui doit coordonner toutes ces interventions à moins qu'elle n'opte pour l'hébergement.

La présente absence de continuité dans les soins prolongés reflète un manque de continuum opérationnel dans la distribution des soins; on note des lacunes et des chevauchements. "En fait, le bénéficiaire de soins prolongés est identifié à un Réseau d'Établissements. Il semble que le Réseau des services de soins prolongés a été conçu en fonction des Établissements plutôt qu'en fonction des besoins des bénéficiaires".

Il faudrait un système qui permette de façon appropriée:

- l'identification des besoins des personnes souffrant d'incapacité ou maladie chronique;
- l'allocation de ressources adéquates au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie du bénéficiaire et ce, dans le milieu de vie le moins contraignant possible. Il faut éviter autant la dépendance résultant d'une allocation trop généreuse de services que le handicap secondaire à une allocation inadéquate ou insuffisante de ressources;
- La coordination entre les différents intervenants et l'accès au moment opportun et dans des délais requis aux différentes ressources du réseau.

Un prérequis à l'approche globale: la collaboration entre les services de santé et les services sociaux

L'approche globale signifie que l'on considère l'individu pris dans son entier en s'attardant sur les aspects bio-psycho-sociaux de la personne. Cette démarche présuppose une intervention multidisciplinaire dans la distribution des soins et services.

Jusqu'à tout récemment, le Réseau des Affaires sociales s'est développé en perpétuant une approche dichotomique des services se reflétant dans un secteur social et un secteur santé.

Les Centres locaux de services communautaires sont une tentative de regroupement et de collaboration entre les deux secteurs. Malheureusement, leur développement n'est pas universel sur le territoire québécois (quoique nos gouvernements nous aient promis de compléter ce réseau incessamment), et trop souvent, il n'a pas permis de réaliser la fusion des services sociaux et de santé quant à la coordination et à la distribution des soins prolongés dans la Communauté. La principale porte d'entrée aux soins de santé demeure et demeurera le cabinet privé de consultation médicale. Quant aux services sociaux, plusieurs étaient, jusqu'à tout récemment, concentrés dans les Centres de services sociaux (C.S.S.). Un effort de décentralisation est en cours et se manifeste par la création des Bureaux des services sociaux (B.S.S.) et l'augmentation de l'implication des services sociaux au sein des C.L.S.C.

Pour Kane et Kane, la distinction qui existe entre les responsabilités des services sociaux et des services médicaux dans la distribution des services institutionnels semble claire en théorie, mais beaucoup de confusion peut exister en pratique et a pour effet que le bénéficiaire âgé est souvent pris en "étau". La division de l'autorité en services de santé et en services sociaux peut amener à des situations pour le moins inusitées. Ces auteurs citent Townsend qui a démontré qu'en Angleterre, en 1964, des patients hébergés en foyers pour personnes âgées étaient plus malades que ceux hébergés dans des hôpitaux.

Plusieurs autres auteurs font également ressortir la nécessité d'une concertation entre les services médicaux et les services sociaux. Pour Schneider, l'admission en hébergement ne résulte pas uniquement de facteurs médicaux ou sociaux, mais d'une combinaison de ces deux types de facteurs. Toutefois, Ingman souligne que plusieurs administrateurs d'Institution de soins prolongés continuent d'affirmer que ces soins ne doivent pas être médicalisés et qu'ils doivent gérer leur Établissement selon un modèle social. Le même auteur continue en mentionnant que de bons soins gériatriques doivent être basés sur une approche socio-clinique des soins.

Nécessité d'impliquer le bénéficiaire et ses proches dans l'élaboration et l'application du plan de soins de services

Plusieurs auteurs ont démontré l'importance d'offrir un choix d'options aux personnes âgées qui sont loin de former un groupe homogène d'individus. Au contraire, le vieillissement normal contribue généralement au développement des caractéristiques qui confirment l'individualité et la personnalité propre à chacun. Plusieurs projets de recherche ont démontré que différents groupes de patients peuvent répondre différemment à différentes approches.

De même, il est important d'impliquer, dès le départ, les proches et les membres de la famille dans la prise de décisions. Le Réseau de support informel demeure primordial pour maintenir à domicile les personnes âgées en perte d'autonomie et il devient de plus en plus évident que la disponibilité d'un support informel est crucial pour le succès d'intervention du Réseau de maintien à domicile dans la prévention d'une institutionnalisation. Il a été démontré que ce Réseau informel est présent et bien préservé au Québec. Nous devons chercher à nous associer aux proches des bénéficiaires âgés tout au cours de notre intervention et à les soutenir au moment opportun afin de maintenir leur contribution.

L'Éventail des services à offrir

- Service d'information et de référence
- Service téléphonique pour les urgences sociales et de santé
- H.L.M., H.L.M. pour personnes âgées et conciergeries pour personnes âgées
- Services sociaux dans les C.S.S. et les B.S.S.
- Services médicaux en cabinet privé ou en polyclinique
- C.L.S.C.
- Bénévolat
- Services d'aide à domicile, de soins et de prévention
- Popote roulante
- Repas communautaires
- Clubs sociaux (Âge d'Or...)
- Centre de jour
- Hôpital de jour
- C.H.C.D.
- C.H. de convalescence
- Service de Psychiatrie communautaire
- Service de Gériatrie: consultation à domicile, consultation externe, consultation hospitalière, unité d'évaluation gériatrique, unité de transition
- Service de Psycho-gériatrie
- Lits d'admission régulière (C.H.C.D. + C.H.L.D.)
- Famille d'accueil
- Pavillon
- Centre d'accueil: dépannage pour urgences sociales, hébergement temporaire planifié, hébergement à long terme
- C.H.L.D.
- Long séjour psycho-gériatrique.

On remarque que plusieurs services peuvent être offerts par une même agence alors que certains ne représentent qu'un service spécialisé à l'intérieur d'un établissement.

Je ne voudrais pas ici tenter de définir les responsabilités des différents intervenants du Réseau quant à leur rôle respectif dans la distribution de ces services, ni de définir la nature et le rôle de chacun d'eux. Je me contenterai de souligner quelques points qui me semblent pertinents.

Le bénévolat devra jouer de plus en plus un rôle prépondérant. Il faudra des services bénévoles bien organisés et comprenant des services spécifiques s'adressant particulièrement à des clientèles-cibles où pourront s'impliquer des personnes ayant développé une expertise d'intervention auprès de telles clientèles. Qu'il me suffise de citer, à titre d'exemple, le rôle que pourront remplir les "Sociétés d'Alzheimer".

Pour assurer une prise en charge adéquate des personnes âgées leur permettant de jouir d'une bonne qualité de vie et pour éviter le blocage des lits hospitaliers de courte durée par des bénéficiaires en attente d'hébergement, deux conditions essentielles doivent être remplies:

- l'existence de services à domicile bien articulés et implantés solidement dans la communauté;
- l'accessibilité, sans attente, à des services hospitaliers de courte durée et de transition adaptée aux besoins de cette clientèle.

À la suite d'un stage d'un an au Département Universitaire de Gériatrie d'Édimbourg, le docteur Marcel Arcand rapporte que: "Il faut d'abord compter sur des services efficaces et suffisamment nombreux pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Il faut aussi des médecins de première ligne, compétents et prêts à donner des soins adaptés aux besoins de cette clientèle (bonne accessibilité, continuité dans le suivi des patients à risque, travail d'équipe). Il faut naturellement que l'hôpital soit prêt lui aussi à jouer son rôle..."

Toutefois, trois faits nous incitent à nuancer notre optimisme quant aux résultats des services à domicile:

- la vulnérabilité des personnes âgées par rapport à leur indépendance économique;
- le fait que l'on a évalué à près de 25% la proportion des personnes âgées vivant seules dans la Communauté;
- le manque d'une politique cohérente quant à l'habitation et au logement des personnes âgées. Il se manifeste par la présence d'obstacles tant financiers qu'architecturaux qui diminuent l'impact des services à domicile dans la prévention de l'hébergement.

Les services gériatriques

Ce sont des services spécialisés s'adressant à une clientèle âgée en perte d'autonomie souffrant généralement de plusieurs problèmes de santé et/ou d'incapacités multiples et pour laquelle seule une approche multidisciplinaire en milieu hospitalier peut arriver à répondre adéquatement à leurs besoins. Ce ne sont donc pas toutes les personnes âgées qui ont besoin de ce type de ressources mais bien qu'une modeste proportion d'entre elles. D'après les études faites, nous pouvons affirmer, sans grand risque d'erreur, qu'à tout moment uniquement 10 à 12% de la population âgée de 65 ans et plus est à risque quant aux pertes de l'autonomie fonctionnelle et constitue la clientèle potentielle pouvant nécessiter ce type de services. Vu sur un autre angle, cela signifie que plus de 85% des personnes âgées devraient pouvoir trouver réponse à leur besoin auprès des services conventionnels tant médicaux de première ligne, que de maintien à domicile ou hospitaliers.

Pour que ce type de services rapporte les fruits escomptés, il faudra que le personnel y oeuvrant soit attentif aux besoins de cette clientèle, compétent à y répondre et surtout disponible. Ces prérequis nécessitent des médecins ouverts et habiles au contact avec la personne âgée, du personnel infirmier empathique, sensibilisé aux problèmes des personnes âgées, formé en gérontologie et dynamique, et des professionnels de la réadaptation qui n'ont pas peur de quitter leur lieu

traditionnel de traitement pour suivre leurs bénéficiaires dans leurs activités quotidiennes sur l'unité de soins qui devient unité de vie autant que milieu thérapie.

Plusieurs unités hospitalières de gériatrie existent déjà et les résultats obtenus semblent prometteurs.

Un mot sur les services de jour Géronto-gériatrique.

J'aimerais d'abord que vous vous familiarisiez avec la définition de chacun des trois types de services de jour proposée.

L'hôpital de jour

L'hôpital de jour est un lieu de diagnostic et de traitement multidisciplinaire rattaché à un centre hospitalier destiné aux personnes en perte d'autonomie, vivant à domicile.

L'hôpital de jour assure une prise en charge hospitalière du patient âgé sur une base externe dans le but de le maintenir à domicile.

Le centre de jour

Le centre de jour comporte un programme d'activités thérapeutiques et préventives pour les personnes âgées vivant à domicile, offert dans un établissement désigné et qui est habituellement un centre d'accueil. Ce programme s'adresse à des personnes dont le degré d'autonomie physique, psychologique ou social diminué nécessite une intervention, soit pour restaurer un niveau d'autonomie leur permettant de vivre à domicile, soit pour prévenir une détérioration qui appellerait une admission dans un centre d'hébergement.

La consultation externe de Gériatrie

La consultation externe de Gériatrie est une activité du service de gériatrie se déroulant au niveau des cliniques externes de certains hôpitaux pour répondre aux besoins particuliers de certaines personnes âgées en perte d'autonomie.

Elle permet:

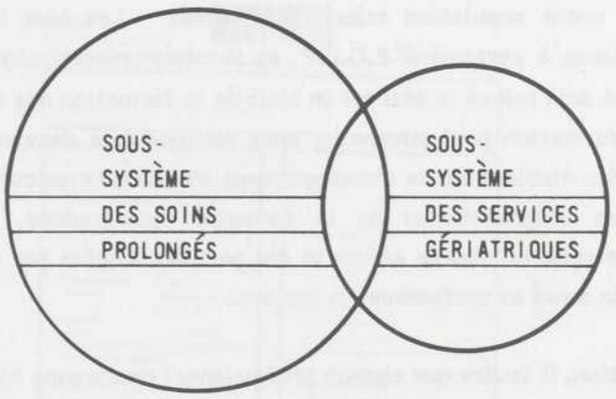
- de procéder sur une base externe à une évaluation gériatrique chez des patients âgés référés vu la complexité des problèmes présentés
- d'assurer la catamnèse (follow-up) du patient dont la complexité de la prise en charge demande l'intervention de l'équipe gériatrique.

Ces services offrent un complément fort utile et efficace aux services à domicile et aux différents services hospitaliers traditionnels tout en permettant une prise en charge sur une base externe des bénéficiaires requérant des interventions spécialisées touchant plusieurs disciplines.

Pour conclure ce chapitre, je crois que l'implantation des services de gériatrie jumelée à celle des services à domicile ne peut entraîner qu'une amélioration de la qualité de vie des citoyens âgés. Ce développement devra se faire en prévoyant des mécanismes efficaces de liaison et d'articulation entre ces deux types de services afin que leur action soit maximisée par une saine collaboration entre ces deux niveaux d'intervention.

En effet, la création de services de gériatrie ne pourra résoudre le problème des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie si leur implantation n'est pas accompagnée du développement d'un véritable réseau de soins prolongés (diapo 14).

RÉSEAU DES AFFAIRES SOCIALES



(Diapo 14)

Ces deux sous-systèmes du réseau des Affaires sociales sont interdépendants et nous pouvons même prétendre que le service de gériatrie est un sous-système de celui des soins prolongés par certaines de ses activités. Il devient évident que de se limiter à ne développer que les services de gériatrie c'est s'exposer à déplacer le goulot d'étranglement et à voir l'enlisement de ces services par manque de développement de ressources qui leur sont complémentaires et essentiels.

Vu l'importante incidence des problèmes psycho-gériatriques, il sera probablement nécessaire de développer des services spécifiques pour cette clientèle autant du type service de jour que de services hospitaliers.

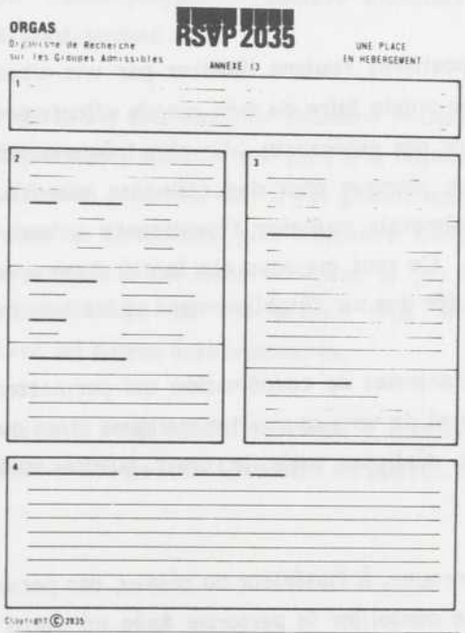
LES INTERVENANTS ET LEURS INTERVENTIONS

Toutes ces ressources dont je viens de vous parler n'auront de réel impact qu'à la condition que les personnes y oeuvrant auront la compétence et surtout la motivation de leur faire remplir les rôles prévus au départ. Nous avons déjà fait en tant que société de beaux efforts pour assurer une bonne formation en gérontologie et bientôt en gériatrie afin que les intervenants qui auront à relever le défi du vieillissement de notre population soient bien armés. Les plus beaux efforts reviennent sans doute à certains C.E.G.E.P. et facultés universitaires d'éducation permanente qui ont déjà relevé le défi par le biais de la formation des adultes. Pour ce qui est de la formation professionnelle, nous pouvons déjà déceler une volonté ferme de la part des établissements d'enseignement d'introduire au curriculum de la formation de base prégraduée et de la formation postgraduée, les éléments essentiels pour une prise en charge adéquate des personnes âgées par les différents professionnels de la santé et professionnels sociaux.

Quant à la motivation, il faudra que chaque professionnel comprenne bien le rôle qui lui sera dévolu à l'intérieur d'un tel réseau et accepte de l'assumer pleinement. Pour ce faire, il faudra que les objectifs soient bien connus de chacun des intervenants, que le climat de travail soit stimulant et que les instances administratives offrent le soutien nécessaire ainsi que le leadership requis par un tel projet qui demandera, au départ, beaucoup de remises en question et d'esprit d'initiative.

Déjà l'élaboration d'une grille unique d'évaluation, tel l'instrument CIMSP, a permis de franchir une étape importante, celle de la prise de conscience de l'absolue nécessité d'une approche globale. Cette grille permet de bien identifier les différents points d'analyse d'une situation et d'élaborer des critères d'allocation de ressources basés sur une meilleure compréhension de chaque situation particulière et de la situation globale d'une région ou d'une sous-région. Une meilleure compréhension des besoins nous permettra toujours de mieux ajuster les ressources si nous

avons la volonté de passer de la connaissance aux actes. Ma seule crainte (diapo 15) serait de me retrouver à 84 ans avec une nouvelle grille d'évaluation mais peu ou pas de progrès dans l'implantation d'un réseau intégré et dans les modes d'intervention auprès de la clientèle géronto-gériatrique.



(Diapo 15)

Notre démarche ne doit pas s'arrêter uniquement à régler des problèmes sur le plan administratif et politique mais bien à faire progresser la qualité de nos réponses face au vieillissement de l'être humain. La connaissance est un processus dynamique qui nécessite la création de centres d'excellence afin de maintenir l'esprit d'initia-

tive, de recherche et de créativité dans le réseau. Ces centres seront nécessaires pour concentrer certaines activités de formation et de recherche dans les différentes disciplines impliquées en maintenant comme impératif permanent la multidisciplinarité dans l'approche des problématiques. Toutes ces préoccupations à saveur académique et humaniste ne signifient pas qu'il ne faudra pas continuer de se préoccuper d'efficacité et d'efficience de ce réseau de services mais plutôt de bien orienter notre démarche vers l'excellence dans notre action.

Les deux prochaines diapositives veulent illustrer par une situation fréquente en agriculture, le fait que l'on puisse faire de très grands efforts pour n'obtenir qu'une piètre récolte en regard de nos espérances. Le plus fréquemment, la cause en est toute simple, soit l'unique manque d'un des éléments essentiels à toute bonne culture. Par analogie, j'aimerais souligner l'importance qu'aura la coordination à l'intérieur d'un tel réseau. Ce mot magique est la clé d'une approche centrée sur l'individu et ses besoins plutôt que sur l'établissement et les intervenants.

Comment assurer des mécanismes de coordination qui permettent d'atteindre ces objectifs? Je me permettrai de vous soumettre quelques idées que j'ai sur le sujet. Je ne sais si elles sont réalistes mais je crois qu'elles illustrent bien mes préoccupations.

J'aimerais bien que l'on retrouve, à l'intérieur du réseau, des personnes qui auraient pour tâche de guider et de conseiller la personne âgée en perte d'autonomie afin qu'elle puisse avoir accès au service dont elle a besoin. Comme je le soulignais plus tôt, il lui est souvent difficile vu sa situation de pouvoir transiger adéquatement avec les nombreux organismes et intervenants. Cette personne devrait être responsable du cheminement des dossiers des bénéficiaires dont elle deviendrait le médiateur à l'intérieur d'un réseau fort complexe. À qui confier une telle responsabilité? Comment articuler ce rôle avec les ressources existantes? Ce sont là des questions que soulève ma suggestion.

Une deuxième suggestion est à l'effet de mettre sur pied des fichiers centraux dans chaque région ou sous-région où seraient compilées les informations pertinentes concernant les personnes âgées à risque face à leur autonomie fonctionnelle. Ce type d'instrument pourrait s'avérer fort utile vu le nombre d'intervenants et d'organismes impliqués dans la prise en charge de cette clientèle: médecin en cabinet privé, services sociaux, équipe de maintien à domicile, centre de jour, centre hospitalier... Cette proposition soulève toutefois plusieurs interrogations: liberté individuelle, confidentialité...

La troisième idée qui m'est chère touche l'absolue nécessité de rendre responsable l'ensemble des établissements d'un secteur face à la population âgée de sa région ou de sa sous-région. À mon point de vue, il est grandement temps de faire en sorte que les établissements se concertent pour répondre adéquatement aux besoins de leur population en acceptant de jouer vraiment le jeu d'une approche réseau où chacun respecte le rôle qui lui est propre tout en tenant compte de sa complémentarité avec les autres établissements.

Finalement, je crois qu'il nous faudra procéder à une évaluation permanente des résultats obtenus face aux objectifs fixés afin de pouvoir corriger le tir et d'ajuster notre action.

CONCLUSION

Pour conclure, j'aurais bien aimé discourir sur le sens profond qu'a le vieillissement pour l'humain; mais sur ce sujet, mes réflexions ne me procurent aucune réponse satisfaisante. Je persiste dans ce désir de percer ce qui demeure pour moi un mystère. Mon rêve demeure que le passage du temps, l'expérience, l'acquisition de nouvelles connaissances et mes intuitions m'aideront à percer cette énigme; mais ce n'est là, peut-être, vraiment qu'une illusion. Une illusion qui continue et qui continuera pour longtemps, j'espère à stimuler et à nourrir mon action.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier sincèrement les organismes et établissements qui m'ont aidé dans la rédaction et la réalisation de cette présentation:

- Le centre hospitalier Notre-Dame-de-la-Merci et particulièrement son directeur général, monsieur Armand Fagnant

- Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal Métropolitain et plus particulièremnt la Commission administrative des centres hospitaliers de courte durée ainsi que la Commission administrative d'hébergement

- Le Département de santé communautaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi que le service audio-visuel du même établissement

- Monsieur Jean Coutu, pharmacien, pour son aide financière qui a permis la réalisation des quelques dessins humoristiques ayant illustré mes propos.

BIBLIOGRAPHIE

Le lecteur pourra retrouver une bibliographie complète des articles et ouvrages d'où sont tirés les textes cités ainsi que les statistiques dans les deux documents suivants:

MONTAMBAULT, Jacques, THIBAULT, Maurice, Développement de la Gériatrie dans la région 06-A, Comité de Gériatrie, Commission administrative des services hospitaliers, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, février 1984.

GAUTHIER, Nicole, PLAMONDON, Marc ET AL., Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Services des programmes de soins prolongés, Direction des services hospitaliers, Ministère des Affaires sociales, mars 1982.

CONCLUSION DU COLLOQUE

par Diane Roberge

Dans mon introduction du colloque, il a été question de pari: celui de vous entendre dire ce que vous vivez dans la quotidien de votre action.

Les synthèses d'ateliers qui nous sont parvenues, les propos que nous avons recueillis depuis hier, enfin, l'atmosphère palpable qui règne depuis le début du colloque, voilà autant d'indices qui montrent bien que vous avez relevé le pari, et, qu'à sa manière, chacun d'entre vous a pleinement endossé les objectifs du colloque qui sont: s'exprimer, échanger, réfléchir sur sa pratique, se situer dans son action. Plus précisément, rechercher des solutions concrètes en vue d'une action future, c'est-à-dire découvrir de nouvelles manières d'être et de travailler; identifier de nouveaux outils pour une meilleure intervention dans les situations nouvelles.

Les personnes-ressources de vendredi matin ont réellement lancé le questionnement, et ont bien déclanché le processus de prise de conscience, vous permettant de vous situer dans votre quotidien d'intervenants en gérontologie.

Quant aux ateliers de discussions, je me suis laissée dire par tous les animateurs qu'ils ont observé beaucoup de satisfaction chez la très grande majorité d'entre vous.

Toujours selon les commentaires reçus, les échanges se sont avérés francs, stimulants et enrichissants.

Les ateliers de participation et d'information qui suivaient vous ont permis d'être en contact avec une variété de projets, de ressources, de moyens susceptibles de vous aider dans votre intervention: il y en avait pour tous les goûts.

Ce matin, nos rapporteurs ont habilement repris l'ensemble de vos échanges et discussions, ce qui n'était pas une mince tâche, vu le sérieux avec lequel vous avez travaillé.

L'ensemble de vos propos des derniers jours a trouvé écho dans le discours de Jacques Montambault. Il nous laisse des traces d'optimisme quant à l'avenir. Il est très important, non seulement que nous partagions cet optimisme, mais encore que nous fassions l'effort de nous approprier les messages les plus pertinents que chacun de nous a pu retenir pendant ce colloque.

Je parle de chacun de nous, parce que, pour moi, ce colloque est avant tout une expérience individuelle dans laquelle vous avez été l'acteur principal.

Rendue ici, je veux remercier tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce colloque: le comité organisateur, le comité d'accueil, les conférencières et leurs répondeurs, les présidents de séances, les animateurs, les personnes et groupes qui ont pris en charge les ateliers de participation et d'information, les bénévoles à l'accueil et à l'inscription, les bénévoles de l'équipe technique, les commanditaires et exposants.

Je m'en voudrais de terminer sans citer ceux qui ont réellement donné la note à notre colloque 85, vous tous.

MOT DE LA FIN

Chers amis,

Nous voilà au terme de ce magnifique colloque qui a regroupé, me dit-on 402 participants auxquels s'ajoute une cinquantaine de personnes-ressources en terme de conférenciers, d'animateurs d'ateliers et de membres de l'équipe organisatrice de l'activité. Cet événement qui constitue la 6e grande manifestation du genre, nous a permis, grâce à la quantité et à la qualité des communications et discussions subséquentes de "boucler la boucle". Je m'explique: à Trois-Rivières en 1981, nous nous sommes interrogés sur le contenu de la formation et le bagage à la fois théorique, méthodologique et pratique que devraient posséder les intervenants en gérontologie. À Sherbrooke en 1982, nous nous sommes penchés sur le processus d'intervention comme tel pour essayer de trouver des éléments de réponse à la question:

"L'intervention auprès des aînés: une aide ou une entrave?"

À Hull en 1983, nous avons délimité les paramètres et les conditions minimales d'une vie décente de la population âgée - objet de notre intervention -

Lors de nos retrouvailles à Québec en 1984, nous avons défini le rôle de la famille dans la problématique gérontologique. Aujourd'hui, à Montréal, avec les résultats positifs de nos réflexions et partages sur "l'intervenant, son milieu, son action", nous avons franchi la dernière étape dans nos efforts de cerner le concept d'intervenant à tous les points de vue: savoir, savoir-faire et savoir-être. Car c'est le mot "intervenant" qui nous unit, qui est notre raison d'être et la condition sine qua non pour devenir membre de l'A.Q.G.

Je crois qu'il y a lieu d'être fier et de se sentir gratifié par ce qui vient de se passer ici durant les trois dernières journées. Je joins ma voix à celle de Diane, présidente du Colloque pour féliciter et remercier tous les membres de l'équipe organisatrice.

Pour terminer, j'aimerais vous annoncer cinq (5) prochaines activités à caractère gérontologique, susceptible de vous intéresser:

- la section de l'Outaouais organise en collaboration avec l'Université du Québec à Hull, une table ronde le 23 novembre 1986 sur "les approches alternatives en soins palliatifs";
- la section de l'Abitibi-Témiscamingue vous invite à un mini-colloque à Rouyn le 17 février 1986 sur le thème "Pour mieux vieillir";
- dans le cadre de l'A.C.F.A.S., nous aurons notre colloque sur la recherche en gérontologie à l'Université de Montréal, du 12 au 16 mai 1986;
- le prochain grand colloque de l'A.Q.G. aura lieu à Rimouski du 12 au 14 juin 1986 sur une problématique excitante et qui sort des sentiers battus, à savoir: "Sexualité et vieillissement".
- Quant à notre prochaine assemblée générale, elle aura lieu à Québec, dans le cadre du Congrès de l'Association canadienne de gérontologie et sera jumelée avec une journée de perfectionnement sur l'un des thèmes les plus pertinents de l'heure: "la multidisciplinarité ou les techniques de communication de masse".

Mohammed Khalid

PARTICIPANTS

ABGRALL Joseph-Marie,	Québec
ABADIE Hélène,	Dollard-des-Ormeaux
ANGERS Cécile,	Rimouski
ARCAND Michèle,	Trois-Rivières
AUDET Jean-Pierre,	Boucherville,
AUGER Francine,	Anjou
AUGER-EL MASRY Yolande,	Montréal
BARIBEAU Johanne,	St-Raymond
BARIL Marcel	Montréal
BARRE Christiane,	Baie Comeau
BARRETTE Louise,	Montréal
BASTIEN Nicole,	Montréal
BEAN Gérard-Raymond,	Jonquière
BEAUCAGE Jacques,	Hull
BEAUDOIN Pierrette,	Montréal
BEAUMONT Gilles,	Montréal
BEAULE, Mychelle,	Alma
BELAND Marcel	Nicolet
BÉLANGER Colette,	Fortierville
BÉLANGER Lucie,	Montréal
BÉLANGER Sylvie,	Montréal
BÉLIVEAU Claude,	Mascouche
BELLEMARE Lucie,	Shawinigan
BÉRARD Claire,	Douglastown
BERGERON Daniel,	Rouyn
BERGERON Gilles	Montréal
BERGERON Johanne,	Matane
BESNER Gisèle,	Montréal
BIBEAU Huguette,	St-Sauveur
BLAIS Michèle,	Montréal
BLAIS Sylvie,	Montréal
BLANCHARD Constance,	Montréal
BLOUIN Gilles,	Montréal
BOIS Rita,	Montréal
BOIS Sabin,	St-Angèle de Merici
BOISSONNEAULT, Blanche,	Nicolet
BOLDUC Solange,	Shawinigan
BORDELEAU Fernande,	St-Sauveur-des-Monts
BOUCHARD Johanne,	Jonquière
BOUCHARD Marie,	Montréal
BOUDREAU Luc,	Lachine
BOUFFARD Claude,	Montréal
BOULIANE Denise,	Trois-Rivières

BOURGEOIS Pauline,	Outremont
BOURQUE Pauline,	Montréal-Nord
BOURSIER Céline,	Montréal
BOUSQUET Raymond,	La Plaine
BOUTET Madeleine,	Aylmer
BOYER Francine,	Ottawa
BRIAND Réjeanne	St-Jérôme
BRISSETTE Nicole,	Jonquière
BRUNEAU Lorraine,	Trois-Rivières
BRUNELLE André,	Grenville
BUSSIÈRES Danielle,	Charlemagne
CANTIN Micheline,	Baie-Comeau
CARDINAL Jean-François,	Montréal
CARIGNAN Lisette,	Ste-Agathe-des-Monts
CARPENTIER BUREAU Thérèse,	Cap-de-la-Madeleine
CARRIER Denis	Ste-Foy
CHABOT Lise,	Greenfield Park
CHAINEY Mariette,	Montréal
CHAMPAGNE François,	Mascouche
CHAMPAGNE Raymond,	Trois-Rivières
CHAMPAGNE-TOURIGNY Hélène,	Hull
CHARADE Francine,	St-Eustache
CHARPENTIER Michèle,	Montréal
CHARRON Ginette,	Prévost
CHENIER Jocelyne,	Ottawa
CHEVALIER Lorraine,	Jonquière
CHOUINARD Josée,	St-Donat
CLOUTIER Jean-Yves,	Montréal
CLOUTIER Pierre,	Montréal
COLLIN Sylvie,	St-Donat
COMTOIS Gisèle,	Montréal
CONSTANTIN Carole,	Montréal
COOK Ginette,	Montréal
COOK Rita,	Saint-laurent
CORBEIL Lucie,	Montréal
CORRIVEAU Louise,	Montréal
COTÉ Cécile,	LaSalle
COTÉ Fernande,	Outremont
COTÉ Michel,	Jonquière
COTÉ Michel,	Québec
COURCHESNE Élizabeth,	Drummondville
CYR Rodgers,	Iles-de-la-Madeleine
DALLAIRE Thérèse,	Longueuil
DALME-BRYNILDSEN Madeleine,	Montréal
DANYLO Léola,	Montréal

DARCHE Thérèse,	Montréal
DASSYLVA Lise,	Val-David
DAVID Marie-Paule,	St-Lambert
DELISLE Guy,	Montréal
DELISLE Isabelle,	Aylmer
DERASPE Adrienne,	Iles-De-La-Madeleine
DE RAVINEL Hubert,	Montréal
DESBIENS Claudette,	Montréal
DESCHENEAUX Micheline,	Pierreville
DESGAGNÉS Janine,	Ste-Foy
DESHAIES J. Pierre,	Drummondville
DÉSILETS Jacques,	Bon-Conseil
DESJARDINS Denise,	Montréal
DESJARDINS Laurina B.,	St-Sauveur
DESNOYERS Aline,	Montréal
DESNOYERS Danielle,	Montréal
DESORCY Micheline,	Saint-Laurent
DESPATIES Marcel,	Montréal
DESSAINT Marguerite,	Ile-Bigras
DESSUREAULT Gabrielle,	Gatineau
DICK Louise,	Saint-Laurent
DION Raymond,	Fortierville
DIOTTE René,	Montréal
DODIER Monique,	Beloeil
DOIRE Denise,	St-Hubert
DOUCET Suzanne,	Rimouski
DOYON Lucie-Paule,	Roberval
DRAGON David,	Verdun
DROUIN Yvonne,	Ste-Adèle
DUBOIS Marie-Paule,	Joliette
DUBOIS Yves,	Montréal
DUCHARME Francine,	St-Bruno
DUFRESNE Roger R.,	Sherbrooke
DUGRÉ Camiller,	LaSalle
DUHAMEL Mimi (Émilienne),	Racine
DUPLESSIS Benoit,	Jonquière
DUPLESSIS Suzanne,	St-Donat
DURAND Normand,	Gaspé
DUSSAULT Daniel,	Lévis
DUSSAULT Jacques,	Québec
EISENRING Al,	Montréal
ÉLOQUIN Marcel,	St-Constant
FALARDEAU-DESJARDINS Louise,	Ste-Thérèse-en-Haut
FARLEY Roger,	Montréal
FECTEAU Roger,	Ste-Cécile-de-Lévrard

FILIATRAULT Pauline,	Montréal
FOISY Denise,	St-Lambert
FOISY Pierre,	Montréal-Nord
FORTIN Francine,	LaSalle
FOURNIER Ginette,	Baie Comeau
FRÉCHETTE Lise,	Montréal
FRÉCHETTE Suzanne,	Anjou
FUGÈRE Michel,	Hull
GAGNÉ-LANTHIER Jeannine,	Brownsburg
GAGNON Michèle,	Repentigny
GAGNON Olivette,	Beauport
GAGNON Roger,	Alma
GARCEAU Céline,	Hull
GARON Claire,	Rimouski
GAUDET Michel,	Montréal
GAUDET M. Vital,	Cap-De-La-Madeleine
GAUDREAULT Gisèle,	Montréal
GAUDREAULT Mona,	Jonquière
GAUL Liliane,	St-Lambert
GAULIN Brigitte,	Montréal
GAUTHIER Marguerite,	Montréal
GÉLINAS Anne,	Montréal
GENDRON Jacqueline,	Montréal
GERMAIN Lise,	Joliette
GINGRAS Louise,	Ste-Foy
GIROUARD Danielle,	Montréal
GIROUX-CAMPEAU Monique	St-André-Est
GLADU Aline,	LaSalle
GOBEIL Jeannette,	Lakefield
GOBEIL Hélaine,	Shawinigan
GOBULEVA Mary,	Montréal
GOSSELIN Lise,	Matane
GOULET France,	Pierrefonds
GOULET Yvon,	Sherbrooke
GRAU Marie-Claude	Montréal
GRÉGOIRE Christiane,	Valleyfield
GRENIER Maryse,	Montréal
GRENIER Pierre	Montréal
GROLEAU Denise,	Boisbriand
GRONDIN Noël,	St-Jérôme
GUAY Jean,	St-Léonard-D'Aston
GUAY Jean,	Longueuil
GUAY Jeannine,	Sillery
GUAY Simone & Louis P.,	Charlesbourg
GUAY-BOURGOIN Jocelyne,	Brownsburg
GUÉNETTE François,	Montréal

HALIKAS Céline,	Trois-Rivières
HAMELIN Claire,	St-Jérôme
HEALEY Francine,	St-Hippolyte
HELENA Sonia,	Westmount
HENRI Gérald,	Montréal
HERNANDEZ Pierre Jolin,	Montréal
HORNBLOWER Lucette,	Montréal
HOUDE Chantale,	Chicoutimi
HUOT Richard,	Montréal
JALBERT Brigitte,	Notre Dame De Grâce
JALBERT Claude,	Trois-Rivières
JETTE Robert A.,	Montréal
JOANETTE-WALKER Danielle,	Tour Gatineau
JOURDAIN Nicole,	Pierreville
JOYAL Jean-Claude,	Arthabaska
KHALID Mohammed,	Hull
KHOUZAM Viviane,	Témiscamingue
LABBE Réjeanne,	LaSalle
LACASSE Mireille,	Montréal
LACOMBE Jocelyne,	Montréal
LADOUCEUR Paule,	Québec
LAFERRIÈRE Marguerite,	Outremont
LAFLAMME Louis Émile,	Sherbrooke
LAFOND Marie-France,	Baie Comeau
LAFRAMBOISE Yvette,	Nicolet
LAFRENIÈRE Lucie,	St-Donat
LAGANIÈRE-LIMOUETTA Colette,	Montréal-Nord
LAJEUNESSE Andrée,	St-Jérôme
LALIBERTÉ Hélène,	Montréal
LAMBERT Thérèse,	Verdun
LAMBERT Pierrette,	Outremont
LAMONT Claire,	Hull
LAMONTAGNE Danielle,	Montréal
LANDRY Philippe,	Outremont
LANG Jean-Claude,	Hull
LANGLOIS Ghislaine,	Montréal
LANGLOIS Marcelle,	Notre Dame De Grâce
LAPLAINE Jean,	Hull
LAPRISE Madeleine,	Rouyn
LAROCHE Claire,	Boucherville
LAROCQUE Laurence (Marc),	Mont-Laurier
LARRIVÉE Linda,	Asbestos
LAURENCE Pierre,	Montréal
LAURENDEAU Huguette,	Montréal
LAURIN Nicole,	Montréal

LAVERGNE Donald,	Verdun
LAVIGNE-DELANEY Marielle,	St-Lambert
LAVOIE Hélène,	Laval
LAVOIE Louise,	Ste-Dorothée
LAVOIE Noël	Montréal
LE BLANC Marie-Hélène,	Montréal
LEBLANC Rose-May,	Montréal
LECLAIR Kateri,	Montréal
LECLERC Gilbert,	Sherbrooke
LECUYER Louise,	Val David
LEFEBVRE Palmyre,	Courville-Beauport
LEFEBVRE Suzanne,	Joliette
LEGAULT Line,	Valleyfield
LEGAULT Lucie,	Lorraine
LEGAULT Madeleine,	Montréal
LEMASSON Mireille	Montréal
LEMAY M. Claude,	Trois-Rivières
LÉPINE Monique,	Saint-Laurent
LEROUX Fleurette,	Drummondville
LESAGE Micheline,	Ste-Pauline
LEVASSEUR Pierre,	Pierreville
LEVESQUE Gilles-M.,	Montréal
LORTIE Lyse,	Montréal
LUSSIER Francine,	Montréal
MAINVILLE Andrée,	Ste-Anne-Des-Monts
MAINVILLE France,	Montréal
MAJOR Francine,	Chicoutimi
MALETTE Bernise,	Hull
MALTAIS Francine,	Beloeil
MARC Marie,	St-Hubert
MARCEAU Anne-Josée,	Baie Comeau
MARCHAND Poirier Thérèse,	Lachute
MARCUS Lotte,	Montréal
MARIER Denyse,	Montréal
MARQUIS Nicole,	Amqui
MARTEL Aimé,	Montréal
MARTEL Claude,	Jonquière
MARTIN Reine,	St-Michel
MARTIN Renaud,	Ste-Marguerite-du-Lac-Masson
MARTIN Andrée,	Montréal-Nord
MASSE Jacqueline,	Montréal
MASSEY Lorraine,	St-Hubert
MAUGER Lucille,	Anjou
McDONNELL Shirley-Anne,	Val D'Or
MEJIA Francisco,	Sorel
MÉNARD Chantale,	Montréal

MERCURE Pierre,	Montréal
MICHELE Victor,	Montréal
MIGNAULT-GORE Louise,	Montréal
MILJOURS Denis,	Noranda
MINEAU Michel,	Montréal
MINGUY M. Jean-Jacques,	Charlesbourg
MOFFET Suzanne,	Ste-Foy
MOISAN-FISET Louisette,	St-Raymond
MOISE Nicole,	Hull
MONTCALM Pauline,	Montréal
MONTMINY Bibiane,	St-Raymond
MONTMINY Lucille,	Québec
MORASSE Judith,	St-Raymond
MOREL Suzanne,	Rouyn
MORIN Claire,	Ste-Monique
MORISSETTE Gervais,	Trois-Rivières
MORISSETTE Guylaine,	Montréal
MOUSSETTE Denise,	Dorval
MUSTILLO Marie,	St-Léonard
NADEAU Liliane,	LaSalle
NOISEUX Christiane,	Montréal
NORMAND Roselyne,	Ottawa
NORRIS Marc,	Montréal
OUELLET Augustine Sr.,	Rivière du Loup
OUELLET Luce,	Longueuil
OUELLET Nicole,	Montréal
OUELLET Marie-Claude,	St-Alexandre Cokam
OUELLET Michèle,	La Tuque
PAILLE Stella,	Charny
PAQUET Madeleine,	Matane
PAQUIN Maurice,	St-Lambert
PAQUIN Monique,	Trois-Rivières
PARADIS Fernand,	St-Jean-sur-Richelieu
PARÉ Judith,	Montréal
PARÉ Lavergne,	Terrebonne
PARENT Charles-Henri,	Rimouski
PATRY Dr Paul-Émile,	Victoriaville
PAYER Maude,	Warwick
PELLERIN Yvon,	Laval
PELLETIER Lorraine,	Baie Comeau
PELLETIER Thérèse,	St-Bruno
PERRON Alberte,	Montréal
PERRON Marcel,	Chicoutimi
PILON Nicole,	Montréal
PLAMONDON-MARTIN Lyne,	Rimouski

PLOUFFE Louise,	Hull
POIRIER Gilles,	Valleyfield
POIRIER Gisèle,	Iles-De-La-Madeleine
POIRIER Sylvie,	LaSalle
POISSON, Christian,	Montréal
POTVIN Ginette,	Dollard-Des-Ormeaux
POULIOT Claire,	Anjou
POULIOT Pierrette,	Lachine
PRINCE Ginette,	Boisbriand
QUEZADA Ana,	Greenfield Park
QUINTAL, Jean,	Longueuil
RACINE Pierre,	Québec
RECHNITZER Stuart,	Montréal
RICHARD Nicole,	Joliette
RICHER-RIENDEAU Diane,	Ste-Julie
RIVARD Yves,	Shawinigan
ROBERT Claire,	Valleyfield
ROBERT Monique,	Montréal
ROY Denyse,	Montréal
ROY Jean-Maurice,	Shawinigan
ROY Roger,	Lévis
ST-ARNEAULT Lucien,	Montréal
ST-ONGE Jacques,	Chicoutimi
SAVARD Claude,	Verdun
SAVARD, Claire,	Anjou
SAVARD Joseph	Anjou
SAVARD Ruth,	Matane
SAVARIA Richard,	Laval
SCHARRY Léo,	Montréal
SEGUIN Lise,	Louiseville
SEGUIN-DICAIRE Majella,	Brownsburg
SENECAL Jean-René,	Montréal
SIMARD Louise,	St-Lambert
SIMARD Madeleine,	Jonquière
SIROTA Dorothy,	Montréal
SKUTEZKY-ODIER Edith,	Hampstead
SOUCY André,	Montréal
SOUCY-FILIATRAULT Hélène,	Chicoutimi
ST-HILAIRE Ginette,	Sherbrooke
STEVENSON Jocelyne,	Charlesbourg
STRYCKMAN Judith,	Québec
TASCHEREAU Raymonde,	Montréal
TESSIER-MONTREUIL Andrée,	Joliette
THÉBERGE Yolande,	Montréal
THIBODEAU Yvonne Sr.	Montréal
THIBODEAU Raymonde,	Asbestos

THOMAS Daniel,	Montréal
TREMBLAY L. Céline,	Victoriaville
TREMBLAY Francine,	Montréal
TREMBLAY Marlène,	Jonquière
TREMBLAY Michel,	Hull
TRÉPANIER André,	Montréal
TROTTIER Guy,	Montréal
TRUDEAU Danielle,	Montréal
TRUDEAU Micheline,	Montréal
VAILLANCOURT Jean-Louis	Laval
VALOIS Madeleine,	Lachine
VANDAL Aline,	Boucherville
VEILLETTE Pierre,	Shawinigan
VÉZINA Jeannette	Hull
VILLEMURE Lucie,	Outremont
ZUNIGA Ricardo,	Montréal

Achevé d'imprimer
en septembre 1986 sur les presses
des Ateliers Graphiques Marc Veilleux Inc.
Cap-Saint-Ignace, Qué.

Deacidified using the Bookkeeper process.
Neutralizing agent: Magnesium Oxide
Treatment Date:
OCT 2001
Preservation Technologies
A WORLD LEADER IN PAPER PRESERVATION
111 Thomson Park Drive
Cranberry Township, PA 16066
(724) 779-2111

Secrétariat de l'A.Q.G.

Thérèse Darche, directrice générale
Lyne Bouchard, secrétaire

Collaboration à l'organisation du colloque

Louis Billette
Christiane Le Tremble
François Vincent

Affiches

Jean-François Cardinal

Comité d'Accueil

Jean-Pierre Audet
Tahsine El Masry
Hélène Lavoie
Reine Martin

assistés de:

Louise Archambeault, Thérèse Bernard, Nicole Bouchard, Denise Boudreau, Alice Desaulniers, Linda Gagné, Constance Gagnon, Martine Hamelin, Chantal Harvey, Linda Laberge, Denise Lanoue, Lucien Lemorvan, Danielle Marier, Juliette Martin, Germaine Martineau, Solange Oligny, Jacqueline Ortiz, Thérèse Pelletier, Céline Piché, Denise Proulx, Claire Sénécal.

Comité organisateur

Constance Blanchard
Claude Bouffard
Yves Dubois
Christiane Noiseux
Diane Roberge

BNQ
C 000 064 788

Les publications de l'ACFAS

Les Annales de l'ACFAS

Recueils des résumés des communications présentées aux congrès de L'ACFAS, Depuis 1935, (vol. 1 à 54)

INTERFACE, La revue des chercheurs

Le bimestriel de la recherche, depuis 1979

Les Cahiers de l'ACFAS

14. De la science au musée (1983)
15. Confessionnalité et pluralisme dans les écoles du Québec (1983)
16. Crise économique, transformations politiques et changements idéologiques (1983)
17. L'aménagement au Québec: 3e colloque biennal (1983)
18. La charte canadienne des droits et libertés (1983)
19. Philosophie et éducation (1984)
20. Informatique et société (1984)
21. La sidérurgie dans l'optique du Québec (1984)
22. Être femme de science (1984)
23. Les ressources humaines et la croissance économique (1984)
24. Recherches en gérontologie (1984)
25. Technologie et politique au Canada. Bibliographie: 1963-1983 (1984)
26. Quelques recherches en biomathématiques (1985)
27. Recherches en gérontologie II (1985)
28. Le droit et l'informatique (1985)
29. Ordinateur et éducation (1985)
30. Le contrôle social en pièces détachées (1985)
31. Aménagement et pouvoir local (1985)
32. La science politique dans les sociétés contemporaines (1985)
33. La sociologie et l'anthropologie au Québec (1985)
34. La personne âgée et la famille (1985)
35. La recherche en hydrologie au Québec (1986)
36. Bioéthique et philosophie (1986)
37. Rétrospective de la recherche sur les sols au Québec (1986)
38. Aménagement et développement: vers des nouvelles pratiques? (1986)
39. Le développement agro-forestier au Québec et en Finlande (1985)
40. Les discours du savoir (1986)
41. La morphologie sociale en mutation au Québec (1986)
42. Milieux et évaluation (1986)
43. Le système politique de Montréal (1986)
44. Égalité et différence des sexes (1986)
45. Biomathématiques (1986)
46. Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée
47. L'intervenant • son vécu • son milieu • son action.

64788