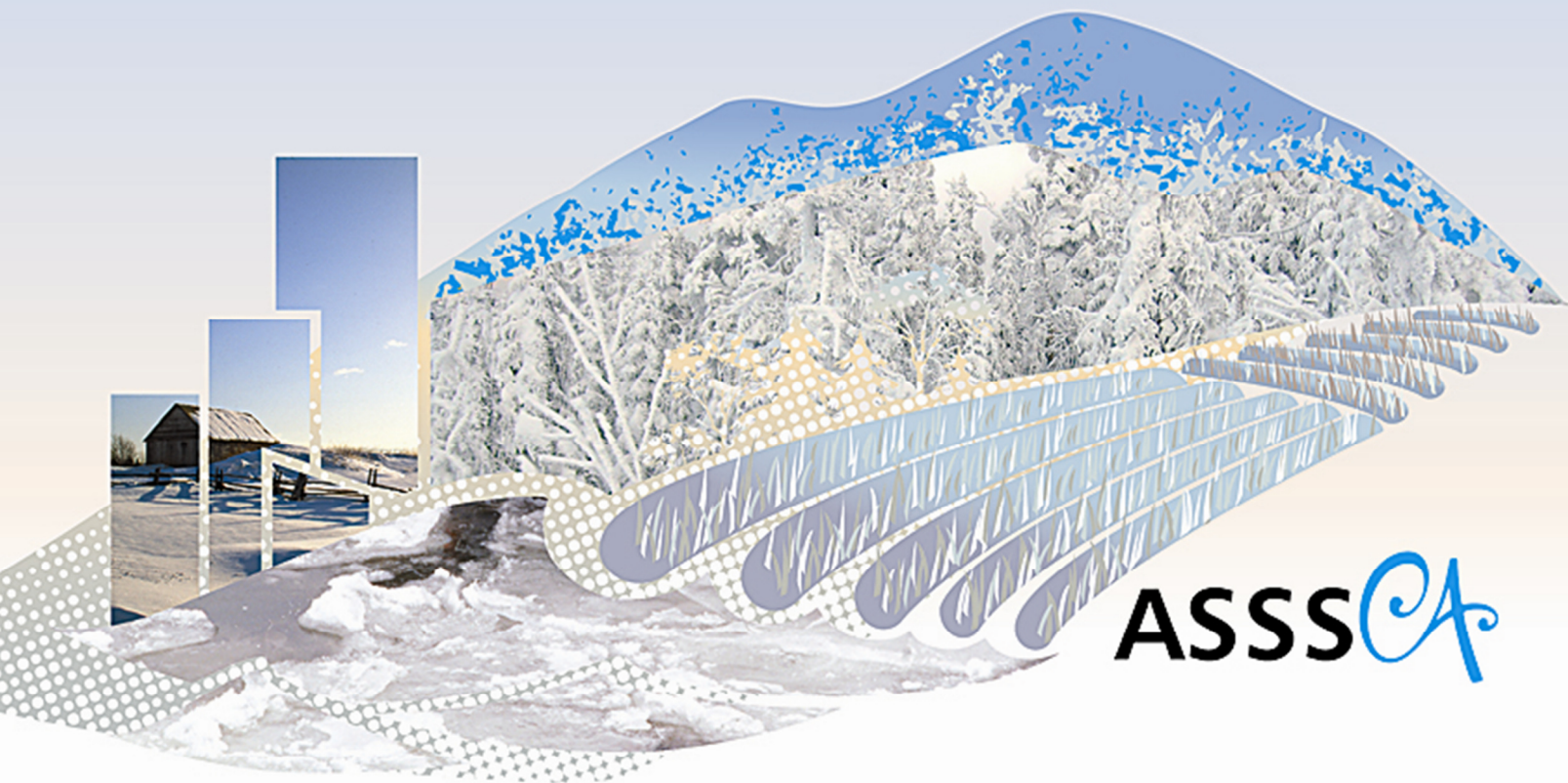


ASSSQA

PROJET D'IDENTIFICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS EN HÉBERGEMENT POUR L'ENSEMBLE DE LA CLIENTÈLE

Outil d'aide à la décision fondé sur une exploration des écrits pour orienter les travaux



ASSSCA

PROJET D'IDENTIFICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS EN HÉBERGEMENT POUR L'ENSEMBLE DE LA CLIENTÈLE

Outil d'aide à la décision fondé sur une exploration des écrits pour orienter les travaux

Madame Caroline Arsenault
Direction générale
Le 27 novembre 2012

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 

Rédaction

M^{me} Caroline Arsenault, courtière de connaissances

Mise en page

M^{me} Louise Fortin

Le *Projet d'identification des principes directeurs en hébergement pour l'ensemble de la clientèle* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

418 386-3363

www.agences12.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

978-2-89548-720-3 (Version imprimée)

978-2-89548-721-0 (Version PDF)

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2012

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	5
CONTEXTE	7
MÉTHODOLOGIE	7
EN RÉSUMÉ	8
DÉFINITION DE CONCEPTS.....	9
LES BESOINS ET LES PRINCIPES CLINIQUES RELIÉS À L'HÉBERGEMENT SELON LES CLIENTÈLES	11
Le besoin numéro 1 : L'intégration et la participation sociales.....	14
Les trois principes cliniques incontournables	14
Le chez-soi d'abord	14
Le maintien ou le retour rapide dans le milieu de vie.....	15
L'adaptabilité et la flexibilité des services.....	15
PRINCIPES ORGANISATIONNELS	16
La hiérarchisation des services.....	16
La responsabilité populationnelle	17
L'approche populationnelle	17
La régionalisation de services	18
CONCLUSION.....	19
LEXIQUE	21
RÉFÉRENCES	23

Contexte

L'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches a reçu le mandat du Forum des directeurs généraux de la région d'identifier les principes directeurs devant orienter l'organisation des services d'hébergement. Pour ce faire, un portrait des services d'hébergement et des problématiques reliées à la réponse aux besoins de la clientèle et à la gestion des services a été déjà effectué.

Les services de courtage de connaissances ont également été requis. Le souhait exprimé consistait à recenser la littérature en hébergement sur les besoins de la clientèle, les principes cliniques et les principes qui guident l'organisation des services d'hébergement pour les clientèles ayant une déficience intellectuelle (DI) ou une déficience physique (DP) ou une problématique de santé mentale, ou des personnes en perte d'autonomie ou ayant des multiproblématiques et les jeunes.

Au regard de l'objet de la demande et des délais impartis, la recension s'est attardée à mettre en parallèle les orientations et recommandations des documents ministériels et des associations provinciales du Québec reliées à l'hébergement pour l'ensemble des clientèles citées. Certaines études québécoises complètent le survol des écrits. Ultérieurement, une recension des écrits scientifiques et d'autres types de publications grises pourrait être effectuée à la lumière de besoins complémentaires et spécifiques des demandeurs.

Méthodologie

Question de recherche :

- Quels sont les besoins de la clientèle, des principes cliniques et des principes directeurs en hébergement rapportés dans les publications gouvernementales, les publications des associations et les résultats des études québécoises, en recourant à un niveau satellite de repérage des écrits?

Site de recherche : Google

Mots clés :

Services	Clientèles
<ul style="list-style-type: none">• Hébergement• Logement	<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées• Personnes ayant une déficience intellectuelle
<p>Principes directeurs</p> <ul style="list-style-type: none">• Orientation• Cadre de référence• Principe	<ul style="list-style-type: none">• Personnes ayant une déficience physique• Personnes ayant un problème de santé mentale• Enfant

En résumé

1. Aucun document ministériel qui couvre à la fois l'ensemble des clientèles et l'ensemble des ressources résidentielles n'a été recensé.
2. Les documents ministériels, au sujet des clientèles et des ressources résidentielles, insistent sur l'analyse des besoins des personnes et les principes cliniques à mettre de l'avant avec de grandes similitudes.
3. L'hébergement a deux objectifs distincts :
 - 3.1 Offrir un hébergement permanent lorsqu'il y a une incapacité de maintien dans le milieu de vie naturel. Le milieu de vie substitut devient le nouveau domicile au sein duquel les personnes poursuivent leur cheminement de vie.
 - 3.2 Offrir un hébergement temporaire qui vise un retour au milieu de vie naturel.
4. Toutefois, les documents consultés concernant la clientèle jeunesse traitent de l'hébergement de façon distincte des autres clientèles. Le maintien du lien d'attachement avec les parents constitue une priorité. Ainsi, lorsque le placement s'avère nécessaire, il se conçoit comme un séjour temporaire suivi d'un retour chez les parents ou en termes d'adoption.
5. Le premier besoin des personnes adultes en lien avec des ressources et des services résidentiels est l'intégration et la participation sociales. Ce besoin est intégrateur des autres besoins.
6. Les principes cliniques liés à l'hébergement visent à répondre aux besoins de la personne. Ils se regroupent comme suit :
 - 6.1 Favoriser l'intégration et la participation sociale.
 - 6.2 Offrir d'abord des services d'aide à domicile et, si nécessaire, offrir le service d'hébergement le plus léger possible.
 - 6.3 Favoriser le maintien ou le retour rapide dans le milieu de vie.
 - 6.4 Offrir des services résidentiels adaptés et flexibles.
7. Les principes incontournables qui orientent l'organisation des services sont :
 - 7.1 la hiérarchisation;
 - 7.2 la responsabilité populationnelle;
 - 7.3 la régionalisation de certains services d'expertise offerts à un faible nombre de personnes.
8. Si on applique la hiérarchisation des services aux orientations en hébergement, il se dégage des écrits que les milieux de vie substitués relèvent généralement plus de la première ligne que de la seconde, en ce sens où l'objectif thérapeutique premier concerne le maintien des habiletés.
9. Il semble y avoir un écart entre les écrits sur la déficience intellectuelle et la santé mentale et les personnes âgées. L'idée d'habiter dans un logement semble être récente et que partiellement actualisée en déficience intellectuelle comparativement en santé mentale et avec les personnes âgées.
10. Une tendance est d'effectuer un passage de la prise en charge spécialisée vers l'accès aux services habituels offerts à l'ensemble de la population.

11. Une autre tendance est d'offrir des services généraux ou spécialisés indépendamment du lieu où la personne vit.
12. Une organisation optimale des services requiert une vision de l'ensemble du continuum qui comprend à la fois les ressources et les services résidentiels. Cela permet une gestion globale, moins en silos, plus propice à l'émergence de nouvelles solutions qui allient les orientations ministérielles et les besoins des personnes.
13. L'organisation de l'information par les clientèles et par les services est essentielle à une vision globale et intégrée.

Définition de concepts

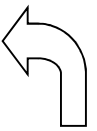
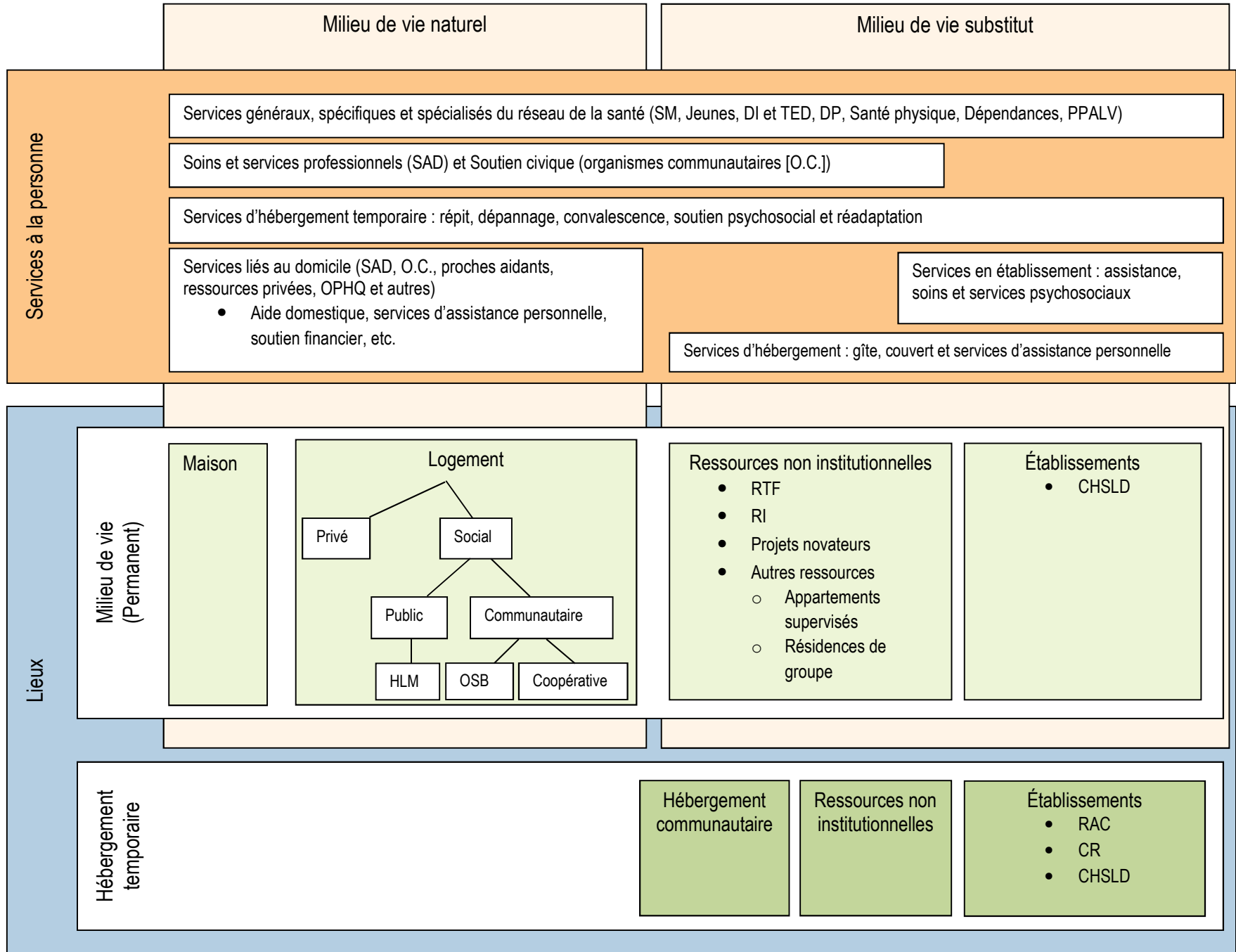
L'exercice de résumer les besoins, les principes cliniques et organisationnels en hébergement au sujet de l'ensemble des clientèles du réseau de la santé met en évidence différentes définitions retrouvées dans les documents consultés. Afin d'éviter des confusions, il s'avère nécessaire de préciser les définitions des principaux concepts clés. Le tableau de la page suivante propose une représentation des différents concepts abordés dans les écrits consultés. Un lexique complet est également versé à la fin du document.

Tout d'abord, il est important de faire une distinction entre les lieux et les services. Le lieu est, soit un endroit où vit la personne ou un endroit où elle reçoit les services. Les services représentent l'ensemble des actions posées utiles à une personne dans le but de l'aider, dont les services d'hébergement.

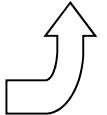
Il est également important de faire une distinction entre l'hébergement permanent et temporaire. Le premier terme est synonyme de milieu de vie substitut, en remplacement du milieu de vie dit naturel. Le deuxième reflète l'idée de passage, d'un retour prévu vers le milieu de vie.

Le continuum des ressources et des services résidentiels réfère aux services offerts aux personnes avec des limitations temporaires ou permanentes en milieu de vie ou en milieu de vie substitut.

Continuum des ressources et des services résidentiels



L'objectif de l'hébergement temporaire est le retour dans le milieu de vie.



Les besoins et les principes cliniques reliés à l'hébergement selon les clientèles

La recension a permis de constater que l'information est divisée selon deux axes : par clientèles et par services. L'organisation de l'information par services est habituellement transversale et touche toutes les clientèles. Les deux types d'organisation de l'information sont essentiels à une vision globale et intégrée.

La recension a également permis de constater que les besoins des personnes et les principes cliniques sont similaires d'une clientèle à l'autre.

	Les besoins	Les principes cliniques
Personnes âgées	<p>Vivre à son domicile [1].</p> <p>L'attachement au domicile est tel que, selon le sondage CROP-AQESSS réalisé au printemps 2010, même advenant une perte d'autonomie, la majorité des baby-boomers (78 %) souhaite pouvoir y demeurer, moyennant l'aide de services publics et privés [2].</p> <p>La très grande majorité des personnes ayant une incapacité modérée ou grave a besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne et les activités domestiques [1].</p> <p>Les personnes âgées souhaitent également [1] :</p> <ul style="list-style-type: none"> recevoir le plus possible des services à domicile et dans la communauté. avoir accès à une gamme de services bien adaptés à leurs besoins et à ceux de leurs proches [3]. recevoir des services de qualité [3]. 	<p>La politique <i>Vieillir chez soi</i> envisage le vieillissement non pas comme l'allongement de la vieillesse, mais plutôt comme la poursuite de la vie active. Vieillir en restant actif, c'est optimiser la participation, la santé et la sécurité afin d'accroître la qualité de vie [3, 4].</p> <p>Vieillir et vivre ensemble :</p> <ul style="list-style-type: none"> c'est participer dans sa communauté; c'est vivre en santé dans sa communauté; c'est créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants dans sa communauté. <p>Dans plusieurs pays de l'OCDE [5], la tendance est d'offrir aux personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> un choix plus individualisé en matière de services à domicile. le choix du dispensateur de services fournis par du personnel de l'état ou d'agence sous contrat avec l'état. <p>Certains pays, dont la France et le Royaume-Uni, considèrent toutefois que le réseau public doit être au fait de la qualité et de la sécurité des services offerts par les fournisseurs privés afin d'éviter des risques d'abus et de maltraitance [2].</p>

	Les besoins	Les principes cliniques
Personnes ayant une déficience intellectuelle	<p>Les personnes ayant une DI ont besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la reconnaissance de leurs capacités [6]. • d'une assistance pour s'intégrer à la société, pour participer aux activités de leur âge, selon leurs aspirations, et pour développer leur réseau social [6]. • de mesures d'assistance pour compenser leurs limites fonctionnelles, exemple : l'aide à domicile, l'aide technique, l'aide relative à la gestion du budget et le soutien dans le maintien à l'emploi [6]. <p>Au Canada, de plus en plus de personnes qui vivent avec une déficience intellectuelle semblent souhaiter vivre dans un logement [7].</p> <p>Pour les parents dont les enfants adultes étaient encore à la maison, le logement constitue généralement la solution pour leur fils ou leur fille [8].</p> <p>Les personnes vivant avec une trisomie et celles ayant une déficience intellectuelle grave ont un vieillissement prématuré et un réseau familial et naturel pauvre. Elles requièrent ainsi des services adaptés à leur situation [6].</p>	<p>Les personnes peuvent choisir où et avec qui elles veulent habiter et vivre de façon plus indépendante [7] et elles ont accès à des formules de logement plus diversifiées [7].</p> <p>La reproduction de modes de vie institutionnels est évitée en s'assurant que les milieux de vie aient une capacité maximale de quatre personnes [6].</p> <p>Les personnes vivant avec une DI ont recours aux mêmes services qui sont offerts à l'ensemble de la population [7].</p> <p>L'organisation des services doit favoriser la participation à la vie de la communauté le plus possible [7].</p> <p>Le milieu de vie doit être le plus normalisant possible [7].</p> <p>Les services sont offerts à domicile et dans différents milieux fréquentés par les personnes [9].</p>
Personnes ayant une déficience physique	<p>Les personnes handicapées ont besoin de se loger adéquatement et de recevoir de l'aide pour réaliser des activités de la vie quotidienne [10].</p> <p>L'ensemble des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral</p>	<p>Il n'est pas seulement question de loger la personne mais encore faut-il que la personne ait un milieu de vie qui lui permet de s'épanouir, de se développer, de participer socialement et activement à la vie de la communauté [10, 12].</p> <p>Le soutien à domicile constitue la base incontournable de l'intégration et de la</p>

	Les besoins	Les principes cliniques
	<p>(TCC) ne forme pas un groupe homogène. Ces personnes ont des séquelles et des besoins fort différents. [11]. Elles nécessitent des niveaux de soins, d'encadrement et de sécurité très diversifiés [12].</p> <p>Les personnes multihandicapées ont un vieillissement prématuré et elles ont un réseau familial et naturel pauvre. Elles requièrent ainsi des services adaptés à leur situation [6].</p>	<p>participation sociales des personnes ayant des déficiences physiques [13].</p>
Personnes ayant des problèmes de santé mentale	<p>« Une variété de services résidentiels est nécessaire pour assurer une réponse adéquate aux besoins de logement des personnes ayant un trouble mental. (...) Les services devraient tenir compte de leur autonomie, de leur sécurité, de leurs goûts, de leurs capacités [14]. »</p>	<p>Le pouvoir d'agir des personnes [14] :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire leurs choix et participer activement aux décisions qui les concernent. <p>Le rétablissement des personnes [14] :</p> <ul style="list-style-type: none"> Prendre le contrôle de leur vie et participer activement à la vie en société. <p>« Dans l'avenir, des aménagements seront nécessaires pour accroître l'offre de logements autonomes avec soutien. » Les services de soutien devraient être souples, individualisés et variés en nature et en intensité [14].</p> <p>« L'enjeu est de faire en sorte que les ressources d'hébergement constituent des milieux les plus facilitants possible, des lieux où les usagers retrouvent le goût d'agir, d'avancer, d'apprendre, de bouger, de progresser [15]. »</p>
Enfants ayant des difficultés	<p>Les principaux besoins des enfants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> la sécurité, l'encadrement la continuité dans leur milieu l'attachement le besoin de savoir qu'est-ce que l'avenir proche leur réserve 	<p>Étant donné leur âge et les impacts chez un enfant d'un hébergement hors du milieu familial, le gouvernement du Québec a établi des orientations et des normes afin d'encadrer ce service [16] [17].</p> <p>« La priorité est donnée au maintien de l'enfant dans sa famille. Le retrait du milieu familial et le placement constituant des mesures ultimes [17] ». La mesure est considérée ultime car les impacts sur le développement de l'enfant sont importants et particulièrement reliés au processus d'attachement. [16]. S'il s'avère</p>

	Les besoins	Les principes cliniques
		<p>nécessaire, le retrait est effectué en considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions et aux choix des mesures. • la continuité et la stabilité de l'enfant dans son milieu de vie. <p>Des mesures d'hébergement temporaires sont également possibles. Ces mesures visent essentiellement à offrir un milieu de vie substitut sécuritaire ou à rétablir la capacité du jeune à interagir avec son milieu jusqu'à la réinsertion dans le milieu familial ou un autre milieu [18].</p>

SAVIEZ-VOUS QUE...

Dix ans après avoir subi un traumatisme crânien, la satisfaction de la participation sociale des personnes ayant un TCC est reliée aux possibilités de réaliser un projet professionnel, de participer à des activités de loisirs, de maintenir des relations familiales sociales [19].

Le besoin numéro 1 : L'intégration et la participation sociales

Répondre au besoin de l'intégration et de la participation sociales de la personne est une valeur partagée dans tous les documents ministériels consacrés aux différentes clientèles [6, 10, 13, 14, 20, 21].

Les milieux de vie doivent favoriser une intégration sociale et non seulement une intégration physique dans la communauté [7]. Les milieux de vie doivent également permettre à la personne d'exercer un contrôle sur sa vie et sur les décisions de tous les jours en fonction de ses capacités, et ce, indépendamment du milieu de vie. En hébergement, trois principales conditions favorisent l'intégration sociale : le chez-soi d'abord, le maintien ou le retour rapide dans le milieu de vie et l'adaptabilité et la flexibilité des services.

Les trois principes cliniques incontournables

Le chez-soi d'abord

Les milieux de vie qui favorisent le plus la participation sociale sont le « chez-soi » et ensuite les formules d'hébergement les plus légères, car en plus de maintenir des liens avec leur environnement et leurs racines récentes ou historiques, il s'agit de milieux plus normalisants et un marqueur de statut [8].

La politique du « chez- soi, le premier choix » souligne le passage graduel du mode de prise en charge traditionnel en établissement au soutien dans le milieu de vie [20]. Elle sous-entend que tout le système est orienté pour faciliter le « chez-soi » d'abord, par exemple de préparer les jeunes futurs résidents et leurs parents à habiter d'abord le « chez-soi » ou à faciliter l'intégration d'un « chez-soi » pour les adultes qui sont déjà en hébergement.



RÉFLEXION...

L'actualisation du « chez-soi d'abord » suppose que le réseau a des incitatifs financiers, une flexibilité des mesures financières pour s'adapter aux besoins des personnes et des limites financières claires.

SAVIEZ-VOUS QUE...

En Suède, 80 % des personnes ayant une DI vivent en logement avec des services de soutien plus ou moins intensifs en fonction des besoins des personnes incluant des services 24/7 [7]. Au Québec, selon une étude effectuée en 2005, le nombre de personnes inscrites dans un CRDI et vivant en logement représentait 17 % des usagers [7].

Le maintien ou le retour rapide dans le milieu de vie

Le réseau offre un continuum de ressources résidentielles de léger à lourd afin de répondre à la diversité des besoins de la clientèle. L'évaluation des besoins de la personne permet d'offrir la ressource résidentielle la plus légère et s'il s'agit d'un hébergement temporaire, de prévoir un retour rapide au milieu de vie avec le soutien approprié.

Les personnes ayant des limitations ont généralement des réseaux sociaux fragiles et elles sont plus à risque d'isolement que la population sans limitations. La constance du milieu de vie ou le retour rapide avec du soutien favorise le maintien du réseau social et des habitudes et activités dans ce milieu.

De plus, les services d'aide à domicile peuvent desservir des personnes ayant de très grandes limitations, si elles le désirent, si les conditions s'y prêtent et s'il revient moins cher au système de les maintenir chez elles que leur offrir une place dans une ressource résidentielle [1].

SAVIEZ-VOUS QUE...

En Suède, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et qui sont désinstitutionnalisées ne sont pas passées par des formes intermédiaires telles que des « Group Homes » ou d'autres formes de « Residential Care », mais sont passées directement dans des formules de logement avec des services de soutien et cela a fonctionné [7].

L'adaptabilité et la flexibilité des services

L'adaptabilité et la flexibilité des services offerts à la personne en fonction de la variation dans le temps de ses besoins permettent à la personne de rester dans son milieu de vie le plus longtemps possible. En hébergement, cela se traduit par des services plus flexibles afin d'intervenir précocement auprès d'une personne [1]. De plus, cela se traduit également par le développement de plusieurs formules de logement adaptées avec assistance en suivant l'évolution de la clientèle [1, 21].

SAVIEZ-VOUS QUE...

Plusieurs chercheurs sont d'avis que ce n'est pas que le lieu qui peut être institutionnel mais aussi la façon dont on rend les services [7].

SAVIEZ-VOUS QUE...

Le regroupement des personnes, en fonction de ce qu'elles vivent et non uniquement du diagnostic, permet qu'elles aient accès à des services sur la base de leurs besoins. Ce principe permet une flexibilité et une adaptabilité des services en fonction des besoins de la clientèle.

Par exemple, une personne avec une déficience intellectuelle vieillissante avec une maladie d'Alzheimer peut recevoir des soins adaptés dans un établissement de personnes âgées [22].

Principes organisationnels

De la littérature, il ressort trois grands principes d'organisation des services. L'évocation d'un continuum en hébergement nécessite de traduire concrètement ces principes en une offre appliquée de services.

La hiérarchisation des services

Le réseau est défini par des niveaux de services regroupant plusieurs organismes. Chaque niveau a des rôles et responsabilités et est complémentaire à l'autre. Les personnes cheminent entre les niveaux de services, en suivant des mécanismes de référence entre les intervenants selon leur besoin de services [23]. La hiérarchisation des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit [14].

Les services de première ligne sont des services universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services de diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population. Ces services visent à répondre à des problématiques sociales et à des problèmes de santé usuels et variés et doivent être offerts près des milieux des personnes [14]. Il peut également s'agir de services à long terme visant à compenser les incapacités des personnes dans l'accomplissement de leurs activités courantes et à assurer leur maintien dans la communauté [24].

Les services de deuxième ligne font appel à une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de première ligne et traiter les personnes qui ne peuvent recevoir un traitement à ce niveau [14]. Les centres de réadaptation ont une offre de service caractérisée par des épisodes d'intervention plus ou moins longs et souvent nécessaires à plusieurs reprises pour une même personne [24].

Les chercheurs proposent les éléments de précision suivants :

- De distinguer les services offerts à la personne et le lieu de dispensation [7].
- En DI, d'opérer un passage de l'hébergement vers le logement, mais encore plus d'opérer un passage de la prise en charge spécialisée vers l'accès aux services courants offerts à l'ensemble de la population [7].
- De changer nos pratiques historiques à offrir d'abord une ressource « lourde » aux demandes de placement pour graduellement diriger les personnes vers des ressources plus légères en fonction des habiletés qu'elles développent [8].
- D'inverser la loupe et d'envisager d'abord le logement avec le soutien requis et, si nécessaire, une ressource de type RTF ou RI [1, 8].

- De soutenir la personne afin qu'elle puisse faire ses apprentissages à l'autonomie directement dans son milieu de vie que ce soit par du soutien temporaire, récurrent, voire permanent [8] et de ne pas nécessairement attendre qu'elle soit autonome.

La hiérarchisation des services fait également référence à la subsidiarité, c'est-à-dire au principe de développement durable selon lequel les responsabilités et les pouvoirs doivent être délégués au niveau approprié d'autorité, en ayant le souci d'une répartition adéquate des lieux de décision afin de les rapprocher le plus possible des communautés et citoyens concernés [25].

En hébergement, cela signifie que les composantes de la structure et cohérence d'ensemble devraient faciliter le maintien de la personne dans son milieu ou le retour à celui-ci [26].

Si on applique la hiérarchisation des services aux orientations en hébergement, il se dégage des écrits que les milieux de vie substituts relèvent généralement plus de la première ligne que de la seconde, en ce sens où l'objectif thérapeutique premier concerne le maintien des habiletés.

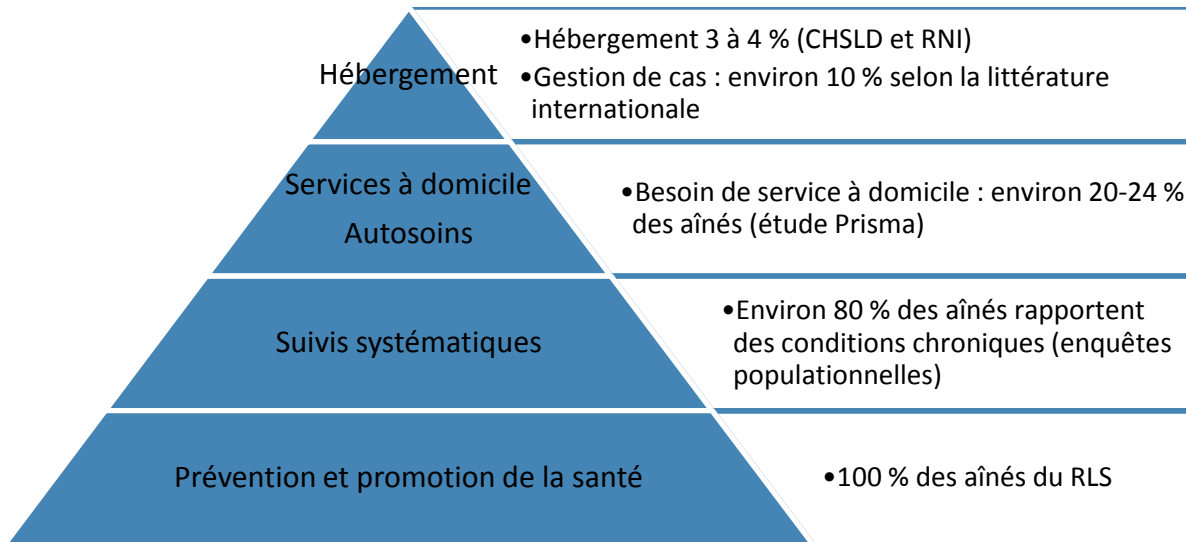
La responsabilité populationnelle

« La responsabilité populationnelle signifie partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire, en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent » [23, 27]. La coordination de ces services est assurée par le CSSS [28]. La responsabilité populationnelle fait référence à une obligation des acteurs [29]. Elle oblige les acteurs à développer une vision globale de l'impact et leurs services sur la santé de la population.

L'approche populationnelle

L'approche populationnelle favorise une vision globale de l'hébergement. Elle réfère l'analyse des services en lien avec le nombre de personnes qui y ont recours ou qui devraient y avoir recours. L'objectif visé est de faire de la prévention au sens large à chacune des étapes afin d'éviter que la personne ne doive recevoir des soins plus lourds, et même que la personne améliore sa santé et qu'elle reçoive des services plus légers. En hébergement, cela signifie que les efforts et les énergies devraient viser le « chez-soi d'abord » et même les services en amont des services à domicile. La perspective populationnelle peut s'illustrer à l'aide d'une pyramide :

Responsabilité populationnelle et continuum de services
Exemple auprès des personnes âgées



Lucie Bonin, 2004

La responsabilité et l'approche populationnelles mettent en évidence les éléments suivants :

- Le nombre d'organisations ou de personnes impliquées : différents niveaux de gouvernement, le secteur privé, les organisations non gouvernementales, le milieu communautaire, les dispensateurs de services, les familles et les personnes elles-mêmes [1, 30].
- La complémentarité des interventions sur l'un ou l'autre des éléments qui suivent : soutenir la personne elle-même, appuyer son entourage, c'est-à-dire ses proches aidants et agir sur son environnement physique immédiat [1].
- L'importance de la communication entre les acteurs et de la coordination des services [30].

La régionalisation de services

La régionalisation de services consiste à concentrer la prestation d'un service dans un seul établissement pour l'ensemble d'un territoire donné. Par exemple, il peut s'agir de regroupement d'activités administratives pour une optimisation des coûts ou d'activités cliniques pour répondre aux grands besoins d'une clientèle en faible nombre.

En hébergement, la régionalisation est utilisée afin de regrouper des clientèles en faible nombre qui ont de grands besoins et dont l'expertise pour y répondre et dont souvent les lieux doivent être spécifiquement adaptés. Pour ces clientèles, il faut plus qu'une bonne coordination entre les acteurs. On parle alors d'intégration clinique [26].

Les regroupements peuvent varier selon les régions et les besoins de leurs clientèles. En voici des exemples :

- Les personnes ayant des troubles de la conduite et du comportement et qui ne sont pas diagnostiquées en santé mentale [31].
- Les jeunes adultes qui ont de grandes limitations physiques mais pas intellectuelles.
- Les enfants ayant une déficience physique et intellectuelle [31].

Les services régionalisés peuvent être offerts par des établissements de première ou deuxième ligne ou les deux à la fois, selon les opportunités de la région [31].

Conclusion

Les besoins de la clientèle vulnérable, les principes cliniques et organisationnels ainsi que les orientations ministérielles apparaissent comparables d'une clientèle à l'autre. Le langage utilisé peut varier mais la toile de fond reste essentiellement la même.

Au Québec, les grandes tendances sont de favoriser la participation sociale des personnes vulnérables, le chez-soi d'abord et la flexibilité des services. Les orientations sont d'abord de privilégier les services à domicile et, dans un second temps, les ressources résidentielles plus légères.

Les principes organisationnels sont la hiérarchisation des services, la responsabilité et l'approche populationnelles et la régionalisation de certains services. Un exercice de révision structurelle des services devrait se traduire par une transposition de ces principes en mesures concrètes précisant les responsabilités partagées, la gradation et la priorisation des interventions, le rôle du CSSS en matière de coordination, la définition de ressources spécifiques régionales et une programmation favorable à la participation des personnes dans leur nouveau milieu de vie.

Finalement, une organisation optimale des services suppose minimalement une vision de l'ensemble du continuum des ressources et des services résidentiels pour permettre une gestion globale, moins en silos, plus propice à l'émergence de nouvelles solutions en lien avec les orientations ministérielles et les besoins des clients. Afin d'arriver à une vision d'ensemble de ce continuum, certains facilitateurs s'avèrent essentiels :

- Le développement d'un langage commun entre les partenaires du réseau.
- Le développement d'outils communs intégrant les données du continuum pour aider à prendre des décisions (des ressources et des services résidentiels).
- La clarification d'une vision partagée du continuum des ressources et des services résidentiels, par exemple, dans un cadre de référence.

Lexique

Aide à domicile	Service offert à des personnes désirant demeurer chez elles malgré certaines incapacités et consistant à la préparation de repas et à d'autres tâches ménagères, à des soins hygiéniques, à l'achat de nourriture et de produits d'usage quotidien, etc. [25].
Hébergement temporaire	L'hébergement temporaire vise à un retour éventuel « chez soi ». Il peut être utilisé comme un moyen d'éviter l'hébergement permanent dans une ressource et favoriser le retour chez soi.
Hébergement permanent	L'hébergement permanent est un milieu de vie substitut où vit la personne, lorsqu'il y a une incapacité de maintien dans le milieu de vie naturel.
Établissement	Ensemble des installations dans lesquelles sont offerts des soins et des services de santé curatifs et préventifs [25]. Lieu qui sert en même temps de résidence et de lieu pour recevoir les soins [5]. Les établissements de soins de longue durée sont des lieux d'habitation collectifs où les soins et l'hébergement sont assurés sous forme d'une prestation globale par un organisme public, une organisation privée à but non lucratif ou une société privée [5].
Logement	Lieu à usage d'habitation destiné à une occupation résidentielle, qui est composé d'une pièce ou de plusieurs pièces qui communiquent [25].
Logement social	Logement dont le loyer est subventionné, permettant à des personnes à faible revenu d'accéder à un logement adéquat [25].
Maintien à domicile	Service offert à des personnes désirant demeurer chez elles malgré certaines incapacités et consistant à la préparation de repas et à d'autres tâches ménagères, à des soins hygiéniques, à l'achat de nourriture et de produits d'usage quotidien, etc. [25].
Milieu de vie naturel	Endroit où la personne vit, dans une maison ou un logement [3].
Milieu de vie substitut	Lorsqu'il y a une incapacité de maintien dans le milieu naturel, le milieu de vie substitut devient le nouveau domicile au sein duquel les personnes poursuivent leur cheminement de vie [3].
Répit ou accueil temporaire	Prise en charge de courte durée destinée principalement à offrir au soignant un répit de courte durée dans l'exécution de ses obligations habituelles de soins [5].
Résidence	Lieu où vit une personne, seule ou avec sa famille [25]. Au Québec, un établissement relevant d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée où l'on offre, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de réadaptation et

de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage [25].

Ressources intermédiaires	Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ces services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition. Les principaux modèles sont les appartements supervisés, les maisons de chambre, les maisons d'accueil, les résidences de groupe et les projets novateurs [21].
Ressources résidentielles	Ensemble des lieux de résidence à la disposition des clientèles vulnérables dont dispose une collectivité tels que les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI), les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et les centres de réadaptation.
Services à domicile	Services à domicile (SAD) est un programme des CSSS offrant des services d'aide domestique, d'assistance personnelle et de soins et de services professionnels. Aide offerte directement à la personne. Il peut s'agir du soutien à domicile des CSSS, de subventions de la Société d'habitation du Québec (SHQ) de l'aide des proches aidants, des services des programmes spécifiques et spécialisés des CSSS et des établissements de deuxième ligne, des services d'organismes communautaires, etc.
Services en établissement	Services d'assistance, de soins et de services psychosociaux offerts dans un lieu qui sert à la fois de résidence et de lieu pour recevoir les soins.
Services résidentiels et services à la personne	Gamme de services offerts à la personne, qu'elle reçoive ces services à domicile ou à l'intérieur d'une ressource résidentielle.
Soins à domicile	Le terme fait référence aux services de soins de longue durée qui peuvent être dispensés à domicile [5].
Soutien à domicile	Service offert à des personnes désirant demeurer chez elles malgré certaines incapacités et qui consiste à la préparation de repas et à d'autres tâches ménagères, à des soins hygiéniques, à l'achat de nourriture et de produits d'usage quotidien, etc. [25].
Soutien communautaire	Soutien offert par la communauté dont les organismes communautaires aux personnes désirant vivre chez elles malgré certaines incapacités.
Séjour	Période de temps pendant laquelle on demeure dans un lieu [25].

Références

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie*, Plan d'action 2005-2010, Québec, 2005, p. 51.
2. LARAMÉ, P. *6 cibles pour faire face au vieillissement*, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Montréal, 2011.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, 2003, p. 24.
4. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS. *Assises des partenaires 2011. Vers la politique gouvernementale, vieillir chez soi*, Montréal, 2011.
5. OCDE. *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Éditions OCDE, Genève, 2005, 155 pages.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Québec, 2001, p. 111.
7. PROULX, J. *L'évolution des interventions dans le domaine résidentiel auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, Une revue de littérature à l'échelle internationale*, Cahiers du LAREPPS, 2011, 22 p.
8. PROULX, J., L. DUMAIS, et Y. VAILLANCOURT. *Le logement à soutien gradué : évaluation d'un projet prometteur pour la personne ayant une déficience intellectuelle*, Cahiers du LAREPPS, 2007, 165 p.
9. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, ET AL., *Cadre de référence nationale pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2006, p. 37.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Québec, 2009, p. 69.
11. JOURNAL L'APPROCHE. « L'hébergement des personnes TCC, un besoin réel », Association québécoise des taumatisés crâniens (AQTC), Montréal, 2012.
12. BOUCHER, N. et C. LANCTÔT. *Pour un milieu de vie stimulant et une participation sociale accrue, Un portrait quantitatif et qualitatif de formules d'hébergement et de soutien des personnes ayant un traumatisme craniocérébral au Québec*, Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ), Québec, 2006.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté, Orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009*, Québec, 2003, p. 93.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, 2005.
15. BISSON, J., et al. *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement, Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, 2006.
16. BOUDREAU, J. et S. LAFOREST. *Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 2005, 30 p.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Offre de services 2007-2012*, Québec, 2007, p. 92.

18. CENTRE JEUNESSE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *L'offre de services*, Lévis, 2009, 29 p.
19. LEFEBVRE, H., et al. *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme*. Les publications du CRIR, 2005, p. 67-79.
20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Chez soi : Le premier choix*. La politique de soutien à domicile, Québec, 2003.
21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Ressources intermédiaires, Cadre de référence*, Québec, 2001, p. 80.
22. Direction de la première ligne et de la réadaptation, *Cadre de référence : organisation de services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant des services d'hébergement et de soins de longue durée*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2005, 69 p.
23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, 2004.
24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, Afin de faire mieux ensemble*, Québec, 2008.
25. OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. *Le grand dictionnaire terminologique*, [En ligne], [www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca], 24 octobre 2012.
26. ROY, D.A., É. LITVAK, et F. PACCAUD, eds. *Des réseaux responsables de leur population, moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, Mascouche, 2010, 198 p.
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social, Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et de l'habitation*, Québec, 2007, p. 57.
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, 2004.
29. LESSARD, P. *La responsabilité populationnelle, Présentation dans le cadre du programme de formation pour la relève des cadres en Chaudière-Appalaches*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Québec, 2012.
30. DUCHARME, M.-N., C. ROY, et F. VERMETTE. *Soutien communautaire en logement social*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Société d'habitation du Québec, Québec, 2009, p. 12.
31. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, 2006.

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 