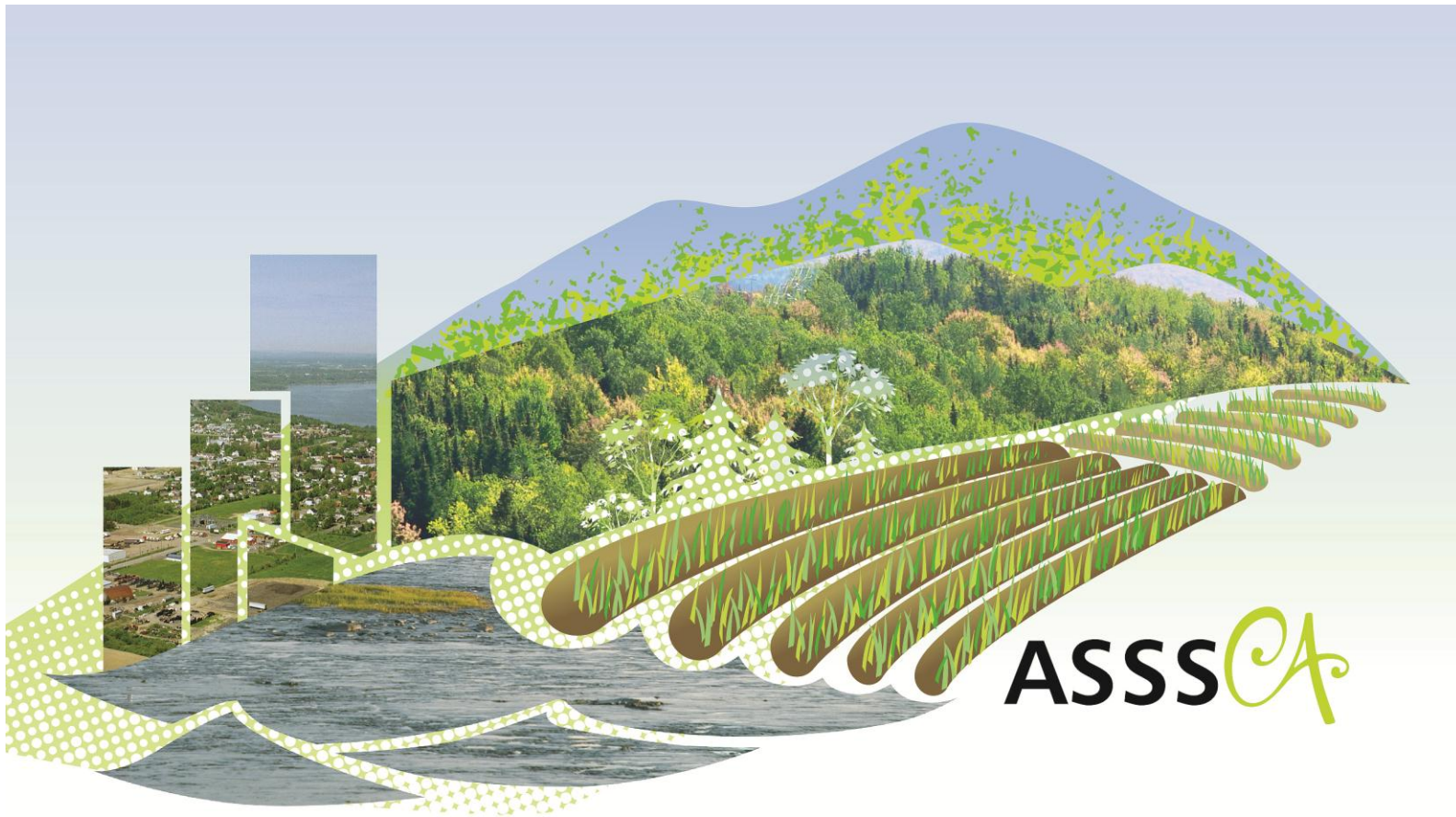




LA GESTION INTÉGRÉE DE L'HÉBERGEMENT
DONNÉES PROBANTES, AVIS D'EXPERT ET
TENDANCES D'ICI ET D'AILLEURS

Québec 

LA GESTION INTÉGRÉE DE L'HÉBERGEMENT

DONNÉES PROBANTES, AVIS D'EXPERT ET

TENDANCES D'ICI ET D'AILLEURS

Rédaction :

Caroline Arsenault, Courtière de connaissances

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

Mise en page :

Lina Raymond, Agente administrative

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

Les données probantes, avis d'expert et tendances d'ici et d'ailleurs dans la gestion intégrée de l'hébergement sont 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

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencesss12.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, 2014

Numéro d'ISBN 978-2-89548-782-1 (Version PDF)

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2014

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	1
2.	MÉTHODOLOGIE	1
3.	MOYENS POUR FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE	3
4.	MOYENS POUR FAVORISER L'ACTUALISATION DU RÉSEAU INTÉGRÉ EN HÉBERGEMENT	4
5.	MÉCANISME D'ACCÈS	5
6.	OUTILS D'ÉVALUATION	5
7.	LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ	5
8.	MODALITÉS FAVORISANT UNE GESTION INTÉGRÉE DES BESOINS RÉSIDENTIELS	5
9.	CONCLUSION	6
10.	RÉFÉRENCES	7

1. INTRODUCTION

L'organisation des services résidentiels posant des problèmes en Chaudière-Appalaches et le maintien du statu quo n'étant plus une option, l'Agence a proposé au Forum des Directeurs généraux en novembre 2012 un scénario d'organisation des services résidentiels en 5 volets, visant à mieux répondre aux besoins de la clientèle ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI), un trouble envahissant du développement (TED), un trouble de santé mentale (SM) ou une dépendance (D).

Le Forum des directeurs généraux a souhaité qu'une analyse de la faisabilité du scénario proposé soit effectuée. Un comité d'experts des établissements et d'organismes communautaires de la région a été constitué à cette fin.

Les services de courtage de connaissances ont été sollicités afin de capter les avis des experts et de réaliser une recension des écrits sur les meilleures pratiques de la gestion intégrée de l'hébergement.

2. MÉTHODOLOGIE

Des experts représentant tous les établissements du réseau de la santé et des organismes communautaires de la région de Chaudière-Appalaches ont participé à six rencontres de travail.

Une recension de la littérature grise et scientifique a été effectuée sur la gestion intégrée de l'hébergement avec la clientèle ayant une déficience intellectuelle, une déficience physique, et présentée au groupe d'experts à la première rencontre.

Suivant le questionnement des experts, la recension a été complétée et les données probantes explicitées lors des rencontres subséquentes par la courtière.

À travers les échanges, des avis faisant l'objet de consensus ont été captés et validés par le groupe.

Les avis des experts, les meilleures pratiques et les données probantes ont été regroupés selon six catégories proposées par les experts :

1. moyens pour favoriser le maintien à domicile;
2. moyen pour favoriser l'actualisation du réseau intégré en hébergement;
3. mécanismes d'accès;
4. outils d'évaluation;
5. liens avec la communauté;
6. modalités favorisant une gestion intégrée des besoins résidentiels.

Les experts sont :

M ^{me} Isabelle Barrette	Services spécialisés DI, TED	CRDITED de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Josée Chouinard	Programme PALV	CSSS de Montmagny-L'Islet
M. René Cloutier	Projets hébergement, SM, DI, TED, DP, Jeunes	ASSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} France Gosselin	Hébergement de transition SM	Société de réadaptation et d'intégration communautaire
M ^{me} Christiane Goyette	Programmes DP, DI, TED, Jeunes	CSSS Alphonse-Desjardins
M. Michel Huard	Programmes DP, DI, TED, SM, Jeunes, PPALV	CSSS des Etchemins
M ^{me} Marie-Claude Lachance	Programme PALV	CSSS Alphonse-Desjardins
M ^{me} Andrée-Anne Laporte-Lévesque	Reconnaissance RI-RTF	ASSS de Chaudière-Appalaches
M. Michel Laroche	Programmes DP, DI, TED, Jeunes	CSSS Alphonse-Desjardins
M. Michel Larochelle	Services spécialisés en dépendance	CRD de Chaudière-Appalaches
M. Pierre Lessard	Hébergement de transition en dépendance	Centre Dorémy des Appalaches
M. Stéphane Marcoux	Gestion RI-RTF et programme PALV	CSSS de la région de Thetford
M. Jean-Luc Parenteau	Programmes DP, DI, TED, SM	CSSS de Beauce
M ^{me} Bernise Pellerin	Hébergement répit / dépannage / transition DI, TED, DP	L'Arc-en-Ciel
M ^{me} Isabelle Perron	Programmes hébergement, DI, TED, DP	ASSS de Chaudière-Appalaches
M. Stéphane Shaink	Services spécialisés DP	CRDP de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Claudine Wilson	Gestion RI-RTF jeunes	CJ de Chaudière-Appalaches

3. MOYENS POUR FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE

Les orientations ministérielles et la tendance dans les pays industrialisés sont de favoriser que la personne soit le plus possible « chez-elle », dans son logis, qu'elle ait le contrôle sur son milieu de vie (ex. : un bail, une constance de son environnement, la privauté et le contrôle sur ses décisions, etc.) et avec le moins possible de contraintes institutionnelles de type hébergement (surveillance indue, horaire rigide, peu d'espace personnel et beaucoup d'espaces communs, etc.) [1-8]. Cette tendance se démontre, entre autres, par un intérêt marqué des chercheurs et décideurs pour l'approche « logement d'abord » qui vise à mettre fin à l'itinérance ou à l'instabilité du domicile en fournissant un logement social le plus vite possible, sans condition et indépendamment des symptômes [6]. Avec cette approche, Jetté et al. [9] rapportent une véritable amélioration de la stabilité résidentielle ainsi qu'une diminution des méfaits et des récidives au niveau juridique et une diminution de la consommation des personnes vivant d'itinérance et souvent aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'hébergement dans le réseau de la santé est considéré comme un moyen afin de supporter une intervention ou un traitement [6].

Les meilleures pratiques afin de favoriser le logis sont :

1. Planifier systématiquement dès le diagnostic un projet de vie qui projette la personne dans un chez-soi [10].
2. Suivre systématiquement la réalisation du projet de vie [10].
3. Avoir un suivi de type « gestionnaire de cas » afin d'adapter les services en fonction des besoins du client [11].
4. Impliquer et soutenir les proches aidants [11-13].
5. Avoir du répit pour la famille [12, 13].
6. Avoir des services de soutien de tous les secteurs, hautement coordonnés [11] afin de permettre aux personnes de vivre dans leur domicile et d'exercer au maximum leurs rôles sociaux [4, 13].
7. Avoir une haute coordination administrative et clinique des liens entre les partenaires afin d'assurer une cohérence et une fluidité des actions de chacun. Comment travaille-t-on « l'un après l'autre » [11, 14]?
8. Avoir une haute cohérence clinique entre les différents acteurs qui travaillent auprès des mêmes personnes afin d'optimiser l'impact des interventions sur la personne. Comment travaille-t-on dans la même direction? [11, 14].
9. Avoir des équipes spécialisées multidisciplinaires et multiclientèles qui soutiennent les équipes de base, peu importe où habite le client [15, 16].
10. Centraliser les services spécialisés à volume restreint faisant appel à des expertises rares et des infrastructures technologiques coûteuses (Modèle de Brodaty) [14, 16].
11. Avoir des mesures permettant de s'assurer que toutes les interventions sont réalisées afin d'éviter l'hébergement [10, 11].
12. Favoriser les initiatives de développement de milieux résidentiels non institutionnels des citoyens ou des entrepreneurs (les initiatives du réseau ont tendance à être beaucoup plus institutionnalisées) [5, 13, 17].
13. Favoriser les initiatives qui réduisent les déménagements et les relocalisations à la suite d'une perte d'autonomie [18].
14. Afin de répondre aux besoins des parents, favoriser le développement d'un milieu de vie stable, sécuritaire et qui les dégage minimalement de responsabilités [5].
15. Avoir des intervenants, par exemple des organisateurs communautaires, qui facilitent les initiatives des citoyens ou des entrepreneurs de développement de logements adaptés [5] et être partenaires des initiatives [18].
16. Avoir des programmes d'accès aux logis simples [5].

4. MOYENS POUR FAVORISER L'ACTUALISATION DU RÉSEAU INTÉGRÉ EN HÉBERGEMENT

Les experts de notre réseau remarquent qu'ils ont tendance à diminuer leurs ressources de type familial (RTF) en raison des besoins grandissants des personnes hébergées (personnes âgées et personnes ayant des problèmes de santé mentale) et des limites des RTF (ex. : donner un médicament chaque nuit) [10].

Ils constatent également un alourdissement de la clientèle des ressources intermédiaires et des centres d'hébergement. Dans ce sens, ils perçoivent que la clientèle présente plus de troubles de comportement perturbateurs ou de plus grands besoins de gestion de soins de santé complexes ou plus de déficits cognitifs [10]. Les meilleures pratiques en vue de l'actualisation du réseau intégré en hébergement sont :

17. Avoir une haute coordination administrative et clinique des liens entre les partenaires afin d'assurer une cohérence et une fluidité des actions de chacun. Comment travaille-t-on « l'un après l'autre » [11, 14]?
18. Offrir de l'hébergement aux personnes dont le soutien ne suffit pas à les maintenir en logement pour assumer leurs responsabilités de locataire et qui ont besoin d'être prises en charge [4].
19. En dernier recours [10], repenser l'aménagement du milieu de vie dans le contexte d'hébergement en CHSLD, en créant des espaces situés en dehors de ceux réservés aux personnes âgées, permettant ainsi aux résidents de 65 ans et moins de recevoir parents et amis et de participer à des activités spécifiques [19].
20. Centraliser les services spécialisés à volume restreint faisant appel à des expertises rares et des infrastructures technologiques coûteuses [14].
21. Créer des ressources regroupant un faible nombre de personnes : DI, DP et SM [10, 12].
22. Offrir à la personne des conditions d'hébergement qui se rapprochent le plus possible d'un milieu de vie naturel (environnement, socialisation, nourriture, etc.).

Beaucoup de gestionnaires se questionnent sur la possibilité de regrouper un faible nombre de personnes qui ont des besoins d'hébergement. Dans la littérature consultée, les groupements possibles de ces personnes s'effectuent selon 5 dimensions :

23. Selon le degré d'intensité des services requis par les personnes [4].
24. Selon leurs besoins de services : [4, 11]
 - besoins de surveillance, de rappels et d'encadrement plus souvent associés aux personnes avec un TCC, une DI ou vivant avec un problème de santé mentale;
 - besoins d'aide aux AVQ et AVD plus souvent associés aux personnes âgées ou ayant une déficience physique.
25. Selon la capacité de la personne à avoir conscience de son environnement, à socialiser et à intégrer son milieu (dans la résidence ou à l'extérieur de celle-ci) [10, 20].
26. Selon la proximité du milieu de vie initial de la personne [10].
27. Selon l'âge des personnes [10] :
 - les personnes avec une déficience physique conscientes de leur environnement sont à l'aise de cohabiter avec des personnes âgées si celles-ci n'ont pas de problèmes cognitifs et s'il est possible de conserver des contacts avec des personnes de leur âge [20].

5. MÉCANISME D'ACCÈS

28. Avoir un mécanisme d'accès centralisé ou plusieurs hautement coordonnés pour une même clientèle et pour toutes les clientèles [11].
29. Avoir un mécanisme standardisé lors de l'accès à l'hébergement permettant de s'assurer que toutes les interventions ont été réalisées afin d'éviter l'hébergement [10, 11].

6. OUTILS D'ÉVALUATION

30. Avoir un outil standardisé et idéalement informatisé [11].
31. Avoir un système de classification des clients afin d'être en mesure de comparer les problématiques [11].
32. L'utilisation de l'OÉMC est privilégiée [21].

7. LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ

33. Convenir régionalement des mécanismes en situation de crise afin de :
 - a. répondre rapidement aux besoins du client [10];
 - b. répondre rapidement aux besoins de soutien des organismes ou des intervenants idéalement dans les 24 heures [10];
 - c. avoir un mécanisme d'accès aux services simplifiés et efficaces qui permet l'intervention idéalement dans les 24 h [10].
34. Formaliser les liens de collaboration par des ententes ou contrats (10) particulièrement en termes de complémentarité et de soutien [10].
35. Faciliter le travail des intervenants terrain en leur fournissant des ententes précises et des mécanismes de gestion des mésententes [10] afin de réduire le recours aux gestionnaires ou à des instances administratives.

8. MODALITÉS FAVORISANT UNE GESTION INTÉGRÉE DES BESOINS RÉSIDENTIELS

36. Avoir une structure administrative ou plusieurs hautement coordonnées [11].
37. Avoir une seule enveloppe budgétaire pour l'ensemble des ressources d'hébergement, les services de soutien à domicile (SAD) et les services dans la communauté, et ce, pour toutes clientèles, [10, 11] si possible; sinon, une seule enveloppe budgétaire par programme-service pour l'ensemble des ressources d'hébergement, les services de soutien à domicile (SAD) et les services dans la communauté [10].
L'avis des experts de privilégier dans un second temps une seule enveloppe par programme-service est basé sur l'importance de faciliter :

- la mobilité et l'adaptabilité du type de ressources d'hébergement en fonction de l'évolution de la clientèle;
- la migration des budgets et des ressources des services les plus lourds (hébergement) aux services les plus légers (services à domicile et dans la communauté);
- le contrôle sur les budgets réservés à une clientèle spécifique dans les « gros établissements ».

Conséquemment, les experts déconseillent le regroupement des services d'hébergement pour toutes les clientèles dans une seule enveloppe budgétaire indépendante des services à domicile et dans la communauté.

38. Avoir un système d'information électronique intégré, par exemple, un dossier patient [11, 14].

39. Récompenser et avoir des incitatifs favorisant la gestion basée sur les données probantes [11].

9. CONCLUSION

Le premier constat est que l'organisation intégrée des services résidentiels toutes clientèles doit être composée du secteur de l'hébergement et de celui du soutien à domicile. Cette intégration favorise l'application de l'orientation ministérielle du «chez-soi d'abord», l'autonomisation des personnes et l'utilisation judicieuse des ressources.

Le deuxième constat est qu'en plus des moyens habituels d'intégration comme avoir un système d'information partagé, avoir des mécanismes de collaborations convenues et avoir une volonté de tous les partenaires, une intégration efficace des services résidentiels toutes clientèles doit évoluer du travail « l'un après l'autre » ou « l'un à côté de l'autre » à un niveau supérieur de collaboration du travail « l'un avec l'autre » ou « les uns avec les autres ». Ce niveau supérieur de collaboration implique inévitablement de revoir les façons de faire actuelles.

10. RÉFÉRENCES

1. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2003). *Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>.
2. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et Société d'habitation du Québec (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social. Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et de l'habitation*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 57 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-845-01.pdf>.
3. Proulx, Jean. *L'évolution des interventions dans le domaine résidentiel auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Une revue de littérature à l'échelle internationale*. http://www.larepps.ugam.ca/Page/Document/pdf_logement/Cahier_11-10.pdf.
4. Proulx, Jean, Marie-Noëlle Ducharme et Stéphane Grenier (2013). «Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement. Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées à des personnes handicapées.». *Cahiers du LAREPPS*, vol. 13-03, 86 p. http://www.larepps.ugam.ca/Page/Document/pdf_logement/Cahier_13-03.pdf.
5. Proulx, Jean, Marie-Noëlle Ducharme et Stéphane Grenier (2013). «Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement. Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées à des personnes déficientes intellectuelles.». *Cahiers du LAREPPS*, vol. 13-01, 94 p. http://www.larepps.ugam.ca/Page/Document/pdf_logement/Cahier_13-01.pdf.
6. Proulx, Jean, Marie-Noëlle Ducharme et Stéphane Grenier (2013). «Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement. Rapport d'étape portant sur des initiatives destinées à des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.». *Cahiers du LAREPPS*, vol. 13-06, 93 p. http://www.larepps.ugam.ca/Page/Document/pdf_logement/Cahier_13-06.pdf.
7. Ducharme, Marie-Noëlle, Jean Proulx et Stéphane Grenier (2013). «Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement. Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie.». *Cahiers du LAREPPS*, vol. 13-02, 101 p. http://www.larepps.ugam.ca/Page/Document/pdf_logement/Cahier_13-02.pdf.
8. Arsenault, Caroline (2012). *Projet d'identification des principes directeurs en hébergement pour l'ensemble de la clientèle*.
9. Jetté, Christian, et autres (1998). «Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM). Intervention auprès des personnes seules, à faibles revenus et à risque de marginalisation sociale dans les quartiers centraux de Montréal.». *Cahiers du LAREPPS*, vol. 97-08, http://www.larepps.ugam.ca/Page/Document/FOHM%20Rapport%20_V-5_.pdf.
10. Comité d'experts régional en hébergement de la région de Chaudière-Appalaches (2013). *Avis des experts*.
11. Hollander, Marcus J. et Michael J. Prince (2008). «Organizing Healthcare Delivery Systems for Persons with Ongoing Care Needs and their Families : A Best Practices Framework». *Healthcare Quarterly*, vol. 11 (1), p. 44-54.
12. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 111 p.
13. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1995). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Un continuum intégré de services en déficience physique*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 92 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-810.pdf>.

14. Roy, Denis A., Éric Litvak et Fred Paccaud (2010). *Des réseaux responsables de leur population, moderniser la gestion et la gouvernance en santé* Mascouche, Le point en administration de la santé et des services sociaux, 198 p.
15. Fleury, France Charles et Caroline Morin (2011). «Meilleures pratiques pour l'organisation de services aux personnes âgées présentant des troubles de comportement», Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
16. Draper, Brain, Henry Brodaty et Lee-Fay Low (2006). «A tired model of psychogeriatric service delivery : an evidence-based approach». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21, p. 645-653.
17. Laramé, Paule (2011). *6 cibles pour faire face au vieillissement*, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux,
http://www.agesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_depotes/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf.
18. Lafrenière, Mario, et autres (2010). *L'hébergement alternatif novateur. Description et analyse de modèle en logement social. Résultats de recherche et réflexion du RCA personnes âgées, groupe de travail, hébergement alternatif novateur*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 61 p.
19. La Société immobilière du Québec (SIQ) (2008). *Répertoire des guides de la planification immobilière : mission centre d'hébergement (CHSLD)*,
http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/chq/index_fbe3b.html?DetailID=238.
20. Vallée, Diane (2013). *Rapport du comité de travail «Jeunes adultes en perte d'autonomie non liée au vieillissement»*, Sainte-Hyacinthe, Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska, 23 p.
21. Dubuc, Nicole, et autres (2007). *Clientèle en déficience intellectuelle desservies en CLSC : Représentation des besoins liés à l'autonomie fonctionnelle selon la classification des profils Iso-SMAF. L'intégration des services : Les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, Québec, Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, Vol. 2.

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

Québec

