



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

DE MONTRÉAL-CENTRE

---

TRANSFERT DES PERSONNES  
EN PERTE D'AUTONOMIE DES CRPDI  
VERS LE CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN

*Évaluation du projet*

Par Militza Zencovich

Service des études et de l'évaluation  
Direction de la programmation et coordination

---

Le 30 mars 1999

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre  
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

## Résumé administratif

En février 1997, la Régie régionale a fait appel aux cinq CRPDI de la région de Montréal pour développer un projet qui visait à :

Répondre aux besoins d'une clientèle, présentant une déficience intellectuelle et en perte d'autonomie, dans le milieu des CHSLD

Les objectifs du projet étaient les suivants :

1. identifier les personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPDI ne requérant pas ce type de ressources;
2. identifier les besoins des personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPDI ne requérant pas cet environnement;
3. orienter cette clientèle vers la ressource correspondant à son profil;
4. développer en CHSLD une programmation adaptée à la clientèle référée par les Services aux personnes présentant une déficience intellectuelle;
5. habiliter les intervenants du CHSLD à desservir la clientèle anglophone.

La présente évaluation, au terme de la phase d'implantation du projet de transfert, vise à :

- analyser le processus de transfert de la clientèle en CHSLD;
- analyser la satisfaction des bénéficiaires;
- tirer des leçons utiles pour la mise en œuvre de projets similaires.

### ***Conclusion principale***

Les résultats observés démontrent que, dans l'ensemble, le projet de transfert a **permis de prendre en charge adéquatement les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et en perte d'autonomie dans un milieu de vie en CHSLD adapté à leurs besoins**. Parmi les nombreux indicateurs qui témoignent de ce résultat, on doit mentionner que :

- les usagers transférés et leurs familles sont satisfaits de leur nouveau milieu de vie;
- la qualité des services donnés par le personnel ressource est très bonne : ce milieu adapté aux soins a conduit, entre autres, à une réévaluation de la médication et à un meilleur contrôle des cas d'épilepsie;
- les CRPDI sont satisfaits des services donnés aux bénéficiaires du projet;

- le modèle de l'unité du projet a été diffusé à un autre établissement qui voudrait l'implanter dans ses services.

En tenant compte des résultats de cette évaluation, la Régie régionale en toute assurance, peut poursuivre le transfert des bénéficiaires selon le modèle déjà établi par le projet pilote.

### ***Éléments du processus à améliorer ou à maintenir découlant de l'évaluation du projet de transfert***

#### **Régie Régionale**

1. Quand la Régie régionale amorce un transfert, elle doit s'assurer d'une planification précise de l'ensemble du processus du projet. En général, la Régie régionale devra :
  - s'assurer que le cadre du projet est clair et partagé par tous les partenaires du projet, ceci comprend :
    - objectifs
    - activités significatives
    - échéancier réaliste
    - identification des rôles
    - mécanisme de suivi et de contrôle
2. Quant au processus d'évaluation des bénéficiaires, la Régie régionale devra :
  - procéder à une opération d'évaluation qui comprendrait le recensement des bénéficiaires en perte d'autonomie et l'évaluation de leurs besoins;
  - s'appuyer sur la notion de perte d'autonomie développée tout au long de ce projet;
  - s'assurer que les outils utilisés (CTMSP, dimensions psychosociales des bénéficiaires, santé mentale, fonctions cognitives, qualité de vie et documentation historique du processus de perte d'autonomie du bénéficiaire) dans l'évaluation des bénéficiaires ont été précisés par les CRPDI avant d'entamer le processus d'évaluation;
  - s'assurer qu'il existe une bonne communication avec les parents, les représentants des bénéficiaires et le milieu associatif représentant les intérêts des bénéficiaires et des parents;
  - s'assurer que les délais sont réalistes et tiennent compte de la complexité de la tâche. De plus, ne pas pénaliser les établissements qui sont déjà prêts en leur imposant un temps d'attente.

3. Quant au processus en général, la Régie régionale devrait :

- offrir une formation continue selon les besoins exprimés par les intervenants du CHSLD;
- s'assurer que le transfert des usagers en CHSLD s'échelonne sur quelques mois pour améliorer les conditions de succès de l'unité adaptée en CHSLD

## **CRPDI**

1. Quant au processus du projet, les CRPDI devraient :

- s'associer à la Régie régionale dans les démarches menant au développement du projet de transfert;
- participer au suivi du projet de transfert : rapport d'étapes, justification des écarts, etc.;
- nommer un chargé de projet qui sera l'interlocuteur devant l'équipe de projet tout au long du processus;
- s'assurer de maintenir une communication de qualité avec l'équipe de projet;

2. Quant au processus d'évaluation, les CRPDI devraient :

- s'assurer que tous les CRPDI partagent les mêmes outils et la façon de les appliquer; outils qui devraient être appliqués à tous les niveaux organisationnels : éducateurs, chefs de services, conseillers, etc.;
- s'assurer, lors de la prise de décision sur la perte d'autonomie d'un usager, que l'on tienne compte de l'historique du dossier du bénéficiaire;
- s'assurer que les parents participent pendant le processus d'évaluation des usagers et qu'ils sont sensibilisés sur l'évolution des usagers afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée;
- s'assurer qu'une sensibilisation est faite auprès de tous les acteurs de l'établissement par rapport à l'évaluation des usagers et aux services de chaque CRPDI;
- s'assurer que l'équipe qui évalue les usagers utilise bien les outils d'évaluation (CTMSP, autres);
- prévoir développer une complémentarité avec les CHSLD par rapport aux besoins de la clientèle transférée;

## CHSLD

Deux dimensions : CHSLD et les éventuels CHSLD

A) Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun devrait :

- s'assurer que toute la dynamique des intervenants, déjà implantée dans l'unité, continue à être présente;
- s'assurer que la relève des ressources, tant du point de vue de l'approche que du point de vue du savoir-faire, est déjà implantée;
- s'assurer que le personnel de la liste de rappel est informé et formé avant d'intervenir auprès des usagers;
- développer une complémentarité avec les CRPDI par rapport aux connaissances sur la déficience intellectuelle et les services;
- continuer à évaluer l'évolution des usagers et bien s'assurer que les intervenants maîtrisent bien les outils d'évaluation développés.

B) Quant au processus en général pour les nouveaux transferts, les nouveaux CHSLD devraient :

- associer les parents;
- adapter les lieux;
- former le personnel;
- sélectionner du personnel intéressé (s'entendre avec les syndicats);
- conserver l'approche d'unités homogènes.

## **REMERCIEMENTS**

Ce rapport concerne le transfert des personnes en perte d'autonomie des CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. Je tiens à remercier :

### ***AUX CRPDI***

#### **Gabrielle Major**

René Grenier, directeur de la Qualité des services  
Marie Picard, chef de service à la Direction de la qualité des services  
Richard Paradis, directeur des Services aux usagers  
Marie Laurin, éducatrice

#### **L'Intégrale**

Nicole Hébert, coordonnatrice des Services de réadaptation  
André Lavoie, chef de service

#### **Lisette-Dupras**

Sylvie Dugas, conseillère à la Direction des services professionnels  
Lise Robitaille, chef des soins infirmiers

#### **Miriam**

Marjolaine Landry, conseillère à la Direction générale

#### **Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau**

Patrice Connoly, directrice des Services professionnels  
Guy Laurendeau, chef de service

Un remerciement spécial à tous les éducateurs, à toutes les éducatrices qui ont alimenté continuellement l'ensemble des connaissances touchant les bénéficiaires du projet.

### ***AUX CHSLD***

#### **Champlain-Manoir de Verdun**

Ghislain Girard, directeur général  
Andrée Dalphond, chef d'unité  
Claudette Simoneau, assistante chef d'unité

À tous les intervenants, à toutes les intervenantes qui m'ont permis de partager avec eux leur quart de travail afin de bien mener à terme l'évaluation sur la satisfaction des usagers.

#### **St-Joseph de la Providence**

Pierre Saulnier, directeur des soins infirmiers et des services hospitaliers

## **AU CRADI**

Carmen Lahaie, présidente  
Hélène Morin, conseillère

## **À LA RÉGIE RÉGIONALE**

### **Du secteur Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle :**

Monique Chicoyne, conseillère aux établissements

### **Du secteur Services aux personnes âgées :**

Paulette Lépicier, conseillère aux établissements

### **Du service des études et de l'évaluation :**

Je remercie particulièrement :

- ◆ Normand Lauzon, chef de service, pour son remarquable travail de coopération, pour sa contribution à la formulation du mandat, à la stratégie d'évaluation ainsi que pour ses judicieux conseils;
- ◆ Carole Lécuyer, conseillère, pour sa patience et ses nombreux encouragements;
- ◆ Toute l'équipe du service des études et de l'évaluation pour son appui, ses bons conseils et sa chaleur humaine;
- ◆ Lisette Di Tomaso, secrétaire, qui a mis à contribution ses talents multiples autant pour la correction et l'édition du présent rapport qu'au plan logistique pour l'ensemble de la démarche;
- ◆ Jocelyne Gratton pour son appui logistique.

### **Au service documentaire**

Un remerciement spécial à Micheline Gaudette qui m'a appuyée dans la recherche bibliographique de façon efficace et continue.

**À TOUS LES BÉNÉFICIAIRES DU PROJET ET LEURS PARENTS**  
**Mes sincères remerciements pour toute l'information qu'ils ont partagée avec moi.**

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ADMINISTRATIF	
REMERCIEMENTS .....	I
TABLE DES MATIÈRES.....	III
LISTE DES ANNEXES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES SCHÉMAS .....	VI
LISTE DES ACRONYMES.....	VII
INTRODUCTION .....	1
CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	1
DESCRIPTION DU PROJET.....	1
CADRE DE L'ÉVALUATION .....	2
MÉTHODOLOGIE .....	3
<b>CHAPITRE 1 :</b>	
<b>ANALYSE DU PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DE LA CLIENTÈLE VIVANT AVEC UNE</b>	
<b>DI EN PERTE D'AUTONOMIE VERS UN CHSLD.....</b>	<b>5</b>
<b>1. PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DU POINT DE VUE DE LA RÉGIE RÉGIONALE .....</b>	<b>5</b>
1.1 IDENTIFICATION DES PERSONNES DESSERVIES AU SOCIORÉSIDENTIEL PAR LES CRPDI .....	6
1.2 IDENTIFICATION DES BESOINS DES PERSONNES DESSERVIES AU SOCIORÉSIDENTIEL PAR LES CRPDI .....	10
1.3 IDENTIFICATION DES SITES RECEVEURS .....	11
1.4 ADÉQUATION DES SITES RECEVEURS .....	12
1.5 TRANSFERT, INTÉGRATION ET ADMISSION DE LA CLIENTÈLE À CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN .....	12
<b>FAITS SAILLANTS.....</b>	<b>14</b>
<b>2. ANALYSE DESCRIPTIVE DU PROCESSUS DU POINT DE VUE DES CRPDI.....</b>	<b>15</b>
2.1 DESCRIPTION DES CRPDI.....	15
2.1.1 <i>Mission et mandat</i> .....	15
2.1.2 <i>Territoire</i> .....	15
2.2 DESCRIPTION DU PROJET DU POINT DE VUE DES CRPDI – VOLET ADMINISTRATIF .....	16
2.2.1 <i>Prise en charge du projet et organisation des ressources humaines et budget</i> .....	16
2.2.2 <i>Partenariat</i> .....	17

2.3	DESCRIPTION DU PROJET DU POINT DE VUE DES CRPDI – VOLET CLINIQUE .....	19
2.3.1	<i>Contexte clinique du projet de transfert</i> .....	19
2.3.2	<i>Mise en oeuvre de l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie</i> .....	19
2.3.3	<i>Besoins des bénéficiaires</i> .....	21
2.3.4	<i>Formation et sensibilisation du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun</i> .....	22
2.3.5	<i>Formation en langue anglaise</i> .....	23
2.3.6	<i>Transfert des bénéficiaires</i> .....	24
2.3.7	<i>Accompagnement des bénéficiaires lors du transfert</i> .....	25
	<b>FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>26</b>
<b>3.</b>	<b>PROJET DE TRANSFERT – CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN</b> .....	<b>27</b>
3.1	PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT – VOLET ADMINISTRATIF.....	27
3.1.1	<i>Principaux défis du projet pilote</i> .....	28
3.1.2	<i>Adéquation des lieux</i> .....	29
3.1.3	<i>Sélection du personnel ressource</i> .....	29
3.1.4	<i>Organisation de l'unité</i> .....	29
3.2	PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT – VOLET CLINIQUE .....	30
3.2.1	<i>Formation en langue anglaise</i> .....	31
3.2.2	<i>Formation sur la déficience intellectuelle</i> .....	31
3.2.3	<i>Séances de sensibilisation sur la déficience intellectuelle</i> .....	32
3.2.4	<i>Processus d'accueil des bénéficiaires</i> .....	32
3.2.5	<i>Identification des besoins des clients : besoins cliniques et psychosociaux</i> .....	34
3.2.6	<i>Suivi des bénéficiaires et feed-back du personnel</i> .....	34
	<b>FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>36</b>
<b>4.</b>	<b>CONSTATS EN REGARD DU PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DE BÉNÉFICIAIRES VERS UN CHSLD</b> .....	<b>37</b>
4.1	RECENSEMENT DE LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE .....	37
4.2	CRÉATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL .....	38
4.3	PARTENARIAT.....	39
4.4	ÉVALUATION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE .....	41
4.5	IDENTIFICATION DES SITES RECEVEURS ET ADÉQUATION DES LIEUX.....	43
4.6	TRANSFERT DE LA CLIENTÈLE .....	44
4.7	FORMATION DU PERSONNEL DU CHSLD EN LANGUE ANGLAISE .....	45
4.8	FORMATION DU PERSONNEL DU CHSLD EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....	45
4.9	ADMISSION DE LA CLIENTÈLE AU CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN.....	46
4.10	ACCOMPAGNEMENT DE LA CLIENTÈLE TRANSFÉRÉE FAIT PAR LES CRPDI.....	47
4.11	IDENTIFICATION DES BESOINS DES USAGERS DE L'UNITÉ DU PROJET AU CHSLD .....	47
4.12	SUIVI DE LA CLIENTÈLE ET FEED-BACK DU PERSONNEL DE L'UNITÉ DU PROJET AU CHSLD .....	48
	CONCLUSION : .....	50
	<b>FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>51</b>

<b>5. ANALYSES ET RECOMMANDATIONS DU PROJET DE TRANSFERT.....</b>	<b>52</b>
5.1 ANALYSE DÉCISIONNELLE .....	52
5.1.1 <i>Collecte de données et analyse de la qualité de l'information</i> .....	54
5.1.2 <i>Processus de transfert</i> .....	56
5.1.3 <i>Transfert en CHSLD</i> .....	58
5.2 PLANIFICATION DU PROJET DE TRANSFERT .....	60
5.2.1 <i>Environnement organisationnel</i> .....	60
5.2.2 <i>Définition des objectifs du projet</i> .....	62
5.2.3 <i>Développement des moyens pour atteindre les objectifs du projet</i> .....	62
<b>FAITS SAILLANTS .....</b>	<b>63</b>

## CHAPITRE 2 :

<b>ANALYSE DES RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES : LA SATISFACTION DES USAGERS ET DES FAMILLES, DE MÊME QUE CELLE DES INTERVENANTS OEUVRANT QUOTIDIENNEMENT AUPRÈS DE CES BÉNÉFICIAIRES.....</b>	<b>64</b>
---	-----------

1. LA SATISFACTION DU POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES .....	66
2. ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES PARENTS/PROCHES DES USAGERS .....	68
3. QUALITÉ DE VIE DES USAGERS.....	70
4. ANALYSE DES CHANGEMENTS D'ATTITUDE DU PERSONNEL RESSOURCE DE L'UNITÉ DU PROJET AU CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN .....	72
5. RÉSULTATS DE L'UNITÉ DU PROJET AU CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN .....	74
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	75
CONCLUSION .....	79

## Liste des annexes

- Annexe I : Liste des répondants à l'évaluation du projet de transfert
- Annexe II : Définition d'une personne en perte d'autonomie
- Annexe III : Calendrier des rencontres dans le cadre de l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie des CRPDI
- Annexe IV : Questionnaire
- Annexe V : Centre de réadaptation Gabrielle Major – Questionnaire adressé aux usagers en occupation de jour
- Annexe VI : Lettre de la Régie régionale



## Liste des tableaux

TABLEAU 1 : RECENSEMENT DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE FAIT PAR LES CRPDI .....	8
TABLEAU 2 : PLAN DE TRAVAIL DU PROJET .....	9
TABLEAU 3 : ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES ET RÔLE DES PARTENAIRES .....	18
TABLEAU 4 : PERTE D'AUTONOMIE, CRITÈRES ET OUTILS UTILISÉS PAR LES CRPDI .....	21
TABLEAU 5 : ADMISSION DES BÉNÉFICIAIRES AU CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN.....	24
TABLEAU 6 : DÉFIS ET ACTIONS DU PROJET PILOTE.....	28
TABLEAU 7 : NIVEAU DE COMMUNICATION .....	66
TABLEAU 8 : LA SATISFACTION DES USAGERS/PROCHES.....	78

## Liste des schémas

SCHÉMA 1 : STRUCTURE SÉQUENTIELLE DES ACTIVITÉS DU PROJET DE TRANSFERT.....	7
SCHÉMA 2 : SCHÉMA DE L'ORGANISATION.....	17
SCHÉMA 3 : ORGANISATION DE L'UNITÉ.....	30
SCHÉMA 4 : PROCESSUS DÉCISIONNEL .....	53
SCHÉMA 5 : MODÈLE DE FORMATION PROPOSÉ.....	57
SCHÉMA 6 : PROJET DE TRANSFERT .....	61



## Liste des acronymes

<b>CRADI :</b>	Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle
<b>CHSLD :</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CRPDI :</b>	Centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles
<b>CTMSP :</b>	Classification par types en milieux de soins et services prolongés (longue durée)
<b>DI :</b>	Déficience intellectuelle
<b>EQCA :</b>	Échelle québécoise des comportements adaptatifs
<b>OPHQ :</b>	Office des personnes handicapées du Québec
<b>PA :</b>	Perte d'autonomie
<b>PSI :</b>	Plan de services individualisé
<b>DSP :</b>	Directeur des services professionnels
<b>DQS :</b>	Directeur à la qualité des services
<b>DSC :</b>	Directeur des services à la clientèle



# **Introduction**

## ***Contexte de l'étude***

Pendant les années 1996 et 1997, deux études concernant la problématique d'accès aux ressources résidentielles des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la région de Montréal-Centre (CRPDI) mettent en évidence une série de situations problématiques et donnent des recommandations afin d'améliorer les services offerts à cette population.

Dans cette optique, afin de répondre aux besoins de la clientèle des CRPDI, le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 prévoit, dans le continuum des services en déficience intellectuelle, p.72, que dans le programme résidentiel il y aura :

« le transfert éventuel de 103 personnes vers les CHSLD. Ce transfert est conditionnel à l'accord de la personne et de sa famille et à l'évaluation de ses besoins. Afin d'assurer des services personnalisés et de qualité aux personnes à être transférées en CHSLD, nous réaliserons, durant l'année 1998, un projet pilote dont l'objectif sera d'évaluer les besoins spécifiques de ces personnes et le type d'activités à organiser pour y répondre ».

## ***Description du projet***

Lancé en février 1997, par la Régie régionale de Montréal-Centre, le projet visait à prendre en charge et à répondre aux besoins d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle et en perte d'autonomie, dans le milieu des CHSLD.

Les objectifs du projet étaient les suivants :

- 1) identifier les personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPDI ne requérant pas ce type de ressources;
- 2) identifier les besoins des personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPD ne requérant pas cet environnement;
- 3) orienter cette clientèle vers la ressource correspondant à son profil;
- 4) développer en CHSLD une programmation adaptée à la clientèle référée par les Services aux personnes présentant une déficience intellectuelle;
- 5) habiliter les intervenants du CHSLD à desservir la clientèle anglophone.

Ce projet pilote devait s'appliquer à deux CHSLD : Champlain-Manoir de Verdun et St-Joseph de la Providence. Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a été le premier établissement prêt à recevoir la clientèle. Une unité de vingt lits a été offerte. Les premières admissions ont eu lieu au début de février 1998. Vers la fin de juillet 1998, le transfert des 20 bénéficiaires était complété.

### ***Cadre de l'évaluation***

Dans le but d'éclairer la prise de décision relativement à un éventuel transfert de personnes, les Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle de la Régie régionale ont mandaté le Service des études et de l'évaluation de la Direction de la programmation et coordination pour évaluer le transfert de personnes en perte d'autonomie desservies par les CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

L'évaluation se structure autour de deux grandes questions :

1. la satisfaction des usagers et des familles, de même que celle des intervenants oeuvrant quotidiennement auprès des bénéficiaires qui ont vécu le transfert;
2. l'analyse du processus suivi pour réaliser le transfert des bénéficiaires vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

Au chapitre 1, nous analysons le processus préalable au transfert de la clientèle en CHSLD. Pour bien répondre à ces questions, nous regardons le processus selon sa séquence temporelle. En premier lieu, à la section 1, nous analysons le processus administratif à l'intérieur de la Régie régionale de Montréal-Centre. À la section 2, nous considérons le processus administratif et clinique à partir des CRPDI. À la section 3, nous analysons le processus administratif et clinique du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. À la section 4, nous résumons les principaux facteurs de succès et les difficultés du projet de transfert et nous tirons quelques conclusions sur les mesures qui amélioreraient l'efficacité de projets similaires.

Au chapitre 2, nous analysons la satisfaction des bénéficiaires.

Les annexes fournissent le matériel sur lequel s'appuie l'analyse.

## **Méthodologie**

La méthodologie retenue pour faire cette évaluation se base principalement :

- sur une revue exhaustive de la documentation du projet et de la problématique DI, perte d'autonomie, évaluation des usagers, transfert en CHSLD, etc.;
- sur des entrevues ouvertes, semi-structurées, menées avec les principaux acteurs du projet pendant les mois de décembre 1998, janvier et février 1999 (voir la liste des personnes rencontrées à l'annexe 3);
- sur la participation à différents événements organisés, soit par la Régie régionale, soit par le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

### 1. Analyse du processus suivi pour réaliser le transfert des bénéficiaires :

#### ❖ Approche stratégique :

- a) analyse descriptive du processus suivi par chaque centre de réadaptation afin d'identifier les clientèles et déterminer les besoins;
- b) analyse descriptive du processus tel que vécu par le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, les partenaires du projet et les familles;
- c) analyse du refus au transfert en CHSLD des bénéficiaires identifiés.

#### ❖ Sources de données :

- entrevues semi-structurées à l'égard du processus vécu par les 5 CRPDI participants afin d'identifier les clientèles;
- entrevues semi-structurées à l'égard du processus vécu par les 5 CRPDI participants afin de déterminer les besoins;
- examen des dossiers et de la documentation détenus par les 5 CRPDI participants;
- examen des dossiers et de la documentation détenus par la Régie régionale;
- entrevues semi-structurées à l'égard des bénéficiaires/proches afin de déterminer la nature de leur participation dans le processus de détermination des besoins et du consentement des familles;
- entrevues semi-structurées afin de déterminer le processus tel que vécu par le CHSLD, les partenaires du projet et les familles;
- examen des dossiers et de la documentation détenus par le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun : journaux de bord des intervenants, fichiers des bénéficiaires, activités développées pour les bénéficiaires afin de combler leurs besoins, formation reçue;
- examen des dossiers et de la documentation détenus par les institutions concernées;

- entrevues semi-structurées afin d’identifier les causes de refus au transfert en CHSLD de la clientèle désignée pour un transfert : intervenants directs, bénéficiaires/proches, informateurs clés.

## 2. Analyse des résultats :

- ❖ La mesure de la satisfaction sera faite en référence à trois temps :
  - temps 1 : réfère à la période où les clients vivaient en CRPDI;
  - temps 2 : pendant le transfert du CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun;
  - temps 3 : depuis que les clients sont au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

Une mesure de la satisfaction permet d’apprécier la perception que les acteurs concernés ont d’une situation à un moment donné. Une enquête a été menée auprès des bénéficiaires afin de déterminer ceux qui pouvaient répondre à des questions. Comme seulement trois usagers pouvaient répondre à des questions simples, la perception des parents et des intervenants a été considérée afin de cerner la satisfaction des usagers. Nous avons ajouté une analyse de la perception des intervenants directs auprès des bénéficiaires afin de mieux comprendre le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

Un outil validé<sup>1</sup> sur la satisfaction a été utilisé auprès des usagers, des intervenants et des familles des usagers.

- ❖ Sources de données :
  - entrevues semi-structurées pour la satisfaction à l’égard du déplacement avec les bénéficiaires/proches et intervenants;
  - application de l’outil développé par la Régie régionale, en collaboration avec le groupe SECOR, sur la qualité du service et la satisfaction des usagers : adaptation de cet outil;
  - entrevues semi-structurées auprès des intervenants directs :
 

▪ bénéficiaires	19
▪ familles	8
▪ intervenants des CRPDI	12
▪ intervenants du CHSLD	16
▪ médecin du CHSLD	1
▪ chef de service de l’unité du CHSLD	1
▪ adjointe et responsable clinique de l’unité au CHSLD	1

---

<sup>1</sup> Résultats de l’enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, RRSSSM-C.

## Chapitre 1

### **Analyse du processus du projet de transfert de la clientèle vivant avec une DI en perte d'autonomie vers un CHSLD**

Dans cette section, nous analysons de façon systématique les processus administratifs du projet de transfert des bénéficiaires en CHSLD. Pour ce faire, une démarche en trois temps est suivie. Après avoir défini comment le projet a émergé, nous décrivons :

1. les activités qui ont été développées par la Régie régionale, les CRPDI et le CHSLD;
2. les constats en regard du processus du projet de transfert des bénéficiaires en CHSLD;
3. l'analyse et les recommandations du projet de transfert.

#### **1. Processus du projet de transfert du point de vue de la Régie régionale**

Le projet de transfert émerge vers le mois de février 1997 à partir de trois facteurs :

1. une étude concernant la problématique d'accès aux ressources résidentielles des CRPDI de la région de Montréal-Centre<sup>2</sup>, dans laquelle on peut citer :

« Les délais d'attente pour les services résidentiels s'expliquent entre autres par l'existence d'une clientèle actuellement hébergée dans les ressources résidentielles développées par les CRPDI qui est en quelque sorte stationnaire et vieillissante » (page 104).

Dans la même étude, et dans la recommandation 8, page 105, on cite :

« Qu'à court terme, la Régie régionale, de concert avec les établissements doit : - mettre à jour le volume de la clientèle en perte d'autonomie ou présentant des problèmes majeurs de santé physique, actuellement hébergée dans les ressources résidentielles ou inscrite en liste d'attente; - évaluer les possibilités de réorienter ces clientèles vers des ressources du réseau plus aptes à répondre aux besoins particuliers de ces personnes (exemple, unité adaptée d'un CHSLD) »;

---

<sup>2</sup> Problématique d'accès aux ressources résidentielles des CRPDI de la Région de Montréal-Centre – État de situation des ressources résidentielles et validation des listes d'attente – Mireille Perreault – Services des études et de l'évaluation – Direction de la programmation et coordination – 7 novembre 1996.

2. la nécessité de trouver la meilleure place possible pour une clientèle vivant avec une DI et en perte d'autonomie;
3. l'opportunité d'utiliser des places disponibles dans le réseau de la longue durée pour la déficience intellectuelle;

Ces trois facteurs vont conduire la Régie régionale à développer un projet spécifique pour la clientèle visée. Des trois facteurs mentionnés, c'est l'opportunité d'ouverture de places dans le réseau de la longue durée qui fera en sorte que le chronogramme du projet sera limité à une période de temps plus restreinte que prévue. Ceci jouera un rôle plutôt limitatif, surtout pour la première période, c'est-à-dire pendant l'identification des besoins des personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPDI.

Le schéma 1, de la page 7, donne un aperçu séquentiel du processus de transfert avec ses principales activités qui seront décrites ci-après.

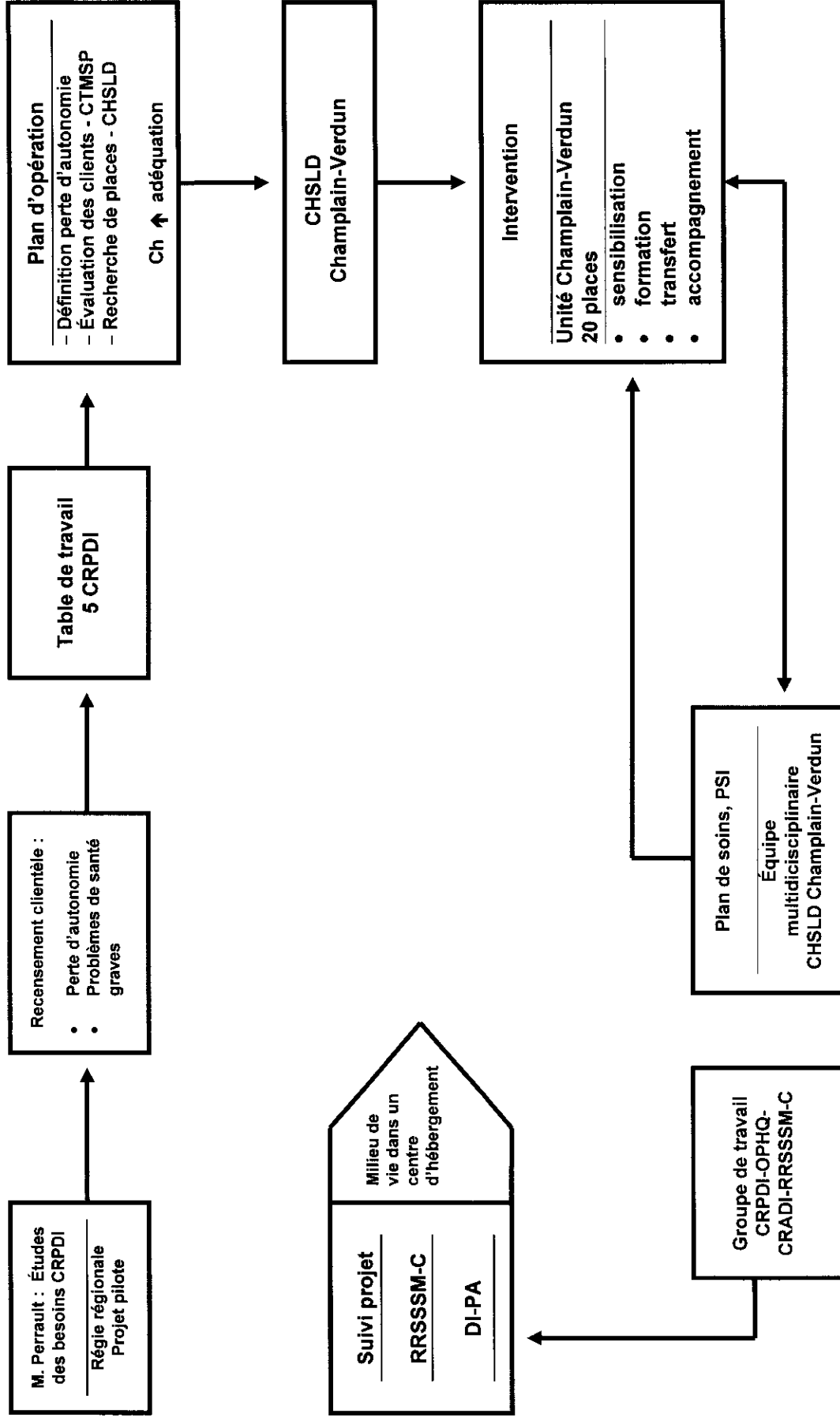
### **1.1 Identification des personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPDI**

Ayant pour but de répondre aux besoins de la clientèle se trouvant dans le programme sociorésidentiel du réseau des CRPDI ainsi que sur leurs listes d'attente, la Régie régionale invite les cinq CRPDI du territoire de Montréal-Centre<sup>3</sup>, à savoir : le centre de réadaptation Gabrielle Major, Les services de réadaptation L'Intégrale, Les promotions sociales Taylor-Thibodeau (LPSTT), le centre d'accueil Miriam, le centre de réadaptation Lisette-Dupras, à « mettre à jour le volume de la clientèle en perte d'autonomie ou présentant des problèmes majeurs de santé physique actuellement hébergée dans les ressources résidentielles ... ». La date d'échéance donnée par la Régie régionale était le 11 mars 1997.

---

<sup>3</sup> Lettre de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 28 février 1997 : problématique d'accès aux ressources résidentielles pour les personnes en perte d'autonomie.

# Schéma 1 : structure séquentielle des activités du projet de transfert



Sigles : CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée  
 CRADI : Comité régional des associations en déficience intellectuelle  
 CRPDI : Centre de réadaptation pour personne vivant avec une déficience intellectuelle

OPHQ : Office des personnes handicapées du Québec  
 DI : Déficience intellectuelle  
 PA : Personnes âgées

Le tableau suivant résume la réponse de chaque CRPDI, le volume identifié et la date de réception de l'information :

**Tableau 1 :**

**Recensement des personnes en perte d'autonomie fait par les CRPDI**

<b>CRPDI</b>	<b>Date de réception</b>	<b>Volume de clientèle en PA ◆ Nombre de personnes</b>
Gabrielle Major	2 avril 1997	61
L'Intégrale	24 mars 1997	Information à titre indicatif 13
Miriam	11 mars 1997	14
LPSTT	11 mars 1997	13
Lisette-Dupras	14 mars 1997	12
		Volume total : 113

Bien que l'on ait prévu un volume important de personnes en perte d'autonomie dans la région desservie par les CRPDI, la réponse reçue a dépassé largement les attentes de la Régie régionale.

Seulement deux CRPDI ont respecté la date limite de dépôt du recensement. Un CRPDI avoue ressentir un certain malaise à évaluer sa clientèle et ne remplit pas les formulaires demandés, se limitant seulement à énoncer par lettre, le nombre indicatif de clients possibles. La Régie régionale remarque aussi que le CRPDI Gabrielle Major a fourni un nombre assez important de possibles bénéficiaires. Considérant tous les arguments ci-haut énoncés, la Régie régionale planifie une rencontre avec les cinq CRPDI afin d'ouvrir une table de discussion, pour connaître leurs principaux problèmes et aussi pour présenter le projet avec son plan de travail.

C'est lors de la rencontre du 24 avril 1997, entre les représentants des CRPDI et des Services aux personnes âgées et des Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle, que les CRPDI soulèvent leurs difficultés face à la notion de perte d'autonomie. On discute aussi, pendant cette rencontre, du recensement des personnes en perte d'autonomie reçu de la Régie régionale et sur l'outil CTMSP<sup>4</sup> et la nécessité de son utilisation. La Régie régionale soumet aux participants une proposition de « définition » de perte d'autonomie (Annexe 2) et fait la présentation des divers aspects du projet : étapes, échéances, responsabilités (compte rendu de la réunion du 24 avril 1997, personnes en perte d'autonomie).

Parmi les points les plus pertinents de cette réunion, on peut citer :

<sup>4</sup> CTMSP : Classification par Types en Milieux de Soins et Services Prolongés (longue durée).

- la nécessité de mieux définir la notion de perte d'autonomie, surtout qu'il s'agit d'une population vivant avec une déficience intellectuelle et dont le potentiel d'autonomie peut être complexe à mesurer;
- l'ajout à l'outil CTMSP (instrument indispensable pour l'admission en CHSLD et servant à l'évaluation des besoins de la clientèle visée) d'un rapport décrivant les aspects « santé mentale », « fonctions cognitives », « comportements » et « qualité de vie » (confort, encadrement requis);
- une sensibilisation à l'outil CTMSP;
- la formation d'un comité d'experts formé par un représentant de chaque CRPDI, et de Mme Lépicier (Services aux personnes âgées) et de Mme Chicoyne (Services d'intégration sociale aux personnes présentant une DI), qui consacrerait à chaque établissement une journée pour l'étude des dossiers;
- la date d'échéance pour la présentation des résultats (évaluation des besoins de la clientèle faite à l'aide de la CTMSP) est fixée au 16 juin 1997. La décision sur les dossiers se fera vers la fin de juin 1997.
- un plan de travail du projet. Ce plan de travail est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau 2 : Plan de travail du projet**

<b>Thème</b>	<b>Date d'échéance</b>
1. Envoi du projet aux CRPDI	25 avril 1997
2. Sensibilisation : CTMSP Autres outils à déterminer	7 mai 1997
3. Évaluation des dossiers de la clientèle des CRPDI	Du 8 mai au 6 juin 1997
4a) Formation d'un comité d'experts conjointement avec la Régie régionale, par établissement	
4b) Résultats de l'étude des dossiers non nominatifs de la clientèle	Décision : fin juin 1997
5a) Transfert des connaissances dans les milieux receveurs	
5b) Transfert de la clientèle	

Parmi les plus importantes difficultés ressenties lors de la rencontre, nous citons :

- la mise en opération de la notion de perte d'autonomie;
- le fait que la CTMSP ne suffise pas pour décrire la réalité, ni les besoins de la clientèle visée;
- la difficulté pour les CRPDI d'évaluer leurs clientèles dans le but d'un transfert en CHSLD;

Faisant suite à cette rencontre, la Régie régionale, en date du 28 avril 1997, envoie, aux CRPDI participants, le compte rendu de la réunion, le plan de travail du projet de transfert de même

qu'une définition de « **personne en perte d'autonomie** » à être utilisée seulement dans le cadre du projet (Annexe 2).

Compte tenu que, des cinq CRPDI faisant partie du projet, quatre étaient présents à la réunion du 24 avril 1997, et que le compte rendu de la réunion a été rédigé le 27 avril 1997 et envoyé à chaque CRPDI le 28 avril 1997, on peut conclure que vers la fin d'avril 1997, tous les CRPDI étaient au courant du projet, de toutes ses étapes et difficultés.

## **1.2 Identification des besoins des personnes desservies au sociorésidentiel par les CRPDI**

L'identification des besoins des personnes desservies au sociorésidentiel fait partie de la suite logique du plan de travail du projet de transfert soumis aux CRPDI. À cette étape, il s'agit d'identifier à l'aide d'un instrument, la CTMSP, les besoins en services exprimés par les indicateurs : heures/soins et âge, de tous les dossiers (anonymes) soumis à la Régie régionale par les CRPDI.

Dans le but d'atteindre son objectif, la Régie régionale a procédé :

- à la demande des CRPDI, à une formation spécifique au projet sur l'utilisation de la CTMSP. La Régie régionale a aussi offert régulièrement de la formation sur l'utilisation de la CTMSP. Les CRPDI ont eu le choix entre une formation spécifiquement donnée par le projet ou une autre donnée dans le programme de formation générale de la Régie régionale. Les CRPDI ont choisi le programme de formation générale de la Régie régionale;
- à la création d'un comité d'experts composé de deux représentants significatifs provenant des CRPDI et de deux représentants de la Régie régionale, soit Mme Lépicier et Mme Chicoyne;
- à la proposition d'un calendrier pour l'évaluation des dossiers (Annexe 3).

La Régie régionale a reçu 68 dossiers CTMSP des CRPDI. Avant que le processus du projet ne démarre, 10 dossiers étaient déjà déposés en plus à la Régie régionale par les CRPDI. Au total, 78 dossiers ont été étudiés par la Régie régionale. Après les placements d'urgence et un désistement, 75 dossiers ont été considérés pour analyse du profil de la clientèle.

Les dossiers ont ensuite été regroupés selon les critères âge et heures/soins et trois profils ont été dégagés pour fournir des indications sur les programmes requis ou à développer <sup>5</sup>:

- **Profil A** : Adultes de 23-46 ans requérant des heures/soins variant entre 2 h à 6,32 h/soins;

---

<sup>5</sup> Rapport d'étape du projet de transfert des personnes en perte d'autonomie des CRPDI vers les CHSLD, 15 juillet 1997, Régie régionale de Montréal-Centre.

- **Profil B** : Adultes de 52-71 ans requérant des heures/soins variant entre 2 h à 4,27 h/soins;
- **Profil C** : Adultes de 56-74 ans requérant des heures/soins variant entre 0,7 h à 1,83 h/soins.

Une fois les profils définis, le critère « présence des problèmes de comportement » a été ajouté. Finalement, une nouvelle définition de groupe a émergé et c'est l'âge, en premier lieu, et la présence ou l'absence des problèmes de comportement, en second lieu, qui ont permis de constituer deux groupes de clients :

- un premier groupe formé d'une clientèle **de moins** de 50 ans sans problème de comportement ou avec des problèmes de comportement jugés mineurs;
- un deuxième groupe formé d'une clientèle **de plus** de 50 ans sans problème de comportement ou avec des problèmes de comportement jugés mineurs.

L'ensemble des deux groupes comporte 53 dossiers au total. La clientèle avec problèmes de comportement jugés importants a été regroupée et ne fait pas partie de ce projet. Vingt et un dossiers font partie de ce groupe. Enfin, 18 candidats se sont désistés suite aux pressions des parents.

Les points les plus importants de cette étape ont été :

1. l'identification des 20 premiers bénéficiaires à être transférés vers un CHSLD;
2. l'identification d'une clientèle nécessitant un transfert et à être considérée lors d'un prochain transfert.

La principale difficulté observée a été la remise en question de la CTMSP comme outil d'évaluation des besoins de la clientèle. Parmi les carences les plus significatives de la CTMSP, on relève le manque de données d'ordre psychosocial. Le volet santé physique est, par ailleurs, fort bien détaillé.

### **1.3 Identification des sites receveurs**

À partir des critères suivants : absence de déficit, budget disponible, places disponibles, emplacement géographique adéquat et climat organisationnel favorable, la Régie régionale a ciblé deux établissements : le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun pour la clientèle ayant des appartenances dans le sud et l'ouest de la région et l'hôpital St-Joseph de la Providence pour la clientèle ayant des appartenances dans l'est et le nord de la région.

Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a été prêt le premier à recevoir la clientèle. Une unité de vingt lits située au quatrième étage, composée majoritairement de chambres privées est

offerte. La Régie régionale considère cette unité comme étant fonctionnelle et tout à fait adaptée aux besoins de la clientèle. Une équipe de l'établissement est mise à contribution pour collaborer avec les intervenants des CRPDI et avec la Régie régionale pour préparer le milieu à recevoir la clientèle.

St-Joseph de la Providence, réservé pour le volet II du projet, a dû être annulé. Les usagers destinés à St-Joseph de la Providence ont été dirigés vers Champlain-Manoir de Verdun avec l'accord des parents.

#### **1.4 Adéquation des sites receveurs**

Un programme de formation et d'information sur la clientèle, ses besoins et les types d'approche à privilégier, est élaboré avec le CHSLD et les différents CRPDI. Les groupes, auxquels cette formation s'adresse, sont identifiés :

- le personnel professionnel, technique et manuel oeuvrant directement auprès de cette clientèle (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, médecins, préposés aux bénéficiaires, personnel de l'entretien ménager du département, etc.);
- le personnel professionnel, technique et manuel oeuvrant indirectement auprès de cette clientèle;
- le personnel cadre de l'établissement, les membres du conseil d'administration, les bénévoles, les autres usagers et leur famille.

Cette formation est donnée par le CRPDI Gabrielle Major dans les locaux du CHSLD et dans ceux des centres de réadaptation. Cette façon de faire a permis au personnel de chacun des établissements d'échanger sur la clientèle et au personnel de rencontrer la clientèle de ces établissements. Une analyse de cette formation sera développée dans la section « analyse du processus clinique du point de vue du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun ».

Une formation en conversation anglaise a aussi été offerte, par la Régie régionale, au personnel de l'unité du CH Champlain-Manoir de Verdun qui devait aussi recevoir une clientèle anglophone.

#### **1.5 Transfert, intégration et admission de la clientèle à Champlain-Manoir de Verdun**

Parallèlement à l'opération de formation, l'original des dossiers préalablement traités a été acheminé dûment signé, accompagné d'un certificat médical complet et d'une mise à jour dans certains cas.

Vers le mois de septembre 1997, le Comité régional des associations en déficience intellectuelle (CRADI) a été rencontré par la Régie régionale pour que ce dernier fasse part de son questionnement face à un éventuel transfert de la clientèle vers les CHSLD. Le projet a été également présenté vers la fin du processus de transfert, aux parents des personnes identifiées pour faire partie du projet. Un seul CRPDI a accepté cette offre, soit le centre de réadaptation Gabrielle Major.

Une demande d'autorisation de transfert a été soumise aux parents ou représentants des bénéficiaires afin de procéder au transfert des bénéficiaires. Cette autorisation a été le facteur déterminant qui a mené finalement au transfert de la clientèle. La Régie régionale perçoit une certaine difficulté pour obtenir cette autorisation, surtout de deux CRPDI : LPSTT = communauté anglophone et Gabrielle Major = résistance au transfert.

L'intégration des clientèles a été un peu retardée par un incendie survenu à l'unité où la clientèle devait être admise. Les premières admissions ont eu lieu seulement au début de février 1998.

Le centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau retire en grande partie la clientèle bénéficiaire du projet suite aux objections soulevées par les parents. Nous reviendrons aux objections et attentes des parents anglophones, à la section destinée aux CRPDI, sur le processus clinique.

## **PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DU POINT DE VUE DE LA RÉGIE RÉGIONALE**

### **FAITS SAILLANTS**

- Le projet de transfert émerge des besoins exprimés par les CRPDI lors d'une évaluation sur l'état de situation des ressources résidentielles où ils identifient une clientèle hébergée dans leurs ressources qui est stationnaire et vieillissante.
- La Régie régionale se questionne sur le volume réel de la clientèle et sur le meilleur endroit pour la placer. Les CHSLD, en raison de leur mission d'hébergement, sont désignés comme la place adéquate. Une fois que la Régie régionale a eu l'opportunité de combler des places existantes dans le réseau de la longue durée, celle-ci a procédé à vérifier, en février 1997, auprès des CRPDI, leurs besoins réels afin de justifier le nécessité de développer un projet.
- Cent treize personnes sont recensées par les CRPDI comme en perte d'autonomie et ne nécessitant plus de réadaptation. Le volume justifie amplement de continuer les démarches en vue de développer un projet. La Régie régionale convoque à une réunion les 5 CRPDI du territoire de l'Île de Montréal en avril 1997 pour prendre connaissance de la position des CRPDI et de leurs principales difficultés.
- La Régie régionale a fait face à la nécessité de mieux définir la notion de perte d'autonomie pour les CRPDI, d'ajouter d'autres analyses complémentaires à la CTMSP et de mettre à la disposition des CRPDI une formation pour appliquer les CTMSP.
- Un comité composé par les conseillères des Services aux personnes âgées et des Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle de la Régie régionale, travaille en partenariat avec les CRPDI pour évaluer les dossiers non nominatifs de la clientèle afin d'identifier les besoins en services et le profil des usagers à transférer en CHSLD. Vingt personnes sont identifiées pour bénéficier du projet.
- Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a été le premier site à être prêt pour un premier transfert de 20 personnes. Une unité située au quatrième étage du CHSLD est adaptée. Un incendie, en janvier 1998, fait reporter la date d'accueil des bénéficiaires d'un mois. Les premières admissions ont été faites à partir du mois février et la période d'admission s'est étalée sur 6 mois.
- Tous les intervenants directs des bénéficiaires du projet du CHSLD ont bénéficié d'une formation en déficience intellectuelle. Tout le personnel du CHSLD, en incluant les usagers et leurs familles, ont bénéficié d'une sensibilisation en déficience intellectuelle.
- Tous les dossiers transmis par la Régie régionale au CHSLD comprenaient la CTMSP, un certificat médical complet et l'autorisation du Curateur public et des parents ou responsables des usagers (s'il y avait lieu).

## 2. Analyse descriptive du processus du point de vue des CRPDI

La première partie de cette analyse présente une brève description portant sur la mission, le mandat, la localisation et le territoire desservi par chacun des CRPDI. Le projet tel que vécu par les CRPDI est décrit au point 2.2.3.

### 2.1 Description des CRPDI

#### 2.1.1 Mission<sup>6</sup> et mandat

À l'article 84, la Loi sur les services de santé et les services sociaux confie aux CRPDI la mission d'offrir aux personnes présentant une déficience intellectuelle, des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale. Les CRPDI, en vertu du même article, ont également pour mission d'offrir des services de support à l'entourage de ces personnes.

Les services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale visent le développement et l'utilisation maximale des capacités psychomotrices, mentales et cognitives de la personne afin de maximiser son autonomie physique, affective et sociale, d'améliorer sa qualité de vie et d'assurer son intégration sociale. Pour l'OPHQ :

« L'intervention d'adaptation ou de réadaptation est le regroupement, sous forme d'un processus personnalisé, coordonné et limité dans le temps, des différents moyens mis en œuvre pour permettre à une personne handicapée de développer ses capacités physiques et mentales et son potentiel d'autonomie sociale. (1984, p. 96) »<sup>7</sup>.

#### 2.1.2 Territoire

L'Île de Montréal est subdivisée en sous-régions. Cinq CRPDI se partagent le territoire de l'Île de Montréal :

Les Services de réadaptation L'Intégrale : le nord

Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau : l'ouest

Le centre d'accueil Miriam : le centre

Le centre de réadaptation Gabrielle Major : l'est

---

<sup>6</sup> Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle; Rôle et orientation des CRPDI : Une perspective écosystémique; décembre 1994; chap. 2, p. 9-10.

<sup>7</sup> Office des personnes handicapées du Québec. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous. Politique d'ensemble A part...égale. Direction générale des publications gouvernementales, 1984.

Le centre de réadaptation Lisette-Dupras : le sud

Chaque centre de réadaptation développe différents types de services<sup>8</sup> afin d'accomplir son mandat et de répondre aux besoins de sa clientèle.

Les cinq CRPDI susmentionnés ont participé au projet qui nous concerne.

## **2.2 Description du projet du point de vue des CRPDI – volet administratif**

Approchés de façon informelle par la Régie régionale dans un premier temps, tous les CRPDI ont, par la suite, reçu une lettre formelle, datée du 28 février 1997. Dans cette lettre, la Régie régionale invite les cinq CRPDI du territoire de Montréal-Centre à mettre à jour le volume de sa clientèle en perte d'autonomie ou présentant des problèmes majeurs de santé physique actuellement hébergée dans les ressources résidentielles. Les cinq CRPDI ont considéré cette lettre comme le facteur déclencheur du projet. La plupart des CRPDI se sont rapidement organisés afin de répondre à la date d'échéance donnée par la Régie régionale, soit le 11 mars 1997. Le tableau 1 de la page 8 nous donne un aperçu des réponses des CRPDI. Ce tableau montre que certains CRPDI ont eu plus de difficultés pour respecter la date d'échéance de la Régie régionale.

### **2.2.1 Prise en charge du projet et organisation des ressources humaines et budget**

La prise en charge du projet a été effectuée dès que les DG ou les DSP-DQS ont désigné un responsable de la mise en œuvre du projet (schéma 2, page 17). Le conseil d'administration de chaque CRPDI a toujours été informé de la mise en œuvre du projet.

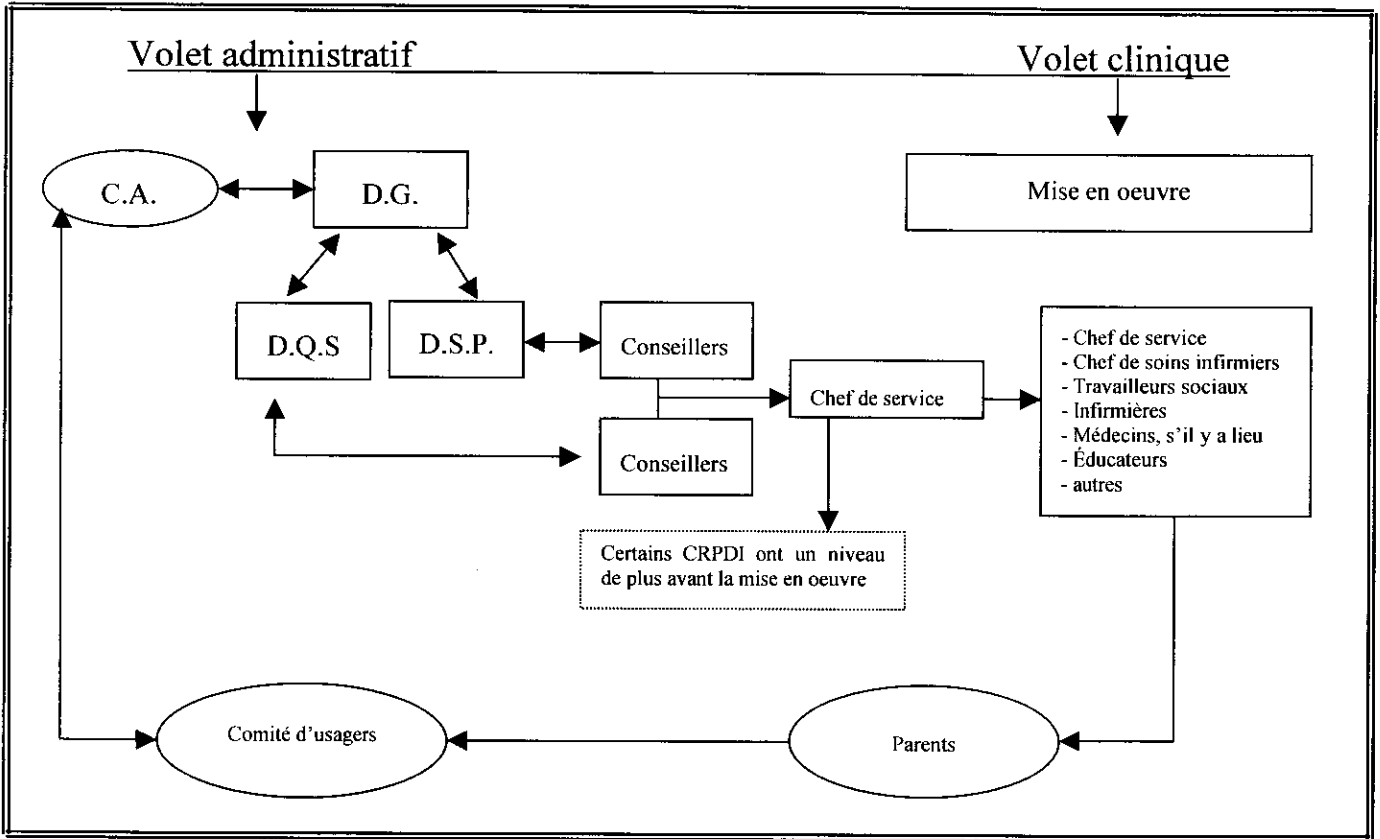
Une fois désigné, le responsable du projet a identifié les ressources humaines qui devaient l'appuyer, soit :

- Chef de service
- Chef de soins infirmiers
- Travailleurs sociaux
- Éducatrices
- Infirmières
- Médecins (s'ils en ont)
- Toute autre personne pouvant faciliter l'évaluation et l'étude des dossiers des bénéficiaires.

---

<sup>8</sup> Problématique d'accès aux ressources résidentielles des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la région de Montréal-Centre – État de situation des ressources résidentielles et validation des listes d'attente; Mireille Perreault, Service des études et de l'évaluation; Direction de la programmation et coordination, Régie régionale de Montréal-Centre, 7 novembre 1996.

**Schéma 2 : schéma de l'organisation**



Le schéma ci-haut présenté résume l'analyse du système d'intervenants des CRPDI. Voici les arguments les plus significatifs des CRPDI relativement au partenariat.

### 2.2.2 Partenariat

Le tableau suivant nous donne un aperçu de tous les partenaires que les CRPDI ont identifiés, de leurs activités spécifiques et de leur rôle.

**Tableau 3 : activités spécifiques et rôle des partenaires**

<b>Partenaires</b>	<b>Responsabilité</b>	<b>Qui</b>	<b>Activités</b>	<b>Rôle</b>
<b>Régie régionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Initier et coordonner le projet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseillère aux services des personnes âgées;</li> <li>▪ Conseillère aux Services d'intégration sociale aux personnes présentant une DI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation et présentation des dossiers des bénéficiaires au CHSLD;</li> <li>▪ Adéquation du lieu de transfert en CHSLD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décisionnel</li> <li>▪ Planificateur</li> <li>▪ Agent de liaison</li> <li>▪ Coordonnateur</li> <li>▪ Facilitateur.</li> </ul>
<b>CRPDI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être responsables de l'adéquation des besoins et ressources disponibles et de la mise en application de la demande régionale dans le cadre du projet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chargé de projet auprès des CRPDI;</li> <li>▪ Équipe de travail : chef des services, infirmiers, éducateurs/trices, autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation, préparation et présentation à la Régie rég. des dossiers clients;</li> <li>▪ Préparation des clients pour le transfert en CHSLD;</li> <li>▪ Accompagnement des clients lors du transfert en CHSLD;</li> <li>▪ Décision face à l'accessibilité géographique des bénéficiaires lors du transfert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opérationnel</li> <li>▪ Facilitateur</li> <li>▪ Décisionnel.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Former et sensibiliser les CHSLD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comité de la Régie régionale-CRPDI;</li> <li>▪ Gabrielle Major (formation).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition et préparation de la formation;</li> <li>▪ Formation et sensibilisation en CHSLD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appui organisationnel.</li> </ul>
<b>CHSLD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en œuvre une unité adaptée pour la clientèle transférée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chargé de l'unité pour les bénéficiaires transférés;</li> <li>▪ Équipe de l'unité pour les bénéficiaires du transfert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adéquation de l'unité de transfert;</li> <li>▪ Réception et prise en charge des bénéficiaires;</li> <li>▪ Plans de soins pour chaque bénéficiaire transféré.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opérationnel</li> <li>▪ Facilitateur.</li> </ul>
<b>Parents et/ou Curatelle publique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoriser le transfert des personnes à leur charge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CRPDI-parents;</li> <li>▪ CRPDI-Curatelle publique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procéder à la signature d'une autorisation de transfert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décisionnel.</li> </ul>

Le partenariat sera repris et approfondi davantage lors des constats par rapport au processus du projet et lors de l'analyse aux points 4 et 5.

## **2.3 Description du projet du point de vue des CRPDI – volet clinique**

### **2.3.1 Contexte clinique du projet de transfert**

Les responsables du projet auprès des CRPDI ont tous reconnu que la lettre du 28 février 1997, envoyée par la Régie régionale, a été le premier contact avec le projet. Ils ont pris connaissance de la demande et des échéances explicitées dans ladite lettre. Ils ont, par la suite, identifié la ou les personnes qui allaient mettre en œuvre le projet. Bien que la démarche ait été la même pour les cinq CRPDI, il est important de mettre en relief certaines différences dans le contexte clinique de chaque CRPDI :

- 1 CRPDI avait déjà réalisé une évaluation exhaustive de ses clients (CTMSP);
- 1 CRPDI avait déjà entamé un processus d'évaluation de ses clients;
- 3 CRPDI ont procédé à un exercice d'évaluation de leurs clients, suite à la demande de la Régie régionale.

### **2.3.2 Mise en oeuvre de l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie**

Deux CRPDI étaient déjà prêts, ou en processus d'évaluation, pour soumettre une liste de leurs clients en PA mais ils ont procédé de nouveau à une réévaluation ou à une révision de leurs clients déjà identifiés. L'Intégrale a fait appel au Comité de réorientation de son établissement qui a le mandat d'analyser les dossiers des bénéficiaires et recommander des actions, afin qu'il évalue les dossiers. Ce CRPDI demande un délai de deux semaines pour s'assurer que le choix d'un CHSLD est le meilleur pour ses clients, se limitant à donner un chiffre de recensement approximatif pour répondre à la demande de la Régie régionale. Par ailleurs, le centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau a réévalué ses clients et fait parvenir ensuite le nombre de clients identifiés pour un transfert en CHSLD. Miriam et Lisette-Dupras ont évalué leurs clients et ont envoyé le nombre de bénéficiaires à être transférés en CHSLD. Gabrielle Major a réalisé son recensement avec beaucoup de difficultés (tableau 1, page 8). En résumé, 113 usagers en perte d'autonomie ou présentant des problèmes majeurs de santé physique ont été identifiés par les CRPDI.

Au tableau 4 de la page 21, nous pouvons constater que les CRPDI sont tous d'accord sur deux critères pour déterminer la perte d'autonomie de leurs clients :

- les besoins en santé, reliés à un état de santé grave nécessitant des heures de soins cliniques;
- l'incapacité biologique et psychologique de participer à un processus de réadaptation.

Bien que l'âge ait été considéré important par deux CRPDI, seulement le centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau l'a considéré comme étant l'un des critères décisionnels dans le choix final.

Les outils sont variés, mais en général, les cinq CRPDI ont utilisé les mêmes outils et ils devaient tous arriver à la même qualité d'information. Tous les CRPDI sont d'accord sur le fait que la vision historique du dossier par l'équipe de travail et la révision des PSI sont de loin les outils les plus importants de cette évaluation.

Le tableau suivant donne un aperçu des différents critères et outils que les CRPDI ont utilisés dans l'application de la notion de perte d'autonomie.

**Tableau 4 : Perte d'autonomie, critères et outils utilisés par les CRPDI**

P.A.*	Gabrielle-Major	LPSTT	Miriam	L'Intégrale	Lisette-Dupras
Critères	<b>1<sup>re</sup> évaluation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ouverte à l'interprétation des intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Âge</li> <li>▪ Besoins en soins/ santé</li> </ul> <p>Évaluation faite avant le projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissance historique</li> <li>▪ Besoins en réadaptation</li> <li>▪ Besoins en soins/santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besoins en santé</li> <li>▪ Besoins d'accompagnement</li> <li>▪ Connaissance historique</li> <li>▪ Besoins d'un environnement autre que le CRPDI</li> </ul> <p>Évaluation faite avant le projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problèmes de santé graves qui ne permettent pas la réadaptation.</li> </ul>
	<b>2<sup>e</sup> évaluation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ profil gériatrique</li> <li>▪ pas de réadaptation active</li> <li>▪ besoins de soins quantitatifs et/ ou qualitatifs</li> </ul> <p>Deux des trois critères sont retenus pour le transfert.</p>				
Outils	<b>1<sup>re</sup> évaluation</b> Ouverte à l'interprétation des intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CTMSP</li> <li>▪ PSI</li> <li>▪ Éducatrices</li> <li>▪ Équipe qui connaît bien le client.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PSI</li> <li>▪ EQCA</li> <li>▪ Équipe qui connaît bien le client.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bilan santé : nombre de rendez-vous médicaux, portrait;</li> <li>▪ Environnement adéquat;</li> <li>▪ PSI;</li> <li>▪ Comité de réorientation qui connaît bien le client;</li> <li>▪ EQCA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PS</li> <li>▪ Évaluation MD</li> <li>▪ CTMSP</li> <li>▪ Équipe qui connaît bien le client.</li> </ul>
	<b>2<sup>e</sup> évaluation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PSI</li> <li>▪ CTMSP</li> </ul> <p>Équipe qui connaît bien le client.</p>				

\*P.A. : Perte d'autonomie

### 2.3.3 Besoins des bénéficiaires

Une fois que la démarche de recensement des bénéficiaires en perte d'autonomie et ne nécessitant plus de réadaptation a été terminée, les CRPDI ont procédé à l'application de la CTMSP<sup>9</sup> à l'ensemble des clients en perte d'autonomie. Tous les CRPDI, sauf Gabrielle Major, ont appliqué un modèle similaire pour identifier les besoins de leurs clients, c'est-à-dire que c'est l'équipe de travail qui connaît bien le bénéficiaire qui fait l'évaluation des besoins en services.

<sup>9</sup> Classification par types en milieux de soins et services prolongés (longue durée).

Le centre Gabrielle Major n'ayant pas les ressources humaines requises pour mener l'exercice d'évaluation des besoins, a eu recours à du personnel ressource externe. Ceci a provoqué un mouvement de résistance auprès des éducateurs des bénéficiaires. Le Comité des usagers de l'établissement en question, dénonce devant le C.A. la situation et fait pression, avec le CRADI, pour annuler l'évaluation déjà faite. Le CRPDI semble très ouvert à la critique et amorce un autre processus complet d'évaluation, dont les recommandations faites par les partenaires internes ont été intégrées. Cette deuxième évaluation, faite un an après le commencement du projet, a été appuyée par tous les niveaux d'intervention et a rejoint la satisfaction de tous les groupes d'intérêt dans le cadre du projet de transfert.

Les autres CRPDI ont aussi eu un mouvement de résistance au transfert de la clientèle. Les raisons les plus significatives énoncées par les cinq CRPDI ont été les suivantes :

- facteurs humains : l'attachement émotif des éducateurs qui connaissent depuis longtemps les bénéficiaires;
- confrontation des valeurs et des croyances véhiculées sur les CHSLD : « des mouvoirs », «les clients vont là pour mourir »;
- la crainte de la perte d'emploi. Le transfert allait mener à plusieurs fermetures de résidences;
- certains établissements, au début du processus de désinstitutionnalisation, croyaient que leurs clients resteraient dans les résidences communautaires de façon permanente. Cette croyance s'est enracinée profondément auprès des éducateurs et des parents des bénéficiaires. Le transfert vers le CHSLD est vu, alors, comme un processus de réinstitutionnalisation;
- contexte de lourdeur de tâches dans un CRPDI à cause de la réorganisation de services. « Les personnes résistent au projet à cause des vécus difficiles de l'organisation ».
- Le centre LPSTT reconnaissait la continuité de ses responsabilités envers sa clientèle sans égard à l'âge. Par contre, le CRPDI se questionnait sur le comment s'adapter aux changements continuels des aînés.

Cette démarche d'évaluation a permis de constater, qu'en général, tous les CRPDI étaient d'accord sur **la façon** d'appliquer la CTMSP, c'est-à-dire par **une équipe de travail qui connaît très bien le bénéficiaire**. L'équipe de travail ou d'orientation a été formée d'intervenants très familiarisés avec les bénéficiaires. Ils ont procédé à l'étude de chaque cas afin de déterminer les bénéficiaires qualifiés pour le transfert. La CTMSP n'a pas été utilisée comme outil décisionnel pour qualifier les bénéficiaires au transfert. C'est l'ensemble des outils qui qualifient si l'utilisateur doit être transféré ou pas (PSI, EQCA, historique du dossier).

#### 2.3.4 Formation et sensibilisation du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

À l'intérieur du projet de transfert les délégués des cinq CRPDI et de la Régie régionale avaient prévu un programme de formation et de sensibilisation pour le personnel du CHSLD Champlain-

Manoir de Verdun Deux rencontres, d'une journée chacune, ont eu lieu le 17 décembre 1997 et le 21 janvier 1998. Les objectifs de ces rencontres étaient de :

- discuter du programme de formation et de sensibilisation;
- adopter le programme de formation qui est une révision du programme présenté en 1995 par Nathalie Bishop : « Formation sur la déficience intellectuelle en lien avec la perte d'autonomie et/ou le processus de vieillissement chez les personnes vivant avec une déficience intellectuelle »;
- nommer un comité pour développer le contenu de la formation;
- désigner le CRPDI Gabrielle Major comme responsable de la formation et de la sensibilisation.
- permettre aux personnes ressources du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun de visiter un centre de jour et une résidence communautaire où se trouvent des usagers semblables à ceux qui seraient transférés;
- mandater un comité, composé de personnes ressources du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, des personnes ressources des CRPDI et des conseillères de la Régie régionale pour élaborer un projet de formation et de sensibilisation.

Cette formation a été donnée en trois jours, répartis en deux jours de contenu théorique et une journée de visite (pratique). Quatre groupes composés de personnes ressources du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun ont participé à cette formation. La formation a été donnée pendant les mois de février et mars 1998.

### 2.3.5 Formation en langue anglaise

En réponse aux besoins de la clientèle anglophone provenant principalement du centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau, une formation de 140 heures en langue anglaise a été donnée pendant le mois de décembre 1997, par la Régie régionale, au personnel ressource du CHSLD qui devait travailler avec les usagers.

Les arguments suivants ont été donnés par un groupe de parents qui ont refusé catégoriquement le transfert :

- augmentation du personnel sur place (CHSLD);
- maintien de tout le groupe d'usagers (5);
- présentation du profil des autres usagers (peur d'agression physique de la part des autres clients);
- bain quotidien pour chacun d'eux;
- maintien des routines quotidiennes établies;
- présentation d'une liste d'activités qu'offrira le personnel du CHSLD;

- garantie de sorties à l'extérieur;
- retrait du chat des usagers dans l'aile où résideront ces nouveaux usagers (1 parent seulement);
- rencontre avec le personnel affecté à l'unité;
- ajout d'une salle de bain dans l'aile où résideront ces nouveaux usagers;
- création d'une plus petite unité (32 usagers c'est trop);
- renforcement des mesures de sécurité par l'installation d'une porte séparant l'unité en deux et l'installation d'un garde-fou dans la fenêtre du coin du salon;
- les parents présents ont aussi exprimé la peur que les nouveaux intervenants ne communiquent pas dans la langue maternelle de ces usagers.

Le CRPDI a ajouté que c'est plutôt la perception que les parents avaient des CHSLD (tous avec des usagers très jeunes) qui a joué un rôle significatif dans le refus. Spécifiquement, le centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau a reçu les messages suivants :

- « notre vision d'un CHSLD est celle d'une place pour personnes âgées : un endroit où nos enfants mourront »;
- « nous craignons l'interruption de la continuité des relations avec le CHSLD »;
- « l'absence de programmes de jour ».

Les parents des usagers ont finalement opté pour une autre solution, à savoir : le déménagement des cinq usagers vers une résidence contractuelle du CRPDI.

### 2.3.6 Transfert des bénéficiaires

Les bénéficiaires ont commencé à être transférés vers le mois de février 1998. La séquence des transferts s'est déroulée comme suit :

**Tableau 5 :**

**Admission des bénéficiaires au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun**

Mois	Nombre bénéficiaires
Février	3
Mars	9
Avril	3
Juin	2
Juillet	2
Août	1
Total	20

Le tableau ci-contre montre très clairement que les premiers transferts ont commencé à se réaliser un an après le début du projet. Ce processus, qui a duré pour certains bénéficiaires un an, pour d'autres un an et demi, a été qualifié, par les CRPDI, comme étant « très long ».

### 2.3.7 Accompagnement des bénéficiaires lors du transfert

Cette activité s'est déroulée de façon informelle. Quatre CRPDI ont réalisé quelques visites, de deux à plusieurs jours. Le centre Gabrielle Major a libéré, de façon volontaire, une éducatrice à temps complet pendant quatre mois pour donner de l'appui à l'équipe du CHSLD. Le centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau, volontairement, a donné, par l'entremise de l'un de ses chefs de services, de l'appui organisationnel à la chef de services de l'unité du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. Tous les CRPDI font confiance à l'expertise du CHSLD et se rendent disponibles pour répondre aux questions spécifiques de leurs clients. Tous les CRPDI sont très satisfaits des efforts et du travail faits par le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

## PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DU POINT DE VUE DES CRPDI

### FAITS SAILLANTS

- Les cinq CRPDI du territoire de l'Île de Montréal ont été invités par la Régie régionale à participer à une mise à jour du volume de la clientèle du sociorésidentiel en perte d'autonomie ou présentant des problèmes graves de santé. Le délai donné par la Régie régionale a été de deux semaines.
- Un responsable a été nommé par chaque CRPDI pour la mise en œuvre du projet de transfert.
- Certains CRPDI ont dû réaliser le processus complet d'évaluation de la perte d'autonomie de leurs usagers. Certains CRPDI étaient déjà prêts pour répondre à la demande de la Régie régionale. Cent treize usagers en perte d'autonomie ont été recensés par les CRPDI à la fin de cet exercice.
- Il existe beaucoup de requestionnement au sujet de la perte d'autonomie. Les CRPDI, bien que d'accord sur les concepts généraux de la perte d'autonomie, diffèrent surtout d'opinion quant à la façon de l'opérationnaliser.
- Le centre Gabrielle Major a dû recommencer l'exercice d'évaluation, car la première évaluation a été fort contestée par les parents des usagers.
- Il existe différentes perceptions quant à la place que jouent les résidences communautaires pour les usagers. Les éducateurs et parents, par exemple, croient que les usagers n'allaient plus être déplacés.
- L'évaluation des besoins des usagers a été effectuée à l'aide de la CTMSP. Soixante-huit dossiers non nominatifs ont été soumis par les CRPDI à la Régie régionale. Un comité d'experts, formé par chaque CRPDI et la Régie régionale, est responsable d'analyser chaque dossier et de juger du besoin de transfert.
- Un comité, composé par les CRDPI, le CHSLD et la Régie régionale, a été mandaté pour élaborer un projet de formation et de sensibilisation au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. La formation en déficience intellectuelle et perte d'autonomie est donnée par les CRPDI Gabrielle Major et Les promotions sociales Taylor-Thibodeau.

### **3. Projet de transfert – CHSLD Champlain-Manoir de Verdun**

#### **Mission d'un CHSLD**

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, 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 support de leur entourage.

#### **Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun**

Depuis de nombreuses années, le Pavillon Champlain du CHSLD Champlain Manoir de Verdun se spécialise dans les soins prodigués à une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus.

L'emplacement géographique du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun est Verdun. En septembre 1998, le Pavillon Champlain est désigné par la Régie régionale pour devenir l'un des deux établissements ciblés pour le projet de transfert des personnes en perte d'autonomie des CRPDI vers les CHSLD.

#### **3.1 Processus du projet de transfert – volet administratif**

En septembre 1997, le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a été désigné par la Régie régionale pour implanter le projet de transfert d'une clientèle vivant avec une déficience intellectuelle et en perte d'autonomie dans son établissement. Le directeur général du CHSLD accepte le défi et soumet le projet à son conseil d'administration. Bien que le C.A. ait débattu la proposition, il a finalement pris position en faveur de l'implantation.

Pendant le mois de novembre 1997, trois rencontres ont eu lieu entre la Régie régionale qui pilote le projet, les CRPDI et les responsables du projet du CHSLD. L'objet principal de ces rencontres était d'échanger entre les principaux partenaires du projet, quant à la reconnaissance des lieux et la sélection de l'unité qui allait accueillir la clientèle visée.

C'est en décembre 1997, lors d'une rencontre entre le CHSLD et la Régie régionale, que les deux parties s'entendent pour développer une unité adaptée à la déficience intellectuelle, au quatrième étage du CHSLD. La Direction des services à la clientèle (DSC) du CHSLD a désigné le chef d'unité qui aurait la responsabilité de la mise en œuvre du projet pilote.

### 3.1.1 Principaux défis du projet pilote

Nul besoin de spécifier que ce projet représentait pour le CHSLD un défi de taille. Le tableau suivant résume les principaux défis par rapport au projet pilote qui ont été identifiés par le CHSLD et les actions qui ont été proposées pour les combler.

**Tableau 6 : Défis et actions du projet pilote**

DÉFIS IDENTIFIÉS	ACTIONS À POSER
1. Œuvrer avec une clientèle inconnue de la majorité des intervenants.	S'entendre avec la partie syndicale à l'effet que l'obtention des postes reposerait non pas sur le principe de l'ancienneté mais sur l'acceptation des usagers par le personnel dans leur unicité et leur globalité et leur désir de travailler auprès d'eux.
2. Contrer tous les préjugés rattachés à ces usagers.	Planifier une formation en partenariat avec la Régie régionale, les CRPDI et le CHSLD.
3. Favoriser les nouveaux apprentissages.	Sélectionner du personnel en fonction du choix de chacun de travailler dans l'unité et faire une formation qui devrait, en principe, renforcer les changements d'attitude proposer une nouvelle approche envers les usagers.
4. Répondre aux attentes des familles.	Développer des liens de communication avec les familles pour les informer sur l'état de santé, des activités et besoins de leurs proches.
5. Démontrer qu'un CHSLD n'est pas un « mouvoir ».	Mettre sur pied un " milieu de vie " avec des activités externes et internes pour les usagers.

Chaque défi a été identifié pendant le processus d'étude du projet pilote. Plusieurs réunions ont eu lieu avec la Régie régionale et les CRPDI concernant les défis du CHSLD et leurs besoins en appui institutionnel. Autant le personnel responsable de l'implantation du projet pilote que les gestionnaires ont collaboré et ont participé activement pour sa mise en œuvre.

### 3.1.2 Adéquation des lieux

Suite à une visite au CHSLD, la Régie régionale et les CRPDI, d'un commun accord, ont choisi une unité en hauteur (4<sup>e</sup> étage) avec vue sur le fleuve, ensoleillée, éclairée, possédant de vastes chambres, un salon vitré, une grande salle à manger et de larges corridors. L'unité de soins était occupée par trente-deux usagers de soins de longue durée. Plusieurs rencontres avec les usagers de cette unité et leurs familles ont été effectuées afin d'expliquer le besoin de procéder à leur déménagement. Vers la fin de décembre 1997, l'unité avait vingt places disponibles pour le projet. Le CHSLD procède alors à certaines adaptations en vue d'améliorer les lieux physiques. Malheureusement, en janvier, les lieux étant déjà prêts à recevoir la clientèle du projet, un incendie s'est déclaré dans l'unité même. Cet événement a obligé le recommencement des travaux d'aménagement des lieux physiques.

### 3.1.3 Sélection du personnel ressource

Au mois de novembre, un mois avant qu'une entente officielle ne soit établie par rapport au projet pilote, le CHSLD a réalisé un sondage avec l'objectif de connaître la réaction du personnel du CHSLD face au projet et pour juger de l'opportunité d'aller de l'avant dans la nouvelle dynamique de sélection du personnel identifiée comme facteur important de succès de l'implantation du projet pilote. Les résultats favorables du sondage permettent de commencer les négociations avec le syndicat dans le but de signer une entente à l'effet que l'obtention des postes reposerait non pas sur le principe de l'ancienneté mais sur les points suivants :

- acceptation des usagers dans leur unicité et leur globalité;
- désir de travailler auprès d'eux;
- choix volontaire de chaque personne de travailler auprès d'eux.

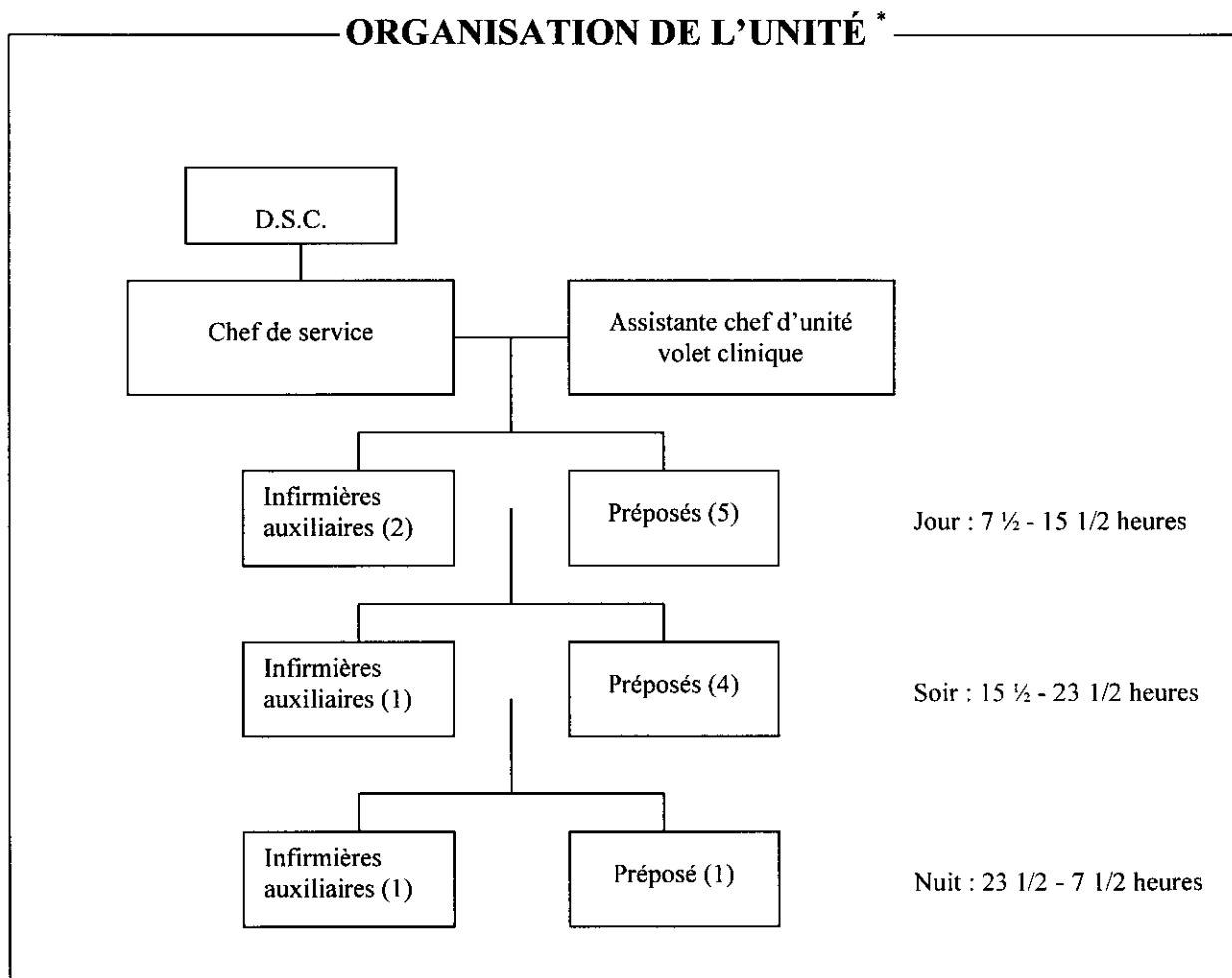
Vers le mois de janvier 1998, les gestionnaires du projet ont déjà complété le processus de sélection du personnel et celui-ci est prêt à la formation.

### 3.1.4 Organisation de l'unité

L'unité du projet pilote a été organisée en trois quarts de travail comme toutes les autres unités du CHSLD. La conseillère du directeur des services à la clientèle est le chef de l'unité. Elle est assistée directement par son assistante, l'infirmière chef du volet clinique, pendant le premier quart de travail. Jusqu'à ce niveau, l'organigramme est identique à celui existant dans les autres unités du CHSLD. La seule différence se trouve au niveau du premier quart de travail, où le commis a été remplacé par une infirmière auxiliaire (schéma 3). L'unité a été organisée en

fonction des besoins et des cycles d'activités des usagers en général. Le CHSLD justifie le choix de remplacer le commis par une infirmière auxiliaire, à cause de la présence de problèmes graves de santé de certains usagers (épilepsie non contrôlée, multi-handicapés, etc).

**Schéma 3 : Organisation de l'unité**



\* unité de 32 usagers

DSC : directeur des services à la clientèle

### 3.2 Processus du projet de transfert – volet clinique

Dans le but d'implanter le projet pilote, le CHSLD a identifié les activités suivantes :

- formation du personnel en langue anglaise;
- formation du personnel en déficience intellectuelle;
- sensibilisation du personnel en général sur la déficience intellectuelle;

- processus d'accueil des bénéficiaires;
- identification des besoins des clients : besoins cliniques et psychosociaux;
- suivi des bénéficiaires et feed-back du personnel.

### 3.2.1 Formation en langue anglaise

Cent quarante heures ont été données par la Régie régionale en prévision de l'admission de cinq usagers anglophones. Le groupe de parents anglophones rejette l'idée de transférer leurs enfants au CHSLD lors d'une réunion qui a eu lieu le 13 février 1998 entre le CHSLD et le CRPDI concerné. Par contre, cette formation n'a pas été inutile, car il existe présentement dans l'unité, deux usagers anglophones.

### 3.2.2 Formation sur la déficience intellectuelle

Le personnel de l'unité du projet pilote a reçu pendant les mois de février et mars, une formation intitulée « La déficience intellectuelle en lien avec la perte d'autonomie et ou le processus de vieillissement chez les personnes âgées vivant avec une déficience » .

Tous les intervenants directs auprès des bénéficiaires ont reçu cette formation répartie en deux jours de cours théoriques et une journée de cours pratique. Une psychologue spécialisée en activités cliniques, secondée d'une éducatrice provenant d'une résidence communautaire pour personnes vivant avec une déficience intellectuelle ont donné la formation. L'objectif général de la formation était de sensibiliser et de familiariser le personnel du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun aux caractéristiques des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie, vivant avec une déficience intellectuelle.

Les cours théoriques ont été jumelés à des visites dans un CRPDI. Une évaluation a été réalisée par la formatrice. Tous les arguments, favorables ou pas, qui ont émergé de l'évaluation faite par la formatrice ont été résumés de la façon suivante :

- en général, le personnel ressource, œuvrant avec la clientèle transférée dans le cadre de ce projet, a beaucoup apprécié le contenu de la formation;
- ils ont considéré que la formation a été très utile pour intervenir, tant auprès des personnes avec une déficience intellectuelle qu'auprès des personnes âgées régulières;
- la plupart des intervenants s'entendent pour dire que les cours théoriques étaient plutôt répétitifs et très chargés;
- ils auraient apprécié une formation plus étalée dans le temps afin de leur donner une chance d'appliquer les connaissances acquises.

### 3.2.3 Séances de sensibilisation sur la déficience intellectuelle

Les séances de sensibilisation (8) sur la déficience intellectuelle ont été données par les mêmes conseillères qui ont fait la formation sur la déficience intellectuelle. Une conseillère du CHSLD a appuyé l'activité de sensibilisation. La sensibilisation a été offerte :

- au conseil d'administration et aux gestionnaires;
- au personnel de l'établissement en général;
- au personnel d'entretien;
- aux bénévoles;
- à la clientèle de l'étage et à leur famille;
- aux résidents de l'établissement et leurs familles.

Au total, 36 personnes ont assisté à au moins une séance de sensibilisation. Il faut souligner que le directeur général a fortement appuyé cette démarche et, en tout temps, a accompagné les conseillères afin de participer activement aux séances de sensibilisation.

### 3.2.4 Processus d'accueil des bénéficiaires

Il était prévu, suite à une rencontre entre la Régie régionale et les CRPDI, que les premières admissions se feraient pendant le mois de décembre 1997. Cet échéancier n'a pas pu se réaliser parce que les lieux n'étaient pas adéquats et que le processus de sélection du personnel n'était pas terminé. De plus, il était planifié que ce personnel, devait être formé avant de recevoir la nouvelle clientèle. L'admission a donc été reportée au mois de janvier 1998 et, une deuxième fois, au mois de février, car un incendie s'est déclaré sur les lieux même du projet pendant la première semaine de janvier 1998.

Les premières admissions commencent durant la deuxième semaine de février 1998 où les trois premiers clients ont été admis. Ceci coïncide avec la période de formation qui s'est déroulée pendant tout le mois de février et la première semaine de mars. D'après le CHSLD, le fait que les trois premières admissions aient été pour des bénéficiaires qui ne demandaient pas une intervention très exigeante a facilité l'apprentissage et a beaucoup aidé à la démystification du travail avec des usagers présentant une déficience intellectuelle.

Le profil de la clientèle admise à l'unité du projet correspondait à celui établi lors de l'évaluation des dossiers faite par la Régie régionale et les CRPDI. Ce profil était le suivant :

**Une clientèle en perte d'autonomie vivant avec une déficience intellectuelle et sans problème de comportement ou avec des problèmes de comportement jugés mineurs.**

Le processus d'accueil de la clientèle précitée a été planifié de la façon suivante :

### Première étape

Présentation du profil de l'utilisateur par les intervenants du milieu de provenance avec visite des lieux au CHSLD ou visite à l'utilisateur dans son lieu de résidence par la responsable de l'unité accompagnée de l'assistante chef d'unité.

### Deuxième étape

- **Si l'état de l'utilisateur le permet :** première visite à son nouveau lieu de résidence et ce, accompagné de son intervenant. Présentation aux intervenants du CHSLD et aux autres usagers; quelques heures passées au sein du groupe. Une collation ou un repas sont pris avec les autres, suivie du départ. Au besoin, des visites supplémentaires sont planifiées pour sécuriser l'utilisateur.
- **Admission :** Arrivée en matinée du bénéficiaire accompagné de son intervenant, dîner, souper, coucher.
- **Le lendemain de l'admission :** Au réveil, présence de l'intervenant de l'ancienne résidence.
- **Dans les jours qui suivent :** Observation continue, maintien de la présence de l'ancien intervenant avec retrait graduel, recherche et assignation de l'intervenant du CHSLD le plus significatif pour l'utilisateur, discussion de groupe jour et soir, contact maintenu en place avec l'intervenant de l'autre résidence en ce qui concerne l'apparition de problèmes non soulevés auparavant.
- **Recours :** A la famille et/ou amis pour de plus amples renseignements au besoin.

Une éducatrice, prêtée par le centre Gabrielle Major pour une période de quatre mois, a assisté les intervenants. Le rôle de l'éducatrice a été au niveau de l'approche pratique et du travail quotidien auprès des bénéficiaires.

- partager avec l'équipe de l'unité son expérience de longue date en déficience intellectuelle;
- s'assurer que les principes de base transmis lors de la formation sur la déficience intellectuelle sont mis en place;
- identifier avec le personnel les problèmes qui surgissent;
- s'impliquer lors d'incidents particuliers ponctuels;

- amener les intervenants à trouver les moyens de solutions adéquats qui s'y rattachent;
- enseigner le savoir voir, le savoir dire et le savoir-faire requis quotidiennement;
- donner des pistes de solutions pour certaines caractéristiques rencontrées auprès de ces usagers;
- rencontrer régulièrement toute l'équipe dans le but d'échanger et de faire le point sur le suivi quotidien afin de maintenir et d'augmenter les acquis du personnel.

Cette éducatrice a été considérée par l'équipe de l'unité du projet, comme très importante, car elle a permis d'améliorer l'approche client des intervenants. Elle a beaucoup contribué à préciser les balises dans l'identification des besoins psychosociaux des usagers.

Le processus d'admission des vingt bénéficiaires du projet a été complété au mois d'août 1998.

### 3.2.5 Identification des besoins des clients : besoins cliniques et psychosociaux

Une fois l'admission des bénéficiaires terminée, les intervenants ont procédé à les réévaluer. Tout en tenant compte des recommandations formulées par les éducatrices provenant de leurs résidences communautaires, ils dressent un profil et identifient les besoins cliniques et psychosociaux de chacun.

Les besoins cliniques ont été identifiés avec l'aide de l'assistante en chef de l'unité et du médecin, tous les deux assistés par les intervenants. Les besoins de chaque usager ont été ainsi analysés et parmi les résultats les plus significatifs que l'équipe a obtenu se trouvent :

- l'analyse des prescriptions médicales de chaque usager avec la diminution de médicaments ou le changement de médicaments;
- le contrôle des crises d'épilepsie par la reconnaissance de l'état précrise;
- le suivi continu des effets secondaires de certains médicaments sur les usagers et la diminution des souffrances des usagers en stade terminal (deux cas à date).

L'admission des bénéficiaires s'est étalée sur six mois. Sans ce délai, l'identification des besoins des usagers n'aurait pas été aussi efficace.

### 3.2.6 Suivi des bénéficiaires et feed-back du personnel

Afin de s'assurer que le niveau de satisfaction des usagers et des intervenants ne décroît pas, l'unité s'est donnée les moyens suivants :

- réunion quotidienne d'une demi-heure avec tous les intervenants durant le quart de travail de jour et de soirée pour procéder à une révision de l'état de l'usager, de ses attentes et des actions entreprises ainsi que ce qui est accompli et vécu par le personnel;

- rapport interservices jour – soir – nuit, afin d’éviter de négliger ou de laisser pour compte la philosophie d’accompagnement et d’observation des usagers, afin de maintenir les valeurs de vie et de contribuer à l’évolution du projet;
- plénière mensuelle d’une durée d’une heure et demie avec le personnel de jour – soir – nuit;
- révision périodique des plans d’intervention des usagers;
- tableau comparatif de l’évaluation de l’usager;
- vérification ponctuelle auprès des intervenants;
- lecture des données consignées au dossier de l’usager;
- consultation verbale auprès des usagers qui peuvent s’exprimer;
- arrêt et questionnement sur tout changement dans la « gestalt » des usagers qui ne peuvent exprimer ce qu’ils vivent et/ou ressentent;
- consultation auprès de quelques familles (très peu nombreuses) qui rendent visite aux usagers;

Bien que la liste puisse paraître lourde du point de vue de sa gestion, son application semble déjà enracinée pour l’ensemble du personnel. La plupart des activités de suivi se font de façon informelle, même les réunions, où tout le personnel participe et exprime librement ses points de vue. Le tableau comparatif de l’évaluation de l’usager contient l’information de base de son portrait psychosocial et clinique qui est tenu à jour. Les plans d’intervention des usagers sont mis à jour avec la participation du personnel en général et du médecin de l’unité.

Les clients sont constamment consultés, malgré leurs difficultés à communiquer verbalement. En général, cette évaluation n’a fait que constater et valider les faits décrits dans le rapport « Personnalisation des soins et des services »<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Personnalisation des soins et des services. Les personnes en perte d’autonomie transférées des centres de réadaptation pour personnes présentant de la déficience intellectuelle vers le CHSLD Champlain-Manoir Verdun, Andrée Dalphond, Pavillon Champlain, décembre 1998.

## PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DU POINT DE VUE DU CHSLD CHAMPLAIN-MANOIR DE VERDUN

### FAITS SAILLANTS

- En septembre 1997, le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a été désigné par la Régie régionale pour implanter le projet de transfert. En décembre 1997, la Régie régionale et le CHSLD s'entendent pour développer une unité adaptée à la déficience intellectuelle au 4<sup>e</sup> étage du CHSLD.
- Une entente a été signée avec le syndicat pour sélectionner le personnel qui travaillerait dans l'unité adaptée du projet selon : l'acceptation des usagers dans leur unicité et leur globalité et le désir de travailler auprès d'eux.
- Une formation de 140 heures en langue anglaise a été donnée par la Régie régionale aux intervenants de l'unité du projet.
- Une formation en déficience intellectuelle a été donnée par les CRPDI Gabrielle Major et LPSTT aux intervenants de l'unité du projet au cours des mois de février et mars 1998.
- Des séances de sensibilisation ont été faites par le centre Gabrielle Major et le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun à tout le personnel du CHSLD, les usagers et leurs familles.
- Le processus d'accueil a commencé en février 1998 et s'est étalé jusqu'au mois d'août 1998.
- Une période d'accompagnement a été réalisée par les CRPDI. Le CRPDI Gabrielle Major a mis à la disposition de l'unité du projet une éducatrice, pendant quatre mois, afin d'appuyer les intervenants de l'unité et renforcer les connaissances apprises lors de la formation en déficience intellectuelle.
- Le suivi des usagers se fait à l'aide des outils d'évaluation individualisés. Les intervenants se réunissent quotidiennement pour analyser les dossiers des usagers et une réunion mensuelle est faite pour mettre à jour le suivi général des usagers. Les familles des usagers sont aussi consultées et informées sur l'évolution des bénéficiaires du projet.

#### **4. Constats en regard du processus du projet de transfert de bénéficiaires vers un CHSLD**

Les constats de ce projet pilote découlent de l'analyse et de la confrontation des points ou des divers acteurs impliqués, à savoir :

- la Régie régionale;
- les CRPDI;
- le CHSLD;
- le milieu associatif représenté par le CRADI.

Les éléments retenus pour l'évaluation sont appuyés sur l'analyse de la documentation, la corroboration des points et la vraisemblance des propos.

Tous les arguments des acteurs ont été considérés. La présentation des constats est organisée à partir des activités principales du projet de transfert. Seulement les activités qui ont été identifiées par tous les acteurs du projet ont été considérées pour mieux comprendre les constats soulevés. Les activités identifiées par la Régie régionale, les CRPDI et le CHSLD ont été :

- recensement de la clientèle en perte d'autonomie;
- création d'un groupe de travail;
- partenariat;
- évaluation des besoins des clients;
- formation du personnel du CHSLD en langue anglaise;
- formation du personnel du CHSLD en déficience intellectuelle;
- transfert de la clientèle au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun;
- admission de la clientèle au CHSLD;
- accompagnement par le CRPDI de la clientèle transférée;
- suivi de la clientèle et feed-back du personnel du CHSLD.

##### **4.1 Recensement de la clientèle en perte d'autonomie**

La Régie régionale envoie une lettre (annexe 6) aux cinq CRPDI de l'Île de Montréal le 28 février 1997. Dans cette lettre, la Régie Régionale donne dix jours aux CRPDI pour identifier la clientèle en perte d'autonomie ou ayant des problèmes graves de santé. Les CRPDI ont constaté que :

- la lettre envoyée par la Régie régionale aux CRPDI, bien que contenant de façon globale les critères d'inclusion de la population à recenser, ne mentionne pas l'utilisation que la Régie régionale ferait de ces données. La lettre ne mentionne pas le projet transfert en CHSLD;
- parmi les critères d'inclusion se trouve la perte d'autonomie. Cette notion est soumise à l'interprétation des CRPDI qui ont beaucoup de difficulté à la mettre en œuvre faute de critères opérationnels;
- le délai donné par la Régie régionale pour réaliser le recensement n'est pas réaliste et ne tient pas compte des différences organisationnelles des CRPDI. Cette dernière affirmation découle directement du fait qu'un CRPDI a vécu difficilement la période de fusion et n'était pas prêt pour l'exercice de recensement. Deux autres CRPDI par contre, étaient déjà prêts depuis un an.

Deux autres facteurs viennent affecter la qualité du recensement des CRPDI, à savoir :

- les services offerts par les CRPDI à leur clientèle ne sont pas toujours les mêmes d'un CRPDI à l'autre. Certains CRPDI assument la perte d'autonomie et les soins cliniques de leurs clients, tandis que d'autres ne sont pas outillés ni organisés pour le faire. Donc, la notion de perte d'autonomie peut être différente d'un établissement à l'autre;
- l'information reçue à un niveau du CRPDI n'a pas pu se rendre au niveau opérationnel. Ceci fausse les données du recensement dans un CRPDI où les chefs de services résidentiels questionnent ouvertement la perte d'autonomie qui n'avait pas encore été définie explicitement.

Malgré toute la complexité qui entoure le recensement et plus spécifiquement la notion de perte d'autonomie, vers la fin d'avril 1997, 113 personnes ont été recensées par les CRPDI. La Régie régionale confirme qu'il existe une masse critique de la clientèle visée pour développer un projet.

#### **4.2 Création d'un groupe de travail**

Une fois que les données du recensement de la clientèle ont été reçues par la Régie régionale, les CRPDI ont été invités à une réunion. Les objectifs de cette réunion étaient de :

- créer un groupe de travail avec les cinq CRPDI et la Régie régionale afin de travailler en partenariat;
- présenter les principales lignes du projet de transfert et l'échéancier des activités;
- connaître les problématiques des CRPDI et trouver des solutions qui conviendraient à l'ensemble des acteurs;
- créer un comité d'experts pour l'évaluation des dossiers de la clientèle à transférer en CHSLD.

Par rapport aux inquiétudes et problématiques de ce groupe de travail, cette évaluation a permis de constater que :

- la Régie régionale avait insisté sur le fait de n'avoir qu'un seul interlocuteur par CRPDI avec pouvoir décisionnel. Malgré cela, les interlocuteurs de certains CRPDI ont changé souvent. Ceci provoque une remise en question des accords déjà pris par le groupe de travail. La collaboration continue entre les CRPDI et la Régie régionale n'était donc pas parfaitement établie ce qui a compliqué le travail du comité.
- le recensement de la clientèle en perte d'autonomie avait été fait avant la première rencontre du groupe de travail. Pendant cette rencontre, les acteurs du projet discutent pour la première fois de leurs problématiques quant au recensement même : la perte d'autonomie et leurs difficultés à l'appliquer pour identifier la clientèle. À cet égard, les CRPDI ressentent le besoin d'avoir une définition commune à tous les CRPDI et de développer des critères sur la perte d'autonomie spécifique à leur clientèle;

#### **4.3 Partenariat**

Tel que résumé au tableau 3 de la page 18 – Activités spécifiques et rôle des partenaires, le partenariat de ce groupe de travail a été perçu de façon différente. Selon chaque interlocuteur, le partenariat a été :

- perçu comme difficile par certains CRPDI, en raison des différences dans la culture organisationnelle;
- perçu comme inexistant par certains CRPDI qui auraient voulu jouer un rôle plus actif dans le processus du projet;
- perçu comme très efficace par certains CRPDI qui ont vu dans la flexibilité et l'ouverture d'écoute de la Régie régionale un facteur significatif de succès du projet.

Quant au rôle que chacun a joué, on peut noter que les CRPDI ont perçu que :

- la Régie régionale a joué le rôle de décideur, car c'est la Régie régionale qui, par son comité d'experts formé par les CRPDI et la Régie régionale, a déterminé les clients à être transférés;
- la Régie régionale a été considérée aussi comme agent de liaison, rôle retenu par la conseillère aux Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle qui fait les liens entre les services de la longue durée et les CRPDI;
- la Régie régionale a joué un rôle de planificateur, à cause de la définition des critères d'identification de la clientèle à transférer et des activités et échéances qui étaient déjà désignées lors de la première rencontre;

- les CRPDI perçoivent leur participation comme étant plus opérationnelle, se limitant à la mise en œuvre des recommandations et échéances de la Régie régionale;
- la seule activité qui a été vraiment développée en partenariat, est la formation du personnel ressource du CHSLD qui a été faite en consensus par la Régie régionale et les CRPDI;
- en général, tous les CRPDI auraient voulu jouer un rôle plus important lors de la définition des objectifs et de la planification du projet.

Par rapport à la satisfaction des CRPDI envers la Régie Régionale et du CHSLD quant au partenariat, l'information suivante a été retenue par cette évaluation :

- ils sont très satisfaits de la souplesse, de l'attention, de l'efficacité et de l'ouverture d'écoute de l'équipe de travail de la Régie régionale;
- ils sont très satisfaits de l'approche et de la capacité d'écoute de l'équipe du projet du CHSLD;
- ils sont satisfaits de l'approche et de la qualité de la formation donnée par le CRPDI Gabrielle Major;
- un CRPDI a qualifié la collaboration entre les acteurs du projet : Régie régionale-CRPDI comme une force du projet.

Par rapport au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, il a été constaté qu'au commencement il n'a pas toujours été réceptif face au projet, ce qui a causé des retards et des tensions entre les partenaires. Puis il a pris la décision de s'engager envers les projet en appuyant toutes les démarches. Le CHSLD a aussi constaté que :

- la Régie régionale a travaillé en partenariat avec le CHSLD;
- les CRPDI ont travaillé en partenariat avec le CHSLD. Surtout par rapport à la formation et l'accompagnement des bénéficiaires. Deux CRPDI ont été identifiés comme partenaires à part entière par le CHSLD : Gabrielle Major, pour la formation, la sensibilisation et l'accompagnement et LPSTT pour l'appui institutionnel direct auprès du chef de l'unité;
- le personnel ressource a développé un modèle de travail en partenariat afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle du projet.

La Régie régionale, à l'interne, a pu développer le projet grâce au travail en partenariat fait par les Services aux personnes âgées et les Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Par rapport au partenariat que la Régie Régionale a privilégié pour son travail avec l'environnement externe, il a été plutôt réalisé à travers des groupes de travail formés par deux acteurs : la Régie régionale et un CRPDI ou la Régie régionale et le CHSLD. Cette évaluation a constaté que ce modèle de travail a été priorisé à cause des raisons suivantes :

- les CRPDI n'étaient pas tous au même niveau quant au développement du projet. Certains CRPDI étaient déjà prêts, d'autres devaient faire un travail plus ardu et avaient plus de problèmes organisationnels. Pour s'assurer que tous les clients des CRPDI allaient bénéficier du projet, il a fallu développer une grande flexibilité;
- la flexibilité a aussi suscité le mécontentement des CRPDI qui étaient déjà prêts. Ces CRPDI devaient continuellement s'ajuster à la vitesse la plus basse. Ceci a créé un climat d'inconfort qui n'a pas permis un vrai travail de partenariat entre les CRPDI.

Par rapport au travail en partenariat avec le milieu associatif et les associations de parents en général, les constats suivants ont été soulevés autant par le CRADI, les parents que les CRPDI :

- tous les CRPDI ont toujours informé leur C.A. de l'avancement du projet. Certains comités des usagers, représentés dans tous les C.A. des CRPDI, ont refusé le projet pour des raisons de choix « communautaires »;
- un CRPDI a vécu le refus des parents de jeunes usagers au transfert en CHSLD de leurs enfants. Ce refus n'a pas été motivé par la langue, selon le CRPDI, mais plutôt par le fait que les bénéficiaires ont toujours été ensemble et que l'un d'eux s'étant désisté, le projet aurait amené une séparation. Le CRPDI a alors décidé de trouver une autre solution qui tiendrait compte du désir des parents. Le CRPDI a placé tous les bénéficiaires dans un milieu communautaire, et ce, à la satisfaction de tous les parents;
- un CRPDI a vécu le refus du projet de transfert de la part des parents et du milieu associatif. Ce refus était fondé sur la façon du CRPDI de mettre en œuvre le projet. Plusieurs correctifs ont été apportés afin de répondre aux inquiétudes des parents, et ce, à la satisfaction de certains parents. D'autres parents ont continué à garder une ligne plutôt critique envers le projet. Ceci sera discuté plus tard dans le texte.

#### **4.4 Évaluation des besoins de la clientèle en perte d'autonomie**

La CTMSP est un outil d'évaluation des besoins en services de la clientèle qui doit être admise en CHSLD. Cet outil devait s'appliquer à toutes les personnes que les CRPDI avaient considérées en perte d'autonomie et qui devaient bénéficier du projet de transfert. Le 24 avril 1997 tous les CRPDI ont été mis au courant qu'ils pourraient commencer à acheminer les dossiers non nominatifs à la Régie régionale à partir du 8 mai 1997. Au total, 74 CTMSP, ont été reçues par la Régie régionale pour les soumettre au comité d'experts chargé de vérifier les données et de calculer les heures-soins de chaque dossier.

Les principaux commentaires des CRPDI, quant à l'outil, ont été :

- les CRPDI perçoivent la CTMSP comme un outil de calcul des soins cliniques seulement. L'outil ne fait pas la différence entre heures-soins et heures d'hygiène ou de soins de base. Cette critique a été soulevée à plusieurs reprises par les CRPDI. Pour améliorer l'évaluation des besoins de la clientèle, les CRPDI ont donc ajouté d'autres outils, tels que : l'EQCA, les PSI, la vision historique des intervenants des bénéficiaires et l'analyse de l'environnement;
- tous les CRPDI s'entendent sur deux critères pour identifier la clientèle à transférer : les besoins en santé, reliés à un état de santé grave nécessitant des heures de soins cliniques et à l'incapacité biologique et/ou psychologique de participer à un processus de réadaptation. L'âge n'a pas été considéré comme critère significatif dans l'évaluation de la perte d'autonomie;
- la CTMSP nécessite une équipe multidisciplinaire pour son application. Bien que le personnel clinique soit fondamental pour remplir le formulaire, c'est le personnel qui est significatif pour le client qui joue le rôle le plus important pour l'identification des besoins psychosociaux et cliniques.

Bien que tous les CRPDI aient perçu que la CTMSP était facile à utiliser et qu'en général, le personnel qui l'appliquait était déjà très familiarisé avec l'outil, un CRPDI a eu beaucoup de problèmes avec son application. Il a été contraint, entre autres, à utiliser du personnel ressource externe à l'organisation pour faire cette évaluation. Plusieurs facteurs ont contribué, selon le CRPDI, à rendre la mise en œuvre de cette activité très ardue, à savoir :

- la période de l'évaluation coïncide avec les vacances du personnel régulier;
- la période de l'évaluation coïncide aussi avec une période de formation des éducateurs/trices des clients résidentiels;
- l'échéancier très serré pour faire cette évaluation;
- des problèmes organisationnels internes.

Le personnel externe et l'organisation ont dû faire face à une réaction très négative des éducateurs qui dénoncent la situation auprès du C.A. et des parents des bénéficiaires. La réaction des éducateurs n'est pas exclusive à ce CRPDI. Cette évaluation a constaté que les éducateurs de tous les CRPDI ont présenté la même résistance au transfert de leurs clients.

Bien que dans quatre CRPDI cette résistance au transfert ait été non significative, dans un CRPDI cette résistance a eu un impact majeur. Le milieu associatif, représenté par le CRADI, a joué un rôle important dans la remise en question de l'évaluation des besoins de la clientèle de ce CRPDI. L'organisation se penche finalement sur le bien-fondé de la remise en question de toute l'évaluation et recommence, en mars 1998, tout le processus, c'est-à-dire de l'identification des critères pour la perte d'autonomie jusqu'à l'évaluation des besoins de leur clientèle. Cette remise en question a été vue par l'organisation comme positive car elle a permis de faire le point sur le rôle du CRPDI, de clarifier sa mission et faire la sensibilisation auprès des intervenants et à

l'urgence de penser aux critères d'évaluation de la perte d'autonomie, de les identifier et les appliquer.

Un autre facteur joue un rôle très important dans le mouvement de résistance envers le projet, il s'agit des problèmes organisationnels.

Parmi les problèmes organisationnels identifiés par les gestionnaires du CRPDI, se trouvent les suivants :

- l'organisation n'a pas eu le temps de sensibiliser les intervenants directs de la clientèle visée sur l'importance du transfert;
- l'organisation n'a pas su passer le message que le projet n'était pas le résultat d'ajustements de type administratif mais plutôt en relation avec les besoins de la clientèle;
- l'organisation n'a pas pu prévoir la tournure des événements et réagir à temps. Les courts délais impartis ne concordant pas avec la réalité de l'organisation, le processus a été brusqué avec les résultats que l'on connaît déjà;
- un acteur d'un CRPDI regrette que la Régie régionale ne l'ait jamais mis au courant sur le nombre de places disponibles en CHSLD pour leurs bénéficiaires provenant de ses résidences communautaires. Ceci a provoqué, selon lui, des problèmes au niveau de la planification de l'organisation.

À ce stade de l'analyse des constats, il faut bien préciser que les autres activités prévues par le projet, bien que retardées, ont continué leur cours normal. Au mois de septembre, le comité d'experts possède déjà une liste non nominative des bénéficiaires à transférer vers un CHSLD. C'est plutôt l'adéquation d'un CHSLD ainsi que l'autorisation écrite des parents et de la Curatelle publique qui ont le plus retardé le processus du projet.

#### **4.5 Identification des sites receveurs et adéquation des lieux**

Tant que la clientèle n'avait pas un profil défini, il n'était pas possible d'identifier un site en longue durée. Ceci s'explique par le fait que les heures-soins requises pour l'admission des clients sont différentes d'un type d'établissement à l'autre. À cela s'ajoute le fait que la Régie régionale cherche aussi à remplir certaines conditions optimales pour l'identification des sites receveurs.

Au mois de septembre 1997, le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun est déjà identifié par la Régie régionale comme site receveur. Le CHSLD entreprend alors une démarche qui a duré quatre mois pour s'organiser afin d'accueillir la clientèle du projet.

Les principaux constats faits par cette évaluation sont :

- certains CRPDI ont trouvé très long le temps d'attente d'un site adéquat pour recevoir leur clientèle. Ils estiment que certains de leurs clients, avaient de graves problèmes de santé et qu'ils ne pouvaient pas attendre pour être transférés;
- les parents des bénéficiaires attendent aussi que le site soit identifié et prêt pour le visiter. Cette attente produit une grande angoisse chez les parents dont certains sont déjà très âgés. Plusieurs sont réfractaires au transfert;

C'est en décembre 1997 qu'une entente a été signée entre la Régie régionale et le CHSLD par rapport au projet de transfert. Les lieux ont été prêts à partir du mois de février 1998.

#### **4.6 Transfert de la clientèle**

Dès le commencement une autorisation de la famille en plus de son représentant légal, la Curatelle publique, a été jugée nécessaire pour opérationnaliser le transfert en CHSLD. Dans le cas des bénéficiaires sans famille, seulement l'autorisation de la Curatelle publique était nécessaire. Cette condition a été vue par les acteurs comme étant :

- très importante, à condition que les parents soient toujours impliqués dans l'évolution de l'état général de leurs proches vivant dans une résidence communautaire;
- difficile, car certains parents ont vécu une désinstitutionnalisation très douloureuse vers un CRPDI. Peu de temps après ils voient dans le transfert vers un CHSLD une réinstitutionnalisation vers un « mouroir ». Pour renforcer cette constatation, un parent a dit : « toi, ma fille, on t'a sortie d'un trou, où tu étais avant, on t'a mise dans un paradis, et maintenant à cause que tu n'as pas été assez fine, tu dois y retourner... »;
- très déstabilisante pour les parents qui ressentent beaucoup d'insécurité face à des changements majeurs. Plusieurs parents ont refusé le transfert sans tenir compte des arguments des CRPDI quant à la santé de leurs proches placés en résidences communautaires.

Cette évaluation a permis de constater que plusieurs parents se sont opposés au transfert de leurs enfants. Parmi leurs arguments les plus marquants, on peut citer :

- les parents n'étaient pas tous sensibilisés à l'évolution de leurs enfants, ni à leurs besoins en santé;
- les parents et éducateurs croyaient que les bénéficiaires ne changeraient plus de place;
- les parents et milieux associatifs ont remis en question la qualité de l'évaluation faite par les CRPDI.

Cette évaluation a permis aussi de constater que :

- la répartition géographique a été bien respectée dans le premier transfert des bénéficiaires;
- le projet a été ouvert au réseau Info-Admission, où des clients ayant le même profil et en liste d'attente ont été inclus dans la liste originale des bénéficiaires. Trois clients admis à l'intérieur de ce projet viennent de ce réseau.

#### **4.7 Formation du personnel du CHSLD en langue anglaise**

Une formation était prévue afin de recevoir la clientèle anglophone provenant de deux CRPDI. Bien que la majorité de cette clientèle se soit désistée pour des raisons déjà explicitées au point 4.3, il est important de constater que :

- en mars 1999, le CHSLD a reçu 5 clients anglophones (à ce jour l'unité compte 31 personnes transférées);
- la formation en anglais a permis d'offrir des services à une clientèle mixte quant à leur langue;
- cette formation est considérée comme un atout au succès du projet.

#### **4.8 Formation du personnel du CHSLD en déficience intellectuelle**

Une formation sur la déficience intellectuelle a été prévue pour le personnel ressource de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. La formation a été donnée en trois jours répartis en deux jours de cours théoriques et un cours pratique. Cette formation a permis de cerner les principes de base sur la problématique en déficience intellectuelle et de créer des conditions de succès pour l'intervention du personnel ressource de l'unité du projet. Cette évaluation a établi principalement que :

- la formation a été planifiée en partenariat entre la Régie régionale, les CRPDI et le CHSLD;
- la formation donnée par le centre Gabrielle Major, en collaboration avec le centre Les Promotions sociales Taylor-Thibodeau, a été conforme aux exigences du projet;
- le CHSLD, en général, est très satisfait de la qualité du document de formation qui a été révisé et adapté par le centre Gabrielle Major en collaboration avec le Comité de formation et de sensibilisation;
- le personnel ressource du CHSLD pense que la formation était plutôt répétitive et aurait pu mettre plus d'accent sur l'étude de cas que sur la théorie;
- le personnel ressource du CHSLD considère que la formation devrait être continue;

- le personnel ressource du CHSLD pense que le facteur qui a amélioré la performance de cette formation est le fait que le personnel ressource accepte, de façon volontaire, de travailler avec la clientèle du projet. Ce facteur a permis de choisir un personnel plus ouvert et avec des attitudes et des approches déjà enracinées dans leur comportement envers les personnes déficientes intellectuelles. L'argument qu'ils donnent pour renforcer leurs dires est celui-ci : « les changements d'attitudes et l'approche plus humanisée envers les usagers ne peuvent pas se réaliser après une formation de trois jours seulement »;
- Le centre Lisette-Dupras a aussi utilisé le même programme de formation pour former le personnel du CHSLD Saint-Joseph de la Providence. Ce CHSLD devait recevoir la clientèle du deuxième volet du projet qui a été finalement transférée au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

#### **4.9 Admission de la clientèle au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun**

Une fois les CTMSP complétées par les CRPDI et les autorisations dûment signées par la famille des bénéficiaires et la Curatelle publique, les bénéficiaires ont été préparés pour leur admission en CHSLD. Les CRPDI ont relevé comme plus significatifs les constats suivants :

- le processus du projet de transfert a été très long. Le délai entre l'annonce du projet et le recensement, au mois de février 1997, et le moment des premières admissions, en février 1998, a été d'un an. Pour certains CRPDI ce délai a été de dix-huit mois, compte tenu que leurs clientèles ont été les dernières à être admises;
- les éducateurs de certains CRPDI n'ont pas eu le temps de préparer leurs bénéficiaires pour le transfert en CHSLD;
- un CRPDI a trouvé que le fait d'avoir eu du temps pour préparer le transfert de leurs bénéficiaires a été une force réelle du projet. Cette pratique, selon ce CRPDI, devrait pouvoir s'appliquer à tous les transferts habituels vers un CHSLD, car les admissions habituelles des bénéficiaires en CHSLD doivent s'effectuer la journée même sans pouvoir faire une préparation préalable.

Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a vécu de façon différente cette étape. Les négociations avec le syndicat, l'adéquation des lieux physiques et la formation du personnel ressource étaient des conditions de succès à ne pas négliger. Même s'il y avait de la pression de la part des CRPDI pour que les choses avancent plus vite, le CHSLD s'est adapté au rythme nécessaire pour réussir les défis que présentait le projet de transfert. Parmi les arguments qui renforcent leurs points de vue, on mentionne les suivants :

- l'admission massive des vingt usagers aurait mis en échec tous les efforts faits pour apprendre à s'adapter à cette nouvelle clientèle;

- la formation n'aurait pas pu être suivie par l'ensemble du personnel ressource;
- la visite du personnel ressource aux résidences communautaires des bénéficiaires n'aurait pas pu se réaliser.

#### **4.10 Accompagnement de la clientèle transférée fait par les CRPDI**

Parallèlement à l'admission des bénéficiaires, il y a eu une période qui a été offerte par le CHSLD aux CRPDI pour accompagner leurs bénéficiaires. L'évaluation du projet a permis de constater que :

- un CRPDI les a accompagnés jusqu'au moment où d'un commun accord avec le CHSLD, les bénéficiaires ont été complètement intégrés. La période allouée à l'accompagnement a été, grosso modo, de 3 semaines;
- deux CRPDI ont permis aux éducatrices des bénéficiaires de les accompagner, sans date limite. La période moyenne d'accompagnement a été de 2 à 3 jours;
- un CRPDI a laissé à ses éducatrices le choix d'accompagnement. L'éducatrice a jugé qu'une journée seulement était nécessaire;
- un CRPDI a permis aux éducatrices d'accompagner pendant 2 jours les bénéficiaires. Par la suite, elles ont visité les bénéficiaires selon leur demande, ou à la demande des parents ou du CHSLD. Au total 5 visites ont été faites. Les éducatrices ont eu aussi des contacts téléphoniques, au total 4 appels ont été faits sur une période d'un mois;
- en général, tous les CRPDI se sont rendus disponibles pour visiter leurs clients à la demande du CHSLD;
- le CHSLD pouvait contacter selon leurs besoins, les CRPDI. Le CHSLD a toujours été très ouvert à ce type de contact.

Pendant la période d'accompagnement un événement est à noter. L'éducatrice d'un CRPDI a fait un rapport où elle dénonce ouvertement qu'un client est laissé à lui-même. La Régie régionale a alors contacté le CRPDI pour lui recommander d'entrer en contact avec le CHSLD afin que cette problématique soit analysée et corrigée. Le CRPDI a rejoint la chef d'unité et le problème a été réglé à la pleine satisfaction de toutes les parties.

#### **4.11 Identification des besoins des usagers de l'unité du projet au CHSLD**

Une réévaluation a été faite par l'équipe de travail de l'unité du projet au CHSLD. Parmi les constats, les suivants sont les plus significatifs :

- tous les besoins cliniques ont été analysés avec l'aide de l'assistante en chef de l'unité et du médecin, tous les deux assistés par les intervenants;
- une analyse des prescriptions médicales a été faite pour chaque bénéficiaire;
- une diminution des médicaments a été faite pour la majorité des usagers;
- un remplacement des médicaments a été effectué chez les usagers qui présentaient des rejets ou effets secondaires nuisibles à leur santé;
- les crises d'épilepsie ont été contrôlées dans la plupart des cas;
- des interventions ont été développées afin de diminuer la souffrance des usagers en stade terminal (deux usagers sont décédés).

De plus, cette étude a permis de constater qu'un fichier patient est tenu à jour par le personnel clinique. A l'intérieur de ce fichier on note que :

- les données cliniques sont incluses;
- les données psychosociales sont incluses;
- des objectifs d'intervention, tant clinique que psychosociale, sont inclus;
- ce fichier ressemble beaucoup aux PSI des CRPDI. D'ailleurs le CHSLD appelle le fichier patient PSI.

#### ***4.12 Suivi de la clientèle et feed-back du personnel de l'unité du projet au CHSLD***

Le groupe de travail de l'unité du projet a établi un protocole de suivi de la clientèle et de feed-back du personnel de l'unité du projet. Par le biais de réunions et des rapports, ces activités de suivi et de feed-back sont réalisées avec la participation de toute l'équipe de travail. Certains constats ont été faits par rapport au profil de la clientèle et par rapport à l'organisation de l'unité. Les constats par rapport au profil de la clientèle sont :

- l'unité du projet a été planifiée en fonction du profil de clientèle établi de concert avec la Régie régionale et les CRPDI. Ce profil a été pris en compte lors de l'implantation de l'unité du projet;
- l'équipe de l'unité a soulevé qu'il est très important pour la survie de l'unité et pour son milieu de vie de respecter le profil des usagers. L'ajout de cas dont les besoins en soins de santé sont plus importants ou qui présentent un profil psychiatrique complexe, oblige l'équipe de l'unité à se concentrer sur des soins de santé cliniques de plus en plus lourds, en plus d'être accaparée par la clientèle qui a un grand besoin de surveillance. Leurs interventions de plus en plus cliniques se font au détriment des activités de maintien ou des sorties à l'extérieur;
- l'équipe de travail ajoute qu'ils ont été formés pour intervenir auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle sans problème de comportement jugé majeur. Donc leur intervention avec une clientèle ayant un autre profil n'est pas aussi efficace.

Par rapport à l'organisation choisie pour l'unité, les constats suivants ont été faits :

- l'équipe de travail a remarqué que certains bénéficiaires ont de plus en plus de difficultés à dormir pendant la nuit et se promènent constamment dans les corridors et dans les chambres des autres usagers. Les obligations des intervenants du quart de travail de nuit sont alors difficiles à réaliser;
- les conseillères cliniques ne sont pas d'accord avec l'idée de prescrire des médicaments qui favorisent le sommeil car ces médicaments diminuent aussi la performance des usagers pour leurs activités de jour et nuit au maintien de leurs acquis.

Par rapport à la perception des autres unités du CHSLD et des gestionnaires, les constats suivants ont pu être relevés :

- le gestionnaire principal est très satisfait des résultats de l'unité du projet et de l'attitude du personnel ressource;
- le gestionnaire principal serait favorable à l'implantation de la même approche intervenant-usager dans tout l'établissement;
- certains intervenants des autres unités du CHSLD considèrent qu'ils sont pris davantage avec les routines et que leur clientèle est plus lourde. Ils souhaiteraient aussi le type d'approche de l'unité du projet tout en ajoutant que leur cadre de travail habituel est plus rigide;
- certains intervenants perçoivent l'unité comme un « désordre total » où tout le monde fait ce qu'il veut. D'ailleurs, ils ajoutent, « le personnel de l'unité du projet a beaucoup moins de travail que nous ».

Par rapport au personnel de la liste de rappel de l'unité, les constats suivants se dégagent :

- il n'a pas été formé pour intervenir avec une clientèle déficiente intellectuelle;
- il n'a pas été possible d'obtenir d'inclure dans la description de tâches, le fait de connaître la problématique de la déficience intellectuelle ou d'avoir de l'expérience avec cette clientèle.

Parmi les raisons données par le gestionnaire, les suivantes sont les plus significatives :

- le manque de personnel qualifié, en général, sur les listes de rappel;
- le fait que le personnel de la liste de rappel ne soit pas touché par l'accord interne entre le syndicat et l'administration en ce qui concerne les critères d'admission du personnel de l'unité du projet. Donc, ce personnel est sélectionné par rapport à son ancienneté;
- une fois le processus de transfert terminé au CH Champlain-Manoir de Verdun, 15 dossiers étaient en liste d'attente pour une admission à St-Joseph de la Providence. Vers le mois de

septembre 1998, les bénéficiaires destinés à St-Joseph de la Providence ont été intégrés à Champlain-Manoir de Verdun à cause de :

- l'engorgement de l'hôpital Sacré-Cœur
- un nombre restreint d'usagers
- le réaménagement physique de St-Joseph de la Providence.

## **Conclusion**

Cette évaluation tient à constater qu'aucun CRPDI n'a remis en question le bien-fondé du projet et le type de ressource identifié (CHSLD) pour répondre aux besoins de leurs clientèles. Bien que l'on ait constaté que la plupart des éducateurs, des parents et des CRPDI auraient préféré garder leurs bénéficiaires en CRPDI et que certains gestionnaires auraient voulu que l'hébergement soit inclus dans leur mandat, en général, ils ont été plutôt agréablement surpris des résultats. Le CRADI se rallie à cette affirmation.

De fait, les constats que les acteurs ont relevés reflètent l'esprit d'apprentissage de tous et de chacun. Tous, sans exception, sont conscients que le projet était novateur, une première dans le système. Comme tel, la résistance et les problèmes étaient attendus. Tous les acteurs ont collaboré dans un esprit constructif à cette évaluation et tous, sans exception, ont suggéré des balises pour construire les recommandations et le modèle à appliquer lors de nouveaux transferts que nous verrons à la section suivante.

## **CONSTATS EN REGARD DU PROCESSUS DU PROJET DE TRANSFERT DE BÉNÉFICIAIRES VERS UN CHSLD**

### **FAITS SAILLANTS**

- La lettre envoyée par la Régie régionale pour recenser la clientèle en perte d'autonomie ne contient pas les objectifs du projet et le délai pour mettre en œuvre le recensement est très court (deux semaines). De plus les critères pour évaluer la perte d'autonomie ne sont pas spécifiés dans ladite lettre.
- Les CRPDI auraient souhaité participer plus activement au processus général du projet. Le partenariat développé durant l'activité de formation aux intervenants en CHSLD, en déficience intellectuelle, a été perçu comme excellent.
- L'évaluation de la perte d'autonomie et l'évaluation des besoins de la clientèle faites à l'aide de l'outil CTMSP ont été perçues comme très difficiles pour un CRPDI qui ne réussit pas à obtenir l'appui de tous les parents des usagers et doit refaire le processus au mois de mars 1998.
- Dans tous les CRPDI, on a observé une résistance au transfert auprès des éducateurs, de certains chefs de services et des parents des usagers. Les facteurs les plus significatifs de cette résistance sont : l'attachement émotif des éducateurs envers les usagers, la perception des acteurs sur le rôle des CRPDI et la perception des acteurs sur les CHSLD.
- La formation en déficience intellectuelle donnée par les CRPDI Gabrielle Major et LPSTT a été considérée par tous les acteurs comme un facteur de succès dans le projet.
- L'accompagnement des usagers fait par l'éducatrice provenant du centre Gabrielle Major a été considéré par le CHSLD comme un facteur de succès dans le processus d'accueil des bénéficiaires.
- Le suivi des usagers et les moyens utilisés sont considérés comme un facteur de succès pour l'identification des besoins des usagers et l'évaluation de leur évolution au sein d'une unité adaptée dans un CHSLD.
- La négociation entre le syndicat et le CHSLD a été une condition de succès de l'implantation de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.



## 5. Analyses et recommandations du projet de transfert

A partir de la description et des constats faits dans le cadre du projet pilote, nous procéderons aux recommandations pour les prochains projets de transfert. Premièrement, une analyse du processus décisionnel sera faite pour ensuite présenter une proposition de planification du projet.

### 5.1 Analyse décisionnelle

Le projet pilote de transfert des bénéficiaires vers un CHSLD a permis de faire émerger un modèle de processus décisionnel. Ce modèle, schématisé à la page 53, nous permet de bien comprendre tout le cheminement décisionnel du projet. Cette évaluation considère que :

- a) Les questions posées dans le processus décisionnel et les réponses étaient, en général, pertinentes et justes :

#### 1<sup>er</sup> exemple :

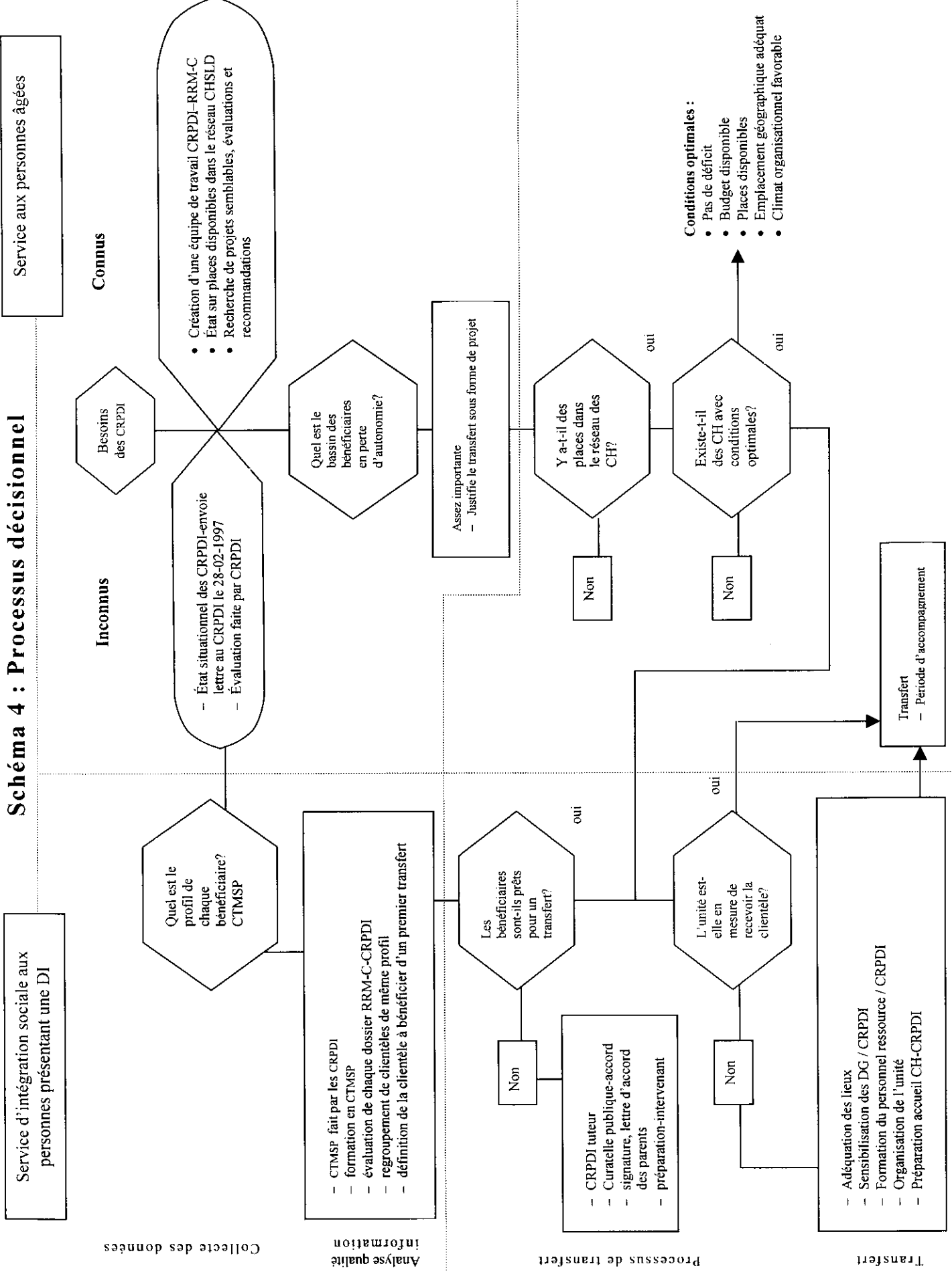
- Quel est le profil de chaque bénéficiaire?
  - . CTMSP fait par les CRPDI
  - . formation en CTMSP
  - . évaluation de chaque dossier Régie régionale-CRPDI
  - . évaluation de la clientèle à bénéficier d'un premier transfert

#### 2<sup>e</sup> exemple :

- L'unité est-elle en mesure de recevoir la clientèle?
  - . adéquation des lieux
  - . sensibilisation des gestionnaires/CA
  - . formation du personnel ressource
  - . organisation de l'unité
  - . préparation de l'accueil des usagers
  - . accueil des usagers

- b) le processus décisionnel était cohérent avec les objectifs du projet;
- c) les questions reflètent très bien la préoccupation majeure de la Régie régionale : « placer les bons clients à la bonne place »;
- d) le projet était ouvert et flexible.

# Schéma 4 : Processus décisionnel



Service d'intégration sociale aux personnes présentant une DI

Service aux personnes âgées

Collecte des données

Analyse qualité information

Processus de transfert

Transfert

Inconnus

Connus

Besoins des CRPDI

Quel est le profil de chaque bénéficiaire? CTMSP

État situationnel des CRPDI-voie lettre au CRPDI le 28-02-1997  
- Évaluation faite par CRPDI

CTMSP fait par les CRPDI  
- formation en CTMSP  
- évaluation de chaque dossier RRM-C-CRPDI  
- regroupement de clientèles de même profil  
- définition de la clientèle à bénéficier d'un premier transfert

Les bénéficiaires sont-ils prêts pour un transfert?

CRPDI tuteur  
- Curatelle publique-accord  
- signature, lettre d'accord des parents  
- préparation-intervenant

Assez importante  
- Justifier le transfert sous forme de projet

Y a-t-il des places dans le réseau des CH?

L'unité est-elle en mesure de recevoir la clientèle?

Adéquation des lieux  
- Sensibilisation des DG / CRPDI  
- Formation du personnel ressource / CRPDI  
- Organisation de l'unité  
- Préparation accueil CH-CRPDI

Transfert  
- Période d'accompagnement

Conditions optimales :  
• Pas de déficit  
• Budget disponible  
• Places disponibles  
• Emplacement géographique adéquat  
• Climat organisationnel favorable

La Régie régionale devrait, sans équivoque, utiliser ce modèle pour les prochains projets de transfert. Nous suggérons toutefois de tenir compte de certaines recommandations visant à améliorer ce processus.

Notons que les composantes services en déficience intellectuelle et services aux personnes âgées ont impliqué une étroite collaboration des équipes internes à la Régie régionale. Ces deux services ont eu des responsabilités clairement définies. Chaque service a toujours travaillé en partenariat avec l'autre. La consultation était continue et les deux services participaient à la prise de décision. Ce type d'organisation a permis de s'adapter aux CRPDI et au CHSLD, de répondre rapidement aux principales problématiques et d'être flexible. Cette évaluation considère que ce partenariat a joué un rôle décisif dans le succès du projet en général et recommande de maintenir la structure déjà en place lors des prochains transferts.

Cette évaluation a clairement identifié les quatre étapes fondamentales du projet, à savoir :

1. la collecte de données;
2. l'analyse de la qualité de l'information;
3. le processus de transfert;
4. le transfert.

### 5.1.1 Collecte de données et analyse de la qualité de l'information

Puisque la Régie régionale avait déjà validé l'information sur les besoins de transfert de certains usagers provenant des services résidentiels des CRPDI dès le début du projet, cette évaluation considère que les efforts consacrés par la Régie régionale pour obtenir cette information à nouveau n'étaient pas nécessaires.

Cette évaluation ne remet pas en question le fait de faire une évaluation sur la situation des ressources en services résidentiels des CRPDI. Ce qui est remis en question ici est le fait d'avoir exigé des CRPDI deux exercices d'évaluation sur une période très courte :

- évaluation sur le volume des personnes en perte d'autonomie ou ayant des problèmes graves de santé (entre le 28 février et le 11 mars);
- évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie ou ayant des problèmes graves de santé (24 avril au 2 juin);

Cette analyse propose à la Régie régionale de simplifier le processus et de faire une seule évaluation avec toutes les données nécessaires pour développer un projet. À titre d'exemple, on

peut dire qu'une bonne évaluation sur l'état des usagers dans une ressource résidentielle doit avoir certaines caractéristiques :

- a) la Régie régionale devra tenir compte de toute la documentation préalable à la planification d'un projet : diagnostics déjà validés, enquêtes, études d'évaluation validées, etc.;
- b) la Régie régionale encadre le projet de transfert et demande l'identification de la clientèle visée;
- c) cette évaluation doit comprendre un processus uniforme pour tous les CRPDI. C'est-à-dire que tous les bénéficiaires à transférer auront été identifiés avec les mêmes paramètres établis (ex. : perte d'autonomie) dans tous les CRPDI. La Régie régionale devra s'assurer que :
  - tous les CRPDI ont la même compréhension des critères d'inclusion de la population cible et la même façon de les appliquer;
  - afin d'appliquer la recommandation ci-haut mentionnée, un comité d'évaluation ad hoc devra être mis en place. Ce comité d'évaluation, sera formé par des représentants des cinq CRPDI et de la Régie régionale. Il formulera les normes d'évaluation et veillera à l'uniformité du processus. Ce comité tiendra compte des différences entre les CRPDI et aura pour mandat de déterminer les mandats, les services ou les outils des CRPDI dans l'évaluation de la population cible. Ce comité pourrait siéger aussi comme expert afin de prioriser, de définir les profils des usagers et de donner les recommandations sur les services à développer;
  - une équipe multidisciplinaire qui connaît bien les usagers devra se charger de la mise en œuvre de cette évaluation et de la formulation des recommandations sur les bénéficiaires;
  - les délais impartis pour effectuer cette évaluation devront être réalistes et correspondre à la complexité de la tâche;
  - la CTMSP, comme outil d'identification des besoins de la clientèle visée, devra être appliquée à tous les usagers pendant la période d'évaluation. Ceci évitera de revenir une deuxième fois sur les équipes de travail pour la remplir.

On peut effectivement conclure que la plupart des problèmes observés durant la mise en œuvre du projet ont émané du recensement et de l'évaluation des besoins des bénéficiaires. Les recommandations ci-haut mentionnées tiennent compte des arguments des acteurs du réseau et de la réalisation de leur mise en œuvre. L'équipe de travail, qui a été formée une fois que le projet pilote a été implanté, montre clairement qu'il est possible de travailler en partenariat. Cette équipe étudie à l'heure actuelle les facteurs clés du projet de transfert. Les recommandations

énoncées ci-haut ont tenu compte des discussions et points de vue des différents acteurs qui composent l'équipe de travail (CRPDI, Régie régionale, CRADI, OPHQ).

### 5.1.2 Processus de transfert

La mise en œuvre du processus de transfert a été, en général, cohérente avec les objectifs poursuivis. Deux activités méritent cependant d'être discutées plus ouvertement, à savoir : l'autorisation tardive des parents vers la fin de l'évaluation des besoins et la formation dispensée dans le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

#### **Autorisation des parents pour le transfert**

Cette autorisation devait définir si l'utilisateur devait être transféré en CHSLD ou pas. Malheureusement, à cause des raisons déjà mentionnées aux points 4.3 et 4.4, le refus des parents a remis en question l'expertise des évaluateurs par rapport aux bénéficiaires et la capacité du CRPDI de définir les besoins des usagers. Cette évaluation rappelle aussi qu'au commencement, il était question de développer deux sites spécifiques pour la déficience intellectuelle dans les CHSLD. Le deuxième site, même si la formation était déjà faite, a été mis de côté suite au refus du transfert de la part des parents. Ceci a pénalisé plusieurs usagers qui auraient pu bénéficier d'une unité adaptée à leurs besoins.

Cette évaluation considère que ces activités pourraient subir quelques ajustements, à savoir :

- associer les parents et mieux les informer quant à l'impact de leur choix;
- dans le cas où la famille serait, soit absente ou ne participerait pas au processus d'évaluation, l'équipe d'évaluation devrait bien documenter cette situation;
- dans le cas où le bénéficiaire n'aurait pas de famille et qu'il ne serait pas apte à prendre une décision, il serait souhaitable d'associer la Curatelle publique au processus d'évaluation. Il serait aussi souhaitable que le Comité d'usagers de chaque CRPDI soit au courant des activités de l'équipe d'évaluation;
- dans tous les cas, l'équipe d'évaluation devra bien documenter les choix retenus pour chaque bénéficiaire;
- une sensibilisation sur les besoins des bénéficiaires devrait être réalisée par chaque CRPDI pour les chefs de services, les éducateurs, les membres de l'équipe d'évaluation et le Comité d'usagers.

Cette proposition est faite dans le but de rechercher un consentement éclairé des parents et de les associer à la prise de décision. Toujours, dans le souci de donner le meilleur service aux usagers




et de bien informer leurs familles, cette évaluation considère que cette recommandation peut être adoptée sans problèmes dans le cadre d'autres transferts, car plusieurs CRPDI intègrent déjà les parents des bénéficiaires aux processus normaux d'évaluation (PSI).

### Formation du personnel ressource au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

Afin de tenir compte des constats du personnel ressource de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, il serait souhaitable que la formation soit continue et plus étalée dans le temps. Cette recommandation émerge de l'expérience vécue par le personnel ressource de l'unité du projet pilote. Le schéma suivant illustre la modalité proposée.

**Schéma 5 : modèle de formation proposé**

2 jours	SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	1 j	SEM. 4	1 j					1 j	ETC.	
Mois 1							Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6		

-  cours théorique
-  pratique
-  travail auprès des usagers

Les différences les plus significatives entre la formation originale et celle proposée se situent aux niveaux suivants :

- quatre jours de cours de contenu théorique, répartis en deux jours au commencement du premier mois, suivis d'un jour théorique à la fin de la semaine trois et quatre du même mois;
- les jours qui ne sont pas consacrés aux cours de contenu théorique seront utilisés pour des visites aux résidences communautaires, à la connaissance des usagers, à la pratique en générale;
- l'éducatrice qui accompagne le processus d'apprentissage devra être présente à partir du premier mois. Elle devra assister le personnel en formation pendant trois mois;
- une fois l'éducatrice partie, le personnel formé devra se réunir pour identifier les sujets qui n'ont pas été abordés ou qui ont émergé lors du travail quotidien avec les usagers. Les sujets ainsi identifiés seront soumis à la Régie régionale qui devra donner suite à la demande de formation du personnel ressource;
- la formation devrait être considérée comme continue.

Un facteur dont il faudra tenir compte lors de prochains transferts par rapport à la formation du personnel en CHSLD, est le fait que le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a déjà du personnel formé et que les prêts entre établissements sont une possibilité fort intéressante dans l'implantation d'unités semblables. L'expérience du personnel déjà formé et qui travaille depuis deux ans avec une population déficiente intellectuelle est très valable. Cette possibilité va enrichir le processus de formation d'une expérience organisationnelle. Le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a déjà fait cette offre au directeur des soins infirmiers et des services hospitaliers du CH St-Joseph de la Providence. Cette offre a été considérée comme très intéressante et a été bien accueillie par le CH St-Joseph de la Providence.

### 5.1.3 Transfert en CHSLD

Les mots de Mme Hélène Morin du CRADI, parus dans le Journal d'information du CRADI, au mois de mars 1999 dans un article intitulé « Une visite au CHSLD » témoignent de la vision que cette évaluation a eue de l'unité du projet de transfert au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

... un beau décor, tout est propre, les pièces sont grandes, certaines avec vue imprenable sur le fleuve. Les résidents ont l'air en forme, plusieurs sourient. On dit même que certains auraient fait des progrès depuis leur arrivée au Centre. ... Des activités ont permis aux résidents handicapés de visiter des expositions de citrouilles, des ventes de garage et même d'aller chez St-Hubert. Ils ont même organisé leur propre vente de garage!

Nous avons été impressionnées par l'unité du 4<sup>e</sup> ... »

Bref, l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, est un franc succès. Par contre, certaines suggestions seront faites pour ne pas mettre en danger la fragilité d'un produit fort précieux pour la communauté.

Afin de maintenir la dynamique des activités des usagers et le milieu de vie instauré dans l'unité, cette évaluation recommande :

- de maintenir une certaine uniformité dans le profil des usagers. Dans l'unité il y a un certain équilibre établi entre les activités des usagers et les services cliniques dont ils ont besoin. Si l'unité reçoit des usagers considérés plus exigeants cliniquement, les routines cliniques risqueront de prendre petit à petit la place des activités de maintien des acquis ou de réadaptation et le nouveau modèle d'organisation de services risque d'être anéanti;
- aux CRPDI et au CHSLD de considérer le rôle de complémentarité que chacun joue dans la dispensation des services aux personnes déficientes intellectuelles. Ceci dit, chacun

devra continuer à développer une relation de partenariat en vue de dispenser des services répondeurs mieux aux besoins des usagers.<sup>11,12</sup>

Le directeur général du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a aussi fait savoir qu'il était intéressé à généraliser le changement d'attitudes de tout son personnel ressource qui se trouve dans les services pour personnes âgées. À cet effet, il souhaiterait que les préposés des unités, autres que celle du projet, reçoivent une formation sur les personnes âgées et les changements d'attitudes envers cette population. Il est réceptif, étant donné les résultats encourageants de l'unité du projet, à faire des changements dans la programmation des tâches, en recréant un environnement se rapprochant le plus d'un milieu de vie non routinier et centré sur les usagers. Les préposés des autres unités qui ont été rencontrés lors de cette évaluation partagent aussi ce besoin de formation et de changement.

Un autre aspect positif pour le projet de transfert, le directeur des soins infirmiers et des services hospitaliers de l'Hôpital St-Joseph de la Providence a été fort impressionné par l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. Il nous a fait savoir qu'il serait intéressé de reproduire cet environnement dans son établissement. Cette unité sert d'exemple à suivre pour les CH intéressés à améliorer la qualité de leurs services et la qualité de vie de leurs usagers.

À la lumière de ce que l'unité du projet a fait, cette évaluation peut conclure qu'une unité efficace semble être celle qui :

- évalue ses résidents de façon fréquente, standardisée et globale au niveau :
  - du développement psychosocial
  - du développement clinique
  - des besoins en réadaptation et du maintien des acquis;
- réduit les contentions physiques;
- réduit les médicaments ;
- mesure l'équilibre obtenu entre les risques et la sécurité;
- soutient et récompense l'équipe soignante.

Voici le résumé de l'unité du projet. Cette évaluation ne peut que souhaiter que dans les prochains transferts, le modèle d'intervention qui a été développé au point 3 de cette étude, soit généralisé afin de développer d'autres unités qui donnent aux usagers un milieu d'appartenance, à l'intérieur d'une communauté.

---

<sup>11</sup> Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le Défi de l'accès, Programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté, p. 70.

<sup>12</sup> Manuel de gestion financière, Usagers admis dans un autre établissement – déficience intellectuelle, 95-04-01, vol. 1, chap. 4, p. 205.

## **5.2 Planification du projet de transfert**

Ce projet pilote a soulevé certains besoins de planification.

La force la plus remarquable du projet pilote a été la mise en œuvre du projet de transfert des bénéficiaires et le développement d'un milieu de vie adéquat à leurs besoins. C'est un franc succès. Dans une approche formative, l'équipe du projet de la Régie régionale a identifié correctement toutes les étapes et les activités pertinentes pour atteindre les objectifs du projet. À partir de l'évaluation de la planification du projet, cette étude devait faire des recommandations pour de prochains transferts. Cette évaluation a repris le modèle de planification développé par l'équipe de projet de la Régie régionale. Ce modèle a été ajusté pour améliorer sa performance lors des transferts à venir.

Le schéma Projet de transfert de la page 61 donne une vision générale du modèle ajusté à des fins de futurs transferts. Cette évaluation recommande donc à la Régie régionale de revoir la planification selon le cadre suivant :

### **5.2.1 Environnement organisationnel**

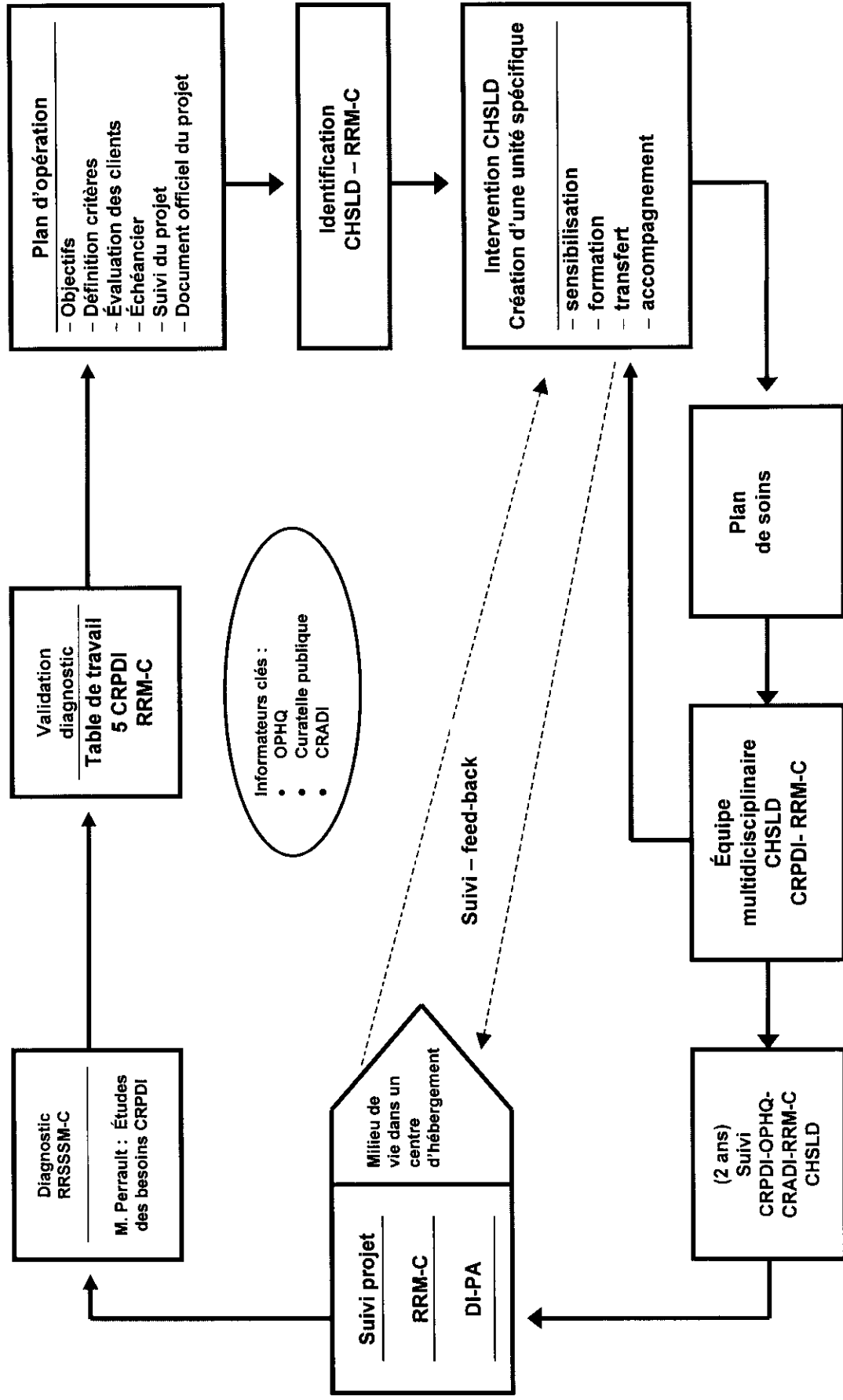
Pour développer un environnement propice au développement d'un projet, il faut que les acteurs du projet participent :

- au diagnostic de la situation validé avec les acteurs concernés;
- au développement du projet;
- au suivi du projet.

La Régie régionale devra développer avec les acteurs, préalablement identifiés, les objectifs et les moyens de les atteindre et l'échéancier des activités.

La transparence et la collaboration devront être maintenues pendant toute la mise en œuvre du projet.

## Schéma 6 : Projet de transfert



**Sigles :**  
 CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée  
 CRADI : Comité régional des associations en déficience intellectuelle  
 CRPDI : Centre de réadaptation pour personne vivant avec une déficience intellectuelle

OPHQ : Office des personnes handicapées du Québec  
 DI : Déficience intellectuelle  
 PA : Personnes âgées

### 5.2.2. Définition des objectifs du projet

Une fois que la Régie régionale a établi un environnement de confiance et le partenariat nécessaire pour développer un projet, les objectifs de ce projet devraient être définis et formulés de façon claire, cohérente, afin d'atteindre les résultats souhaités.

### 5.2.3 Développement des moyens pour atteindre les objectifs du projet

La Régie régionale devra développer les moyens qui seront utilisés afin d'atteindre les objectifs du projet. Ces moyens devront tenir compte des différences organisationnelles des CRPDI. Le projet devra alors être bien documenté sur :

- l'identification des acteurs qui font partie du projet, leur rôle et responsabilités (grille de responsabilité);
- l'évaluation des besoins : les critères d'inclusion pour bien identifier la population cible, les moyens de mettre en œuvre l'évaluation, les rapports d'analyse attachés à chaque dossier, les recommandations et les priorités;
- les dimensions linguistiques et culturelles qui devront être prises en compte par respect des bénéficiaires et de leurs familles;
- les critères de suivi du projet : réunions, combien de temps, les qualités des représentants des établissements, les agents de liaison du projet, etc.;
- les principales activités du projet et leur échéancier. Il est important que l'échéancier soit réaliste et qu'il tienne compte non seulement de la réalité organisationnelle des établissements mais aussi de la complexité de chaque activité;
- le suivi du projet : Les rapports d'étapes devraient contenir toute l'information émanant des activités réalisées pour la mise en œuvre du projet. Chaque intervenant devra développer un rapport périodique de l'avancement du projet d'après son mandat. La Régie régionale devra tenir compte de tous les rapports ainsi reçus des acteurs et produire un seul document qui sera distribué aux partenaires du projet. Ces rapports d'étape, qui devraient être rédigés périodiquement, doivent contenir : un résumé du projet, l'analyse des principales activités réalisées ou en train de se réaliser, les problèmes auxquels le projet fait face et l'explication des écarts entre le projet planifié et les activités réalisées. Les rapports d'étape devront, s'il y a lieu, procéder à un ajustement des échéanciers.

## ANALYSES ET RECOMMANDATIONS DU PROJET DE TRANSFERT

### FAITS SAILLANTS

- Le projet de transfert des bénéficiaires vers un CHSLD a permis de faire émerger un modèle de processus décisionnel qui peut être appliqué aux prochains projets de transfert.
- La Régie régionale devrait, lors de prochains transferts, simplifier le processus d'évaluation des usagers et faire une seule évaluation qui comprendrait tous les éléments nécessaires pour développer un projet.
- Les parents des usagers devraient être associés au processus d'évaluation des usagers fait par les CRPDI afin d'obtenir leur consentement éclairé quant au transfert des bénéficiaires du projet.
- La formation du personnel ressource des CHSLD devrait se continuer à la demande du CHSLD concerné.
- La Régie régionale devra tenir compte, lors de prochains transferts, des délais nécessaires pour le transfert des usagers et de l'accueil.
- La Régie régionale devrait maintenir une certaine uniformité dans le profil des usagers des unités adaptées afin de garder un certain équilibre entre les activités des usagers et les services cliniques dont ils ont besoin.
- Les CRPDI et les CHSLD devraient considérer le rôle de complémentarité que chacun joue dans la dispensation des services aux personnes déficientes intellectuelles. Chacun devra continuer à développer une relation de partenariat en vue de dispenser des services qui répondent mieux aux besoins des usagers.
- Les unités adaptées devraient continuer à évaluer leurs usagers de façon fréquente, standardisée et globale, réduire au maximum les contentions physiques, réduire les médicaments, mesurer l'équilibre obtenu entre les risques et la sécurité et soutenir et récompenser l'équipe soignante.
- La Régie régionale devra s'assurer que les acteurs concernés participent au diagnostic de la situation validée, au développement et au suivi du projet afin de créer un environnement propice au développement d'un projet.
- Les objectifs du projet devront être définis et formulés de façon claire, cohérente afin d'atteindre les résultats souhaités.
- Parmi les moyens que la Régie régionale devra développer pour atteindre les objectifs du projet on peut citer : l'identification des acteurs qui font partie du projet, leur rôle et responsabilités; l'évaluation des besoins, les dimensions linguistiques et culturelles, le critère de suivi de projet, les principales activités du projet et leur échéancier et le suivi et contrôle du projet.

## Chapitre 2

### **Analyse des résultats intermédiaires : La satisfaction des usagers et des familles, de même que celle des intervenants oeuvrant quotidiennement auprès de ces bénéficiaires**

Une mesure de la satisfaction permet d'apprécier la perception que les acteurs concernés ont d'une situation à un moment donné. La mesure de la satisfaction a été faite en référence à trois temps :

- Temps 0 : pendant le transfert du CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun
- Temps 1 : pendant la période d'accompagnement faite par une éducatrice du CRPDI Gabrielle Major
- Temps 2 : un an après le transfert en CHSLD

Le mot satisfaction a été abordé avec les usagers sous l'angle du bonheur, c'est-à-dire : être content, être chez lui, avoir des amis, montrer ses amis, aimer ce qu'ils font, aimer leur chambre, etc. Toutes les entrevues ont été menées de façon informelle, en parlant avec eux, en visitant leurs chambres, en mangeant avec eux ou en entrant en interaction avec eux.

Les parents, la plupart très âgés, ont été mis à contribution par le biais de questions informelles. Des entrevues, ont été effectuées avec eux. Tous les parents ont été rencontrés pendant une activité spécifique de loisir organisée dans l'unité du projet. À cette occasion, ils ont été abordés pour connaître leur opinion et les préparer pour un prochain contact. Le deuxième contact a été effectué par téléphone. Un parent a été rencontré personnellement une deuxième fois. Au total huit familles ont été rencontrées. Quatre familles n'ont pu être rejointes et huit usagers n'ont pas de famille et sont sous la tutelle de la Curatelle publique.

Les éducateurs des usagers dans les CRPDI ont été rencontrés. Un profil de chaque usager a été dressé à l'aide des éducateurs des CRPDI. Les intervenants de l'unité ont été rencontrés par la suite afin de connaître leur niveau de connaissance des usagers. Le profil dressé par les éducateurs en CRPDI s'est révélé conforme à celui des intervenants en CHSLD. Cette démarche visait à vérifier si les intervenants en CHSLD pouvaient répondre de façon éclairée sur la satisfaction des usagers. L'analyse de la qualité de vie des usagers tient donc compte de cette démarche.

Ce chapitre caractérise et présente les résultats suivants :

- la satisfaction des usagers;
- la satisfaction des parents/proches des usagers;
- la qualité de vie des usagers;
- les principaux résultats sur la qualité des services de l'unité du projet;
- un tableau récapitulatif sur la satisfaction des usagers/proches et intervenants.

## 1. La satisfaction du point de vue des bénéficiaires

Dans l'unité du projet, en date de janvier 1999, on retrouve 19 bénéficiaires qui font partie du projet pilote (1 bénéficiaire est décédé). Des 19 bénéficiaires, deux proviennent du réseau de la longue durée et 17 des CRPDI. Les 19 font partie du projet original (ils ont suivi le processus décrit au chapitre 1).

Dix-neuf bénéficiaires ont été contactés aux fins de cette évaluation. Des 16 usagers, 3 communiquent très bien ou bien et 3 communiquent assez bien. Les autres communiquent par leur sourire, par l'expression de leur visage, par le toucher, etc. Il a été impossible d'appliquer le questionnaire<sup>13</sup> d'évaluation de la satisfaction (annexe 5), parce que les usagers qui étaient capables de communiquer verbalement n'étaient pas intéressés à participer à cette activité.

Les usagers ont été rencontrés sur une période de sept jours de travail. L'évaluation incluait :

- l'observation;
- la conversation informelle;
- le partage de leur quotidien;
- la réponse à leurs besoins;
- la communication avec eux afin de décoder les signes de satisfaction et leur façon de l'exprimer;
- des questions directes et/ou indirectes et informelles.

Le tableau ci-après résume leur capacité de communiquer et le nombre d'usagers qui ont participé à cette étape.

**Tableau 7 : niveau de communication**

Niveau de communication	Nombre d'usagers	Entrevue informelle	Observation
Communiquent bien ou partiellement bien	3	x	x
Communiquent assez bien leurs états d'âme	3	x	x
Communiquent leurs états d'âme par des sourires, touchers, bises	10	x	x
Difficile de communiquer ou d'entrer en contact	3		x
Total	19	16	19

<sup>13</sup> Centre de réadaptation Gabrielle Major, questionnaire adressé aux usagers en milieu de vie, 1996 (en annexe).

Les résultats de cette enquête sont résumés ainsi :

**Pour les usagers qui communiquent bien :**

- ils étaient « contents d'être ici »;
- l'unité du projet était chez eux;
- ont identifié clairement les intervenants qu'ils préféraient;
- ont identifié clairement les usagers qu'ils préféraient;
- ils aiment la nourriture;
- personne ne leur fait du mal;
- s'ils ne veulent pas faire une activité, ils ne sont pas obligés de la faire;
- ils peuvent se coucher quand ils le veulent ou se coucher après l'heure prévue;
- ils peuvent aller où ils veulent;
- ils n'aiment pas que les autres usagers entrent dans leur chambre, les autres usagers n'entrent pas sans leur permission.

**Pour les usagers qui communiquent partiellement :**

- ils ont souri et exprimé leur contentement par des mots : *oui, c'est beau ici, je suis bien ici* ;
- ils ont exprimé leur état d'âme pendant toute la période d'observation par des sourires, des câlins, des bises, etc.

En résumé, les bénéficiaires semblent contents et en santé. Ils participent quand ils veulent aux activités et ils se promènent dans l'unité, rentrent au poste des infirmières, circulent sans que personne ne leur dise où aller ou quoi faire.

## **2. Enquête menée auprès des parents/proches des usagers**

Bien que tous les usagers soient sous la Curatelle publique, ils ont de la famille qui s'occupe d'eux et qui est au courant des principaux changements, soit négatifs soit positifs des usagers concernés.

Huit familles d'usagers ont été rencontrées une première fois lors de la fête de Noël des usagers afin de connaître leur satisfaction ainsi que celle des usagers. Des huit familles, six ont été contactées par la suite, soit personnellement (2), soit par téléphone (4).

Afin de connaître la satisfaction des parents par rapport à la prestation de services aux usagers de l'unité du projet, cette évaluation a posé les cinq questions suivantes :

1. êtes-vous satisfaits de la qualité des services donnés par l'unité?
2. êtes-vous satisfaits que votre fils, fille ou sœur, etc. soit dans cette unité?
3. étiez-vous d'accord avec le transfert de votre fils, fille, sœur, etc. vers cette unité?
4. êtes-vous d'accord maintenant qu'il/elle soit dans cette unité?
5. pensez-vous que votre fils, fille ou sœur, etc. est content/e d'être dans cette unité?

Cette évaluation a tenu compte de l'âge des parents (la majorité très âgée) et de leur présence auprès des usagers (souvent, parfois, jamais). Deux approches ont été suivies : la première pendant la fête de Noël où tous les parents étaient présents et la deuxième faite par téléphone ou en personne.

Les réponses aux cinq questions ont été les suivantes :

Q1 : Êtes-vous satisfaits de la qualité des services que donne l'unité?

Tous les parents sont satisfaits de la qualité des services. Ils ont ajouté que :

- l'unité est très humanisée;
- très sensibilisée aux personnes DI;
- le personnel fait « plus qu'un travail » dans l'unité;
- le personnel a recréé l'atmosphère du foyer;
- les intervenants ont une « belle attitude ».

Q2 : Êtes-vous satisfaits que votre fils, fille ou sœur, etc. soit dans cette unité?

Tous les parents ont exprimé leur satisfaction par rapport à cette question.

Q3 : Étiez-vous d'accord avec le transfert de votre fils, fille, sœur, etc. vers cette unité?

Un parent a ouvertement fait savoir qu'au départ, il n'était pas d'accord avec le transfert de l'usager : « ... tu n'as pas été assez fine, tu repars dans un trou... ». Les autres parents n'ont pas exprimé de désaccord ouvert. Un des parents avait demandé le transfert, car l'usager était déjà très fatigué et ne pouvait plus faire d'activités.

Q4 : Êtes-vous d'accord maintenant qu'il/elle soit dans cette unité?

Tous les parents ont répondu sans hésitation : l'usager va rester ici toute sa vie. Les parents sont tous d'accord : ils ne veulent plus de changement. Ils ont vécu « trop d'angoisse ».

Q5 : Pensez-vous que votre fils, fille ou sœur, etc. est content/e d'être dans cette unité?

Le témoignage des parents sera transcrit tel qu'ils l'ont exprimé :

- ... , est beaucoup plus éveillé;
- ... s'exprime beaucoup plus;
- ... avant avait un rire nerveux, maintenant ... donne un beau sourire plus normal...;
- ... première fois qu'il/elle... est content/e;
- avant on ne pouvait pas venir ... voir souvent, car la résidence était très loin, maintenant on peut venir souvent et en famille;
- ... semble heureux;
- ... solide, ... semble bien suivi;
- ... sait tout! Son appartement c'est sa chambre;
- Avant ... ne participait pas aux activités, maintenant ... participe même aux sorties;
- ... était très loin de nous. Maintenant on peut ... visiter souvent et nous avons commencé à ... connaître. ... se rappelle de nous... nous étions tous très jeunes... c'est très beau;
- C'est un endroit magnifique, ... est contente.

Cette évaluation ne peut que conclure que d'après leurs parents et leurs familles, les usagers sont satisfaits. De plus, cette enquête nous a appris que les mouvements de transfert sont vécus difficilement par les parents qui semblent très angoissés par les changements. Heureusement, maintenant que le transfert a été effectué, aucun parent ne semble vouloir que les usagers retournent aux résidences.

### **3. Qualité de vie des usagers**

Le CHSLD a produit un document « Les personnes en perte d'autonomie transférées des CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun ». Dans ce document, toutes les activités de l'unité sont décrites ainsi que les tâches quotidiennes des usagers pour les aider à recréer un milieu de vie. À partir de ce document, une période d'observation de cinq jours a été réalisée pour vérifier chacune des tâches et les valider. Les constats suivants découlent de cette période d'observation pour valider la qualité de vie des usagers.

À l'unité du projet, les usagers évoluent comme dans un milieu familial. Leur chambre est personnalisée, les couleurs sont vivantes, il y a beaucoup de soleil sur tout l'étage. Les usagers partagent certaines tâches avec les intervenants directs et les préposés de l'entretien ménager. Pendant une période d'observation de cinq jours dans l'unité du projet, cette évaluation a constaté que les usagers participent à :

- déplacer un autre usager;
- aider ce dernier dans l'accomplissement d'un geste quotidien;
- aller chercher l'intervenant en demande dans une chambre, au salon ou à la salle à manger;
- pousser le chariot à médicaments avec l'intervenant;
- mettre les nappes sur les tables et les enlever;
- desservir la table;
- ramasser la vaisselle adaptée, la laver, l'essuyer;
- donner un verre d'eau;
- laver, sécher et plier les bavoirs;
- ranger les revues, la chambre;
- répondre au téléphone de l'unité;
- transmettre le message reçu.

L'album de photos placé à l'entrée témoigne des activités que les usagers ont réalisées depuis leur arrivée dans l'unité du projet. Les parents et visiteurs y ont accès et peuvent demander des copies de photos.

Les activités suivantes ont été réalisées par les usagers :

- pique-niques au bord du fleuve;
- semis de graines pour légumes et fleurs;
- vente de garage;
- vente trottoir;
- promenade avec le chien;
- soins au chat;

- visionnement de films de vidéo;
- magasinage personnel (1 ou 2 seulement avec l'intervenant);
- promenade en autobus (1 ou 2 seulement avec l'intervenant);
- gâteau d'anniversaire pour chacun fait par l'unité la veille ou le matin et partagé en après-midi avec les autres usagers et les intervenants;
- repas de groupe préparé à l'occasion par l'unité à partir d'aliments achetés et non fournis par le service alimentaire;
- cueillette de fraises à la ferme et de pommes au verger (même ceux en chaise roulante font partie du groupe);
- participation à la préparation de la compote, la gelée, la confiture et les tartes faites par l'unité;
- visite au Jardin Botanique : Bal des citrouilles suivi d'un dîner au St-Hubert BBQ (un groupe de 25 usagers : 21 (deux usagers proviennent de la phase II du projet) vivant avec une déficience intellectuelle, 4 hébergés en soins de longue durée);
- décorations de sapins de Noël.

Cette évaluation a participé à un événement significatif pour les usagers : Noël. Les usagers étaient tous habillés pour la fête. Les intervenants, certains déguisés en père Noël et en fée des étoiles, ont préparé une très jolie fête qui a été fort appréciée par les parents et familles en général. Le repas, qui avait été préparé par les intervenants dans l'unité, a beaucoup impressionné les familles et les usagers. Tous ont reçu des cadeaux et les usagers ont offert aux invités une tasse souvenir de l'événement. L'ambiance était très familiale. Les usagers ont gardé des souvenirs pendant plusieurs jours, car une semaine après Noël, certains usagers chantaient encore des chansons de Noël et s'amusaient avec les cadeaux reçus durant la fête.

Dans l'unité du projet il y avait, lors des visites, trois usagers anglophones (dont un bilingue). Il a été constaté que les intervenants communiquent constamment entre eux dans leur langue maternelle. Un usager répond, partiellement, au téléphone de l'unité et transmet les messages reçus.

Deux usagers ont un téléphone dans leur chambre pour communiquer avec leur famille et/ou amis. Ils communiquent souvent et ils semblent très contents de ce privilège.

Les usagers sont bien coiffés et bien habillés. Un intervenant s'occupe spécialement de cette activité qui plaît beaucoup à certains usagers.

Cette évaluation a participé pendant six jours aux « *toasts de Marie-Rose* », une activité matinale spéciale durant laquelle un des usagers prépare des toasts et du café pour les intervenants de l'établissement : occupation qui génère des profits afin de combler certains besoins des usagers. Normalement, la salle à manger est pleine d'intervenants provenant de l'établissement.

#### 4. Analyse des changements d'attitude du personnel ressource de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

Cette analyse a été réalisée grâce au concours d'une éducatrice du centre Gabrielle Major. Une rencontre d'une journée a été planifiée pour faire une analyse comparée entre le moment où les intervenants (personnel ressource du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun) n'avaient pas été en contact avec les usagers provenant des CRPDI et étaient en période de formation (contenu théorique) et quatre mois après l'admission des usagers et la période de formation. Il est à noter que l'éducatrice a passé quatre mois à l'unité du projet afin de consolider les apprentissages acquis lors de la formation au début du projet.

À la demande de l'évaluation, l'éducatrice est retournée sur les lieux sans avis préalable et a fourni un rapport écrit de la situation telle qu'observée un an après la formation. Les résultats de cette analyse sont présentés ci-après.

Cette analyse vise à établir une comparaison entre :

- le temps 0, avant que la période d'accompagnement avec l'éducatrice du CRPDI Gabrielle Major ne soit réalisée;
- le temps 1, après la période d'accompagnement, soit 4 mois après l'arrivée de l'éducatrice du centre Gabrielle Major;
- le temps 2, un an après le départ de l'éducatrice du centre Gabrielle Major de l'unité du projet du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun.

TEMPS : 0	TEMPS : 1	TEMPS : 2
Les intervenants ne donnent que des soins cliniques aux usagers.	Les intervenants sont plus centrés sur les besoins des usagers => activités + soins cliniques.	Les intervenants sont centrés sur les besoins des clients => activités + soins cliniques (les soins cliniques sont plus importants que dans le <i>temps 1</i> parce que dans l'unité plusieurs usagers requièrent plus d'heures-soins cliniques).
L'approche vers les usagers n'est pas spontanée.	« Les clients ont apprivoisé les intervenants ». <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les intervenants s'amuse tout en faisant leur travail;</li> <li>▪ Les intervenants ont envie d'aller plus loin avec les usagers;</li> <li>▪ Les intervenants essaient de se mettre à la place des usagers.</li> </ul>	Idem

TEMPS : 0	TEMPS : 1	TEMPS : 2
Les intervenants ne sont pas attentifs aux besoins des clients.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les intervenants sont plus attentifs aux besoins des clients;</li> <li>▪ Les intervenants commencent à décoder les non verbaux;</li> <li>▪ Les intervenants commencent à répondre aux besoins des usagers;</li> <li>▪ Les intervenants créent une relation de confiance avec les usagers;</li> <li>▪ La chef de service ainsi que son assistante commencent à laisser place à l'imagination et à la créativité du personnel;</li> <li>▪ Les intervenants s'adaptent tranquillement et prennent en considération la personne DI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les intervenants décodent bien les usagers;</li> <li>▪ Les intervenants répondent aux besoins des usagers avec les limites de leur connaissance de la DI qui n'est pas encore au point;</li> <li>▪ Les usagers ont une relation de confiance avec le personnel;</li> <li>▪ Plusieurs activités externes ont été réalisées;</li> <li>▪ Les usagers sont souriants et semblent contents;</li> <li>▪ Les intervenants sont attachés aux usagers;</li> <li>▪ Les intervenants sont chaleureux avec les usagers;</li> <li>▪ La volonté des usagers qui ne veulent pas participer aux activités est respectée;</li> </ul>
Les intervenants laissent les clients seuls sans surveillance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les intervenants commencent à amener les usagers aux postes de travail;</li> <li>▪ Les intervenants s'assurent d'avoir toujours deux intervenants avec les clients.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les usagers se trouvent partout sur l'étage. Ils se promènent ou vaquent à leurs activités quotidiennes;</li> <li>▪ Il y a toujours un intervenant autour des usagers.</li> </ul>
Les intervenants ne sont pas sécurisés. Ils ne savent pas comment aborder les clients.	Les intervenants sont à l'aise avec les usagers.	Les intervenants sont très à l'aise avec les usagers.
Le personnel a des préjugés envers les personnes DI : « les usagers vont les mordre, vont sauter sur eux ».	Le personnel a changé d'attitude. Il n'y a plus des préjugés. « Ils sont partis de loin ».	Les intervenants n'ont plus de préjugés. Ils apportent de l'attention, de la chaleur et de l'affection aux usagers. Ils les caressent et leur adressent la parole avec gentillesse en s'occupant d'eux ou en passant auprès d'eux.
L'atmosphère de l'unité est lourde.	L'atmosphère de l'unité semble plus familiale.	L'atmosphère de l'unité est agréable et dégage le bien-être.
Dans l'unité, les équipes de quart de travail ne se consultent pas et il n'y a pas de suivi entre l'équipe de jour, de soir ou de nuit.	La chef de service ainsi que son assistante interviennent et les rassemblent. Vers la fin de la période d'accompagnement, il existe un esprit de partenariat entre tous les quarts de travail de l'unité.	L'unité fait des réunions et fait travailler ensemble tous les quarts de travail pour mieux répondre aux besoins des usagers (voir liste des réunions et travail de suivi de l'unité, dans le chapitre 1 à la section 3 : CHSLD).

## **5. Résultats de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun**

La caractérisation des résultats de l'unité de projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a été réalisée grâce :

- à l'entrevue avec le médecin chargé de l'unité;
- aux entrevues avec le chargé de clinique en chef de l'unité;
- au rapport sur « Les personnes en perte d'autonomie transférées des CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun »;
- aux constats relevés lors de la période d'observation de 5 jours.

L'ensemble des stratégies a permis de constater les résultats suivants :

### ***Cliniques :***

- les médicaments écrasés en purée durant la journée ont été remplacés par des médicaments avalés sous leur forme première et **leur nombre a considérablement diminué**;
- les crises d'épilepsie ont été contrôlées dans la plupart des cas;

### ***Psychosociaux :***

- l'automutilation chute considérablement;
- la parole fait place au mutisme;
- les besoins des usagers s'affirment;
- les sourires s'échangent (surtout entre 2 usagers spécifiques);
- le contact avec les autres usagers se développe. Il y a beaucoup d'interactions entre les usagers qui échangent continuellement des mots ou se touchent pour exprimer leur accord. Ils se taquent et rient entre eux;

### ***Gains d'autonomie :***

- les diètes « purée » de plusieurs usagers ont été remplacées par des diètes « molles/hachées fin »;
- les déplacements deviennent plus faciles : longs et larges corridors par rapport à des petits corridors;
- un usager a commencé à se raser seul sous la surveillance d'un intervenant;
- les habiletés manuelles augmentent;
- l'alimentation est plus facile;

### ***La communauté s'implique auprès des usagers :***

- don de laine pour tricot;
- les usagers des autres unités tricotent pour les usagers (couvertures, pantoufles, etc.);
- les bénévoles ont été impliqués dans l'acquisition de jeux éducatifs.

## **6. Discussion des résultats**

Les indicateurs de satisfaction ont été adaptés du document « Résultats de l'enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, Régie régionale de Montréal-Centre ».

Les analyses et enquêtes faites ont été compilées afin de répondre à chaque indicateur.

Le tableau 8 à la page 78, La satisfaction des usagers/proches, résume chaque indicateur. Le chiffre qui apparaît à côté de l'indicateur précise les éléments suivants :

1. la satisfaction du point de vue des bénéficiaires;
2. les résultats d'enquête menée auprès des parents/proches des usagers;
3. la qualité de vie des usagers;
4. l'analyse des changements d'attitude du personnel ressource de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun;
5. les résultats de l'unité du projet au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun;

À la lumière des résultats obtenus et résumés au tableau 8, La satisfaction des usagers/proches, page 78, on peut déjà tirer certaines conclusions sur la satisfaction des usagers.

- La dignité tient du respect et de la considération que mérite une personne. Elle implique une acceptation de la différence. En effet, les intervenants acceptent la différence des usagers et se sont adaptés pour la mieux comprendre. Ils ont changé d'attitude et ont créé des liens affectifs avec les usagers. Ceci permet aux intervenants de mieux répondre aux besoins des usagers et de s'adapter à eux plutôt que d'adapter les usagers au système.
- L'intimité assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Elle requiert un environnement physique confortable et des comportements empreints d'attention et de discrétion. L'environnement de l'unité de transfert est confortable pour les usagers. Ils peuvent en tout temps circuler en sécurité et leur chambre procure l'intimité qu'ils cherchent selon leurs besoins. De plus, on peut ajouter que les intervenants donnent beaucoup d'attention et d'affection aux usagers. Leurs dossiers sont traités de façon discrète et sont disponibles seulement aux usagers ou à leurs parents.
- L'empathie, c'est exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne. Les intervenants ont tous une approche globale des usagers. Ils essaient continuellement de se mettre à leur place et de comprendre leurs souffrances et leurs besoins physiques et psychosociaux. Les intervenants ont, depuis, développé des moyens de communication très humains avec les usagers, ce qui leur permet d'intervenir plus efficacement.

- La fiabilité, c'est l'assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables (temps, environnement) tel que promis de façon implicite ou explicite. Elle implique compétence, cohérence et rigueur. Ceci implique que les intervenants soient compétents. Les intervenants ont été formés et leurs interventions sont sans doute à la hauteur de cette formation. Les résultats santé et psychosociaux obtenus à ce jour témoignent de cette compétence. Par rapport à l'information donnée aux usagers sur l'évaluation des besoins qui est faite, nous ne pouvons pas nous positionner, car la situation n'a pas été observée clairement.
- L'apaisement, c'est la capacité de calmer, de rassurer une personne, de lui apporter la sérénité. Les intervenants, sans aucun doute, se donnent le temps nécessaire pour bien expliquer chaque situation, même s'il s'agit d'une situation quotidienne comme manger, dormir, prendre les médicaments, etc. Ils s'assurent que les usagers comprennent bien et ils sont en tout temps souriants et intimes avec les usagers.
- La responsabilisation, c'est tout ce qui peut concourir à l'accroissement de l'autonomie de quelqu'un et de sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne. Sans aucun doute, ceci est une des forces des intervenants. Les usagers sont toujours écoutés. Par exemple, plusieurs des usagers ne veulent pas participer aux activités et vont choisir d'aller aux postes de travail, au salon ou à leur chambre. Quelques autres usagers n'aiment pas certains vêtements ou sont très liés à leurs routines. Les intervenants n'imposent pas le type de vêtement et acceptent les routines des usagers. Finalement, on peut citer que pendant une activité au Forum de Montréal, où quelques usagers sont allés regarder un match de hockey, vers la fin de la première période ils ont voulu rentrer, les intervenants ont écouté et ils sont rentrés à l'unité.
- La solidarité est tout ce qui peut favoriser le recours à l'entourage du client (sa famille, sa communauté) afin de l'impliquer de près ou de loin dans la solution d'un problème. En effet, les parents sont invités à participer aux activités des usagers. Ils sont appelés, s'il y a lieu. Les usagers qui en ont la capacité sont incités à faire eux-mêmes leurs appels téléphoniques. Trois usagers le font couramment. De plus, une vente de garage et une vente trottoir ont été réalisées par les usagers avec l'appui de la communauté et du voisinage.
- La facilité, c'est la simplicité d'utilisation et de compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. La simplicité concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser. Sans aucun doute l'organisation de l'unité témoigne bien de ce fait. Toutes les routines ont été remplacées par la spontanéité et la créativité du personnel ressource de l'unité. Les mots qu'ils utilisent sont faciles à comprendre, adaptés à chaque usager et pertinents à la situation. Les usagers semblent très bien comprendre les consignes et s'adapter sans problème majeur.

- La continuité, c'est l'assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information. Ceci a trait à la continuité et à la bonne circulation de l'information entre les différents établissements et au fait que le même intervenant s'occupe d'un usager d'une fois à l'autre. Les usagers ont tous choisi un intervenant. Les usagers, chaque fois qu'ils veulent exprimer un besoin, feront appel à leur intervenant par son nom ou bien ils feront savoir clairement lorsqu'ils ne sont pas contents de l'intervenant qu'ils ne voulaient pas. Les intervenants sont très sensibles et il existe des attachements évidents entre les intervenants et les usagers. Par rapport à la continuité, ceci n'a pas été testé ni observé pendant cette évaluation.
- La rapidité a trait au temps de réaction à une demande plus ou moins longue selon les attentes et les besoins du client. L'environnement du CHSLD permet que les usagers aient accès aux soins sur place et que ces soins soient disponibles sur demande et sans délai significatif.
- Le confort, c'est le sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre et ordonné et d'équipements parfaitement adaptés aux différentes situations. D'après tous les témoignages sur l'unité du projet, les lieux sont très confortables. Les équipements pour faire leur toilette ou prendre leur bain sont adaptés ainsi que leur lit et les ustensiles qu'ils utilisent pour manger. Les couloirs sont larges ce qui permet la circulation facile de marchettes ou de fauteuils roulants mis à la disposition des usagers qui en ont besoin.
- L'estime de soi a été observé par rapport à l'amélioration de l'aspect physique et à l'accès aux soins menant à une amélioration de l'aspect physique. Certains usagers se font faire une permanente et/ou teindre les cheveux, d'autres se sont laissés pousser les cheveux. Leur aspect est très agréable. Plusieurs ont du rouge à lèvres et portent des bijoux ou des montres qu'ils ont reçus en cadeaux des intervenants ou de leurs familles. L'unité est aussi intervenue chez les usagers édentés pour améliorer leur aspect physique. L'unité a aussi permis que certains usagers aient accès à l'optométriste pour améliorer leur vision.

**Tableau 8 : La satisfaction des usagers/proches<sup>14</sup>**

Questions	oui	non
<b>Dignité (2, 4)</b>		
• que l'on vous traite avec respect	X	
• que tous les gens soient traités sur un pied d'égalité sans aucune discrimination	X	
<b>Intimité (2)</b>		
• que l'on traite votre dossier de manière confidentielle	N/A	
• que l'établissement respecte votre intimité physique	X	
<b>Empathie (1, 3)</b>		
• que l'intervenant rencontré vous écoute attentivement et vous prenne au sérieux	X	
• que le personnel vous comprenne bien	X	
<b>Fiabilité(3, 4, 5)</b>		
• que le personnel rencontré soit compétent	X	
• que vous ayez une réponse aux évaluations de besoins qui sont faites.	N/A	
<b>Apaisement (1, 3, 4)</b>		
• que l'intervenant prenne le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape	X	
• que le personnel soit souriant	X	
<b>Responsabilisation (4)</b>		
• que l'on ne prenne pas de décision à votre place	X	
• que l'intervenant vous présente les différents choix possibles qui s'offrent à vous	X	
<b>Solidarité (3)</b>		
• que l'établissement vous incite à obtenir le support de votre entourage (parents, amis, gr. communautaires)		
• que l'on vous mette en contact avec d'autres personnes ou association de personnes qui ont vécu des problèmes similaires	X	
	X	
<b>Facilité (1, 4)</b>		
• que l'on vous parle avec des mots que vous pouvez facilement comprendre	X	
• que l'on vous donne toutes les indications requises sur où aller, quoi faire et ne pas faire	X	
<b>Continuité ((1,4)</b>		
• qu'il y ait une continuité et une bonne circulation de l'information entre les différents établissements		
• que le même intervenant s'occupe de vous d'une fois à l'autre	N/A	
	X	
<b>Accessibilité (2, 3, 4)</b>		
• que l'on vous donne de l'information adaptée à votre culture et à votre langue	X	
• que l'établissement soit facilement accessible par transport en commun ou qu'il soit possible de stationner à proximité	X	
<b>Rapidité</b>		
• que vos rendez-vous avec des professionnels soient obtenus rapidement	N/A	
• lorsque vous n'avez pas de rendez-vous, que le temps d'attente soit court	N/A	
<b>Confort (3)</b>		
• que les locaux et les équipements soient propres	X	
• que l'atmosphère soit agréable dans l'établissement	X	
• que la nourriture soit bonne	X	
• que l'on ne mélange pas les différents types de résidents	X	
• qu'il y ait des activités adaptées aux goûts et aux besoins de chacun	X	
<b>Estime de soi (3)</b>		
• amélioration de l'aspect physique	X	
• accès aux soins menant à une amélioration de l'aspect physique	X	

<sup>14</sup> Adapté de « Résultats de l'enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, Régie régionale de Montréal-Centre ».

## **Conclusion**

On peut affirmer, sans nul doute, un an après le transfert des usagers, que ces derniers sont dans un environnement satisfaisant et qu'ils en bénéficient. Il semble que ceux qui communiquent bien ou assez bien sont très heureux dans l'unité du projet. Pour les usagers dont l'état de santé s'est amélioré ou est resté stationnaire, le retour aux activités de réadaptation ou d'apprentissage s'est fait graduellement. L'environnement, plus adapté aux fauteuils roulants ou aux marchettes favorise l'amélioration de leur capacité à participer aux activités et leur offre une meilleure qualité de vie. Évidemment, il y a aussi des clients très malades qui ont été pris en charge par une unité qui leur donne des soins et de l'affection. Il faut ajouter que les personnes malades ont toujours été entourées par des usagers plus proches et par d'autres usagers qui s'intéressaient à leur état.

À la lumière des résultats, de l'opinion des parents, des sentiments des usagers, de la perception d'une éducatrice qui a accompagné les intervenants dans leur apprentissage et des observations faites par cette évaluation, on peut conclure que les usagers sont des personnes qui avaient besoin d'un nouvel environnement et qu'ils sont, dans l'unité du projet, à la bonne place.



# *ANNEXES*



## *Annexe I*

*Liste des répondants de l'évaluation du projet de transfert*



## Liste des répondants de l'évaluation du projet de transfert

### ***Régie régionale – Direction de la programmation et coordination***

Monique Chicoyne	Conseillère aux établissements, service d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle
Paulette Lépicier	Conseillère aux établissements, services personnes âgées
Mireille Perrault	Conseillère aux établissements, services de santé mentale

### ***Gabrielle Major***

Richard Paradis	Directeur de la qualité des services
Marie Picard	Chef de service à la Direction de la qualité des services
Danielle Asselin	Formatrice

### ***L'Intégrale***

Nicole Hébert	Coordonnatrice des services de réadaptation
André Lavoie	Chef de service

### ***Lisette Dupras***

Sylvie Dugas	Conseillère à la direction des services professionnels
--------------	--

### ***Miriam***

Majolaine Landry	Conseillère à la direction générale
------------------	-------------------------------------

### ***LPSTT***

Patrice Connoly	Directrice des services professionnels
Guy Laurendeau	Chef de service

***CHSLD Champlain-Manoir de Verdun***

Ghislain Girard	Directeur général
Andrée Dalphond	Chef d'unité
Claudette Simoneau	Assistante chef d'unité

***CHSLD St-Joseph de la Providence***

Pierre Saulnier	Directeur des soins infirmiers et des services hospitaliers
-----------------	---

***CRADI***

Hélène Morin  
Carmen Lahaie

## Nombre de répondants et d'informateurs clés

### *Chapitre 1 – Analyse du processus du projet de transfert*

Établissements	Nombre
Régie régionale	5
CRPDI	12
➤ Gabrielle Major	3
➤ L'Intégrale	2
➤ Miriam	5
➤ Lisette-Dupras	19
➤ LPSTT	1
<b>CHSLD Champlain-Manoir de Verdun</b>	2
<b>CHSLD St-Joseph de la Providence</b>	
<b>CRADI</b>	
<b>Total</b>	<b>52</b>

### *Chapitre 2 – La satisfaction des bénéficiaires*

Établissements	Nombre
CRPDI	7
➤ Gabrielle Major	1
➤ L'Intégrale	3
➤ Miriam	19
➤ LPSTT	19
<b>CHSLD Champlain-Manoir de Verdun</b>	8
<b>Bénéficiaires</b>	
<b>Familles</b>	

## LES INFORMATEURS

Le tableau suivant résume le nombre d'informateurs rencontrés pendant l'évaluation du projet de transfert.

INFORMATEURS	Nombre
Direction de la programmation et coordination– Régie régionale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services aux personnes âgées</li> <li>• Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle</li> <li>• Autres</li> </ul>	 1 1 3
CRPDI <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gabrielle Major</li> <li>➤ L'Intégrale</li> <li>➤ Miriam</li> <li>➤ Lisette-Dupras</li> <li>➤ LPSTT</li> </ul>	 12 3 3 2 5
CHSLD <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unité du projet en CHSLD</li> <li>➤ CH St-Joseph de la Providence</li> </ul>	 20 1
CRADI – Milieu associatif	2
Personnes vivant avec une déficience intellectuelle et en perte d'autonomie	19
Familles des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et transférées au CHSLD Champlain-Manoir de Verdun	8
<b>Total des personnes rencontrées</b>	<b>80</b>

## *Annexe II*

*Définition d'une personne en perte d'autonomie*



## Définition d'une personne en perte d'autonomie<sup>1</sup>

Dans un processus de croissance, d'apprentissage et d'éducation, l'être humain atteint un certain degré d'autonomie.

Cette autonomie est maintenue par des rapports avec son entourage, son environnement, par des moyens réguliers, spéciaux ou spécifiques.

L'âge, la maladie et ou le processus de vieillissement amènent, isolément ou de concert, l'individu à accuser des pertes face aux acquis personnels.

Cette perte peut être passagère ou s'installer de façon permanente. On peut alors parler de perte d'autonomie.

La personne a atteint un plateau, n'est plus dans un processus de réadaptation et démontre des pertes qui s'apparentent à un profil gériatrique.

Cette personne a des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou des pathologies ou chronique(s). Ce n'est pas tellement la nature de ces maladies qui en font une personne en perte d'autonomie mais plutôt leur simultanéité et surtout leurs répercussions fonctionnelles. Elle est atteinte de plusieurs incapacités fonctionnelles et présente une combinaison des grands facteurs suivants :

- incontinence;
- immobilité;
- instabilité (chutes);
- problèmes psychiques (dépression, problèmes cognitifs);
  - iatrogéniques (surmédication).



---

<sup>1</sup> Veuillez prendre note que cette définition n'est utilisée que dans le cadre de ce projet.



## *Annexe III*

*Calendrier des rencontres dans le cadre de l'évaluation  
de la clientèle en perte d'autonomie des CRPDI*



Voici le calendrier des rencontres dans le cadre de l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie des CRPDI :

Lundi 2 juin	8h30 à 15h30	<b>CR Gabrielle Major</b> Madame Marie Picard
Mardi 3 juin	8h30 à 12h00	<b>CR de l'Ouest de Montréal</b> Madame Johanne Desrochers
	13h30 à 15h30	<b>CR Gabrielle Major</b> Madame Marie Picard
Mercredi 4 juin	10h00 à 12h00	<b>CR Gabrielle Major</b> Madame Marie Picard
Jeudi 5 juin	8h30 à 12h00	<b>CR Lisette-Dupras</b> Madame Lise Robitaille
	13h30 à 15h30	<b>CR L'Intégrale</b> Mesdames Constance Caron et Lise Guay
Vendredi 6 juin	8h30 à 15h30	<b>CR de l'Ouest de Montréal</b> Madame Johanne Desrochers
Lundi 9 juin	8h30 à 12h00	<b>CR Miriam</b> Madame Sandy Rosner

**Les rencontres se tiendront au bureau 544 (Berri)**

Paulette Lépicier, poste 5545

Monique Chicoyne, poste 5502



## *Annexe IV*

*Questionnaires à l'intention des CRPDI et du CHSLD*





- 5) Avez-vous envisagé d'autres solutions que celle du transfert des bénéficiaires vers un CHSLD? Si oui, lesquelles ?

▪ **ENTENTES :**

- 1) Y a-t-il eu des ententes dans le cadre du projet? Si oui, veuillez décrire :

Ententes	Avec qui ?	Contenu ?
Formelles (signées)		
Informelles		



➤ Avec la Régie régionale

➤ Autres, spécifiez.

## **PARTENARIAT**

1) Veuillez identifier vos partenaires dans le cadre de ce projet, les responsabilités de chacun et le partage des responsabilités.

➤ Partenaires

➤ Responsabilités

➤ Activités menées en partenariat

2) Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au partenariat :

- Très satisfait
- Satisfait
- Plus ou moins satisfait
- Pas satisfait

Justifiez votre choix de réponse

3) Avez-vous des améliorations à proposer afin d'améliorer le niveau de partenariat dans le cadre de ce projet ?

## **ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES ET BUDGET**

1) Veuillez décrire les activités que vous avez menées afin d'organiser vos ressources :

➤ Ressources humaines :

➤ Budget :

## **QUESTIONS OUVERTES**

1) Quelles sont les forces et faiblesses de ce projet ?

2) Quelles améliorations aimeriez-vous proposer ?

**3) SI C'ÉTAIT À REFAIRE ?**





4) Quelles sont les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

5) Quels changements souhaiteriez-vous apporter à cette partie du projet ?

▪ **ÉVALUATION DES BÉNÉFICIAIRES :**

1) Comment avez-vous procédé pour identifier les bénéficiaires du transfert ?

2) Quelle est votre interprétation de la **perte d'autonomie** ?

3) Y avait-il un consensus dans l'équipe de travail par rapport à la définition de « perte d'autonomie » ?

4) Qui a effectué l'évaluation :

- L'intervenant direct du bénéficiaire
- Une personne ressource qui ne connaissait pas le bénéficiaire
- Une personne ressource qui connaissait le bénéficiaire
- Autres

Justifiez votre réponse.

5) Quand vous avez appliqué le critère de perte d'autonomie aux bénéficiaires, étiez-vous :

- Très familiarisé avec le critère pour l'appliquer
- Suffisamment familiarisé avec le critère pour l'appliquer
- Plus ou moins familiarisé avec le critère pour l'appliquer
- Pas assez familiarisé avec le critère pour l'appliquer

Expliquez et justifiez votre réponse.

6) Avez-vous appliqué le critère de perte d'autonomie à l'ensemble des clients de votre CRPDI ou seulement à une population prédéterminée ? Expliquez et justifiez votre réponse.

- 7) Avez-vous utilisé d'autres critères que celui de la perte d'autonomie pour évaluer les bénéficiaires ? Justifiez votre réponse.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 8) Auriez-vous préféré utiliser d'autres critères d'évaluation ? Justifiez votre réponse.

### **BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES**

- 1) Veuillez expliquer quelles ont été les activités que vous avez développées afin de déterminer les besoins des bénéficiaires ?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2) Avez-vous utilisé d'autres instruments à part le CTMSP afin d'évaluer les besoins des bénéficiaires ? Justifiez votre réponse.

3) Les personnes ressources qui ont appliqué le CTMSP aux bénéficiaires afin d'identifier leurs besoins, étaient :

- bien familiarisées avec l'outil
- connaissaient plus ou moins l'outil
- connaissaient l'outil mais ne l'avaient jamais appliqué
- avaient entendu parler de l'outil
- n'avaient jamais entendu parler de l'outil

Justifiez votre choix de réponse.

4) Avez-vous eu besoin de formation pour appliquer l'outil d'évaluation afin d'identifier les besoins des bénéficiaires ?

5) Selon votre expérience, l'application de l'outil d'évaluation CTMSP était :

- facile
- compliquée
- difficile

Justifiez votre choix.

6) À quel moment avez-vous statué qu'un transfert était possible ?

- Avant le processus d'identification des bénéficiaires ?
- Dans le processus d'identification des bénéficiaires ?
- Dans le processus d'évaluation des besoins ?
- Dans le processus de consultation de leur familles?

Justifiez votre réponse.

7) Veuillez expliquer les améliorations que vous aimeriez envisager, par rapport à cette partie de l'évaluation, dans le cadre d'autres projets similaires.

#### ▪ PARTICIPATION DES FAMILLES

1) Combien de bénéficiaires identifiés (transférés ou pas transférés) :

- (a) étaient sous la Curatelle publique, sans familles auprès d'eux ? \_\_\_\_\_
- (b) étaient sous la Curatelle publique, avec de la famille auprès d'eux ? \_\_\_\_\_
- (c) n'étaient pas sous la Curatelle publique et dont la famille ne s'occupait pas d'eux ? \_\_\_\_\_
- (d) étaient visités régulièrement par leur famille ? \_\_\_\_\_
- (e) n'étaient visités que lors d'événements spéciaux par leur famille \_\_\_\_\_
- (f) n'avaient aucune visite de leur famille \_\_\_\_\_
- (g) autres possibilités \_\_\_\_\_

2) A quel groupe, décrit ci-haut, correspondent le ou les bénéficiaires qui ont été transférés vers Champlain-Verdun ?

3) Voudriez-vous expliquer la procédure qui a été suivie avant l'envoi de la lettre de consentement destinée aux parents. On voudrait savoir :

- ➔ Si vous les avez contactés par téléphone avant ?
- ➔ Si vous les avez rencontrés ?
- ➔ Si vous leur avez donné la lettre de consentement en mains propres ?
- ➔ etc.

4) Quel a été le taux de réponse à la lettre de consentement au transfert de leurs enfants ?

5) Quelle a été la réponse des parents et pourquoi, selon vous ?

6) La participation des familles dans la détermination des besoins et leur consentement écrit étaient selon vous :

- Très importants pour procéder au transfert
- Très importants mais pas obligatoires pour procéder au transfert
- Pas très importantes, car il s'agissait d'un choix plutôt clinique.
- Pas importantes

Justifiez votre réponse.

7) Veuillez expliquer les améliorations que vous envisagez, par rapport à cette partie de l'évaluation, dans le cadre d'autres projets similaires ?

▪ **QUESTIONS RELATIVES AU TRANSFERT DES BÉNÉFICIAIRES VERS LE CHSLD**

1) Veuillez expliquer en détail les activités que vous avez menées afin de faciliter le transfert des bénéficiaires vers le CHSLD Champlain-Verdun

- 2) Veuillez expliquer si, oui ou non, vous avez fait des Plans de services pour chaque bénéficiaire. Justifiez votre réponse.
- 3) Veuillez expliquer comment vous avez procédé afin de produire les Plans de services pour chaque bénéficiaire.
- 4) À quel moment avez-vous transféré les dossiers des bénéficiaires vers le CHSLD ?
- Avant le transfert du bénéficiaire
  - Avec le transfert du bénéficiaire
  - Après le transfert du bénéficiaire

Justifiez votre réponse

- 5) Veuillez expliquer quelles activités complémentaires aux Plans de services ont été mises en place pour assurer le transfert des bénéficiaires.
- 6) Avez vous prévu du personnel d'accompagnement afin que les bénéficiaires puissent bénéficier des meilleures conditions de transfert possibles ? Si oui, spécifiez le temps en heures/bénéficiaire, jours/bénéficiaire, etc.



3) SI C'ÉTAIT À REFAIRE ?

## *Annexe V*

*Centre de réadaptation Gabrielle Major  
Questionnaire adressé aux usagers en occupation de jour*



**CENTRE DE RÉADAPTATION GABRIELLE-MAJOR**

**QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX USAGERS  
EN OCCUPATION DE JOUR**

Choisis la phrase qui correspond le mieux à ce que tu vis tous les jours lorsque tu es :

### DIMENSIONS RELATIONNELLES

A. DIGNITÉ			
QA1	Tu n'es pas obligé de faire des activités que tu ne veux pas faire. 1	OU	Tu es obligé de faire des activités que tu ne veux pas faire. 2
QA2	Les intervenants ne s'occupent pas aussi bien de toi que des autres personnes avec qui tu travailles. 1	OU	Les intervenants s'occupent aussi bien de toi que des autres personnes avec qui tu travailles. 2
QA3	Les intervenants te parlent comme à un adulte. 1	OU	Les intervenants te parlent comme à un enfant. 2

B. INTIMITÉ			
QB1	Personne ne touche à tes affaires personnelles. 1	OU	Parfois, les autres personnes avec qui tu travailles prennent tes affaires personnelles. 2
QB2	Ton intervenant parle de tes difficultés devant les autres personnes avec qui tu travailles. 1	OU	Ton intervenant ne parle jamais de tes difficultés devant les autres personnes avec qui tu travailles. 2
QB3	C'est possible pour toi de te retirer lorsque tu as besoin d'être seul ou de parler à quelqu'un. 1	OU	Ce n'est pas possible pour toi de te retirer lorsque tu as besoin d'être seul ou de parler à quelqu'un. 2



Choisis la phrase qui correspond le mieux à ce que tu vis tous les jours lorsque tu es :

C. EMPATHIE		
QC1	Les intervenants te prennent au sérieux. 1	OU Les intervenants ne te prennent pas au sérieux. 2
QC2	Ton intervenant ne comprend pas toujours ce que tu lui dis. 1	OU Ton intervenant te comprend bien quand tu lui demandes quelque chose. 2

### DIMENSIONS PROFESSIONNELLES

D. FIABILITÉ		
QD1	Quand ton intervenant te promet quelque chose, il le fait toujours. 1	OU Parfois, ton intervenant te dit qu'il va faire quelque chose et il ne le fait pas. 2
QD2	Tu n'aimes pas la façon dont ton intervenant s'occupe de toi. 1	OU Ton intervenant s'occupe bien de toi. 2
QD3	Si tu n'es pas content, tu peux le dire. 1	OU Si tu n'es pas content, tu ne peux pas l'exprimer. 2

Choisis la phrase qui correspond le mieux à ce que tu vis tous les jours lorsque tu es :

E. RESPONSABILISATION		
QE1	Tu peux choisir les activités que tu veux faire. 1	OU C'est ton intervenant qui choisit les activités que tu dois faire. 2
QE2	Quand tu veux faire quelque chose de nouveau, personne ne t'aide à le faire. 1	OU Ton intervenant t'aide quand tu veux faire quelque chose de nouveau. 2
QE3	Tu peux prendre de l'initiative dans ton travail lorsque c'est possible. 1	OU Ce n'est jamais possible de prendre de l'initiative dans ton travail. 2

F. APAISEMENT		
QF1	Tu te sens bien avec ton intervenant. 1	OU Tu n'es pas bien avec ton intervenant. 2
QF2	Tes intervenants et tes moniteurs sont souriants. 1	2 Tes intervenants et tes moniteurs ne sourient jamais.
QF3	Quand tu lui poses des questions, ton intervenant ne prend pas toujours le temps de te répondre. 1	OU 2 Ton intervenant prend toujours le temps de répondre à tes questions.

Choisis la phrase qui correspond le mieux à ce que tu vis tous les jours lorsque tu es :

G. SOLIDARISATION			
QG1	Ta famille ou ton entourage t'aide à trouver des solutions aux problèmes que tu vis. 1	OU	Ta famille ou ton entourage ne t'aide jamais à trouver des solutions aux problèmes que tu vis. 2
QG2	Ton intervenant t'encourage à demander conseil aux autres personnes lorsque tu rencontres une difficulté. 1	OU	Ton intervenant ne t'encourage jamais à demander conseil aux autres personnes lorsque tu rencontres une difficulté. 2

### DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES

H. FACILITÉ			
QH1	Tu comprends bien les moniteurs et les intervenants quand ils te parlent. 1	OU	C'est difficile de comprendre les intervenants et les moniteurs quand ils te parlent. 2
QH2	Les équipements sont faciles à utiliser là où tu travailles. 1	OU	Tu trouves ça compliqué d'utiliser les équipements là où tu travailles. 2



Choisis la phrase qui correspond le mieux à ce que tu vis tous les jours lorsque tu es :

I. CONTINUITÉ			
QI1	L'intervenant qui s'occupe de toi est toujours le même. 1	OU	Tu changes souvent d'intervenant. 2
QI2	Les nouveaux moniteurs que tu rencontres dans les centres d'activités te connaissent bien. 1	OU	Les nouveaux moniteurs dans les centres d'activités te demandent toujours des renseignements sur toi. 2
QI3	Les intervenants te demandent tous la même chose. 1	OU	Les différents intervenants ne te demandent jamais les mêmes choses. 2

J. ACCESSIBILITÉ			
QJ1	Ton milieu de travail (...occupation de jour) est près de chez-toi. 1	OU	Ton milieu de travail (...occupation de jour) est loin de chez-toi. 2
QJ2	Tu peux faire les activités que tu veux dans ton milieu de travail (...occupation de jour). 1	OU	Tu ne peux pas faire les activités que tu veux faire dans ton milieu de travail (...occupation de jour). 2

QJ3	<p>Qu'est-ce qui t'empêche de faire les activités que tu veux faire?</p>	<p>Accompagnement Transport Horaire Équipements non adaptés Équipements manquants Manque d'argent Autre (précise): _____</p> <p>01 02 03 04 05 06 96</p>
-----	--	--

Choisis la phrase qui correspond le mieux à ce que tu vis tous les jours lorsque tu es :

K. RAPIDITÉ		
QK1	<p>Quand tu demandes d'être inscrit à un service, tu dois attendre longtemps avant d'avoir ce service.</p> <p>1</p>	<p>OU</p> <p>Quand tu demandes d'être inscrit à un service tu n'attends pas très longtemps avant d'avoir ce service.</p> <p>2</p>
QK2	<p>C'est facile et rapide pour toi de rejoindre ton intervenant lorsque tu as un problème.</p> <p>1</p>	<p>OU</p> <p>Ça te prend beaucoup de temps pour rejoindre ton intervenant lorsque tu as un problème.</p> <p>2</p>

L. CONFORT		
QL1	<p>Les locaux et les meubles là où tu travailles ne sont pas confortables.</p> <p>1</p>	<p>OU</p> <p>C'est confortable là où tu travailles.</p> <p>2</p>
QL2	<p>Là où tu travailles, c'est propre.</p> <p>1</p>	<p>OU</p> <p>Là où tu travailles, ce n'est pas propre.</p> <p>2</p>

QL3	Dans ton milieu de travail (...d'occupation de jour), tu n'as pas le temps de manger à ta faim. 1	OU	Dans ton milieu de travail (...d'occupation de jour), tu as le temps de manger à ta faim. 2
-----	---	----	---

QM1. Selon toi, est-ce qu'il y a des choses qui devraient être faites autrement?

01

NON

96

OUI (précisez):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## *Annexe VI*

*Lettre de la Régie régionale*





Le 28 février 1997

**Objet : Problématique d'accès aux ressources résidentielles pour les personnes en perte d'autonomie**

Madame,

Dans le cadre de la recherche sur la problématique d'accès aux ressources résidentielles des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la région de Montréal-Centre tirée du document «État de situation des ressources résidentielles et validation des listes d'attente; PERREAULT, Mirville; Régie régionale de Montréal-Centre; 7 novembre 1996», et en accord avec votre directeur général, nous donnons suite présentement à la recommandation concernant les personnes en perte d'autonomie.

Il s'agit de mettre à jour le volume de la clientèle en perte d'autonomie ou présentant des problèmes majeurs de santé physique actuellement hébergée dans les ressources résidentielles de votre établissement ou inscrite sur votre liste d'attente. Pour ce faire, vous trouverez ci-joint un tableau que nous vous invitons à compléter et à nous retourner d'ici le 11 mars 1997.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

*Monique Chicoyne*

Monique Chicoyne  
Conseillère  
Services aux personnes handicapées

MC/lt/rg

p.j.

c.c. M. René Grenier, Régie régionale de Montréal-Centre  
3725, RUE SAINT-DENIS, MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9

