

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE PRESENTE A
L'UNIVERSITE DU QUEBEC EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN GESTION DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

PAR: MARCELIN CHAUMONT

ELABORATION D'UNE PROPOSITION D'IMPLANTATION
D'UNE EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE AU
CENTRE D'ACCUEIL DUHAMEL DE
VILLE-MARIE

JUIN 1989



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Ce mémoire a été réalisé à
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Dans le cadre du programme de la Maîtrise
en gestion des petites et moyennes organisations

Extensionné de l'Université du Québec à Chicoutimi

REMERCIEMENTS

Mon premier remerciement s'adresse à Mme Chantal Gravel, directrice du présent mémoire, pour son intérêt et sa collaboration à la réalisation de cette recherche-action. Ses précieux conseils, sa disponibilité, sa rigueur et son amitié m'ont permis de cheminer efficacement dans l'élaboration de cette étude.

Je veux également souligner ma reconnaissance à tous ceux et celles qui m'ont supporté dans cette démarche et de façon plus précise:

Ma famille, Raymonde, Julie, Mylène et Marie-Pier, pour leur tolérance à mes nombreuses absences pour rédiger le présent mémoire.

Au Centre d'accueil Duhamel, son Conseil d'administration, ses bénéficiaires et son personnel pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser un tel mandat, puis d'avoir collaboré merveilleusement avec moi tout au long du processus.

Au Conseil régional de la Santé et des Services sociaux, pour leur encouragement.

A des ami-e-s particuliers-ères qui se reconnaîtront, en lisant ses lignes, pour leur présence, leur temps et leurs intérêts à la réussite de mon objectif.

Enfin, Mme Michèle Grenier, soutien technique, pour sa disponibilité, sa rapidité et son professionnalisme.

RESUME

La recherche-action qui s'est déroulée au Centre d'accueil Duhamel visait à élaborer un modèle d'intervention spécifique dont a découlé une proposition d'implantation d'une équipe multidisciplinaire.

La méthodologie utilisée a été celle des systèmes souples adaptés par Paul Prévost pour le diagnostic-intervention.

L'élaboration de l'image riche a permis de bien situer la réalité de cette organisation au niveau du processus, des indicateurs et du rôle du super-système.

Les candidats identifiés au poste de problème provenaient de trois zones d'activités: intervention-client, gestion et ressources humaines. Un consensus s'est dégagé autour du problème de l'intervention-client, justifié par les tendances de l'environnement humain, la présence de certains indicateurs de même que par la préoccupation du Conseil d'administration à maintenir une qualité de vie à sa clientèle.

Le système d'intervention multidisciplinaire se présente comme un modèle mixte de l'approche médicale et humaniste.

Sur un postulat de Callista Roy qui énonce que "La personne humaine est un être bio-psychosocial en continue adaptation sur un con-

tinuum santé-maladie"; le système d'intervention multidisciplinaire entend y répondre en faisant appel à la synergie des ressources du milieu intervenant qui vont contribuer à maintenir en relative équilibre les modes d'adaptation des bénéficiaires.

Le rôle de l'EM est de s'assurer d'une intervention optimale auprès du bénéficiaire. Tous les intervenants mettent en commun leurs connaissances et leur savoir-faire pour résoudre un problème médical et/ou psycho-social qu'il s'agisse de prévention, de traitement ou de réadaptation.

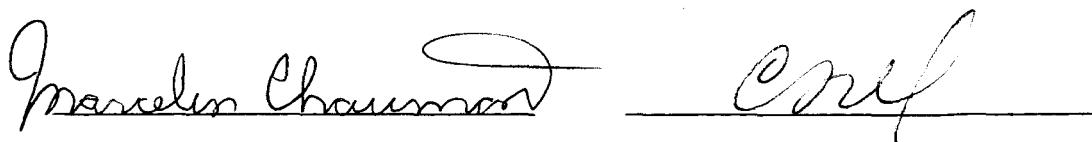
L'outil que constitue le plan d'intervention individualisé permet l'organisation systématique des actions que comptent entreprendre un ou des intervenants en vue de seconder la personne en difficulté dans la solution de ses problèmes.

La réussite de l'implantation du système d'intervention multidisciplinaire repose d'abord sur trois conditions essentielles: premièrement, être priorisé par le Conseil d'administration; deuxièmement, investir humainement et financièrement dans l'implantation du système et enfin, prendre le temps nécessaire.

Cette intervention se veut une recherche-action. La complicité chercheur-acteur a été très présente, basée sur une communication-négociation qui n'a pu qu'enrichir le savoir cognitif, le savoir-faire et le savoir-être du chercheur et des acteurs.

Cette recherche-action a été source d'apprentissage et de dépassement pour le chercheur, particulièrement au niveau de la réflexion méthodologique.

Le système d'intervention multidisciplinaire est un outil accessible, opérationnel et surtout souhaité par le Conseil d'administration.

The image shows two handwritten signatures. The signature on the left is "Marcelin Chaumont" and the signature on the right is "Chantal Gravel". Both signatures are written in cursive ink and are positioned above horizontal lines.

Marcelin Chaumont

Etudiant

Chantal Gravel

Directrice de recherche

TABLE DES MATIERES

	page
REMERCIEMENTS.....	ii
RESUME.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES FIGURES.....	xiv
LISTE DES ANNEXES.....	xv
LEGENDE DES FIGURES.....	xvi
LEXIQUE.....	xvii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I - PRESENTATION DE L'ORGANISATION (PMOP).....	4
1.1 Historique.....	4
1.2 Problématique.....	5
1.3 Modes de fonctionnement.....	6
1.3.1 La méthodologie.....	6
1.3.2 Positionnement des intervenants.....	7
1.3.3 Validation.....	9
1.4 Attentes du client.....	11
CHAPITRE II - DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DU SUPER-SYSTEME...	13
2.1 Légal.....	13
2.2 Environnement économique.....	14
2.3 Physique.....	15
2.4 Socio-politique.....	16

	Page
CHAPITRE III - DESCRIPTION DES STRUCTURES.....	20
3.1 Rôle et composition.....	20
3.2 Organigramme et responsabilités.....	22
3.3 Structure physique.....	22
CHAPITRE IV - DESCRIPTION DU PROCESSUS.....	27
4.1 Description du système général.....	27
4.2 Description des processus.....	31
4.2.1 Description du sous-système sélection.....	31
4.2.2 Description du sous-système accueil.....	34
4.2.3 Description du sous-système intervention.....	36
4.2.4 Description du sous-système retrait.....	43
4.2.5 Description du sous-système gestion.....	45
CHAPITRE V - DESCRIPTION DES INDICATEURS ET DU CLIMAT ORGANISATIONNEL.....	52
5.1 Ressources humaines.....	52
5.1.1 Stabilité de la main-d'œuvre.....	52
5.1.2 Formation de la main-d'œuvre.....	53
5.1.3 Evaluation du personnel.....	53
5.1.4 Le Conseil d'administration.....	54
5.1.5 La direction.....	56
5.2 Ressources financières.....	57
5.3 Technologie, recherche.....	60
5.4 Description du climat organisationnel.....	61

	page
CHAPITRE VI - SELECTION DU PROBLEME A ETUDIER.....	66
6.1 Candidats au poste de problème.....	66
6.1.1 Intervention-client.....	66
6.1.2 Gestion.....	66
6.1.3 Ressources humaines.....	67
6.1.4 Choix du problème.....	68
6.2 Définition du système pertinent.....	69
6.3 Justification du système pertinent.....	70
CHAPITRE VII - CONCEPTUALISATION.....	72
7.1 Fondements du modèle.....	72
7.2 Justification du modèle conceptuel à la problématique re-.... tenue.....	77
7.3 Description du modèle (système d'intervention mutidiscipli- naire.....	78
7.3.1 Phase de planification.....	78
7.3.1.1 Situer le système dans l'environnement du Centre.....	78
7.3.1.2 Concept d'intervention.....	78
7.3.1.3 Evaluer les ressources actuelles, ses limites.....	81
7.3.1.4 Prendre la décision de créer un EM.....	82
7.3.2 Phase de conception.....	83
7.3.2.1 Définir les objectifs d'intervention d'un EM.	83
7.3.2.2 Elaborer un devis de fonctionnement.....	84

	page
7.3.2.2.1 Choisir le profil de composition..	84
7.3.2.2.2 Déterminer rôles et mandats.....	85
7.3.2.2.3 Préciser le mode de fonctionnement	86
7.3.2.2.4 Proposer des outils d'intervention et d'évaluation.....	86
7.3.3 Phase d'exécution.....	88
7.3.3.1 Présenter le devis aux intervenants pour acceptation.....	88
7.3.3.2 Allouer les ressources requises.....	89
7.3.3.3 Etablir l'échéancier et les modalités d'implantation.....	89
7.3.3.4 Evaluer, contrôler, relancer.....	90
7.3.4 Validation du système ou du modèle conceptuel.....	90
 CHAPITRE VIII - COMPARAISON ET IMPLANTATION DU SYSTEME.....	 92
8.1 Comparaison.....	92
8.2 Implantation.....	93
8.2.1 Recommandations.....	94
 CHAPITRE IX - REFLEXIONS SUR LA METHODOLOGIE.....	 98
9.1 Généralités.....	98
9.2 La recherche-action.....	98
9.3 La méthodologie des systèmes souples.....	103
9.4 Le mandat.....	104
9.5 Le mandant.....	105

	page
9.6 Le mandataire.....	105
9.6.1 Biais chercheur-acteur.....	105
9.6.2 Avantages.....	106
9.6.3 Inconvénients.....	106
9.7 Image riche.....	108
9.8 Ancrage et conceptualisation.....	111
9.9 Opérationnalisation-implantation.....	112
9.10 Conclusion.....	113
 CHAPITRE X - ORIENTATIONS D'UNE UNITE SPECIFIQUE.....	116
10.1 Introduction.....	116
10.2 Principes généraux.....	117
10.2.1 La connaissance du bénéficiaire et la reconnaissance de son droit à des services de qualité.....	119
10.2.2 La promotion de l'autonomie et de l'épanouissement du bénéficiaire par une aide personnalisée.....	119
10.2.3 L'assurance d'une meilleure qualité de vie.....	123
10.3 La mixité des clientèles.....	125
 CONCLUSION.....	129
BIBLIOGRAPHIE.....	132
REFERENCES.....	135
ANNEXES.....	137

LISTE DES TABLEAUX

	page
TABLEAU 1	76

LISTE DES FIGURES

	page	
FIGURE 1	Organigramme du Centre d'accueil Duhamel.....	23
FIGURE 2	Système général du Centre d'accueil Duhamel.....	28
FIGURE 3	Entité valeurs.....	30
FIGURE 4	Flux du sous-système sélection.....	32
FIGURE 5	Flux du sous-système accueil.....	35
FIGURE 6	Flux du sous-système d'intervention.....	38
FIGURE 7	Flux du sous-système d'intervention.....	39
FIGURE 8	Flux du sous-système d'intervention.....	40
FIGURE 9	Flux du sous-système retrait.....	44
FIGURE 10	Flux du sous-système gestion.....	46
FIGURE 11	Système d'intervention multidisciplinaire.....	79
FIGURE 12	Etapes d'implantation d'un système d'intervention multidisciplinaire au niveau du Conseil d'adminis- tration et du Comité d'implantation.....	95

LISTE DES ANNEXES

	page
ANNEXE 1	Le mandat.....
ANNEXE 2	Carte du Témiscamingue.....
ANNEXE 3	Répartition du personnel et statut.....
ANNEXE 4	Formulaires "Profil du bénéficiaire", "Guide d'utilisation du profil du bénéficiaire", "Formulaire du plan d'intervention" et "Guide d'utilisation du plan d'intervention".....
ANNEXE 5	Proposition d'une stratégie pour l'implantation d'un cadre de référence et du plan d'intervention en centre d'accueil d'hébergement.....

LEGENDE DES FIGURES

Légende du système général et des sous-systèmes



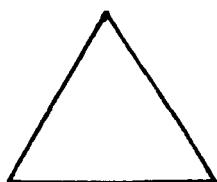
Flux et direction de l'activité organisationnelle (clinique, soutien et administration) et information



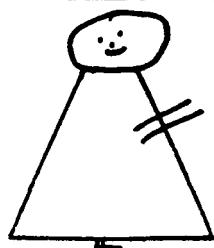
Flux et direction de l'activité humaine (bénéficiaire)



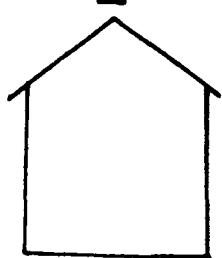
Forme de nuage signifie l'environnement



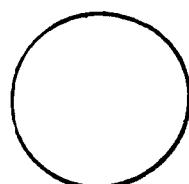
Triangle signifie le super-système



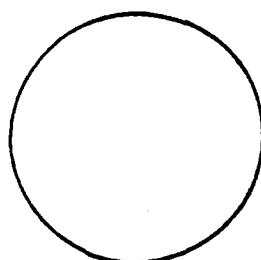
Personnage signifie les activités humaines du bénéficiaire à l'intérieur du système général et des sous-systèmes



Forme d'habitation signifie les activités organisationnelles à l'intérieur du système général et des sous-systèmes



Petit cercle signifie l'entité valeurs



Grand cercle signifie le système qu'est le Centre d'accueil Duhamel, englobant les sous-systèmes et l'entité

LEXIQUE

ACAQ:	Association des Centres d'accueil du Québec
CA:	Conseil d'administration
CAD:	Centre d'accueil Duhamel
CAH:	Centre d'accueil d'hébergement
CHSLD:	Centre hospitalier soins de longue durée
CMDP:	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COA:	Comité Orientation Admission
CSS:	Centre de Services sociaux
CS:	Centre de santé
CTMSP:	Classification par type en milieu de soins prolongés
CRSSS:	Conseil régional de la Santé et des Services sociaux
EM:	Equipe multidisciplinaire
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
SIM:	Système d'intervention multidisciplinaire
SPL:	Services de première ligne
TSP:	Travailleur social professionnel

INTRODUCTION

Le Centre d'accueil Duhamel est une organisation préoccupée par les changements psycho-physiologiques qui touchent sa clientèle âgée. Cette préoccupation a incité le Conseil d'administration à accorder un mandat de recherche-action à un consultant en 1986.

La clientèle vivant en centre d'accueil s'est considérablement modifiée au cours des dernières années, en se caractérisant par une détérioration grandissante de son état de santé. La pression accrue sur la demande des soins et services est vécue difficilement par le personnel et les gestionnaires.

Ainsi, la méthodologie utilisée a été celle des systèmes souples adaptée pour le diagnostic intervention. De plus, l'élaboration de l'image riche a permis de bien situer la réalité de cette organisation au niveau du processus, des indicateurs et du rôle du super-système.

Les candidats identifiés au poste de problème provenaient de trois zones d'activités: l'intervention-client, la gestion globale et les ressources humaines proprement dites. Les principaux modes de validation utilisés par le chercheur, tant à l'interne qu'à l'externe, ont permis de dégager un consensus autour du problème de l'intervention-client. Ce choix a été justifié par les tendances de l'environnement humain, la présence de certains indicateurs et par la grande préoccupation du Conseil d'administration de l'organisation à vouloir maintenir une qualité de vie à sa clientèle.

La démarche suivie par le chercheur vise à développer une vision globale des besoins de la personne âgée, laquelle devant recevoir des services appropriés en complément avec l'ensemble des intervenants.

Dans le but d'actualiser cette vision, l'intervention multidisciplinaire structurée y occupe un rôle majeur comme processus de résolution de problèmes. Le système d'intervention multidisciplinaire est présenté comme un modèle mixte de l'approche médicale et humaniste. Il fait appel à la synergie des ressources du milieu intervenant qui vont contribuer à maintenir en équilibre relatif les modes d'adaptation des bénéficiaires.

Alors, le rôle de l'équipe multidisciplinaire est de s'assurer d'une intervention optimale auprès du bénéficiaire. Tous les intervenants mettent en commun leurs connaissances et leur savoir-faire pour résoudre un problème médical et/ou psycho-social qu'il s'agisse de prévention, de traitement ou de réadaptation. La réussite de l'implantation du système d'intervention multidisciplinaire repose donc sur trois conditions essentielles: premièrement, être retenu comme prioritaire par le Conseil d'administration, deuxièmement, consentir les ressources humaines et financières requises et troisièmement, se donner le temps nécessaire à l'aboutissement d'une telle implantation.

Aussi, une réflexion sur la méthodologie vient mettre en lumière les avantages et les inconvénients de cette démarche par rapport à la problématique énoncée en début de recherche.

Le chercheur, suite à cette démarche de recherche-action, a cru opportun d'énoncer les grands principes qui sous-tendent le fonctionnement d'unités spécifiques. En effet, ces unités spécifiques ont pour but de favoriser le regroupement de bénéficiaires à partir de comportements plutôt que de pathologies. Il s'agit alors de regrouper cette clientèle dans des unités spécifiques à l'intérieur d'établissements actuels plutôt que d'en faire la vocation spécifique d'un établissement.

Ces unités se voudront donc une réponse à la complémentarité des services requis par la clientèle et par une augmentation de la qualité de vie en milieu institutionnel.

CHAPITRE I

CHAPITRE I
PRESENTATION DE L'ORGANISATION

1.1 HISTORIQUE

Le Centre d'accueil Duhamel est un centre de services gérontologiques communément appelé, dans le réseau de la Santé et des Services sociaux, Centre d'accueil d'hébergement.

Il s'agit, en fait, d'une corporation à but non lucratif opérant principalement à Ville-Marie, chef-lieu du comté de Témiscamingue.

Ce Centre est ouvert, depuis le 23 août 1978, aux bénéficiaires âgés ayant des pertes d'autonomie d'ordre physique et/ou psychique, relativement importantes.

Ce Centre a une capacité de 60 bénéficiaires, plus un lit de dépannage; il compte de plus un centre de jour. Deux pavillons dont l'un à Notre-dame-du-Nord et l'autre à Témiscaming sont rattachés, au niveau clinique et administratif, au Centre d'accueil Duhamel. Un pavillon dispense déjà les services de centre de jour; pour l'autre, cela se fera sous peu. Aussi, un troisième pavillon est projeté pour 1987 à Belleterre, dans l'Est du comté.

Les pavillons reçoivent une clientèle plus légère, c'est-à-dire en moins grande perte d'autonomie.

1.2 PROBLEMATIQUE

La clientèle du Centre d'accueil Duhamel est composée majoritairement de personnes âgées de 65 ans et plus, caractérisées par une diminution importante de leurs facultés bio-psychosociales telle qu'elle justifie un hébergement institutionnel et protégé. Cette perte d'autonomie chez l'individu est le résultat de plusieurs déficiences conjuguées avec l'insuffisance de moyens pour les compenser; peu importe si cette insuffisance de moyens provient des capacités de la personne elle-même, de celles de son entourage ou de celles du réseau d'aide communautaire.

Lors du séjour de la personne âgée en centre d'accueil, celle-ci requiert de façon croissante des soins et services en regard de ses pertes d'autonomie. Dès lors, l'adéquation entre la demande et l'offre (ressources humaines disponibles aux soins et services) devient imparfaite, ce qui peut altérer la qualité de vie de la personne âgée dans ce milieu institutionnel.

Le personnel vit de plus en plus difficilement la lourdeur de la tâche et la détérioration grandissante de l'état de santé de la clientèle; il a besoin d'être valorisé et de sentir une énergie commune pour rencontrer les besoins des bénéficiaires.

D'autre part, les services de plus en plus développés au niveau du maintien à domicile amènent une admission de personnes âgées en plus

grande perte d'autonomie. Dès lors, le processus d'intervention est mal contrôlé, ce qui entraîne une méconnaissance des étapes de production de services au bénéficiaire tant en termes de qualité que de quantité.

Cet élément problématique est amplifié par l'absence d'une approche spécifique à un centre d'accueil d'hébergement; approche qui permettrait de bien camper tout le processus d'intervention et faciliterait l'intégration des nouveaux employés à la philosophie de l'établissement.

1.3 MODES DE FONCTIONNEMENT

1.3.1 La méthodologie

La méthodologie permettant de poser un diagnostic se fera dans le cadre d'une recherche-action et la méthode de recherche utilisée est basée sur l'approche du professeur Peter Checkland.

Voici une brève description de la démarche méthodologique:

- Image riche

C'est une description complète de l'organisation et du milieu problématique. Il ne s'agit pas ici d'analyser le problème mais plutôt de décrire la situation dans laquelle on a perçu le malaise ou les lacunes existantes.

- Système pertinent (ancrage)

Cette phase détermine la perspective sous laquelle la problématique majeure sera étudiée et ce, par la sélection d'un système pertinent.

- La conceptualisation

C'est un exercice de type déductif qui consiste à construire un modèle à partir de l'ancrage sélectionné. La structure et les composantes du modèle devront prévoir toutes les activités nécessaires pour rencontrer la définition du système pertinent.

- La comparaison

La comparaison consiste à utiliser le modèle conceptuel comme cadre de référence pour identifier de façon précise les lieux et les changements potentiels à apporter, si application il y a, à la situation problématique décrite à la première étape.

- Implantation

Cette démarche complète permet une série de recommandations pouvant permettre l'opérationnalisation des changements sélectionnés.

1.3.2 Positionnement des intervenants

Voici la liste des intervenants concernés et la clarification de leurs rôles dans cette démarche.

Le Conseil d'administration du Centre d'accueil Duhamel;

Le personnel;

Les bénéficiaires;

Le chercheur, et en même temps directeur général.

Le client est le Conseil d'administration puisque c'est lui qui commande l'étude; il joue aussi le rôle de preneur de décisions, en ce sens qu'il peut modifier et orienter le contenu et ultimement allouer les ressources.

Le poseur de problèmes, c'est l'individu ou le groupe qui ressent un malaise dans une situation donnée ou une certaine divergence entre ce qui se fait ou ce qui devrait être fait. Ici, le problème est posé de façon directe par le personnel qui est dépassé par la pression croissante résultant des besoins des bénéficiaires et leur incapacité d'y répondre de façon satisfaisante. Les bénéficiaires, de manière assez directe, contribuent à poser le problème par les représentations qu'ils font auprès du Conseil d'administration et du personnel. Cette réalité amène donc le Conseil d'administration à prendre des décisions qui s'imposent.

Lorsqu'il s'agit de préciser le rôle des acteurs, cela se complique légèrement étant donné qu'il faut retenir seulement ceux qui exécutent ou font exécuter des activités du système à diagnostiquer.

Ici, le rôle d'acteurs est entre les mains du personnel et du chercheur.

Précisément en ce qui a trait à ce rôle de chercheur-acteur joué par le directeur général, il importe d'être très prudent sur les limites de cette intervention. En effet, cela présente certains avantages au niveau de la cueillette d'informations et de la connaissance de la réalité de l'organisation; toutefois, des difficultés peuvent surgir tant au niveau de l'objectivité de l'analyse que du maintien de la crédibilité auprès des autres acteurs.

Il faut retenir que tout chercheur peut être subjectif et que le chercheur-acteur se doit d'être doublement vigilant à cet égard.

1.3.3 Validation

Les principaux modes de validation se situent aux niveaux externe et interne.

Au cours de chaque étape, le chercheur peut avoir recours à des connaissances externes, soit par le biais de travaux antérieurs d'autres chercheurs ou par le vécu d'acteurs provenant d'autres organisations.

Au niveau interne, le chercheur a choisi, en tenant compte de la nature de l'organisation, d'axer sa démarche sur un partenariat constant et systématique.

Pour ce faire, le chercheur a identifié trois niveaux de validation propices, soit le Conseil d'administration (10 membres), le Comité des bénéficiaires (5 membres) et un focus-groupe de cinq personnes; ce dernier provenant de chacun des cinq secteurs d'activités du Centre, soit les soins infirmiers, les services alimentaires, les services auxiliaires, les services d'adaptation et de l'administration. Au total, un minimum de 20 personnes seront appelées à valider les énoncés du chercheur et ce, sans compter les autres personnes de l'organisation qui le feront sur une base volontaire.

Ces trois éléments majeurs de validation seront utilisés de façon suivante:

- Le Conseil d'administration

Discussions sur l'image riche, sélection du problème à sélectionner, la conceptualisation, l'implantation et le rapport final

- Le Comité des bénéficiaires

Discussions sur l'image riche. Les bénéficiaires ne seront pas mis à contribution pour la conceptualisation et l'implantation, étant donné que le contenu est trop théorique pour des personnes peu scolarisées et à l'état de santé précaire.

- Le focus-groupe

Discussions de l'image riche, sélection du problème à sélectionner, de la conceptualisation, de la comparaison et de l'implantation.

1.4 Attentes du client

Par le biais de cette recherche-action, les membres du Conseil d'administration s'attendent à mieux connaître l'établissement qu'ils ont à gérer, et à être en mesure de faire face aux commandes qui leur proviennent tantôt des bénéficiaires, tantôt du personnel ou encore du gouvernement.

S'ils n'avaient qu'à gérer un budget pour arriver en équilibre, leurs tâches seraient moindres; mais ils doivent concilier et planifier l'avenir en regard des situations complexes de l'administration publique.

Il y a aussi un besoin de s'équiper d'un outil permettant de concilier, de façon équitable, l'approche psycho-sociale et l'approche médicale où le bénéficiaire y trouvera son compte.

En plus, certains membres du personnel et des instances gouvernementales, aux niveaux régional et provincial, souhaitent voir avancer la connaissance en regard de l'élaboration d'un modèle d'intervention en centre d'accueil d'hébergement.

CHAPITRE II

CHAPITRE II

DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DU SUPER-SYSTEME

En prenant pour acquis que le Centre d'accueil Duhamel est une Petite ou Moyenne Organisation Publique (PMOP), on peut deviner l'importance qu'occupe l'Etat dans le fonctionnement d'une telle organisation. De plus, d'autres variables affectent l'organisation sans le contrôler directement.

2.1 LEGAL

La corporation du Centre d'accueil Duhamel a été constituée le 28 novembre 1973, avec l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux en vue de lui remettre la gestion de l'établissement, une fois les travaux d'aménagement terminés, soit le 1er juin 1978.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a formé la Corporation d'hébergement du Québec en 1975, laquelle avait comme mandat d'acquérir tout terrain et/ou bâtie où le ministère de la Santé et des Services sociaux projetait un centre d'accueil sur le territoire québécois.

Ainsi, la Corporation d'hébergement du Québec, après avoir fait l'acquisition de la bâtie des Soeurs de la Charité d'Ottawa en 1976, et avoir terminé les travaux de réaménagement de cet ancien institut familial en centre d'accueil, signait un contrat de location pour l'utilisation et la gestion de la bâtie avec la Corporation du Centre d'accueil Duhamel.

Donc, la Corporation du Centre d'accueil Duhamel doit agir en bon père de famille dans la gestion courante de l'établissement. Par ailleurs, selon le contrat signé avec la Corporation d'hébergement du Québec, cette dernière doit autoriser toute modification physique à la bâtisse ainsi que toute vente de parcelle de terrain. De plus, ces autorisations, s'il y a lieu, doivent recevoir une recommandation favorable du Conseil régional de la Santé et des Services sociaux.

Le chercheur s'est limité à traiter sommairement de l'environnement légal, compte tenu de l'abondance de réglementation à ce sujet et du lien négligeable de cet aspect avec les problèmes rencontrés dans l'organisation.

2.2 ENVIRONNEMENT ECONOMIQUE

Le Centre d'accueil Duhamel constitue un quasi-monopole parce qu'il est l'unique centre d'accueil d'hébergement public dans le territoire de la Municipalité régionale de comté de Témiscamingue. Il n'y a pas de centre d'accueil privé puisque le bassin de clientèle n'est pas assez important.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (4) estime les besoins moyens de 6 lits d'hébergement par 100 personnes âgées de 65 ans et plus. Le Témiscamingue, avec un pourcentage de 9 % de personnes âgées, présente un léger surplus de lits pour le territoire.

Ainsi, une personne âgée vivant au Témiscamingue, devra obligatoirement se tourner vers les services du Centre d'accueil Duhamel ou quitter la région, si elle recherche de l'hébergement institutionnel.

Le marché du Centre d'accueil Duhamel est constitué des personnes âgées du territoire ou des anciens résidents de la région qui veulent revenir terminer leur vie au Témiscamingue. Ces personnes doivent répondre à des critères précis relatifs à la perte d'autonomie globale.

Le montant que le client doit payer est fixé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (entre 535 \$ et 799 \$ mensuellement), ce montant est établi selon le niveau de revenus de la personne et il est indexé de façon périodique en fonction du montant de la pension de la Sécurité de la vieillesse décrété par le gouvernement fédéral.

Au niveau des fournisseurs, ils proviennent en majorité de la région du Témiscamingue à l'exception des fournitures médicales (médicaments, etc.) ou des équipements spécialisés non disponibles en région.

La main-d'œuvre provient aussi majoritairement du Témiscamingue, à l'exception de quelques postes de professionnels (physiothérapeutes, etc.). La main-d'œuvre est stable et facile à recruter.

2.3 PHYSIQUE

Le développement du Centre d'accueil Duhamel à Ville-Marie est lié à la réalité que cette ville constitue le chef-lieu du Témiscamingue et

que la majorité des services gouvernementaux et bureaux de services y sont regroupés.

Par ailleurs, les pavillons qu'opère le Centre d'accueil Duhamel sont situés aux extrémités Nord, Sud et Est du territoire et ce, dans le souci de rapprocher les services de la clientèle dans des agglomérations telles que Témiscaming, Notre-Dame-du-Nord et Belleterre.

2.4 SOCIO-POLITIQUE

L'environnement socio-politique constitue un élément sensible du fonctionnement du Centre d'accueil Duhamel et ce, pour deux raisons majeures.

D'abord, parce qu'au niveau social, il faut constater que le Témiscamingue ne s'est doté d'un tel service que depuis 8-9 ans et ce, cinq ans plus tard que les autres secteurs de l'Abitibi. Il s'agit d'une jeune institution, qui héberge les pionniers et les bâtisseurs du Témiscamingue. Il existe une certaine fierté et un respect de la part de la communauté envers le Centre et ses bénéficiaires. Les familles et la population sont très vigilantes quant à la qualité des services qui y sont dispensés.

Au niveau politique, le Centre d'accueil est dépendant du Ministère de la Santé et des Services sociaux par les lois qui régissent son fonctionnement ainsi que de l'organisme régional qu'est le CRSSS avec

son pouvoir de recommandation et de coordination. Cette situation offre donc une marge de manoeuvre limitée à ses administrateurs.

Les centres d'hébergement publics relèvent de la direction des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux et les décisions du gouvernement en regard des politiques sociales et des budgets qui s'y rattachent, influent de façon constante sur les prises de décision et le développement de nouveaux services.

La composition des conseils d'administration comporte certaines facettes politiques puisque deux postes représentant les groupes socio-économiques sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le personnel, les bénévoles, les bénéficiaires et les autres établissements avec lesquels il y a contrats de service, y sont représentés.

La compétition à peine voilée entre le Centre d'accueil Duhamel et les Centres de Santé de Ville-Marie et de Témiscaming, quant à la responsabilité de certains services ou nouveaux mandats, constitue un aspect politique inter-établissement certain, mais dont l'impact est difficile à évaluer.

Au niveau démographique, le Centre d'accueil Duhamel couvre entièrement le territoire de la MRC de Témiscamingue qui compte actuellement près de 18 000 personnes réparties essentiellement dans les 22 munici-

palités. La moyenne d'âge est jeune, soit 28 ans et, comme il a déjà été mentionné, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est d'environ 9 %.

En termes de prospectives, le bureau de la statistique du Québec estime que d'ici l'an 2001:

- la population de la MRC atteindra près de 20 000 personnes;
- le nombre de personnes de moins de 19 ans sera sensiblement stable du moins entre 1986 et 1996;
- le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pourrait croître de près de 35 % pour s'approcher de 13 %.

CHAPITRE III

CHAPITRE III

DESCRIPTION DES STRUCTURES

L'analyse de la structure comprend l'ensemble des éléments formels influençant les comportements organisationnels.

3.1 ROLE ET COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration du Centre d'accueil Duhamel est composé de 11 membres et il se réunit environ à toutes les cinq semaines. Ce Conseil d'administration, même s'il a formé un Comité administratif, ne l'utilise pas et préfère prendre toutes les décisions en réunion du Conseil.

Le Conseil d'administration est représentatif de la communauté témiscamienne ayant des personnes provenant des organismes bénévoles, de l'éducation, du milieu économique. Les membres du Conseil d'administration suivent avec intérêt le déroulement des réunions régulières et participent en grand nombre aux diverses activités ou cours auxquels ils sont convoqués.

Le Conseil d'administration veille au respect des orientations prises en cours de mandat, à la qualité de vie et de services aux bénéficiaires. L'acceptation et la gestion du budget constitue une partie importante des préoccupations du Conseil d'administration. Les membres de l'équipe de gestion (direction générale, directrice des services

cliniques, directeur des services administratifs et l'adjointe administrative) assistent aux réunions et font rapport sur la gestion courante.

De plus, il se soucie du maintien des bonnes relations et de la concertation avec les autres partenaires du réseau.

En ce qui a trait à la participation des bénéficiaires quant à la structure, ils interviennent de deux façons. D'abord, ils peuvent en vertu de la Loi, se nommer un Comité de bénéficiaires de trois à cinq personnes qui représente leurs intérêts dans le fonctionnement courant et dans l'organisation des loisirs du Centre. En second lieu, ce même Comité de bénéficiaires peut nommer deux des résidents au Conseil d'administration du Centre pour des mandats de trois ans.

Evidemment, dans la réalité, cette participation est difficile compte tenu de l'état de santé général des bénéficiaires empêchant la plupart d'entre eux d'assumer ces fonctions. Les quelques bénéficiaires qui acceptent sont supportés dans leur démarche par des bénévoles et des membres de l'administration.

Toutefois, un fait demeure, les gens de cet âge n'ont pas connu l'ère de la consultation et ils se sentent parfois mal à l'aise de faire des représentations auprès du Conseil d'administration et de la direction, de peur de passer pour "chialeux". Mais, malgré tout, ils exercent ces fonctions et leur simple présence est très appréciée.

L'organigramme actuel du Centre d'accueil Duhamel date d'avril 1985, c'est-à-dire au moment où une réorganisation administrative a été acceptée par le Conseil d'administration et ce, suite au retour de congé sabbatique du directeur général (voir figure 1).

3.2 ORGANIGRAMME ET RESPONSABILITES

Il y a trois niveaux de responsabilité qui relèvent directement du directeur général, soit l'adjointe-administrative aux ressources humaines qui supervise les équipes des secteurs alimentation, entretien ménager et buanderie; le directeur des services administratifs, responsable de la gestion financière; la directrice des services cliniques, internes et externes.

Le Comité de gestion se réunit deux fois par mois. Le directeur général y assiste ainsi que les trois autres cadres.

Le style de gestion revêt la forme de consultation participative. Il existe plusieurs comités de secteur ou de travail qui sont consultés régulièrement sur le fonctionnement courant du Centre. De plus, il n'y a pas d'hésitation à former des comités ad hoc sur des sujets brûlants.

3.3 STRUCTURE PHYSIQUE

La bâtie du Centre d'accueil Duhamel est une solide bâtie de 1 550 m² de surface, répartie sur deux étages et une partie du sous-sol. Elle est située sur un magnifique terrain couvrant la rue St-Gabriel à la rue St-Jean-Baptiste de Ville-Marie.

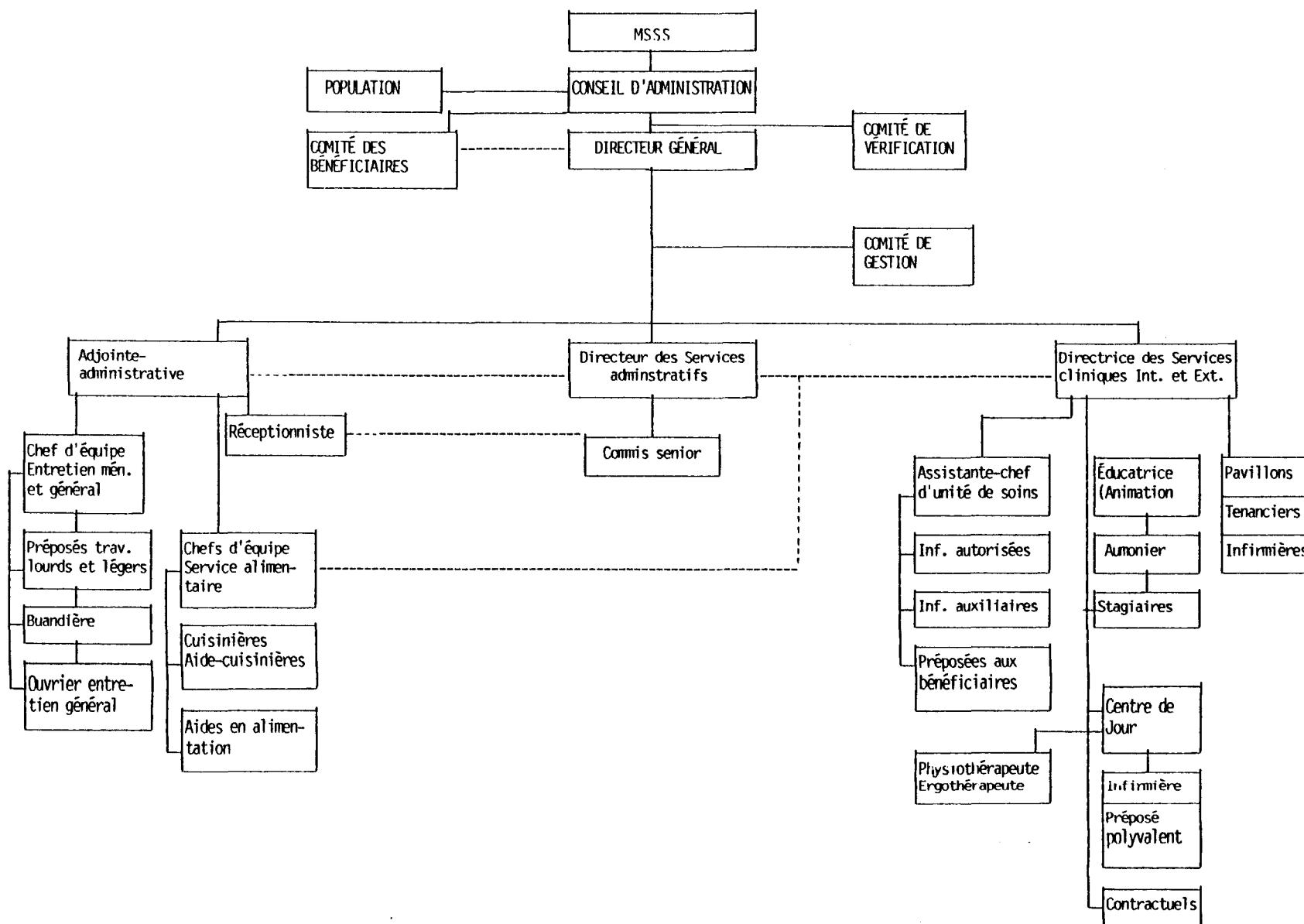


Figure 1 - Organigramme du Centre d'accueil Duhamel

Etant donné que la mission première de cette bâtie est celle d'une école, elle n'est pas tout à fait fonctionnelle pour la mission de centre d'accueil, surtout à cause de sa grande surface de plancher. Toutefois, ses grandes salles fort pratiques et ce grand terrain paysager contre-balancent ces inconvénients.

Le stationnement avant, autour du rond point, accueille les visiteurs, alors qu'une vingtaine de places de stationnement sont prévues à l'arrière pour les employés et la livraison des marchandises.

Un garage adjacent à la bâtie sert pour remiser un des minibus du Centre d'accueil.

Le Centre est muni d'accès pour handicapés physiques autant à l'arrière qu'à l'avant.

Enfin, deux autres bâtiments font partie du patrimoine immobilier du Centre d'accueil Duhamel, soit deux pavillons situés à l'extérieur de Ville-Marie.

Le pavillon Latourelle, situé à Témiscaming, à 80km au sud de Ville-Marie, réparti sur trois étages dont deux étages pour 14 lits de pavillon et le rez-de-chaussée utilisé par le centre de jour.

Le pavillon Tête-du-Lac, situé à Notre-Dame-du-Nord, à 32km au nord de Ville-Marie, peut recevoir 6 logements de type HLM et un local

de centre de jour au rez-de-chaussée. Le premier étage, de son côté, compte 16 lits de pavillon.

Ces deux pavillons répondent aux normes d'accès pour handicapés, ainsi qu'aux autres normes gouvernementales requises.

CHAPITRE IV

CHAPITRE IV

DESCRIPTION DU PROCESSUS

Il s'agit ici de présenter l'ensemble des activités de gestion et de transformation de l'organisation, le tout interrelié par des flux que le chercheur aura déterminé.

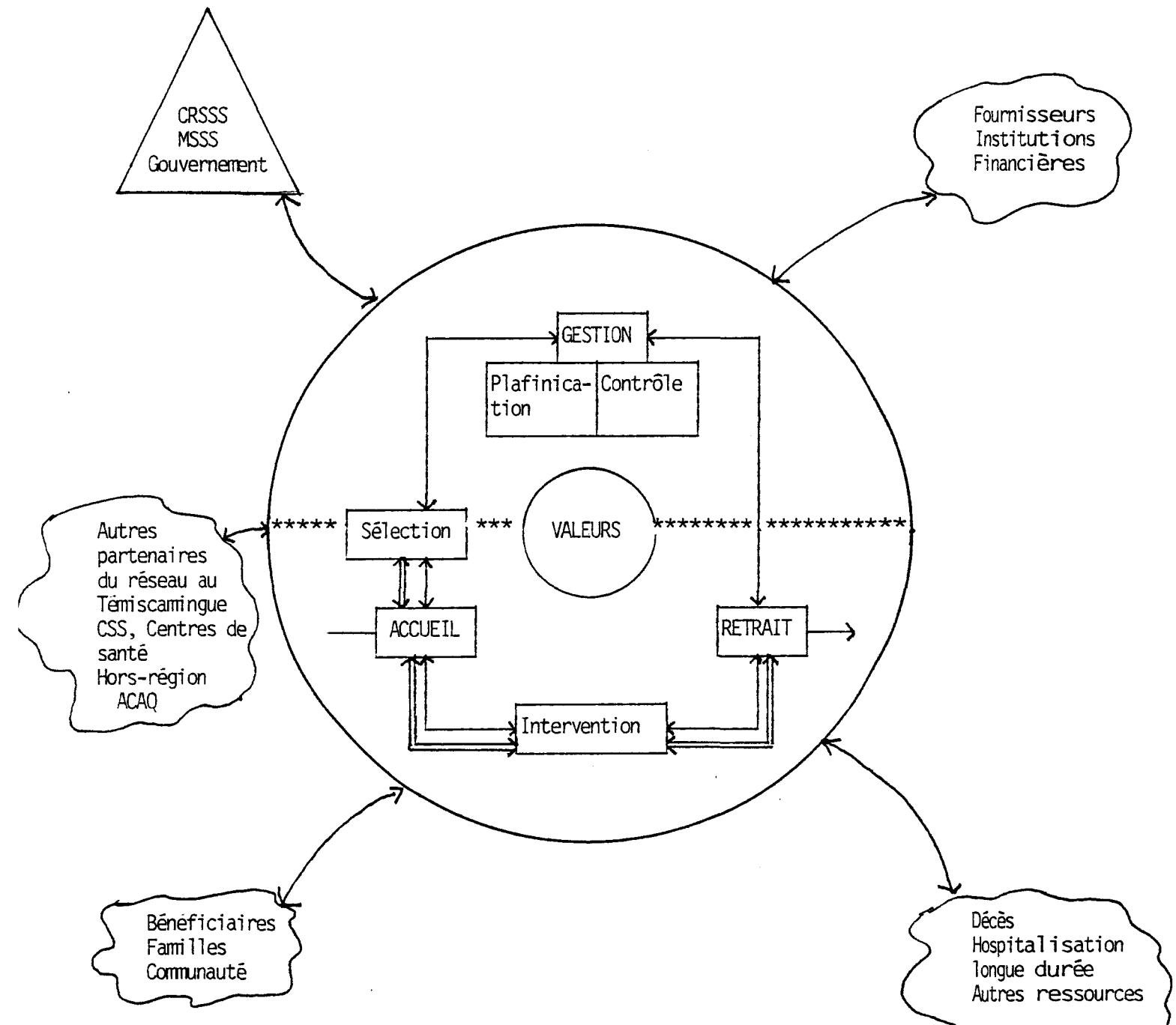
4.1 DESCRIPTION DU SYSTEME GENERAL (figure 2)

L'organisation du Centre d'accueil Duhamel présente un système général qui se subdivise en cinq sous-systèmes: sélection, accueil, intervention, retrait et gestion.

Nous allons voir l'ordre dans lequel ces sous-systèmes évoluent. Le sous-système sélection, avec la collaboration des partenaires du réseau de la Santé et des Services sociaux du Témiscamingue, reçoit les demandes d'admission et les sélectionne selon une procédure prévue à cet effet.

Le sous-système accueil prend ensuite la relève, assumant pour la première fois, la responsabilité de la clientèle âgée.

Ce dernier constitue l'élément majeur de notre système puisque le bénéficiaire gravitera à l'intérieur de ce sous-système tout au long de son séjour à l'établissement, y recevant là les interventions que son état exige. Au cours de la détérioration psycho-physiologique du béné-



— Flux administratif (information)
 - Flux humain

Figure 2 - Système général du Centre d'accueil Duhamel
 Voir légende

ficiaire, il rejoindra le sous-système retrait, ce dernier, le conduisant à l'extérieur du système général.

L'entité "valeurs" qui est présentée à l'intérieur du système général n'est pas un sous-système en soi puisqu'elle ne génère pas de flux. Elle interagit, rayonne, influence de façon constante la nature de toutes les activités.

Le schéma de l'entité "valeurs" (voir figure 3) regroupe des thèmes clés lesquels pris isolément, n'auraient pas le même impact. Dans le système général, les composantes de cette entité sont présentées à des degrés différents d'un sous-système d'activités à l'autre.

Il est présent dans l'organisation, tant chez le personnel que dans l'équipe de gestion, le sentiment, le respect que l'on a pour la personne âgée, la nécessité de lui assurer la dignité jusqu'au dernier souffle. Combinée à cela, il y a une fierté à se réaliser dans un emploi semblable, avec une relation la plus signifiante possible avec le bénéficiaire.

Il apparaît y exister une culture organisationnelle dite de processus où les règles sont parfaitement connues de la majorité des intervenants. Ces règles sont transmises par l'attitude du personnel en place de même que par certaines politiques et procédures entrées en vigueur avec les années d'existence. En fait, le processus non formel est tout aussi important, sinon plus que le formel lui-même.

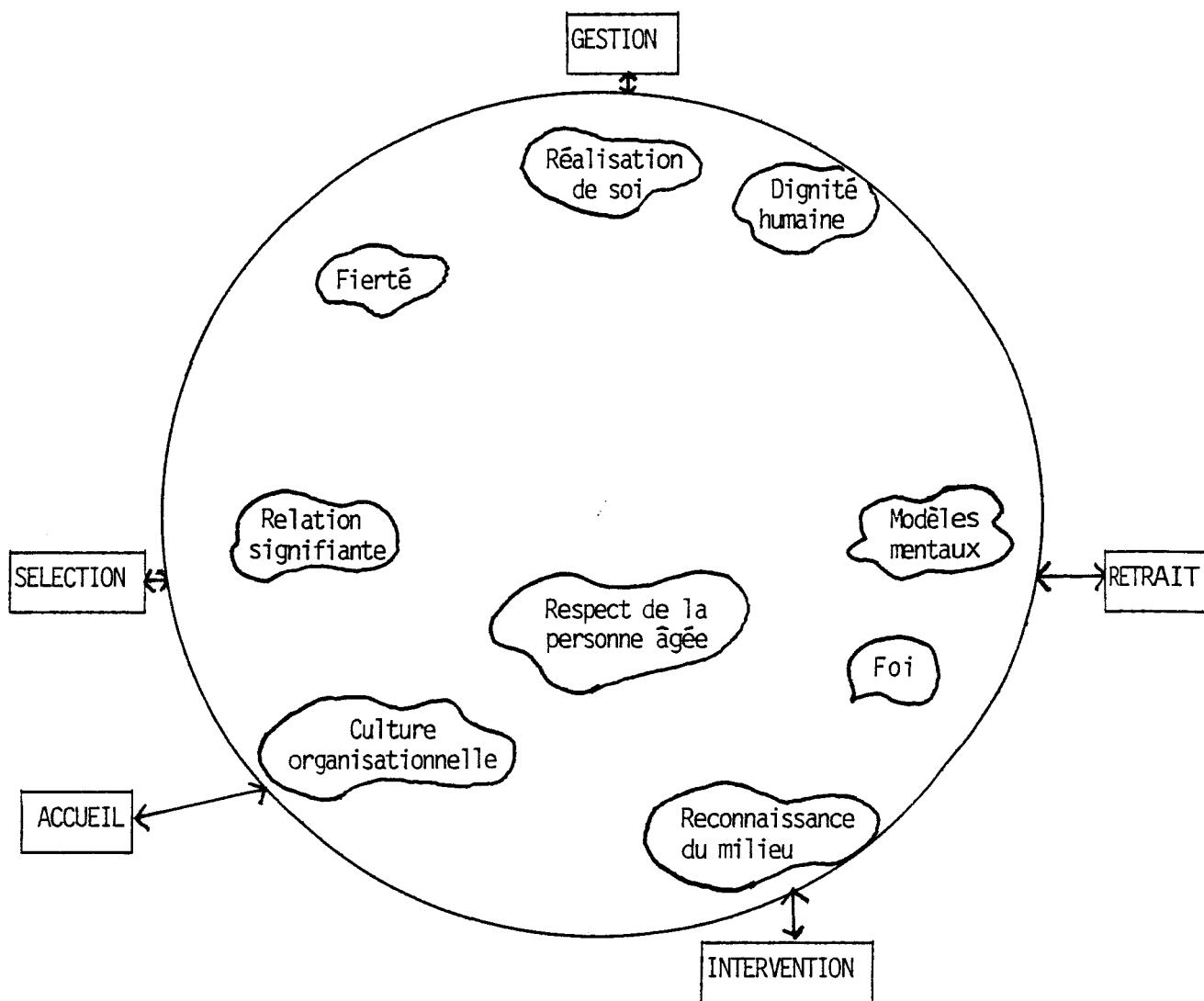


Figure 3 - Entité valeurs

Une des caractéristiques importantes du système général est la division au centre par une ligne transversale illustrant la frontière entre deux niveaux d'activités. D'abord le sous-système gestion présenté à la partie supérieure par un flux administratif (ligne simple) puis un sous-système intervention-client représenté par un flux humain (ligne double) située à la partie inférieure.

Il faut noter que ce flux administratif, tout en représentant l'activité organisationnelle, véhicule l'information pertinente entre les sous-systèmes.

La disposition, qui place le flux administratif en haut et le flux humain en bas, se veut fidèle à l'ordre des choses, c'est-à-dire que le sous-système gestion constitue la première activité de base suivant son budget, son organisation, etc.; le sous-système intervention se veut l'activité conséquente de la gestion d'où la volonté du chercheur d'illuster cette dominance de façon visuelle.

Tous les autres sous-systèmes qui suivront sont aussi illustrés à ces deux niveaux, à l'exception du sous-système gestion qui est l'essence même du flux administratif.

4.2 DESCRIPTION DES PROCESSUS

4.2.1 Description du sous-système sélection (voir figure 4)

- a) Selon le mode de fonctionnement en place, les services de premières lignes sont la porte d'entrée pour le bénéficiaire. Il y adres-

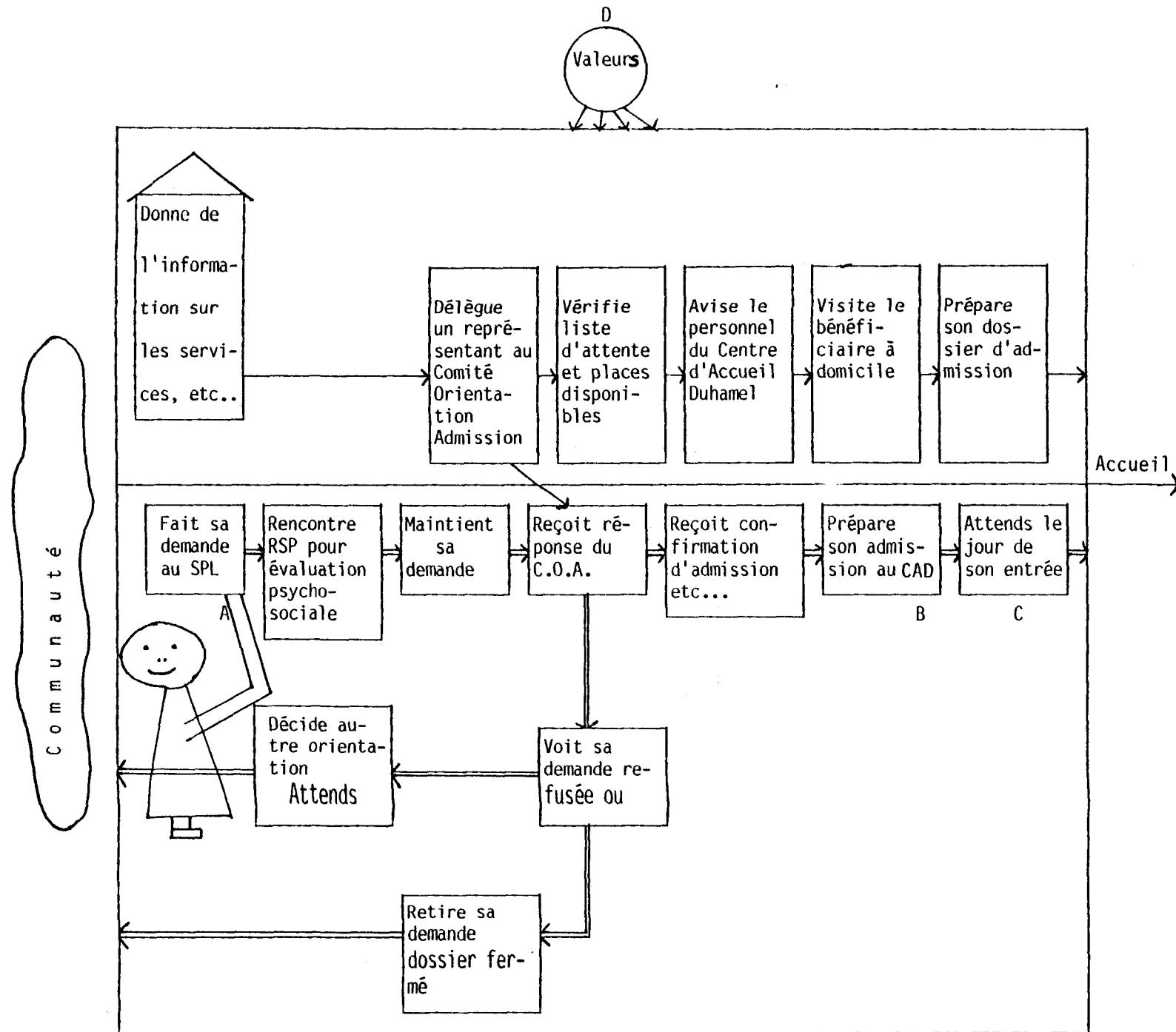


Figure 4 - Flux du sous-système sélection

se sa demande d'hébergement, on y complète son dossier avec l'utilisation du formulaire Classification par type en milieu de soins prolongés (CTMSP), rempli par une personne formée dans ce sens. Le bénéficiaire doit obtenir un certificat médical; le travailleur social professionnel (TSP) s'assure que le dossier est complet puis le présente au Comité orientation-admission (la structure reconnue par le réseau et accréditée par le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux pour assigner les bénéficiaires au type d'établissement qui lui convient et la place pour le recevoir). Le Comité est formé de représentants de tous les établissements du secteur Témiscamingue. Il peut s'écouler plusieurs mois avant que la demande ne soit présentée au Comité orientation-admission ou qu'une décision n'ait été prise. Ce délai est parfois difficile à vivre tant pour le bénéficiaire que pour sa famille (inquiétude, découragement, etc.).

b-c) L'étape des préparatifs de départ du domicile est extrêmement douloureux car le bénéficiaire doit disposer de ses biens (louer ou vendre); il doit sélectionner des effets personnels, ne pouvant tout apporter à sa chambre du Centre d'accueil. Il doit envisager de quitter son village et de se voir couper de son tissu social habituel. On lui demande de bien identifier son linge ou de se faire aider s'il ne peut le faire seul. Il doit aussi demander à quelqu'un pour le conduire le jour de son admission. Bref, il est appelé dans cette période à prendre plusieurs décisions, lesquelles sont difficiles émotionnellement. Cette période d'anxiété suscite toutes sortes de craintes et d'incertitudes dans l'esprit et les émotions du futur bénéficiaire.

d) C'est à cette période que les valeurs entrent en ligne de compte car le bénéficiaire a besoin d'être supporté et sécurisé par l'équipe qui va le recevoir et par sa famille, amis, etc.

Les principaux facteurs d'atténuation du problème, vécu par le bénéficiaire, c'est-à-dire entre la décision d'être sélectionné et son entrée au Centre d'accueil Duhamel, sont d'abord assumés par le bénéficiaire lui-même, par son cheminement personnel. La présence active et significative de sa famille, son environnement et finalement la perspicacité de la travailleuse sociale qui supporte le bénéficiaire au placement contribuent à faciliter cette étape.

De plus, la visite de nos installations, l'accueil, la constatation du milieu de vie dans lequel il vivra, de même que les contacts avec des bénéficiaires qui lui sont familiers contribuent à diminuer le stress de l'institutionnalisation.

4.2.2 Description du sous-système accueil (voir figure 5)

a-b) Toutes ces phases du processus d'accueil sont perturbantes pour le bénéficiaire. Son énervement peut être tel qu'il ne se souvient plus de rien. C'est pourquoi il lui est transmis quelques indications de base puis quelques jours s'écoulent avant de lui donner d'autres informations, en plus de celles qu'il apprend dans son nouveau quotidien.

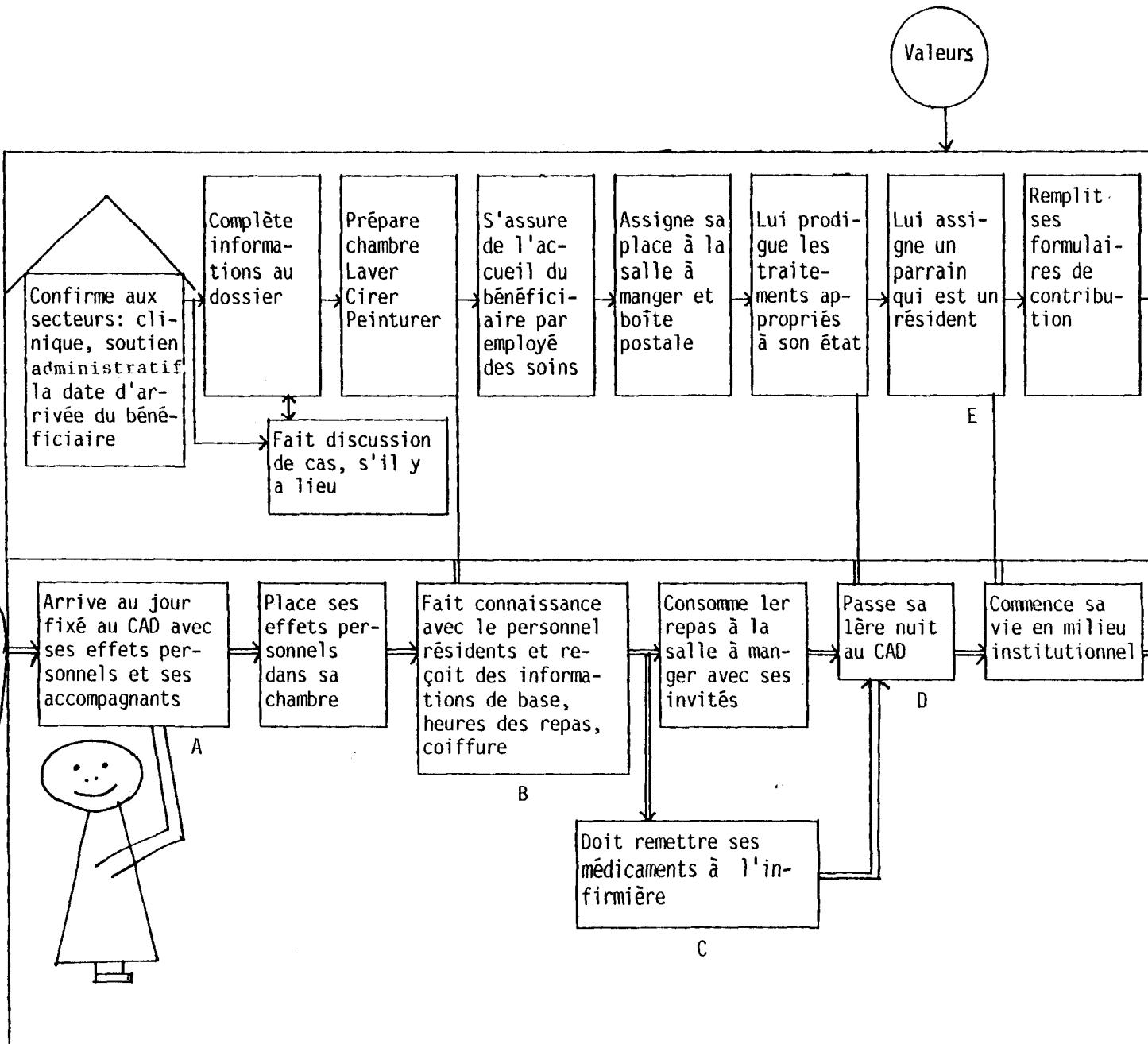


Figure 5 - Flux du sous-système accueil

c) Le Centre doit contrôler la prise de médicaments. Ainsi, le bénéficiaire qui arrive de son domicile, est tenu de laisser le contrôle de ses médicaments à l'établissement. Ceci constitue un choc pour plusieurs qui y voient une forme de dépendance humiliante, s'estimant capable encore de poser ces gestes.

d) Dans une étude menée par madame Astrid Lefebvre-Girouard (2) auprès de 1 085 personnes hébergées dans 69 établissements, il a été énoncé que le lendemain matin suivant la première nuit passée en Centre d'accueil constituait le moment le plus critique de la crise d'adaptation que traverse tout nouveau bénéficiaire.

Il est prévu une activité de parrainage du nouveau résident par un résident déjà en hébergement depuis quelques temps et ce, afin de faciliter l'adaptation en favorisant un ou des contacts privilégiés. Dans cette activité de parrainage, on tient compte des affinités des personnes, du type d'emploi, du niveau culturel et du lieu d'origine. Le parrainage peut aussi prendre la forme du support informel d'un employé, d'un bénévole ou encore d'un parent, sans oublier le suivi de la travailleuse sociale qui se fait plus intensivement à cette étape.

4.2.3 Description du sous-système d'intervention

L'intervention consiste en un ensemble d'activités de traitement de support et de soutien, prodigué à des personnes en perte d'autonomie d'ordre physique et/ou psychologique interreliées à des déficiences socio-familiales.

Pour la compréhension de ce processus, la clientèle a été divisée en trois types de comportement.

- Comportement autonome (voir figure 6)

Nécessite une protection sociale, tout en étant apte à combler la majorité de ses besoins (se laver, se vêtir, manger seul, maintenir des contacts sociaux). Cette catégorie représente environ 35 % de la clientèle. Ce comportement nécessite en moyenne .5 à 1 heure/soins par jour par personne, en plus de l'infrastructure de soutien et de support.

- Comportement semi-autonome (voir figure 7)

Présente une perte d'autonomie importante empêchant de rencontrer ses besoins fondamentaux. Nécessite des interventions systématiques. Cette catégorie compose 45 % de la clientèle. Ce comportement nécessite en moyenne de 1 à 2,5 hres/soins par jour par personne.

- Comportement confus et sénile (voir figure 8)

Demande une surveillance quasi-constante, due à ses troubles de comportement (fugue, incontinence), en plus de nécessiter de l'aide pour combler ses besoins: se nourrir, se vêtir, etc. Représente environ 20 % de la clientèle. Ce comportement accapare généralement entre 1,5 et 3 hres/soins par jour par personne.

Le flux du sous-système d'intervention est aussi subdivisé en trois types de comportement. Il demeure à cet égard identique aux

Comportement autonome:

Nécessite une protection sociale et des activités de traitement et de soutien sur une base irrégulière. Il voit à combler la majorité de ses besoins (se laver, se vêtir, manger seul, faire des sorties à l'occasion et maintenir des contacts sociaux

Sous-système ACCUEIL

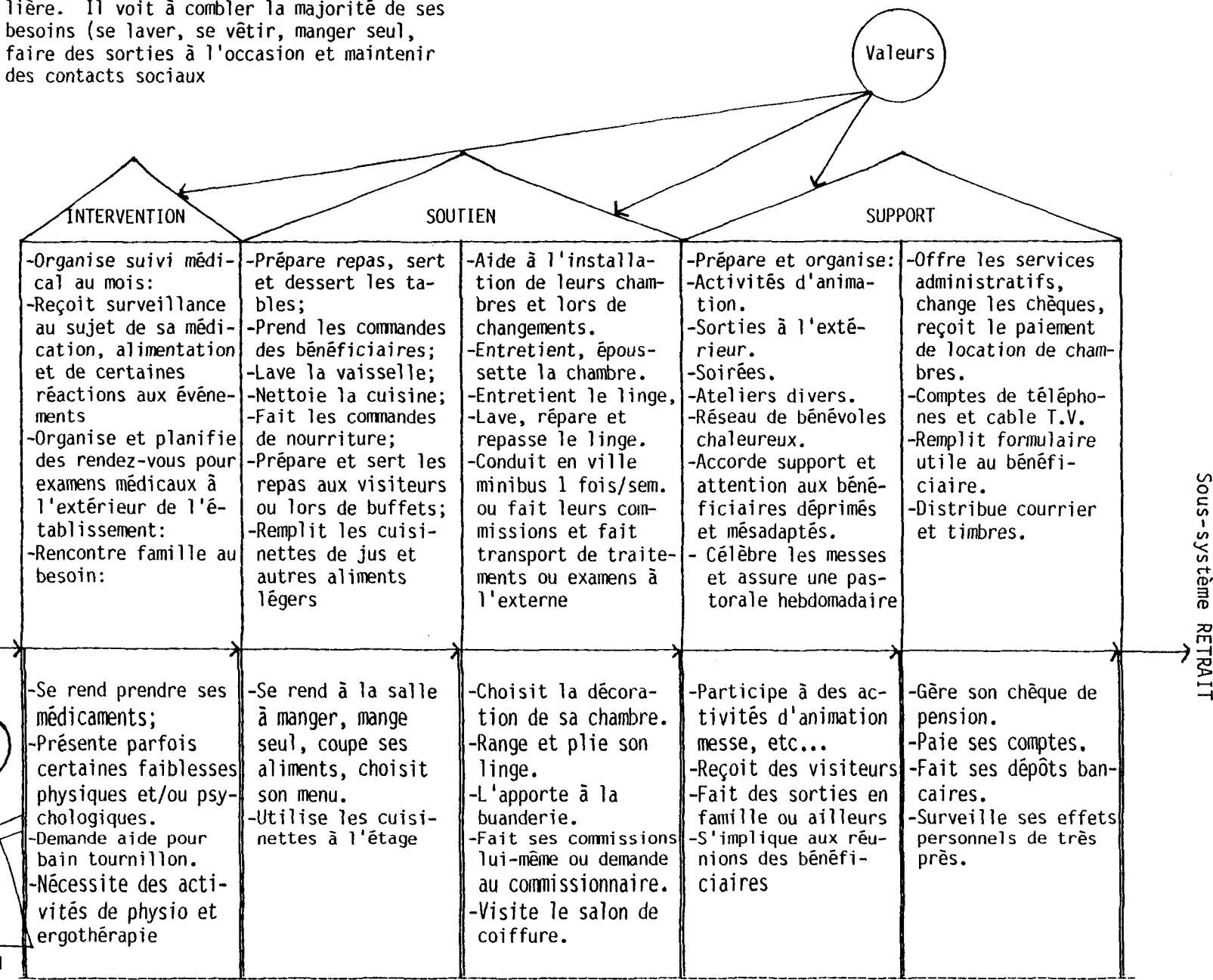


Figure 6 - Flux du sous-système d'intervention

Comportement semi-autonome:

- A) Nécessite de l'aide sur une base régulière ou occasionnelle pour combler leurs besoins fondamentaux.

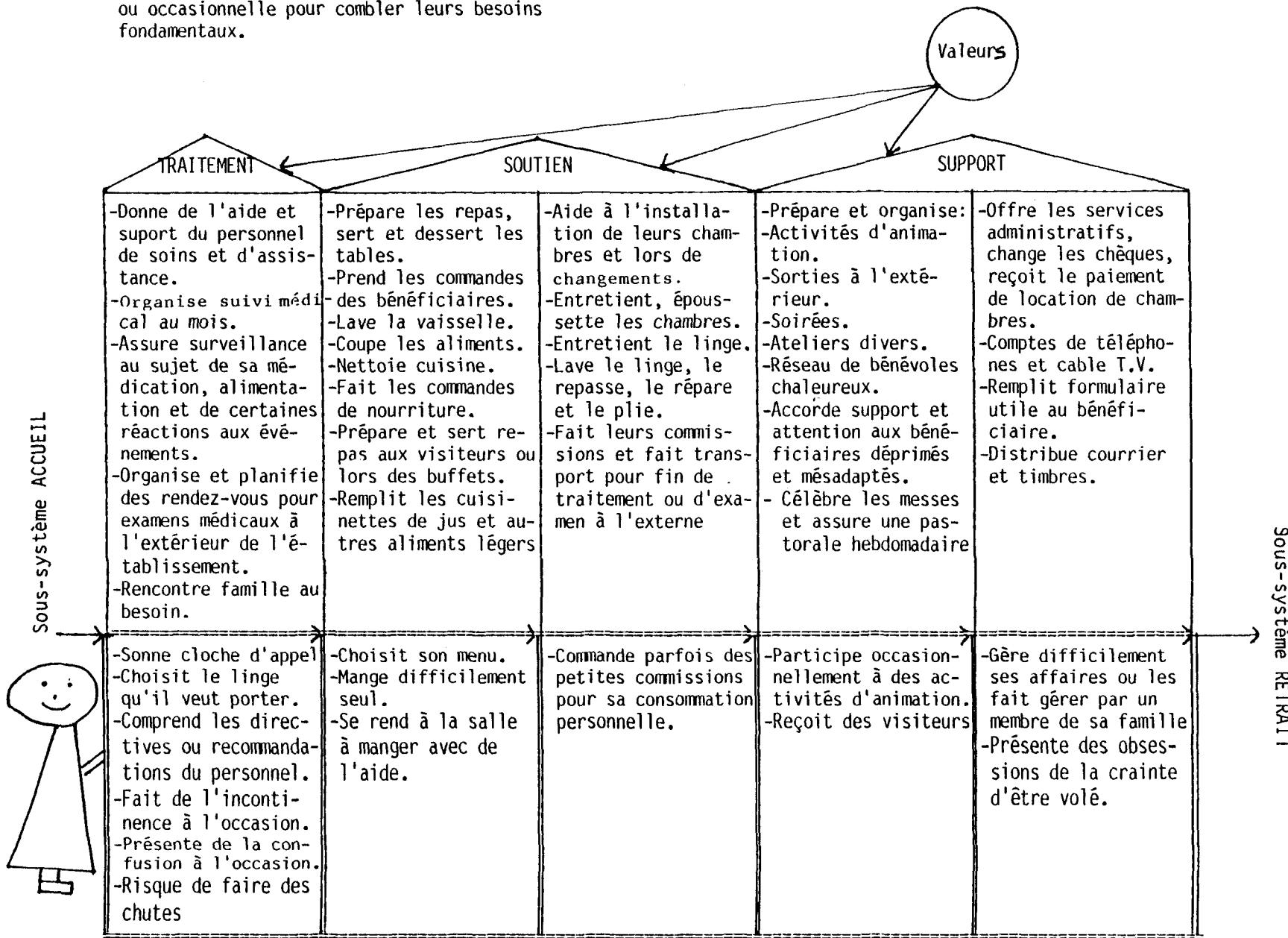


Figure 7 - Flux du sous-système d'intervention

Comportement confus et/ou sénile:

B- Demande une surveillance quasi constante dû à leurs troubles de comportement (fugues, incontinence) égarement, en plus de nécessiter de l'aide constante pour combler leurs besoins fondamentaux.

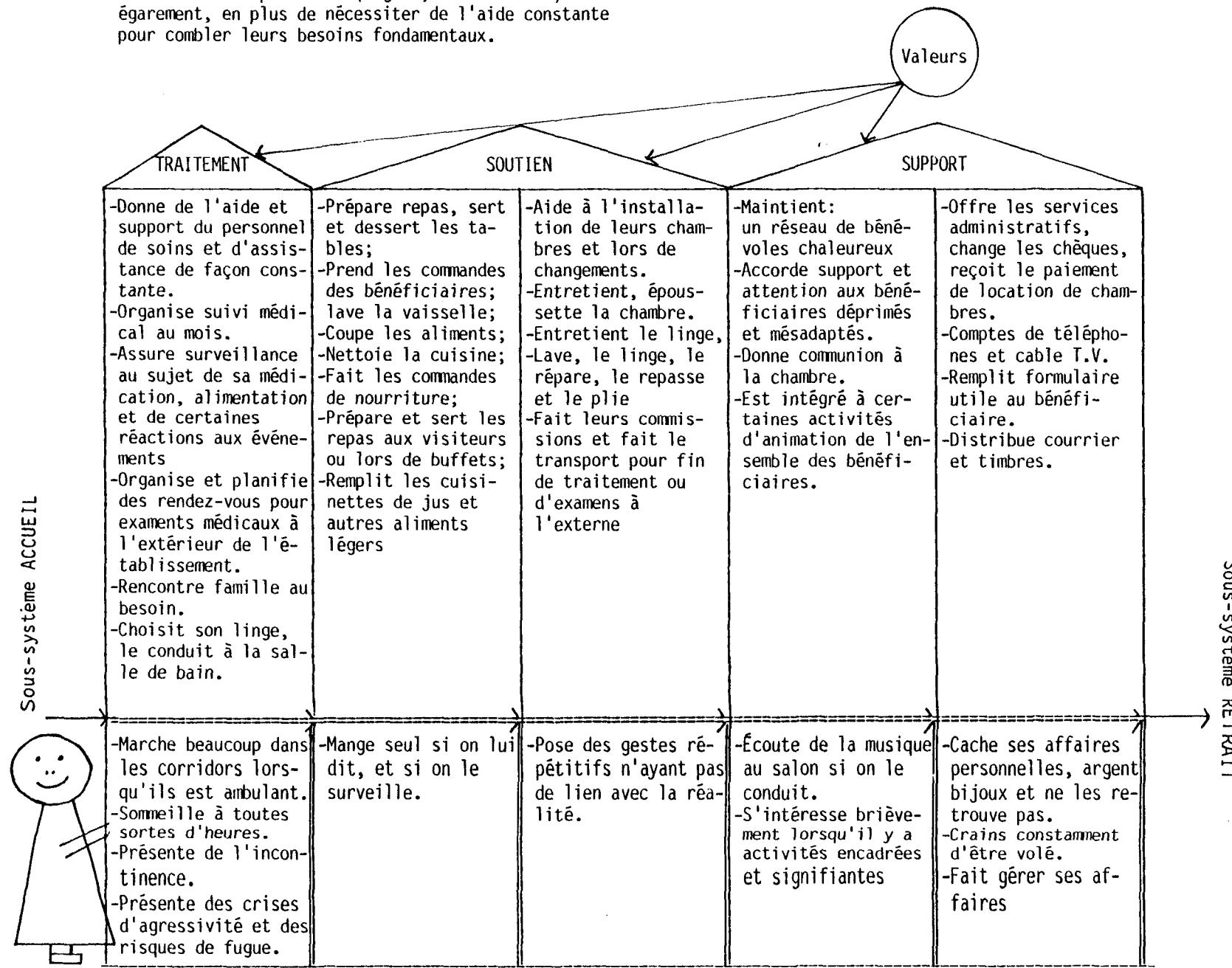


Figure 8 - Flux du sous-système d'intervention

autres sous-systèmes du système général, même s'il constitue le type de comportement le plus complexe pour le personnel.

Les activités de traitement sont essentiellement fournies par le secteur des soins infirmiers et d'assistance; celles-ci constituent sans contredit l'activité la plus importante de l'organisation auprès du bénéficiaire. Les services de réadaptation se font par le biais de la physiothérapie et de l'ergothérapie.

Les activités de soutien se partagent entre le service alimentaire, l'entretien ménager et la buanderie.

Les activités de support se divisent en deux; d'une part, les services d'adaptation (travail social, animation, pastorale) et d'autre part, les services administratifs.

Le sous-système d'intervention est très complexe puisque la matière à transformer par l'organisation est en mouvement. Il s'agit d'humains (bénéficiaires) dont les caractéristiques et les besoins changent rapidement.

Les trois types de comportement permettent de cerner l'intensité de l'activité organisationnelle versus la décroissance des activités posées par le bénéficiaire lui-même.

On remarque le rétrécissement graduel de l'espace de décision du bénéficiaire à mesure qu'il évolue vers les comportements de semi-autonomie ou de confusion et ce, au profit de l'activité organisationnelle qui contrôle le quotidien du bénéficiaire.

L'intervention est en fonction de la disponibilité du personnel sur certains quartiers de travail; l'ensemble du personnel souhaiterait avoir plus de temps pour parler avec les bénéficiaires, prendre des marches, etc. et il estime qu'il y a une surcharge de travail.

Les comportements d'autonomie et de confusion sont stables au niveau des attentes et des services à rendre aux bénéficiaires. Par contre, le comportement semi-autonome vient déstabiliser l'activité organisationnelle puisque les besoins changent énormément; ils fluctuent d'intensité en plus de passer à l'une ou l'autre des extrémités comportementales.

- a) Zone problème par rapport à l'évolution du comportement entraîne une augmentation importante des interventions de l'équipe.
- b) Zone problème qui soulève la question fondamentale; comment en arriver à assumer ces types de comportement adéquatement?

Les zones problématiques apparaissent avec les comportements semi-autonomes et confus/séniles qui entraînent une variance importante dans la tâche de l'équipe. Peut-on les prévoir et peut-on se doter

d'outils valables pour évaluer les nouveaux besoins qui justifieraient l'ajout d'effectifs à l'équipe?

En ce qui a trait au problème posé par le comportement confus/sénile, il s'agit de savoir de quelle façon peut-on assumer cette clientèle? Doit-on les ségréguer dans une unité différente des bénéficiaires au comportement autonome et semi-autonome? Les locaux actuels sont-ils adéquats pour ce type de clientèle? L'équipe du Centre d'accueil Duhamel a-t-elle suffisamment d'expertise pour bien intervenir avec cette clientèle grandissante?

4.2.4 Description du sous-système retrait (voir figure 9)

a) La période d'attente avant d'être évaluée et d'avoir une place est parfois longue de 6 à 7 mois. Lorsque le bénéficiaire est lucide, il est souvent difficile d'accepter pour lui et sa famille, de subir une telle période d'incertitude.

b) La préparation et l'acceptation par les familles est un travail qui demande du temps, du doigté et beaucoup d'humanisme. La façon et les conditions dont se fait le transfert sont des éléments cruciaux.

L'atmosphère qui entoure, avant, pendant et après le transfert est intimement liée à la condition physique, psychologique et morale de la personne, ainsi que du climat qui prévaut dans son entourage immédiat.

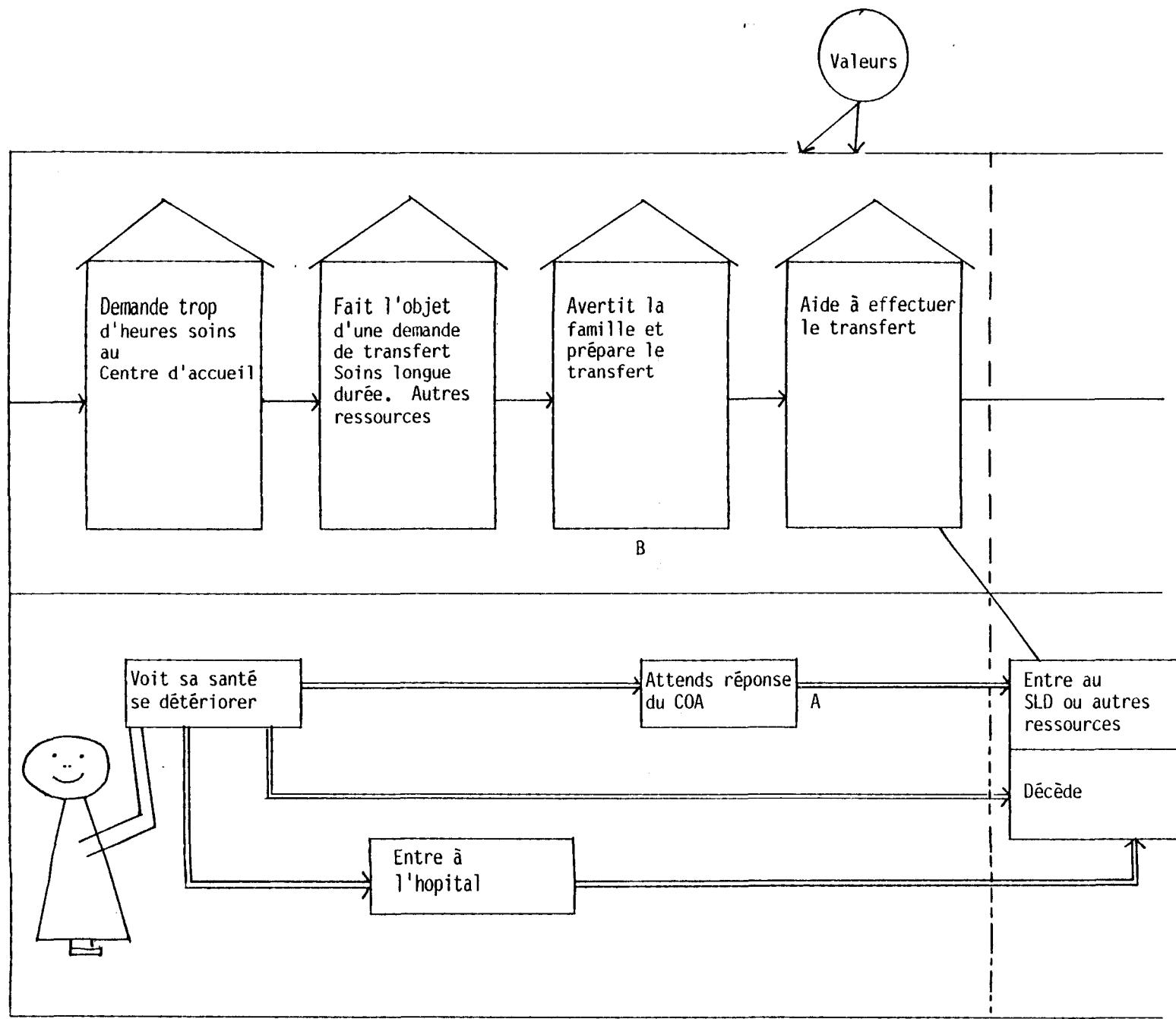


Figure 9 - Flux du sous-système retrait

Cette période est d'autant plus pénible pour le bénéficiaire qui est parfaitement lucide mais que sa condition physique exige un transfert. Il arrive souvent que la famille soit en désaccord. L'intervention est alors douloureuse et chargée d'émotions tout au long du processus; il arrive parfois que les délais de transfert soient prolongés afin de respecter le cheminement des personnes concernées (bénéficiaires et famille).

Généralement, le bénéficiaire présentant un comportement confus/sénile ne suscite pas autant de résistance et de tension.

4.2.5 Description du sous-système gestion (voir figure 10)

Les trois principales activités du sous-système sont la planification, l'exécution et le contrôle; elles ont pour objectif d'assurer la saine gestion de l'établissement à court, moyen et long terme.

L'activité de planification consiste essentiellement à l'élaboration d'objectifs et du plan d'organisation de l'établissement qui mèneront aux prises de décision avec les échéanciers appropriés. Il existe des activités sous-jacentes à la planification, qui sont d'ordre tactiques et stratégiques.

L'activité d'exécution opérationnalise les décisions prises par la planification et assure la gestion quotidienne tant au niveau humain, financier que matériel.

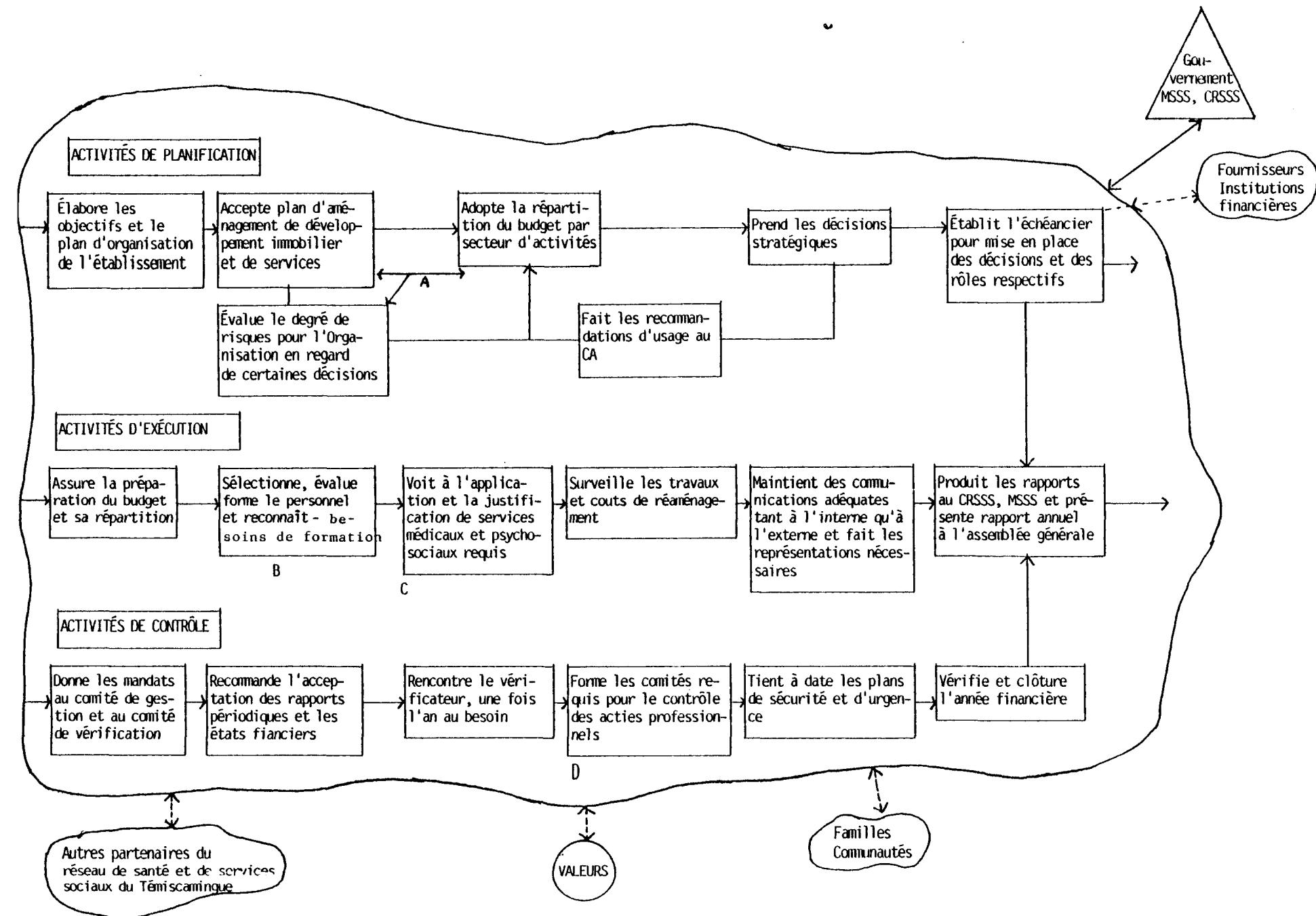


Figure 10 - Flux du sous-système gestion (Voir description du sous-système pour A B C D)

L'activité de contrôle vient valider et assurer que les objectifs des deux autres activités précitées ont été atteints.

Comme il a été mentionné plus tôt, le sous-système gestion génère un flux administratif qui conditionne ou influence tous les autres sous-systèmes.

Les problèmes rencontrés dans le flux administratif sont de quatre ordres:

a) Planification stratégique

Le ministère de la Santé et des Services sociaux tarde à chaque année à fournir les montants d'augmentation de budget ou de coupures à faire. Cette situation place le Centre d'accueil Duhamel dans une incertitude et entrave son activité de planification en regard du maintien de services à une clientèle qui en exige plus (ex.: alourdissement au niveau des heures de soins requis par bénéficiaire) ou en regard de développement de nouveaux services (développement de centre de jour).

Les exercices de planification budgétaires se font quand même puisque la permanence et le Conseil d'administration adoptent un pourcentage d'augmentation ou de reconduction de budget sur des bases hypothétiques et conservatrices. Cette situation place le Conseil d'administration devant deux choix: le statu quo, c'est-à-dire attendre et

risquer de se trouver devant des problèmes importants tels que la diminution de la qualité des services, le débordement de travail pour le personnel et la démotivation. Le deuxième choix est d'adapter un processus de planification étroitement lié au degré de risques pour mettre en place certaines décisions. C'est précisément cette deuxième voie qu'a choisie le Centre d'accueil Duhamel depuis quelques années. Cela amène pour le Conseil d'administration et la permanence, une gestion un peu insécurisante mais qui semble la plus réaliste dans le contexte actuel.

b) Formation du personnel

La reconnaissance de la formation reçue sous forme de majoration de salaire ou de promotion pose certaines difficultés à l'établissement. En effet, les budgets restreints affectent énormément la capacité de l'établissement de payer des cours de formation ou de participer à des séminaires, des colloques sur la gérontologie. De plus, les conventions collectives en vigueur ne reconnaissent pas d'échelons supérieurs pour la majorité des titres d'emplois qui complètent une attestation d'études en gérontologie. L'établissement ne peut combler les postes qui sont affichés par ce personnel mieux formé mais doit tenir seulement compte du critère d'ancienneté. Voilà où se situe ce problème à deux volets qui entraîne chez certains employés, un manque d'intérêt pour se former et questionner son rôle d'intervenant en milieu gérontologique.

c) Critères et coûts de l'évaluation des bénéficiaires

L'établissement croit en la nécessité d'adopter une grille d'évaluation uniforme. Malheureusement, l'application de cette grille entraîne des coûts que le Centre ne peut se payer et le MSSS n'accepte pas de financer cette opération annuelle. Il en résulte donc un manque de données récentes, lesquelles permettraient l'attribution des budgets afin de doter le Centre d'accueil Duhamel d'effectifs supplémentaires. Il s'agit d'une contrainte importante du super-système au chapitre de l'évaluation de la clientèle hébergée.

d) Recrutement et présence médicale

Le Centre d'accueil Duhamel a l'obligation légale de signer un ou des contrats de service avec d'autres établissements de santé, pour adapter la délégation d'achats médicaux et du contrôle des actes professionnels (3) et ce, lorsqu'il n'y a pas possibilité de créer un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans l'établissement. Or, c'est la situation ici, car le peu de médecins qui oeuvrent au Témiscamingue et qui ont déjà constitué un CMDP au Centre de Santé de Ville-Marie ne sont pas intéressés à participer à une telle structure au Centre d'accueil Duhamel.

L'établissement se voit placé dans une situation de dépendance dans sa négociation pour se conformer aux règlements de la Loi et ce, avec un autre partenaire du réseau.

En résumé, ce sous-système chemine durant toute l'année sous trois types d'activités décrits pour s'intégrer à la présentation du rapport annuel qui doit se faire trois mois après la fermeture de l'année financière, soit avant le 30 juin de chaque année.

Le rapport annuel comprend un rapport d'activités et un rapport administratif tel que demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

CHAPITRE V

CHAPITRE V

DESCRIPTION DES INDICATEURS ET DU CLIMAT ORGANISATIONNEL

La présence des indicateurs enrichit la problématique par son analyse de certains éléments tels que: la qualité des ressources humaines, l'apport de la technologie, l'évolution de la situation financière et l'état du climat organisationnel.

5.1 RESSOURCES HUMAINES

Le Centre d'accueil Duhamel compte 74 employés qui se répartissent selon leurs statuts, 35 % à temps complet et 65 % à temps partiel régulier ou sur la liste de rappel. Il y a 22 titres d'emplois répartis dans cinq secteurs et deux points de services (voir annexe 3).

Les employés sont tous regroupés dans une unité d'accréditation syndicale affiliée à la CSN, à l'exception des infirmières autorisées lesquelles sont affiliées au SPIIQ (Syndicat Professionnel des Infirmiers et Infirmières du Québec).

Les cadres sont, pour la majorité, membres de leurs associations professionnelles respectives.

5.1.1 Stabilité de la main-d'oeuvre

La très grande majorité des employés ont plus de 6 ans de service, alors que le Centre d'accueil Duhamel n'est ouvert que depuis 8 ans et 6 mois. Il y a une stabilité de la main-d'oeuvre fort significative,

qui peut s'expliquer par l'attrait et les conditions de travail plus avantageuses que ce que peuvent offrir les entreprises environnantes. Le Témiscamingue est une région où les possibilités d'emploi sont très limitées; ce qui a permis au Centre d'accueil Duhamel d'avoir un vaste choix lorsqu'il recrutait ses ressources humaines.

5.1.2 Formation de la main-d'œuvre

Plus de la moitié du personnel actuel a suivi au moins un cours de base en gérontologie. Depuis décembre 1986, il s'agit d'un critère d'embauche pour avoir un emploi au Centre d'accueil Duhamel. Depuis l'ouverture du Centre, l'accent a été mis sur la formation du personnel. Dix employés ont obtenu une attestation d'études collégiales en gérontologie du CEGEP. Plusieurs autres suivent régulièrement des cours soit en administration, en nursing communautaire, en animation, etc. selon leurs champs d'intervention.

Tout perfectionnement, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur est encouragé. On mise beaucoup là-dessus pour maintenir la motivation et l'ouverture aux approches novatrices.

5.1.3 Evaluation du personnel

L'évaluation des employés est un élément important dans la gestion des ressources humaines. Il est prévu que chaque employé soit rencontré au moins une fois par année par son supérieur immédiat. La grille utilisée est celle mise de l'avant par l'Association des Centres d'ac-

cueil du Québec et qui est communément appelé le PAR (Programme d'Appréciation du Rendement) (5).

L'évaluation se fait en deux temps. Une première rencontre au début de l'année où l'on s'entend sur les descriptions des tâches de l'employé afin que ce dernier connaisse les points sur lesquels il sera évalué; puis, on demande à l'employé de s'auto-évaluer. Quelques mois plus tard, l'employé et le supérieur immédiat se rencontrent pour corroborer leurs évaluations respectives et en arriver à une évaluation définitive qui ira au dossier de l'employé, contresignée par l'employé s'il est d'accord avec le contenu. Ces rencontres se veulent un moment privilégié d'écoute et d'échanges sur les motivations de l'employé à travailler au Centre d'accueil Duhamel ou des difficultés qu'il rencontre.

Il est à noter que ce système d'évaluation (PAR) est basé essentiellement sur des faits objectifs (tâches, date, lieu, etc.) afin d'éliminer le plus possible le caractère subjectif de l'évaluation.

5.1.4 Conseil d'administration

Comme nous l'avons présenté dans le sous-système gestion, le Conseil d'administration fait partie des ressources humaines de l'établissement. Ces 11 membres incluant le directeur général sont partagés, puisque près de la moitié est en début de mandat et que l'autre moitié a plusieurs années d'expérience ou est à son deuxième mandat.

La rotation des membres du Conseil d'administration occasionnée par des départs volontaires ou par des nouvelles nominations de collèges électoraux pose un problème de continuité. Cette réalité exige de l'équipe de gestion de s'adapter en fournissant aux nouveaux venus toute l'information pertinente aux prises de décision du Conseil. La présidence du Conseil d'administration est occupée par la même personne depuis près de cinq ans.

Il s'agit pour la très grande majorité d'une première expérience sur un Conseil d'administration et ils ont à faire connaissance avec un réseau complexe en changement constant. Cela semble être très pénible parfois pour certains membres de se retrouver avec toute cette paperasse et comme ils le disent parfois: "il faut faire confiance à nos permanents sinon on en finirait jamais".

Le Conseil d'administration actuel présente une force certaine quant à la protection de la qualité des services aux bénéficiaires, tant par des aménagements physiques adéquats que des ressources humaines suffisantes, de même qu'un souci de relations de travail saines entre patrons et employés. Par ailleurs, il y a faiblesse au niveau de la connaissance de la gestion financière tant publique que privée et des stratégies politiques. Il se présente comme un Conseil d'administration centré sur la clientèle et le contenu des programmes.

Le Conseil d'administration souhaite connaître le pouls des employés et des bénéficiaires avant de s'engager dans une décision.

5.1.5 La direction

Le directeur général est en place depuis le tout début du Centre d'accueil, soit depuis 10 ans. Certes, durant cette période, la motivation laissait parfois à désirer et les intérêts du directeur général dans des dossiers extérieurs à son emploi ont suscité du mécontentement et un questionnement face à ses intérêts réels, soit par des membres du Conseil d'administration et de la part du personnel. Cette situation semble être mieux comprise de part et d'autres et l'équilibre apparaît satisfaisant pour l'instant.

Le directeur général exerce un leadership certain sur l'organisation, par son dynamisme et sa volonté forte de faire du développement afin de toujours être à la fine pointe des besoins nouveaux.

Les autres membres de la direction sont aussi en place depuis l'ouverture du Centre, à l'exception de la directrice des services cliniques qui est en service depuis trois ans. Cette dernière occupe un rôle clé compte tenu de la place importante occupée par les soins aux bénéficiaires dans l'organisation.

5.2 RESSOURCES FINANCIERES

Le Centre d'accueil Duhamel gère un bâtiment appartenant à la Corporation d'hébergement du Québec. Le montant des immobilisations (bâtiment) n'apparaît pas aux états financiers, à l'exception du mobilier, des équipements et des dépenses d'immobilisations en cours à la fermeture de l'année financière.

Les dépenses du Centre d'accueil Duhamel sont subventionnées dans une proportion de 72 % par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 % par les revenus de chambres des bénéficiaires et 3 % par des revenus autres.

Etant donné la nature des services offerts dans un tel établissement, il ressort que les salaires et avantages sociaux du personnel absorbent environ 69 % du budget des dépenses; la balance de 31 % servant à couvrir les autres dépenses de fonctionnement et d'achats de fournitures.

Vu qu'il s'agit d'une entreprise de services publics et que les immobilisations sont fournies au préalable par l'état, il faut prévoir l'entretien, les fournitures et le bloc important des ressources humaines.

Donc, dès que l'on ajoute du personnel sur quelques quarts de travail que ce soit, on risque de dépasser la très mince marge de manœuvre.

vre que l'établissement possède. Cela crée donc une vulnérabilité constante et la pression provient invariablement du côté des salaires suite à l'application des clauses de convention collective sur lesquelles, l'établissement n'a pas de contrôle réel.

Le tableau suivant résume la situation financière du Centre, au cours des trois dernières années. L'ajout de nouvelle main-d'œuvre et le paiement des coûts inhérents aux conventions collectives ont contribué au déficit.

<u>Année</u>		<u>Salaires additionnels</u>		<u>Déficit global</u>
1983-1984	=	20 000	=	38 436
1984-1985	=	12 000	=	329
1985-1986	=	75 000	=	15 325

Evidemment à chaque année, il y a eu injection d'argent neuf du ministère de la Santé et des Services sociaux au budget du Centre d'accueil Duhamel sinon les déficits auraient été plus importants.

L'analyse des états financiers des quatre dernières années du Centre d'accueil Duhamel, qui sont d'ailleurs vérifiés, démontrent malgré tout une situation financière relativement stable. Le ministère de la Santé et des Services sociaux autorise l'établissement à un déficit de moins de 1 % du budget global et le Centre d'accueil Duhamel n'a pas

dépassé cette marge depuis les quatre dernières années, à l'exception de 1983-1984 où des revenus d'intérêts accumulés ont pu absorber un déficit plus important.

L'augmentation du rythme des dépenses a été en moyenne de 7,5 % depuis les quatre dernières années et ce, compte tenu de l'ajout de nouveaux services tels que centre de jour, réadaptation, etc. combinés avec l'arrivée de budgets en conséquence.

De façon simplifiée, le budget annuel du Centre d'accueil Duhamel se répartit comme suit, en prenant en exemple l'année 1985-1986.

REVENUS

	%
- Financement du MSSS et CRSSS	72,00
- Contribution des bénéficiaires	26,00
- Recouvrements et autres revenus	<u>2,00</u>
	100,00 %

DEPENSES

- Salaires, avantages sociaux, charges sociales	69,08
- Autres dépenses directes	<u>31,00</u>
	100,00 %

SURPLUS OU DEFICIT

(,08 %) (15 325 \$)

Le budget se situe donc à l'intérieur de la limite permise de 1 % en surplus ou en déficit. Cette règle du 1 % est établie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.3 TECHNOLOGIE, RECHERCHE

Le vieillissement de la population fait en sorte que la technologie se met au service de ce marché grandissant. Le développement de systèmes sophistiqués, de télé-avertisseurs pour le maintien à domicile, d'équipements gériatriques, n'en sont que quelques exemples.

L'avènement des bains tourbillons thérapeutiques pour notre clientèle ont modifié le travail au niveau des soins intimes à donner aux bénéficiaires de même que l'utilisation de couches jetables pour les bénéficiaires incontinents. De plus, un ajout important d'équipements spécialisés ont fait leur apparition dans le Centre d'accueil depuis les trois dernières années, contribuant ainsi à modifier certaines tâches du personnel.

Au niveau de la gestion administrative, il s'agit de l'utilisation de l'informatique pour la paie, la comptabilité et le traitement de textes. Ces systèmes devraient être en mesure de recevoir les dossiers bénéficiaires d'ici un an, si les progiciels sont à prix abordables.

Au niveau des recherches dans le domaine de la gérontologie, l'arrivée des phénomènes nouveaux apportés par le vieillissement, tels la

maladie d'Alzheimer, les unités de psycho-gériatrie, etc. préoccupent profondément le Centre.

La recherche sur la maladie d'Alzheimer se fait de plus en plus pressante devant l'ampleur de ce phénomène. En effet, la Société d'Alzheimer estime que cette maladie représenterait de 65 à 75 % de toutes les démences identifiées.

Au Québec, 11 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont atteintes d'un syndrome cérébral organique, un lit sur 8 serait occupé par une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (6) et 30 à 50 % des bénéficiaires dans les centres d'accueil d'hébergement sont de vrais déments. (Beaulieu, 1984) (7)

Le Centre d'accueil Duhamel suit de très près les recherches actuelles afin d'adapter les résultats au fonctionnement courant de l'établissement. Le personnel participe occasionnellement à des colloques sur ces thèmes et l'établissement est abonné aux revues spécialisées traitant des nouvelles techniques d'intervention en gérontogériatrie.

5.4 DESCRIPTION DU CLIMAT ORGANISATIONNEL

On peut qualifier le climat de sain dans cet établissement. Les échanges y sont directs, constants et teintés d'humour. Selon les familles des bénéficiaires, les visiteurs, etc.; il existe une belle atmosphère de travail.

Les relations entre le personnel et le Conseil d'administration sont peu nombreuses; cela s'explique par le changement quasi-constant d'un bon nombre de membres du Conseil d'administration, le peu d'occasions de fraterniser et le nombre d'employés, surtout à temps partiel, qui ne connaissent pas tous les membres du Conseil d'administration.

Pour le personnel, à part ceux qui les représentent au Conseil d'administration, cette instance demeure une notion un peu abstraite dont on ne comprend pas toujours le rôle.

Au niveau des employés de chaque secteur, il existe des petites rivalités qui ne sont pas toujours positives mais qui, heureusement, n'entraînent pas trop la collaboration entre employés.

Il faut aussi reconnaître qu'il y a des périodes d'agressivité et de dépression à certains moments de l'année, dues à la fatigue, au stress et à la pression de la charge de travail.

Ces périodes sont normales pour une organisation à condition qu'elles ne durent pas trop longtemps et que le tout soit canalisé positivement.

En dépit de ces quelques rivalités, les relations de travail sont quand même bonnes. Il y a bien sûr quelques griefs en marche mais les négociations se font de bonne foi, d'autant mieux à l'aube de la nou-

velle convention collective. Le style de gestion, ouvert à la consultation participative, contribue à maintenir des bonnes relations.

En toile de fond, un peu tout le monde prétend manquer de temps; les employés en voudraient un peu plus pour pouvoir échanger avec les bénéficiaires. Le directeur général souhaiterait aussi avoir plus de contacts avec les bénéficiaires. Les bénéficiaires, à leur tour, déplorent que le personnel soit très occupé et préféreraient voir plus souvent le directeur général et les cadres.

Il faut mentionner que les bénéficiaires ont un grand besoin d'attention, de visites, d'une personne avec qui jaser; la réalité quotidienne de beaucoup d'entre eux, en centre d'accueil pour personnes âgées, c'est ATTENDRE.

Malgré tout cela, le climat de vie des bénéficiaires est positif puisqu'il existe, au Centre d'accueil Duhamel, un noyau important d'employés pour qui le bénéficiaire est le client; ils sont à son service et on sent chez eux la vocation de travailler dans ce milieu.

Toutefois pour d'autres, il y a certes de la démotivation à faire ce travail: "il faut travailler et il n'y a pas de meilleurs emplois dans les environs". Ils n'ont pas ce "feu sacré"; ils considèrent cette clientèle trop statique et exigeant de plus en plus de soins et d'attention. Heureusement, ce noyau est minime et n'assombrit pas le climat de façon significative.

Il existe, sans l'ombre d'un doute, une certaine fierté d'être associé à cet établissement, tant comme membres du Conseil d'administration, cadres, employés, bénéficiaires et familles des bénéficiaires.

On peut, dès lors, affirmer qu'il existe une culture organisationnelle au Centre d'accueil Duhamel. Dans le sens qu'il y a présence d'un langage commun, d'une conception partagée et d'une vision des communications et des relations interpersonnelles. D'ailleurs, l'obtention d'un prix d'excellence en 1986 en est la preuve tangible.

CHAPITRE VI

CHAPITRE VI

SELECTION DU PROBLEME A ETUDIER

A la fin de cette étape, le chercheur passe en revue tous les points litigieux mis en évidence au cours des étapes précédentes puis effectue des regroupements de problèmes.

Une validation avec le focus-groupe et le Conseil d'administration a été faite afin de bien cerner l'image riche ainsi que les problèmes identifiés par le chercheur.

6.1 CANDIDATS AU POSTE DE PROBLEME

A l'analyse de la problématique ressortie, à l'image riche, il a été possible de regrouper les candidats au poste de problème sous trois zones d'activités.

6.1.1 Intervention-client

L'évolution du comportement et des besoins des bénéficiaires telle que présentée dans le sous-système intervention, entraîne de sérieux problèmes au niveau de la qualité et la quantité d'intervention, du type d'approche préconisée, du niveau d'expertise disponible dans l'établissement et à l'extérieur.

6.1.2 Gestion

1- Le problème de planification à risque résulte de la lenteur du ministère de la Santé et des Services sociaux à distribuer les nouveaux budgets.

2- Difficulté de s'entendre sur une grille d'évaluation des besoins du bénéficiaire, ainsi que du remboursement des coûts d'application de cette grille par le ministère de la Santé et des Services sociaux, compte tenu des faibles moyens de l'établissement pour en assumer la charge financière.

3- Obligation pour le Centre d'accueil Duhamel de signer un contrat de services sur la délégation des actes médicaux avec le seul partenaire du réseau qui soit à proximité. Ce contrat pouvant entraîner une certaine ingérence de l'appareil médical et administratif sur la gestion courante du Centre d'accueil Duhamel.

4- Marge de manœuvre très restreinte compte tenu des conditions de travail négociées et signées provincialement et des salaires constituant près de 70 % du budget total.

6.1.3 Ressources humaines

1- Problèmes de reconnaissance des employés, de certaines catégories d'emplois (préposé, cuisinière) et pour la formation reçue en gérontologie.

2- Mobilité constante des membres du Conseil d'administration, à cause des modes d'élection décrétés par la réglementation et méconnaissance du réseau et de son rôle de membre de conseil d'administration et ce, pour un bon nombre de nouveaux administrateurs.

6.1.4 Choix du problème

De ce regroupement, il ressort que les zones problèmes de gestion et de ressources humaines, sont en grande partie dues au super-système (MSSS) et aux différentes modalités de gestion en vigueur dans le domaine para-public québécois. Il serait certes intéressant de pousser la recherche au niveau de ces zones problèmes mais compte tenu qu'elles n'aient pas été considérées comme prioritaires par le focus-groupe et le chercheur, il a donc été décidé de ne pas les retenir au poste de problèmes.

Ainsi, après avoir fait consensus avec le Conseil d'administration et le focus-groupe, le problème à traiter est celui de l'intervention-client et ce, en tenant compte des facteurs suivants.

L'évolution de la science qu'est la gérontologie confirme certaines tendances de l'environnement. La démographie nous présente un tableau de vieillissement accéléré de la population créant ainsi une pression sur toute la gamme de services aux personnes allant du maintien à domicile, aux soins médicaux et aux besoins d'hébergement.

La recherche en gérontologie dégage un portrait plutôt sombre de la clientèle qui se présente en hébergement institutionnel; la dégénérescence des cas de confusion, la sénilité et la démence.

Un deuxième facteur a été de tenir compte de la préoccupation du Conseil d'administration, de maintenir une qualité de vie à sa clientèle, et être capable de faire face au défi de mieux intervenir auprès de

celle-ci en termes de qualité plutôt que de quantité (ajouts de postes). Le Conseil d'administration a toujours été préoccupé par le contenu des programmes mis de l'avant auprès des bénéficiaires.

D'ailleurs, cette problématique avait été soulevée lors de l'élabo ration du mandat.

6.2 DEFINITION DU SYSTEME PERTINENT

Le système d'intervention multidisciplinaire du Centre d'accueil Duhamel est l'ensemble des activités permettant au Conseil d'adminis tration et aux employés de définir des objectifs, d'élaborer un devis d'intervention et de mettre en place un mode de fonctionnement appro prié, dans le but de favoriser une approche multidisciplinaire afin d'assurer un milieu de vie adapté à l'évolution bio-psychosociale des bénéficiaires actuels et futurs en provenance du secteur Témiscamingue.

- Validation de la définition

Propriétaire du système	P = Corporation du Centre d'accueil Duhamel
Environnement	E = Secteur Témiscamingue
Clients	C = Conseil d'administration, les employés et les bénéficiaires
Transformation	T = Définir, élaborer et en mettre en place
Acteurs	A = Conseil d'administration, employés et bénéficiaires
Point de vue	= Développer une approche multidisciplinaire afin d'assurer un milieu de vie adapté à l'évolution bio-psychosociale des bénéficiaires.

6.3 JUSTIFICATION DU SYSTEME PERTINENT

La justification du système pertinent s'est faite dans le sens d'une continuité de certains facteurs qui ont motivé le choix du problème.

La direction de l'hébergement du MSSS considère essentielle l'utilisation des plans d'intervention afin d'actualiser sa philosophie et d'atteindre ses objectifs lesquels sont axés sur le maintien ou la récupération de l'autonomie. Cette volonté est inscrite dans un document de stratégie d'implantation diffusé en 1985 (voir annexe).

Les recherches en gérontologie (voir conceptualisation) convergent vers la nécessité de développer une approche globale qui nécessite la mise en commun de plusieurs disciplines.

Le chercheur a donc considéré pertinent l'implantation d'une équipe multidisciplinaire comme processus de résolution de problème.

Cette EM devient un outil majeur du système d'intervention multidisciplinaire.

CHAPITRE VII

CHAPITRE VII

CONCEPTUALISATION

L'élaboration d'un modèle conceptuel, à cette étape-ci, se veut une démarche théorique la plus objective possible; il est destiné à identifier les activités nécessaires pour rencontrer la définition du système pertinent et servir de cadre de référence ou de comparaison avec la problématique énoncée au départ.

7.1 FONDEMENTS DU MODELE

Le système d'intervention multidisciplinaire présenté à la figure 12 s'inspire de deux modèles, l'un provenant du domaine des soins de santé, l'autre du domaine de la gestion.

Le premier, est celui de Callista Roy; il se présente comme un modèle systémique. La personne, en tant que client, est perçue comme ayant des parties ou des éléments reliés ensemble, de façon à ce que la force des liens puisse être augmentée ou diminuée.

Dans les grandes lignes, les postulats suivants sous-tendent ce modèle:

- L'homme est un être bio-psycho-social;
- L'homme est en interaction constante avec un environnement changeant;

- Pour s'adapter à un monde changeant, l'homme utilise autant des mécanismes innés qu'acquis, d'ordre biologique, psychologique et social;
- La santé et la maladie sont des dimensions inévitables de la vie humaine;
- L'homme doit s'adapter pour répondre positivement aux modifications de l'environnement;
- L'adaptation de l'homme dépend du stimulus auquel il est exposé et de sa capacité d'adaptation;
- L'homme est perçu comme ayant quatre modes d'adaptation: les besoins physiologiques, le concept de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance.

Ces postulats se résument en une phrase: "La personne humaine est un être bio-psycho-social en continue adaptation sur un continuum santé maladie". (8)

Le mouvement continual des quatre modes d'adaptation de la personne du modèle de Callista Roy a amené le chercheur à énoncer qu'un système d'intervention multidisciplinaire, qui fait appel à toutes les ressources du milieu intervenant en synergie, contribue à maintenir dans un équilibre relatif les modes d'adaptation des bénéficiaires.

Le deuxième modèle à intervenir est celui de la Direction générale de la Santé au Ministère de la Santé et des Services sociaux; il nous présente un modèle de prise en charge en psycho-gériatrie.

Selon l'auteur de ce modèle, monsieur Plamondon, le bénéficiaire de soins prolongés présente une interaction constante entre les facteurs biologiques, psycho-émotionnels et socio-économiques. En conséquence, la gériatrie exige une approche globale qui considère tous ces facteurs précédents et nécessite l'intervention de spécialistes de différentes disciplines.

De plus, à cause de l'instabilité de l'état du bénéficiaire et de l'insécurité qu'elle entraîne et aussi pour améliorer ou stabiliser son état, il en résulte qu'il doit pouvoir bénéficier d'une continuité de soins et de services en tout temps.

L'approche gériatrique doit donc avoir constamment à l'esprit ces deux concepts de globalité et de continuité et orienter ses activités autour des principes d'actions suivants:

- Evaluation globale du bénéficiaire;
- Maintien du plus haut niveau d'autonomie possible du bénéficiaire;
- Guérison, amélioration ou stabilisation de l'état du bénéficiaire;
- Prévention de la maladie et de l'handicap chez le bénéficiaire ;
- Respect de la dignité du bénéficiaire;
- Participation de l'équipe multidisciplinaire.

Par son équipe multidisciplinaire, il entend un groupe de personnes possédant chacune une expertise propre. Il n'y a pas de modèle d'équipe unique, elle est une composante dynamique qui évolue. Celle-

ci peut se composer d'un noyau de base auquel s'y adjoignent des spécialistes ou tout autre personne susceptible d'apporter des éclaircissements en regard des situations présentées (9).

De plus, une revue de littérature exhaustive a alimenté le chercheur dans son souci d'humanisation du modèle. D'ailleurs, une recherche américaine a démontré (10) que la dominance du modèle médical en institution est attribuable à cinq facteurs principaux: les politiques internes de l'institution, la philosophie d'intervention, le style d'administration du directeur, le besoin des familles de légitimer le placement de leurs vieux parents en termes médicaux et l'état de santé des bénéficiaires. Une des conséquences reliées à la constatation de l'auteur est qu'un établissement, comme un centre d'accueil où existe un modèle à dominance médicale élevée, aura tendance à voir les résidents comme des patients ayant des problèmes plutôt que des êtres humains à part entière. Leurs problèmes seront alors traités isolément plutôt que comme des aspects intégrés de personnes humaines à la fois unique et complexe.

En fait, le système retenu se présente comme un modèle mixte de l'approche médicale et humaniste. Dans ce sens, les fondements qui le caractérisent sont les suivants (voir tableau I).

TABLEAU 1

MODELES	MEDICAL	HUMANISTE
Modalités d'intervention	Type individuel. Le professionnel est le responsable des traitements par prescriptions et/ou thérapies pour soulager, contenir et/ou éliminer	Interventions à deux niveaux (individu, milieu). Présence d'une équipe. Il y a traitement mais avec la mise en place d'un milieu propice. Toutes alternatives doivent être envisagées
Connaissances demandées	Médecine, psychiatrie, psychopathologie. Evaluation individuelle	Planification et développement de programmes. Habilité à impliquer un milieu. Méthodes de consultation. Supervision, connaissance des ressources disponibles
Outils utilisés	Dossier médical, tests, examens, plans de soins	Plan de service. Plan d'intervention. Notes d'évaluation, réunions d'équipe.

7.2 JUSTIFICATION DU MODELE CONCEPTUEL A LA PROBLEMATIQUE RETENUE

La problématique autour de l'intervention-client ayant été reconnue comme majeure, il s'agissait pour le chercheur de trouver un outil qui soit le plus adéquat pour en arriver à la résolution du problème ou à tout le moins l'atténuer de façon significative.

Les recherches contemporaines en géronto-gériatrie sont unanimes à recommander la mise en place d'une approche globale auprès de cette clientèle en perte d'autonomie au niveau bio-psychosocial.

Il est donc apparu évident que l'apport d'un système d'intervention multidisciplinaire était le modèle le plus approprié dans les circonstances.

Ce modèle fait appel à toutes les ressources du milieu qui interviennent en synergie pour atteindre l'objectif d'une meilleure qualité de soins et de services aux bénéficiaires. Pour ce faire, il prévoit par l'équipe, la mise en commun de l'expertise tant au niveau de l'analyse des besoins (évaluation) que la réponse apportée à ces besoins (intervention).

Le modèle se veut donc la synthèse d'une approche médicale et d'une approche humaniste lesquelles représentent deux concepts indissociables dans une organisation telle qu'un centre d'accueil d'hébergement.

Toute cette justification s'appuie constamment sur la nécessité de considérer avant tout le bénéficiaire dans sa globalité (système) et non comme un problème (parties spécifiques non reliées entre elles).

7.3 DESCRIPTION DU MODELE (Système d'intervention multidisciplinaire) (voir figure 11)

Nous allons voir maintenant en détail les activités particulières du SIM.

7.3.1 Phase de planification

Cette phase constitue le premier jalon du système puisqu'elle permettra d'y asseoir ses bases en lui confirmant un environnement propice, la présence d'un concept d'intervention et une juste évaluation des ressources actuelles et ses limites. La planification s'achève avec la prise de décision de créer un EM.

7.3.1.1 Situer le système dans l'environnement du Centre

L'environnement d'un centre d'accueil comprend des établissements de même catégorie (CAH) et des établissements de soins de longue durée (CHSLD); il s'agit de voir quelles sont les applications faites en relation avec un tel système. Il faut voir les aspects structurels et légaux, découlant d'un fonctionnement semblable.

7.3.1.2 Concept d'intervention

Le Centre d'accueil Duhamel ne pourrait prétendre vouloir bien s'acquitter de sa mission sans que celle-ci vienne s'ancre dans une

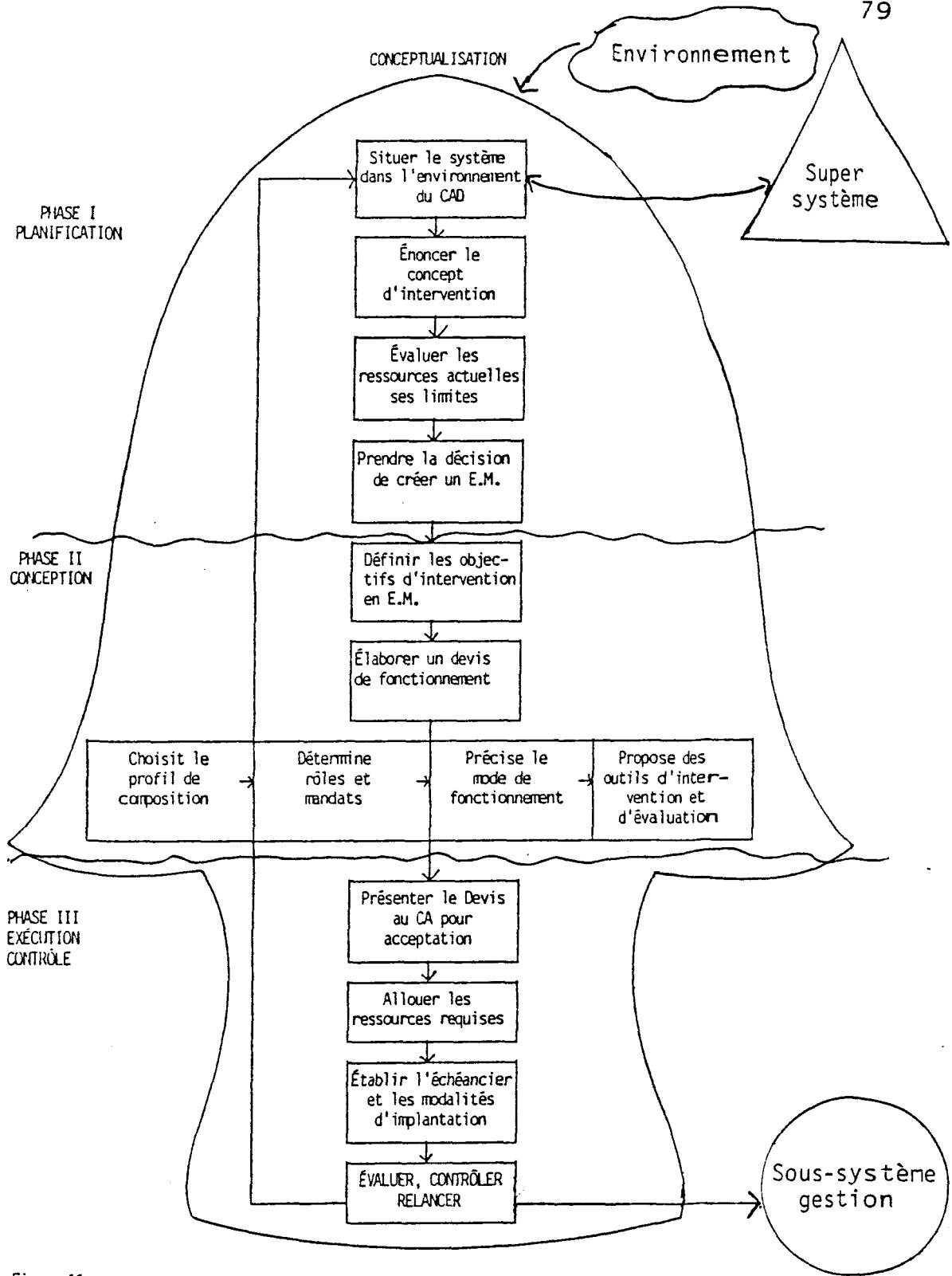


Figure 11 - Système d'intervention multidisciplinaire

philosophie d'intervention appropriée. C'est cette philosophie qui peut en effet conditionner le parcours qu'entendent suivre les équipes clinique et administrative pour répondre aux besoins de la clientèle. L'absence d'une philosophie d'intervention, en plus de constituer une lacune grave au plan de la gestion, comporte aussi le risque de rendre difficile sinon impossible la cohésion de l'ensemble des équipes puisqu'elle permet l'émergence d'autant de philosophies qu'il y a d'intervenants.

Dans un récent numéro de la revue "L'Accueil" apparaissait une définition de ce que l'on peut entendre dans une démarche d'adoption d'une philosophie d'intervention:

"Adopter une philosophie d'intervention, c'est recueillir l'adhésion de l'ensemble du personnel clinique et administratif sur les valeurs et croyances constituant les principes fondamentaux sur lesquels s'appuieront l'identification, la planification, la coordination et le contrôle de leurs actions respectives". (11)

Ce genre de démarche collective garantit l'homogénéité des principes qui orienteront les interventions administratives et cliniques de l'établissement, tout en fournissant le ciment qui viendra relier entre eux tous les éléments constituant le plan d'organisation, le plan d'action et le plan de développement.

La présence d'une telle philosophie doit être perceptible à tous les niveaux de décisions et dans tous les secteurs d'activités du Centre d'accueil Duhamel. Pour être valide, cette philosophie doit en outre s'appuyer sur une conception précise de la personne car, comment affirmer une philosophie basée sur des valeurs si on ne peut, en même temps, valoriser une certaine perception de la personne auprès de qui on intervient. Il faut que l'établissement affiche ses couleurs quant à la conception qu'elle se fait de la vieillesse ainsi que des attitudes qui en découlent.

7.3.1.3 Evaluer les ressources actuelles, ses limites

Le Centre devra maintenant s'attarder à bien connaître la description et la structuration des postes afin de ne pas sur-évaluer ou sous-évaluer les effectifs en place.

Il doit prévoir les contraintes qui peuvent surgir à ces différents niveaux:

- Humain

Le Centre doit considérer les compétences et disciplines présentes ainsi que la possibilité de se rendre disponible pour participer aux réunions d'équipe.

Il est primordial d'évaluer la volonté et la motivation à s'inscrire dans cette démarche, tout en mesurant le degré de résistance au changement.

- Financier

L'organisation doit d'interroger sur sa capacité financière d'assumer les coûts découlant de l'application de ce système et des autres coûts inhérents aux décisions prises par l'équipe (ex.: réaménagements physiques d'un milieu de vie).

- Physique

Le Centre doit s'assurer que la structure interne du bâtiment permette d'y faire certaines modifications.

- Social

Un système d'intervention multidisciplinaire doit assurer la présence de la famille et de la communauté pour certaines interventions. En conséquence, le Centre voit à en faciliter la présence et l'intégration dans cette démarche.

7.3.1.4 Prendre la décision de créer un EM

Les phases précédentes de planification dégagent l'éclairage pertinent, qui permet de prendre une décision, de passer à la création d'un EM. Cette prise de décision peut être assortie de certaines réserves sans mettre en péril la réalisation des phases subséquentes du modèle.

7.3.2 Phase de conception

Cette deuxième phase se veut l'articulation plus concrète d'un système qui, pour réussir, doit définir ses objectifs et élaborer un devis de fonctionnement assorti des modalités appropriées.

7.3.2.1 Définir les objectifs d'intervention d'un EM

La mise en place d'une équipe multidisciplinaire présuppose la définition claire des objectifs pour s'assurer d'une compréhension commune et favoriser l'adhésion la plus large possible de l'équipe à ceux-ci.

Coleridge et Leader (12) identifient quatre objectifs principaux:

- 1- Promouvoir un environnement stimulant, qui contribue à maintenir le niveau de bien-être du bénéficiaire à un degré acceptable.
- 2- Etablir une approche d'équipe dans le traitement, la prévention ou la réhabilitation en utilisant l'expertise disponible dans l'établissement ou à proximité.
- 3- Etablir un plan d'intervention qui assurera le développement physique, mental, social et spirituel du bénéficiaire.
- 4- Evaluer l'efficacité et l'efficience des programmes offerts en vue de rencontrer les besoins des personnes âgées et leurs familles.

7.3.2.2 Elaborer un devis de fonctionnement

Il s'agit ici d'un processus crucial, puisque les éléments qui composent ce devis constituent la clé de la réussite ou de l'échec du système.

A partir de la réalité du bénéficiaire, l'EM produit un plan d'intervention individualisé qui est réévalué périodiquement selon certaines modalités que se donne l'équipe.

7.3.2.2.1 Choisir le profil de composition

L'EM se caractérise par une représentativité de tous les intervenants concernés par le mieux-être du bénéficiaire. A partir des membres potentiels, un profil de composition de l'équipe multidisciplinaire est élaboré, et ce, en se basant sur des types de cas auprès desquels on est appelé à intervenir.

L'EM est composée d'un minimum de 8 membres soit une coordonnatrice, en l'occurrence la directrice des services cliniques ou de la personne qu'elle pourra désigner, soit l'assistante-chef d'unités des soins infirmiers ou la travailleuse sociale. Autour de la coordonnatrice vient se greffer une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire, un préposé aux bénéficiaires, un représentant du service alimentaire, de l'entretien ménager, l'animatrice et la travailleuse sociale, ce qui constitue l'équipe de base.

Au besoin, on élargit la composition de l'équipe en ajoutant les personnes-ressources suivantes: le médecin, le pharmacien, l'aumônier, le thérapeute en réadaptation physique, l'ergothérapeute et parfois la famille et/ou des personnes significatives.

Les membres de l'équipe élargie sont invités à prendre connaissance du plan d'intervention de chaque bénéficiaire et à apporter leurs commentaires à la coordonnatrice tout comme le reste du personnel d'ailleurs.

De plus, le personnel de soins va être représenté par du personnel de soir et de nuit, car il y a fort à parier, que les réunions se tiennent le jour et qu'un groupe d'employés en soit écarté par le fait même.

7.3.2.2 Détermine le rôle et les mandats

Le rôle de l'EM est de s'assurer d'une intervention optimale auprès du bénéficiaire. Tous les intervenants mettent en commun leurs connaissances et leur savoir-faire pour résoudre un problème médical et/ou psycho-social qu'il s'agisse de prévention, de traitement ou de réadaptation.

Son pouvoir est décisionnel quant à l'intervention qui doit être mise de l'avant par le personnel et consultatif quant aux aménagements physiques jugés nécessaires au mieux-être du bénéficiaire.

L'EM a comme mandat de s'assurer de l'application et du suivi d'un plan d'intervention pour chacun des bénéficiaires du Centre.

7.3.2.2.3 Précise le mode de fonctionnement

L'équipe multidisciplinaire est avant tout l'application d'un concept d'intervention plutôt qu'une structure organisationnelle. Toutefois, elle est suffisamment structurée pour devoir s'établir des mécanismes de fonctionnement tels que son lieu et la fréquence de ses rencontres ainsi que de l'ajout de moyens nécessaires à son bon fonctionnement.

La participation à l'EM se fait sur une base volontaire et les membres de l'équipe de base en provenance des soins infirmiers doit changer aux 6 mois, à l'exception de la coordonnatrice.

Cette modalité permet une participation plus grande du personnel et un partage plus équitable entre les employés de cette responsabilité et de cette expérience enrichissante.

7.3.2.2.4 Propose des outils d'intervention et d'évaluation

L'outil que constitue le plan d'intervention permet l'organisation systématique des actions que comptent entreprendre un ou des intervenants en vue de seconder la personne en difficulté dans la solution de ses problèmes.

Le plan d'intervention précise, selon le champ de responsabilités, les objectifs à atteindre, la nature, la durée et l'intensité des interventions à faire ainsi que les moyens à utiliser pour le réaliser.

Les outils recommandés pour l'application d'un plan d'intervention sont les suivants.

Le "Profil" du bénéficiaire est divisé en 8 blocs spécifiques comprenant des données permettant de s'en faire une image précise (état, limitation) et de connaître les activités systématiques (actions, moyens, supports) devant être accomplies par les intervenants.

Les thèmes sont:

- Communication-comportement;
- Activités occupationnelles-sociales;
- Activités de la vie quotidienne;
- Hygiène;
- Mobilité-confort;
- Respiration;
- Alimentation;
- Elimination.

La formule intitulée "Plan d'intervention" est conçue principalement pour la planification des interventions requises par des bénéficiaires nécessitant des services d'hébergement ou des soins de longue

durée, qu'ils soient admis en établissement ou bien inscrits dans un programme de centre de jour.

Les problèmes, les objectifs et les interventions sont formulés en termes précis et simples, de façon concise et consignée.

Globalement, cet outil est très bien fait et assure un équilibre certain dans la présentation du bénéficiaire, tant au point de vue médical que psycho-social. (voir annexe 4)

7.3.3 Phase d'exécution

Cette dernière phase du système (SIM) permet au Centre de finaliser la boucle par l'acceptation du devis et l'allocation des ressources. Il peut ensuite établir les modalités d'implantation tout en s'assurant un mécanisme d'évaluation et de contrôle sur le système qu'il vient de générer.

7.3.3.1 Présenter le devis aux intervenants pour acceptation

Compte tenu de l'impact que peut avoir l'implantation de ce système, notamment auprès du personnel, il importe d'en faire une bonne présentation à chaque secteur et d'en faire ressortir les avantages tant pour le bénéficiaire que pour la qualité de leur propre intervention.

Il faut contrer la résistance au changement et le négativisme par une approche dynamique et valorisante.

L'acceptation de la grille préconisée, soit celle du plan d'intervention, comporte des changements importants dans le sens qu'on donne plus de place à la dimension psycho-sociale par rapport à la dimension médicale très présente dans les interventions auprès des bénéficiaires.

Afin d'éviter de créer un feu de paille, il importe d'asseoir solidement dans l'esprit du personnel les principes fondamentaux de ce système.

7.3.3.2 Allouer les ressources requises

Après analyse, le Conseil d'administration donne son assentiment en termes d'allocations de ressources humaines et financières, selon les demandes du Comité d'implantation et sur recommandations du Comité de gestion.

7.3.3.3 Etablir l'échéancier et les modalités d'implantation

Cette étape consiste à établir, de concert avec les intervenants, l'échéancier d'implantation qui soit le plus réaliste pour tous; quant aux modalités, elles doivent prévoir la formation et la sensibilisation du personnel, familiarisation avec les formulaires et le rôle et mandat de l'EM. Une période de rodage et de réajustement de certaines modalités sera nécessaire et souhaitable dans les premiers mois. L'information doit circuler de façon claire et accessible auprès de tous les intervenants.

7.3.3.4 Evaluer, contrôler et relancer

Dans cette phase d'exécution, il est de grande importance d'évaluer périodiquement le système en tenant compte des coûts humains et financiers en rapport à son efficacité. Il est pertinent, de façon périodique, de réévaluer le système dans l'environnement du Centre d'accueil Duhamel.

7.3.4 Validation du système ou du modèle conceptuel

Sa validation du modèle conceptuel s'effectue en vérifiant la présence de toutes les caractéristiques d'un système d'activités humaines:

Objectifs	=	D'assurer une approche multidisciplinaire par la présence et le fonctionnement d'un EM
Mesures de rendement	=	Amélioration des services aux bénéficiaires
Sous-système	=	Gestion, intervention
Environnement	=	Centre d'accueil, le Témiscamingue
Preneur de décisions	=	Conseil d'administration
Pérennité	=	Analyse des résultats et implication de l'équipe
Ressources	=	Humaines, financières et matérielles
Connexion	=	Flux d'information

CHAPITRE VIII

CHAPITRE VIII

COMPARAISON ET IMPLANTATION DU SYSTEME

8.1 COMPARAISON

Il faut constater de façon systématique qu'il n'existe pas de plan d'intervention individualisé. Il n'existe pas non plus d'équipe multidisciplinaire, sinon que des consultations sporadiques avec certains professionnels (travailleuse sociale, thérapeute en réadaptation physique, etc.).

Cependant, après chaque quart de travail du secteur soins infirmiers, un rapport d'activités est diffusé et discuté afin d'assurer le suivi aux employés qui prennent la relève.

Lorsqu'il y a situation grave ou de crise, il y a rencontre multidisciplinaire, mais au besoin seulement. Cela se fait plutôt de façon informelle.

Il existe certes des plans de soins pour bénéficiaires présentant des problèmes particuliers, mais il n'a jamais été possible d'assurer une réévaluation périodique de ces plans de soins.

La comparaison du modèle conceptuel avec la réalité fait ressortir que la phase I de planification est bien amorcée au Centre d'accueil Duhamel. En effet, le système (SIM) est situé dans l'environnement, le concept d'intervention est appliqué, il ne reste qu'à l'écrire et le

formaliser. L'évaluation des ressources actuelles est amorcée par un comité de travail qui avait commencé à fonctionner; finalement, la prise de décision de créer un EM ne saurait tarder.

Les phases II et III "conception, exécution et contrôle" sont à faire et c'est à partir de celles-ci que l'implantation devra démarrer.

8.2 IMPLANTATION

Il s'agit maintenant de préciser les étapes de façon concrète, tant au niveau des phases que des activités, et de faire la distinction des niveaux de responsabilités en présence.

La planification s'achève avec la prise de décision qui immédiatement est suivie par la phase de conception.

Cette phase est partagée entre le Conseil d'administration qui procède aux nominations sur le Comité d'implantation. Le Comité lui-même définit les objectifs de même que la fixation des règles, des procédures et des moyens pertinents. Enfin, le Comité d'implantation achemine la demande de ressources au Conseil d'administration.

La phase d'exécution "contrôle" relève presqu'entièrement du Conseil d'administration lequel analyse et alloue les ressources, en donnant son aval au Comité d'implantation.

Il s'assure d'un suivi et prévoit un mécanisme d'évaluation et de contrôle.

La figure 12 illustre bien les étapes à franchir et les responsabilités à partager.

8.2.1 Recommandations

La réussite de cette implantation doit reposer sur trois conditions essentielles:

1- Le Conseil d'administration en tant que propriétaire du système devrait en faire une de ses priorités pour la prochaine année. La participation d'un représentant du Conseil d'administration vient confirmer cet intérêt.

L'équipe de gestion, quant à elle, devrait poursuivre cette volonté du Conseil d'administration en exécutant une série d'actions qui serviront à sensibiliser et stimuler le personnel et les bénéficiaires du bien-fondé d'une telle opération.

2- Le Conseil d'administration et l'équipe de gestion devraient investir humainement et financièrement. D'ailleurs, "L'American of Homes for the Aged" est très clair à ce sujet. La clé du succès pour développer une intervention multidisciplinaire est dans les mains de l'administration. La direction doit croire à une telle approche et en convaincre le personnel. Du temps et des remplacements, s'il y a lieu,

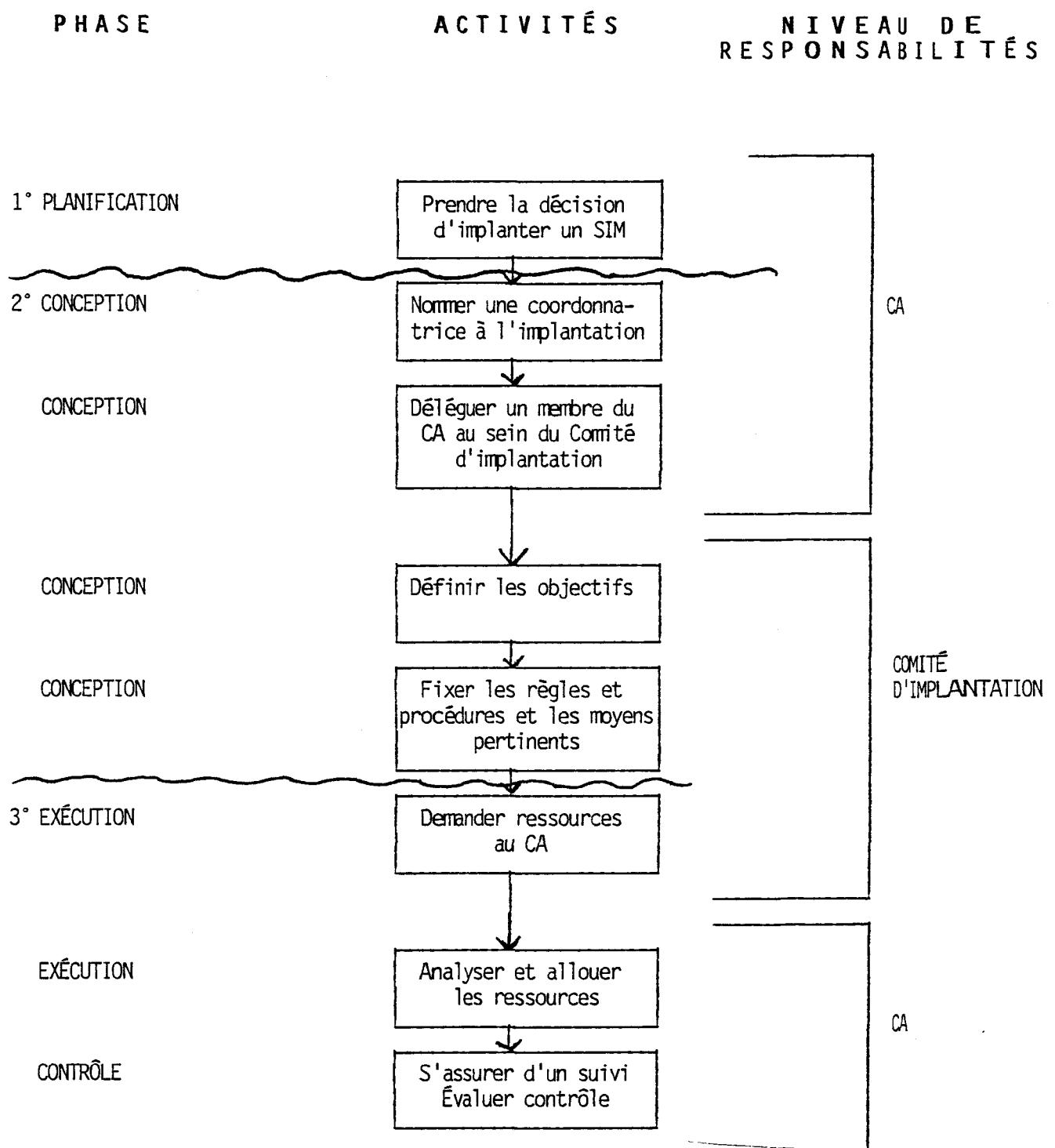


Figure 12 - Étapes d'implantation d'un système d'intervention multicdisciplinaire au niveau du CA, et du comité d'implantation

devraient être alloués pour des réunions d'équipes. Ces réunions se doivent d'être bien structurées, de même que d'assurer un suivi aux décisions prises par l'équipe (13).

3- Le Conseil d'administration devrait miser sur l'élément temps. Les recherches démontrent combien d'expériences semblables ont échoué parce qu'on a agi trop rapidement, ce qui a eu souvent pour effet de bousculer le personnel et les amener à être sur la défensive et avoir de la résistance au changement. Ces réunions devront être bien structurées et prévoir un mécanisme de suivi aux prises de décision.

CHAPITRE IX

CHAPITRE IX

REFLEXIONS SUR LA METHODOLOGIE

9.1 GENERALITES

Dans le présent chapitre, nous allons amorcer une réflexion sur la recherche-action selon l'approche systémique préconisée par M. Peter B. Checkland, professeur à l'Université de Lancaster et suggérée aux étudiants de la Maîtrise en gestion des petites et moyennes organisations à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, comme outil d'intervention dans la réalisation d'un diagnostic d'organisation ou d'entreprise.

Nous élaborerons sur la méthodologie des systèmes souples, nous reverrons les principales étapes suivies afin de mieux situer l'intervention dans son cadre méthodologique et de mieux saisir la pertinence de la méthodologie utilisée dans la présente recherche.

Finalement, nous traiterons du vécu du chercheur, des acteurs, des clients et des contraintes rencontrées.

9.2 LA RECHERCHE-ACTION

"Le processus de la recherche-action est un ensemble d'activités effectuées conjointement par chercheur et acteurs et par lesquelles la science se trouve enrichie par l'action et celle-ci par la science. Le chercheur est celui qui possède un certain bagage de connaissances théoriques et une expérience méthodologique de la recherche. L'acteur

est un membre de l'organisation qui rencontre un problème et décide d'entreprendre une action en vue d'un changement" (14).

Grell et Wery (15) lui attribuent 6 principes méthodologiques de base, lesquels m'ont permis de valider le processus de recherche-action. Ces principes sont les suivants:

- a) Le procédé de recherche doit impliquer toutes les personnes touchées par la problématique;
- b) Le procédé doit faire coopérer les activités d'analyse et d'action;
- c) La problématique doit être clarifiée par ceux qui la vivent en fonction de leurs besoins sociaux réels;
- d) La finalité du processus n'est pas de conclure sur une problématique, mais d'obtenir des résultats avec ceux qui y sont engagés;
- e) La participation du chercheur doit durer assez longtemps pour assurer vie au processus social qu'il contribue à activer;
- f) Il faut garantir l'adéquation entre méthodes de recherche et objectifs découlant du problème posé.

L'intervention qui s'achève respecte les 6 principes méthodologiques. En effet, le Conseil d'administration et les focus groupes représentaient bien l'ensemble des personnes touchées par la problématique et ils ont collaboré aux activités d'analyse et d'action.

La finalité du processus a été effectivement de susciter de la part du Conseil d'administration un désir d'obtenir des résultats par l'implantation d'un SIM.

Quant à la durée de l'intervention, elle s'est échelonnée sur 18 mois, ce qui est suffisant pour contribuer à activer le processus. Toutefois, le départ du chercheur de son poste de directeur général au même moment qu'il déposait son rapport final au Conseil d'administration risque de rendre la tâche plus ardue au Comité d'implantation puisque l'expertise du chercheur sera moins facile d'accès. Il a été convenu que le chercheur continuera à supporter cette démarche à distance par des échanges réguliers avec des membres du Comité d'implantation et du Conseil d'administration.

En ce qui concerne le dernier principe, bien qu'il soit plus difficile à démontrer, je considère que la rigueur de la méthodologie suivie, l'étroite collaboration chercheur-acteur face au problème posé, ainsi que le processus de validation lui-même, confirment le respect de cette adéquation.

Un autre élément qui caractérise la recherche-action de Lessard et Goyette (16) est celui qu'ils appellent la fonction de communication.

La communication chercheur-acteur peut donc être établie dans deux sens :

- un chercheur communique des informations sur les résultats et le processus de recherche aux personnes concernées;
- des acteurs, des gens d'un milieu communiquent au chercheur des informations sur leurs problèmes, leur milieu, leurs perceptions, leurs valeurs, leurs réactions face au processus et aux résultats de la recherche.

Dans le même ordre d'idée, Grell et Wery (17) parlent de communication en termes de négociations; il s'agit d'une communication bidirectionnelle pour la construction d'une oeuvre collective. L'objet de la recherche est construit sur la base d'une négociation entre le chercheur et les acteurs (personnes directement concernées).

La participation conjointe des chercheurs et des acteurs, tout au long du processus de la recherche-action, permet un échange constant sur les résultats de la recherche. Ainsi, se développe un nouveau langage commun par l'interprétation du langage scientifique et du langage de l'action permettant aux intervenants (acteurs) une appropriation des connaissances communiquées exclusivement entre les chercheurs. Il y a ainsi partage du savoir cognitif entre les acteurs et le chercheur.

Nous avons assisté au développement d'une complicité certaine entre le chercheur et les acteurs, le tout orienté vers un objectif commun, le changement. Je dois avouer que la découverte de cette fonction

communication-négociation dans la recherche-action a été, pour moi, un acquis important au niveau de mon savoir cognitif.

De par la nature de la recherche-action, elle ne peut faire autrement que d'enrichir le savoir cognitif, le savoir-faire et le savoir-être.

Cette recherche permet aux acteurs d'acquérir un savoir-faire grâce à cet outil d'intervention multidisciplinaire qui assurera une meilleure performance au niveau de l'intervention-client et de leur gestion en général.

Du côté du chercheur, cette recherche lui a permis d'augmenter son expertise en recherche et d'approfondir ses connaissances en gérontologie et en gestion par rapport à l'implantation de système.

Cette recherche a aussi enrichi le savoir-être qui est relié à l'attitude physique et émotionnelle des acteurs et du chercheur. L'attitude du mandant a changé parce qu'il réalise toute l'ampleur de l'intervention multidisciplinaire et qu'il s'impliquera dorénavant plus à fond dans le volet clinique de l'organisation par le biais de ce système. Le personnel est en processus de changement d'attitudes puisqu'il réalise que les éléments de l'équipe en place sont capables de maximiser leurs interventions, si elles sont canalisées de façon efficace.

Le savoir-être du chercheur a été enrichi par la prise de conscience de la place occupée par l'échelle de valeurs des individus qui composent une organisation. Cette prise de conscience aura sûrement un impact dans les attitudes et les comportements du chercheur par rapport à l'exécution d'autres recherches ou interventions.

9.3 LA MÉTHODOLOGIE DES SYSTÈMES SOUPLES

La méthode des systèmes souples repose essentiellement sur la pensée systémique et se situe plutôt au niveau des principes que des méthodes ou des techniques.

Elle permet d'observer une situation jugée complexe et perçue comme problématique, d'y percevoir un certain ordre et de supporter une démarche de prise en charge (18).

La méthode des systèmes souples est dite systémique non parce qu'elle décrit un objet réel en tant que système mais parce qu'elle s'inspire de l'approche systémique (complexité et ouverture des systèmes d'activités humaines, évolution) et qu'elle se veut, elle-même, un système ouvert au sens où une reformulation du problème est toujours possible.

Comme leur nom l'indique, ces systèmes sont ouverts aux influences externes ce qui les rend complexes à aborder par rapport à un système fermé, lequel n'a pas de relation avec son environnement.

Pour Paul Prévost (19), les systèmes souples se caractérisent par des objectifs difficiles à définir, une prise de décision incertaine et un comportement humain irrationnel.

C'est pour toutes ces raisons que la méthodologie des systèmes souples nous est apparue pertinente pour aborder la problématique présente au Centre d'accueil Duhamel.

Nous sommes en face d'un système d'activités humaines, ouvert aux influences extérieures, complexe de par sa nature, sa mission sociale, et les intérêts divergeants qu'on peut y retrouver.

Cette méthodologie ayant émergée à l'Université de Lancaster en Grande-Bretagne par le Dr Checkland et adaptée par Paul Prévost pour le diagnostic intervention constitue le cadre méthodologique de la recherche-action qu'il a défini en 7 étapes: l'image riche, l'ancre, la conceptualisation, la comparaison, l'identification des changements possibles, l'application des changements sélectionnés et le contrôle.

9.4 LE MANDAT

La coalition acteur-chercheur est habituellement très présente en recherche-action; il est donc de première importance que le mandat soit défini clairement.

Les attentes du client et la méthodologie utilisée par le chercheur sont deux éléments qui doivent être bien compris de part et d'autres.

Par la même occasion, cette étape permet au chercheur d'identifier le preneur de décision et le poseur de problèmes.

Dans le cas qui nous préoccupe, je dois dire que les prémisses énoncées plus tôt ont été respectées quant au contenu et à la démarche. Par ailleurs, l'item "échéancier" n'a pas été respecté et cette situation a amené un retard d'environ 12 mois dont le chercheur en est responsable pour différentes raisons personnelles et professionnelles.

9.5 LE MANDANT

Normalement, le mandant se définit comme étant celui qui détient le pouvoir décisionnel.

Checkland (20) nous met en garde sur la nette distinction à faire entre le décideur du système à diagnostiquer et le client de ce même système. Le premier dispose de ressources dont une partie sera mise à la disposition du chercheur et le second est celui pour qui le système est diagnostiqué; il en est le bénéficiaire.

Au Centre d'accueil Duhamel, c'est le Conseil d'administration qui détient le pouvoir décisionnel tout en participant à poser le problème avec le personnel.

9.6 LE MANDATAIRE

9.6.1 Biais chercheur-acteur

Le chercheur consultant de la présente étude est un acteur clé de l'organisation de par sa fonction de directeur général. Il nous faut

donc réfléchir sur les avantages et les inconvénients reliés à ce double rôle.

9.6.2 Avantages

Cette situation permet un accès à l'information que d'autres chercheurs auraient plus de difficultés à se procurer notamment au niveau des dossiers des bénéficiaires, etc. Si le chercheur est déjà un acteur crédible dans l'organisation, l'efficience de son intervention offre de meilleures garanties compte tenu de toutes les notions de communication, de négociation, de complicité qui sont à la base de la relation entre le chercheur et les acteurs.

Le mandataire, qu'il soit de l'interne ou de l'externe, intervient dans l'organisation avec son propre vécu et ses valeurs personnelles.

Le chercheur, en recherche-action, est donc conçu comme étant lui-même un sujet impliqué, soit dans une action, soit par rapport à un objet de recherche formulé à partir d'un problème vécu dans l'action: l'implication du chercheur dans l'objet de sa recherche est non seulement acceptée mais voulue (21).

9.6.3 Inconvénients

Il est impossible d'éliminer toute subjectivité dans l'élaboration et la réalisation d'une recherche-action en sciences humaines quant on véhicule déjà ses propres valeurs, et ce, combinée à un vécu de près de 10 ans dans cette même organisation.

Le chercheur, étant conscient dès le départ à cet écueil, a tenté de maîtriser cette subjectivité par une connaissance de ses propres valeurs et ses attentes, en s'interrogeant fréquemment sur son objectivité en vue d'enrichir et de solidifier son intervention.

La deuxième difficulté rencontrée par le chercheur se situe au niveau de l'éthique professionnelle.

Le chercheur était en fait partagé entre son allégeance à l'organisation mandatée et celle de la communauté scientifique (normes méthodologiques).

En plus, comment s'en tenir à un simple rôle de chercheur quand la même personne qui présente et valide le fruit de ses recherches auprès du focus groupe ou du Comité des bénéficiaires, est le directeur général de la "boîte"?

Pour contrer cet obstacle, le chercheur fait preuve de transparence et a rappelé souvent aux acteurs, le rôle qu'il jouait à titre de chercheur-acteur en les invitant à faire abstraction du siège de directeur général qu'il occupait.

Le chercheur n'a jamais senti de malaise ou de problème en regard de cette situation.

9.7 IMAGE RICHE

Le portrait de la situation d'une organisation évolue à l'intérieur de différents environnements ou dans de plus grands systèmes avec lesquels elle interagit. L'expression de ce portrait se réalise par l'image riche que Paul Prévost (22) décrivait comme une photographie de l'organisation à une date donnée.

Le chercheur connaissait bien toutes les facettes de l'organisation du Centre d'accueil Duhamel; l'élaboration de l'image riche a donc donné lieu à une recherche plus poussée et a ainsi permis d'acquérir une connaissance plus approfondie de l'organisation.

Le Comité de gestion, les chefs de service et les principaux acteurs de l'organisation ont fourni une excellente collaboration que ce soit en accordant des entrevues qu'en fournissant des documents ou des statistiques pertinents.

La difficulté principale a été d'en arriver à une description du processus; elle consiste, selon Prévost, (23) à essayer de décrire avec le plus d'exactitude possible les opérations réelles qui sont effectuées dans l'organisation et les agencer sur un diagramme en respectant leur séquence logique et en les inter reliant par les flux appropriés sans faire de référence à la personne responsable ou à tout autre élément structurel.

Compte tenu de la nature du système d'activités humaines, le chercheur a dû imaginer une représentation particulière du processus qui consistait à une superposition du flux administratif (organisation) sur le flux humain (bénéficiaires).

Cet exercice de modélisation a été complexe mais il était nécessaire de bien représenter cette réalité de l'organisation.

La précision des indicateurs au niveau technologique a aussi présenté une certaine difficulté au chercheur. Cette difficulté s'explique par le fait que la gérontologie est une jeune science qui date d'une dizaine d'années. L'influence de cette science, par ses découvertes, ses écrits, commence tout juste à pointer dans les établissements concernés, mais sans avoir généré beaucoup d'indicateurs.

Un effort constant a été fourni pour analyser l'organisation avec un regard neuf, à travers les yeux de ses acteurs, afin de mieux comprendre la réalité organisationnelle et générer de nouvelles idées.

La validation de cette étape s'est faite à trois niveaux; soit le focus groupe, le Comité des bénéficiaires et le Conseil d'administration.

Le focus-groupe était composé de cinq personnes qui représentaient chacun des secteurs qui sont communément reconnus dans l'organisation: soit l'administration, les soins infirmiers, le service externe et

d'adaptation, le service alimentaire, le service d'entretien ménager et général.

Les modifications suggérées et justifiées concernaient surtout dans la façon que les bénéficiaires avaient été catégorisés et la répartition de ceux-ci en termes de pourcentage.

Le Comité des bénéficiaires est composé de trois bénéficiaires et de deux bénévoles. Lors de cette présentation, il a été difficile de maintenir les échanges autour de la réalité présentée. Même si on se disait d'accord sur le contenu, on était bien plus préoccupé par les moyens à prendre pour corriger la situation; par exemple, le manque de personnel. Il est tout à fait compréhensible que ça se soit passé ainsi quand on connaît la moyenne d'âge des bénéficiaires et qu'ils sont très peu habitués à de tels exercices dans leur vie et qu'il faut respecter cet état de fait.

Le troisième palier de validation qu'était le Conseil d'administration a très bien accueilli les présentations; les quelques modifications qui ont été retenues portaient sur certaines structures de phrases ainsi que des nuances sur le rôle joué par les membres du Conseil d'administration. Par ailleurs, les membres du Conseil d'administration ont été ravis de voir ainsi présentée, la réalité de l'établissement qu'ils gèrent. Ils ont beaucoup valorisé cette présentation et ce que cela leur a apporté.

Cette démarche de validation de l'image riche est fondamentale pour assurer une solidité aux phases suivantes; de plus, il est primordial d'être attentif à toute réaction verbale ou non verbale des acteurs de l'organisation afin de ne rien laisser passer de ce qui pourrait être une piste d'information pertinente qui n'apparaît pas évidente à première vue.

9.8 ANCORAGE ET CONCEPTUALISATION

L'énumération des candidats au poste de problème a vraiment permis d'arriver à un goulot d'étranglement et de positionner le problème dans un point de vue bien précis.

A cet égard, le Conseil d'administration ayant toujours été préoccupé par besoin en rapport avec la qualité des services rendus n'a pas hésité à s'orienter vers un système d'intervention-client, et ce, même si le niveau gestion le préoccupe beaucoup.

Dans la présente recherche, le chercheur et les deux niveaux suivants, le focus groupe et le Conseil d'administration, ont opté par consensus à privilégier un système d'intervention multidisciplinaire .

La conceptualisation est un exercice déductif permettant de construire un modèle à partir de l'ancre sélectionné.

Le modèle conceptuel, selon Prévost, se définit (24) comme étant une élaboration aussi objective que possible qui n'a pas de prétention idéalisante, ni normative; il est simplement destiné à identifier les

activités nécessaires à l'existence du système d'activités humaines défini lors de l'ancre et à servir, par la suite, de cadre de référence avec la problématique élaborée lors de la première étape. La validation de la cohérence systémique par la vérification de la présence des caractéristiques d'un système d'activités humaines est essentielle.

Checkland (25) va plus loin et conseille d'identifier tous les éléments du modèle par des verbes pour éviter les incohérences de langage. Pour lui, le but est de créer à la lueur de la situation problématique, mais en même temps en se détachant de la réalité organisationnelle.

A cette étape, le chercheur reconnaît avoir eu de la difficulté à se détacher de la réalité organisationnelle pour bâtir le modèle conceptuel. Est-ce le biais chercheur-acteur qui en a été la raison ou une difficulté à distinguer conceptualisation et opérationnalisation? Ma réflexion se poursuit avec une certaine conviction que ces deux facteurs y sont responsables dans diverses proportions.

9.9 OPERATIONNALISATION-IMPLANTATION

La comparaison du modèle conceptuel avec la réalité a démontré que la phase planification du système était déjà en place. Le chercheur a donc pu procéder à partir de ce qui existait déjà.

L'opérationnalisation s'exécute par le "design" des changements sélectionnés qui apparaissent suite au processus de définition du point d'ancre, de la conceptualisation et de la comparaison.

Tel qu'il avait été convenu en début de mandat, l'implantation et les étapes subséquentes demeuraient la responsabilité de la direction de l'établissement. Toutefois, le chercheur a formulé des recommandations susceptibles d'orienter les acteurs, et il a assuré l'organisation de son support et son expertise pour la poursuite de l'implantation.

Il faut préciser que la validation de l'opérationnalisation auprès du focus groupe et du Conseil d'administration s'est établi par consensus.

Elle repose aussi sur une revue de littérature exhaustive, d'entrevues et de conversations téléphoniques avec un conseiller professionnel au secteur hébergement à l'Association des Centres d'accueil du Québec.

9.10 CONCLUSION

La méthodologie des systèmes souples de Checkland s'est avérée un outil efficace dans notre intervention-diagnostic pour déceler au sein de l'organisation investiguée des zones problématiques, lesquelles ont été validées par les acteurs. La problématique initiale soulevée lors du mandat s'est maintenue tout en étant mieux circonscrite lors de l'acceptation du système pertinent.

Somme toute, l'expérience s'est avérée positive par les gains qu'elle a procuré pour le chercheur tant sur le plan du savoir, du savoir-être que du savoir-faire.

L'implication constante de l'organisation a été le signe d'un grand intérêt mais le chercheur retient qu'il a senti une certaine inquiétude lors des dernières présentations; parce qu'on est satisfait de l'élaboration d'un tel outil (SIM) d'une part, mais on craint la capacité de l'organisation tant financière qu'humaine de mener à bon port ce système.

Il ressort toutefois une volonté ferme du Conseil d'administration de procéder dans les meilleurs délais.

CHAPITRE X

CHAPITRE X

ORIENTATIONS D'UNE UNITE SPECIFIQUE

10.1 INTRODUCTION

Le réseau des services de santé et des services sociaux est confronté à une problématique de plus en plus importante quant à l'organisation des ressources pour les personnes qui présentent une détérioration de l'état psychique et émotif entraînant des difficultés d'adaptation au milieu environnant.

Cette détérioration, souvent d'origine organique, est parfois aggravée par le processus du vieillissement. Parmi les personnes présentant ce type de problème, plusieurs se retrouvent en perte d'autonomie importante et nécessitent un hébergement en centre d'accueil ou en centre de soins de longue durée.

Suite à la démarche de recherche-action qui précède, le chercheur a senti le besoin d'énoncer dans ce chapitre les orientations de futures unités spécifiques. Ces unités représentent un mode d'organisation des lieux physiques et de l'approche clinique auprès d'une clientèle la plus démunie. Ceci vient confirmer la nécessité d'une approche multidisciplinaire.

Deux principes sous-tendent une unité spécifique:

- Favoriser le regroupement des bénéficiaires à partir de comportements plutôt que de pathologies afin de faciliter l'organisation des services et des lieux physiques.
- Regrouper cette clientèle dans des unités spécifiques à l'intérieur d'établissements réguliers plutôt que d'en faire la vocation d'un établissement.

Le but de cet exposé est de transmettre ma vision de cette problématique et des orientations qui m'apparaissent réalistes, suite à mon vécu de 10 ans dans un centre d'accueil d'hébergement pour personnes âgées. Les connaissances acquises, au cours de ma recherche, m'ont servi à confirmer ma pensée sur ce sujet.

10.2 PRINCIPES GENERAUX

La Loi sur les services de santé et les services sociaux reconnaît que "toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services". (26) Dans un système où ce principe est maître, certaines clientèles sont quand même laissées pour compte, faute de ressources, d'intérêts ou d'habiletés à les prendre en charge. C'est le cas de la clientèle visée par cet exposé et pour laquelle la première préoccupation a été de lui donner accès à un milieu d'hébergement et de soins adéquats.

L'approche développée pour cette clientèle permettra de créer un modèle d'action qui pourra être applicable aux autres personnes présentant actuellement, dans les unités régulières, des problèmes de comportement.

Cette option est grandement souhaitable, car avec le phénomène du vieillissement de la population et de l'alourdissement de la clientèle auquel nous assistons en centre d'accueil et en centre de soins de longue durée, il est évident que les milieux auront à envisager des moyens nouveaux qui leur permettront d'assumer une clientèle de plus en plus difficile; l'Etat ne pourra pas multiplier constamment les budgets et permettre des développements nouveaux, il faudra trouver des moyens de maximiser l'impact des ressources en place en s'orientant vers des approches qui identifient bien les problèmes de ces clientèles et développent ou maintiennent l'autonomie maximale de la personne.

L'unité spécifique est un moyen d'atteindre ce but à partir d'une clientèle plus difficile, en habilitant dans un cadre donné, des équipes d'intervenants, à une approche mieux adaptée. L'expertise ainsi développée aura un effet multiplicateur sur l'ensemble des personnes du CAH et en CHSLD.

Cette approche s'appuiera sur les principes suivants:

10.2.1 La connaissance du bénéficiaire et la reconnaissance de son droit à des services de qualité

Les centres d'accueil d'hébergement et les centres de soins de longue durée constituent les ressources que le réseau des services de santé et des services sociaux a voulu mettre à la disposition des personnes âgées qui ont besoin de services ne pouvant être assumés par l'entourage immédiat ou la communauté.

Il importe d'abord de s'assurer que l'unité spécifique ne devienne pas le déversoir systémique pour toute personne marginale au niveau des attitudes et du comportement sans connaître le plus exactement possible la nature des perturbateurs qui engendrent cette marginalité.

Pour ce faire, une investigation exhaustive de la situation du bénéficiaire doit être réalisée avant même l'admission en unité spécifique. Cette investigation doit comprendre, entre autres, les données relatives à son état physique, mental et affectif, à son degré ou capacité d'autonomie, à ses habitudes de vie, à ses relations familiales et sociales, à sa capacité de prendre des responsabilités ainsi qu'à ses activités et intérêts.

10.2.2 La promotion de l'autonomie et de l'épanouissement du bénéficiaire par une aide personnalisée

Lorsqu'on est arrivé au diagnostic le plus précis et qu'on a saisi toute la dimension bio-psychosociale de l'individu, il est important

d'offrir au bénéficiaire les soins et les services qui lui permettront une qualité de vie maximale.

Il est malheureux de réaliser que l'on prive parfois les bénéficiaires de certaines interventions thérapeutiques ou de support sous prétexte d'éviter l'acharnement thérapeutique ou de respecter la liberté de choix de l'individu. Partant de cet énoncé, les intervenants risquent de se retrouver dans une espèce d'inaction face à la douleur ou la souffrance qu'on n'a pas détectée ou qu'on ne cherche pas à identifier et qu'on assiste à une démission face au développement d'approches adaptées.

Cette démission peut s'expliquer par le manque de connaissance ou d'habileté à faire face à une clientèle dont les problèmes sont complexes; elle peut aussi être reliée au peu de valorisation rattachée à des interventions de support. En milieux de soins de courte durée, ce sont surtout les interventions de récupération qui sont valorisées. Avec les personnes âgées, la prévention d'une détérioration doit être aussi valorisée que celle d'une récupération. C'est pourquoi, il faut axer davantage la prise en charge sur l'utilisation maximale des capacités de l'individu.

Cette approche centre l'attention d'abord sur l'**identification** des capacités, cherche à les augmenter ou à les **maintenir**, encourageant ainsi une vision positive du bénéficiaire et accordant une importance

particulière à tout ce que le bénéficiaire est capable de faire plutôt que de le voir à travers ses déficiences et ses incapacités.

S'abstenir d'intervenir ne doit pas résulter d'une démission mais doit être le fruit d'une décision éclairée dans le cas où la situation d'un individu, que l'on connaît bien, nous fait prioriser de ne pas intervenir pour une raison de qualité de vie ou de choix du bénéficiaire; et lorsqu'on parle de choix, les intervenants ont le devoir d'informer le bénéficiaire sur ses choix réels (donc de lui en proposer quand c'est possible); il va donc de soi que pour proposer des choix, il faut s'être préoccupé de développer des alternatives.

Les programmes d'intervention développés doivent permettre un fonctionnement maximal et un maintien des capacités résiduelles tout en prévenant ou retardant toute détérioration.

La promotion de l'autonomie de la personne et de son épanouissement est un concept directement relié au maintien de sa dignité. Quelle personne préfère se faire alimenter à la cuillère ou porter une couche, plutôt que de faire l'effort d'en arriver à réaliser ses activités d'alimentation ou d'élimination de la façon la plus normale possible? Si l'on pouvait détecter le vécu intérieur des gens, on réaliserait probablement que beaucoup sombrent dans la confusion, la psychose ou le désespoir lorsqu'ils sentent un abandon des intervenants face aux actions qui pourraient les aider à maintenir leur dignité. Réalisons-nous dans quel cercle vicieux nous nous retrouvons lorsque l'on n'in-

tervient pas parce que la personne est confuse, psychotique ou profondément déprimée? S'acharner à conserver le bénéfice du doute sur les capacités de l'être humain dont nous nous occupons, resterait encore une situation plus viable que de démissionner au départ.

Tous les intervenants devraient avoir un souci d'évaluation continue de chacun de leurs bénéficiaires et un "oeil clinique" exercé qui leur permettent de bien détecter et différencier les signes et symptômes de façon à éviter que des facultés ou capacités restantes soient ignorées et peu utilisées.

Dans son rapport intitulé "Objectif-Santé", publié en août 1984 (27), le Conseil des affaires sociales et de la famille dénonce la pauvreté des efforts de réadaptation physique et psychique destinés aux personnes âgées et ses conséquences sur leur autonomie.

Une approche de réadaptation a la particularité d'être axée sur les capacités de l'individu. Une bonne évaluation permet non seulement de détecter les déficiences et les incapacités de la personne mais devrait permettre de connaître ses capacités physiques et mentales et favoriser une amélioration de son fonctionnement en considérant ces trois niveaux:

- soit en lui permettant une récupération totale ou partielle des fonctions atteintes;

- soit en maximisant l'usage des fonctions restantes par les adaptations nécessaires au niveau de ses habitudes, du support technique ou de l'aménagement de l'environnement;
- soit en maintenant le plus longtemps possible son niveau de fonctionnement et en ralentissant ou prévenant la détérioration (28).

Il est donc essentiel qu'un plan d'intervention individualisé soit défini pour chacun des bénéficiaires en tenant compte de ses capacités, goûts et intérêts, de son milieu environnant et de l'apport possible des ressources du milieu y incluant les personnes significatives et la famille.

D'autre part, les milieux doivent favoriser les échanges interdisciplinaires par des réunions dont l'objectif est d'apporter "la bonne aide" à chaque bénéficiaire. Ceci suppose la constitution d'une équipe d'intervenants capables de contribuer selon leur spécialité, à la détermination d'un plan d'intervention susceptible de promouvoir l'autonomie et l'épanouissement du bénéficiaire et d'agir en concertation et continuité dans les actions.

10.2.3 L'assurance d'une meilleure qualité de vie

La qualité de vie est souvent reliée à un sentiment de bien-être qu'on retrouve dans la satisfaction de ses besoins. Maslow (29) a défini une hiérarchie des besoins allant des besoins physiologiques de base jusqu'à l'actualisation de ses capacités en passant par les besoins de sécurité, d'appartenance et d'estime de soi.

La clientèle admise en unités spécifiques, à cause de ses particularités, incite rapidement les intervenants à agir au niveau des besoins de sécurité, d'hygiène et de confort. Les comportements perturbateurs, qu'ils soient induits par la frustration de certains besoins ou par la maladie, repoussent souvent le réseau affiliatif et attirent l'agressivité, le rejet et la méfiance, d'où une perte totale d'estime de soi. De plus, afin de contrôler les comportements perturbateurs, on a recours à des moyens qui inhibent l'activité ou les actions et empêchent conséquemment la personne de conserver les moyens qui lui permettraient de s'actualiser.

Une bonne connaissance de chacun des bénéficiaires peut amener une vision plus positive de cette clientèle et favoriser l'attribution de certaines tâches et la prise de responsabilités. Quoi de plus inhibiteur ou de plus effrayant pour l'intervenant, lorsqu'il visualise la clientèle comme un groupe de personnes confuses ou un groupe de personnes agressives sans nuance ni différenciation; quelle meilleure façon d'être confronté à un sentiment d'impuissance.

Tout l'aspect relié à la sécurité s'applique aussi aux autres bénéficiaires qui subissent les comportements dérangeants ainsi qu'aux intervenants. Il importe donc que les personnels de ces unités trouvent la formation, l'information et le support nécessaires pour être dégagés de cette préoccupation face à leur sécurité, si l'on veut qu'ils actualisent des services adéquats; il y va de leur qualité de vie également.

10.3 LA MIXITE DES CLIENTELES

La question de la mixité des clientèles lucides et non lucides n'a pas encore trouvé sa réponse dans le réseau actuel et c'est peut-être mieux ainsi. Qu'on prenne une décision à ce niveau alors qu'on en est qu'aux balbutiements d'une reconnaissance des signes et symptômes et d'une prise en charge adaptée semble utopique.

C'est comme si on voulait imposer d'emblée à une personne immobilisée par une entorse à une cheville, le même traitement qu'à une personne paraplégique: les deux ne pouvant marcher.

Pourtant, il peut y avoir autant de différences entre deux personnes dites "confuses"; on pense qu'en les regroupant, on règle beaucoup de problèmes: le danger est de ne plus considérer les différences.

La seule raison valable pour le regroupement devrait être l'adaptation de programmes et ceci ne nécessite pas une séparation radicale 24 heures par jour.

Actuellement, dans certaines unités spécifiques (30) on a fait deux regroupements de clientèles: celle avec désordres cognitifs et l'autre avec troubles du caractère de type agressif. Evidemment, les uns ne perturbent plus les autres. Mais on peut remarquer, et cela très clairement, que dans les milieux où l'on a conservé la mixité et dans ceux où l'on a d'abord pensé à organiser des activités pour contrer l'isolement, l'errance et les interactions difficiles entre les

bénéficiaires, l'approche demeure beaucoup plus individualisée, les bénéficiaires sont plus respectés; il y a moins de désespoir chez les personnel et les comportements perturbateurs ont beaucoup diminué.

Evidemment, certaines conditions s'imposent:

- le nombre de bénéficiaires par unité doit être limité;
- les locaux doivent favoriser des alternatives entre le besoin de se retrouver en petit groupe, voire même s'isoler, et celui d'être avec les autres;
- les intervenants doivent bien connaître les bénéficiaires pour mieux adapter leurs modalités d'intervention.

Le fait de créer des unités spécifiques n'est pas une réponse à cette question de la mixité mais bien une solution à un problème de rejet d'une clientèle trop perturbatrice pour les milieux réguliers.

Même dans ces unités, on retrouve les "deux types" de clientèle et la même question se pose.

Il reste à espérer que les solutions qui seront mises de l'avant à l'intérieur de ces unités aient un impact et servent de modèles aux unités régulières puisque dans un avenir prochain, la clientèle des CAH et des CHSLD deviendra plus lourde au niveau des comportements et il apparaît illogique qu'on pense à spécialiser des unités indéfiniment.

D'autant plus que depuis l'ouverture de ces unités, certains bénéficiaires, après avoir vécu quelques temps dans ce milieu plus encadré pourraient être transférés à des unités régulières. Ce milieu ne doit donc pas être considéré nécessairement comme définitif.

En résumé, un consensus se dégage à l'effet que ces unités doivent continuer de se développer pour les clientèles désignées originellement. Aussi, elles doivent constituer un milieu privilégié pour adapter une approche et développer des programmes pour les clientèles présentant des désordres du comportement; ces milieux pourront servir de modèles aux intervenants des autres unités, qui, à cause de l'alourdissement de la clientèle, devront également apprendre à composer avec une clientèle plus difficile au niveau de cette problématique.

Il est utile de se rappeler que l'objectif n'est pas de multiplier ces unités au fur et à mesure de l'alourdissement de la clientèle mais de créer une approche mieux adaptée qui aura un effet multiplicateur sur les unités régulières.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le but de la recherche visait entre autres à élaborer un modèle d'intervention spécifique en centre d'accueil d'hébergement.

L'élaboration d'un système d'intervention multidisciplinaire est apparue comme une solution intéressante en regard de la problématique présentée. Le SIM fait appel à la mise en commun de l'expertise du milieu, tant au niveau de l'analyse des besoins que de la réponse apportée à ces besoins.

Dans la continuité de l'intervention multidisciplinaire, le chercheur a voulu tracer les orientations d'une unité spécifique à l'intérieur même du centre d'accueil. L'unité spécifique se présente comme un moyen d'assumer une clientèle plus difficile, en habilitant des équipes d'intervenants à une approche mieux adaptée.

Evidemment, les solutions avancées par cette recherche-action ont certaines limites par rapport aux carences actuelles de l'organisation (moyens financiers, résistance au changement, etc.).

Toutefois, cette recherche-action permet une prise de conscience de la nécessité d'approfondir tous les concepts du milieu de vie et d'intervention en centre d'accueil d'hébergement.

Des sujets tels que l'environnement adapté, le support aux familles ayant un parent hébergé en centre d'accueil, l'intervention médicale et sociale devraient faire l'objet de recherche intensives par la communauté scientifique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Actes du colloque, Recherche-action, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, octobre 1981, 254 pages.

Association des Centres d'accueil du Québec, Rôles et orientations du centre d'accueil d'hébergement, avril 1983, 94 pages.

COLLERETTE, Pierre, DELISLE, Gilles, Le changement planifié, Editions d'Arc, 1984, 213 pages.

DUCROS-GAGNE, M., DUCHARME, F., Programmes d'interventions palliatives en milieu prothétique, Laboratoire d'interventions cliniques appliquées, Chevalier de Lorimier, octobre 1985, 21 pages, extraits de textes.

DUCROS-GAGNE, M., L'intervention auprès des aînés, une aide ou une entrave, Editions de l'Université de Sherbrooke, octobre 1983, p. 429 à 463.

FRANCK, R., Recherche-action ou connaissance pour l'action, Revue internationale d'action communautaire, volume 5, numéro 45, 1981.

MICHAUD, Y., ST-AMANT, N., Multidisciplinarité, Tribune Press Ltd, 1985, 24 pages.

MILLEREAU, R., PROVOST, C., COTE, J.G., L'environnement adapté, Laboratoire d'interventions cliniques appliquées, Chevalier de Lorimier, février 1987, 23 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Hôpital de jour, Québec, janvier 1986, 128 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, La réadaptation en soins de longue durée, Orientations, Québec, mai 1986, 132 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, La gériatrie active, Québec, janvier 1987, 116 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Québec, octobre 1982, 62 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme cadre, courte durée gériatrique, Québec, mars 1985, 57 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Un nouvel âge à partager, politique du MSSS à l'égard des personnes âgées, 2e trimestre, Québec, 1985.

MONTPLAISIR, Michelle, M.D., Un centre intégré de gériatrie, Administration hospitalière et sociale, volume XXV, numéro 2, mars-avril 1979, pp. 14 à 18.

Revue "Recherche sociale", De la problématique à la collecte des données, Presses de l'Université du Québec, extraits de textes.

TETU, Gilles, Etude de la problématique des malades chroniques hospitalisés en soins aigus, ENAP, Hull, 1985, 232 pages.

REFERENCES

REFERENCES

- (1) CHECKLAND, Peter, Formulating Problems for Systems Analysis, april 1980, WP 80-59, University of Lancaster, U.K., p. 28.
- (2) GIROUARD-LEFEBVRE, A., Les comportements psychosociaux des personnes âgées hébergées, Editions ACSSQ, Montréal, 1985, 267 pages.
- (3) Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84), R-6, p. 221.
- (4) Modifications suggérées aux critères d'allocation de ressources consenties par le MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, juin 1987, 63 pages.
- (5) Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R-3, Editions Wilson-Lafleur, Montréal, 1987.
- (6) La société d'Alzheimer, La maladie d'Alzheimer, Renseignements à l'intention des familles, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1985, 24 pages.
- (7) BEAULIEU, Ginette, Quand le cerveau prend un coup de vieux, Carrefour des Affaires sociales, volume 6, numéro 2.
- (8) ROY, Callista, Conceptual models for nursing practice, Appleton-Century-Crafts, Second edition, New-York, 1980, 416 pages.
- (9) Ministère de la Santé et des Services sociaux, La psycho-gériatrie, éléments de réflexion, Québec, mai 1987, 139 pages
- (10) BOWKER, H. Lee, Humanizing institutions for the Aged, Lexington Books, New-Jersey, 1982.
- (11) Revue "L'Accueil", volume 12, numéro 8, octobre 1985, 30 pages.
- (12) COLENDGE, G., LEADER, P., Gerontion, A Canadian review of Geriatric Care, volume 1, march-april 1986, 37 pages.
- (13) American Association of Homes for the Aging, Well-being and the Elderly: an holistic view, Prentice-Hall, New-York, 1979, 247 pages.
- (14) BOUCHARD, Yvon, La prise en charge dans les interventions sociales et éducatives, GRISAH, numéro 1, mars 1984, 48 pages.
- (15) GRELL, P., WERY, A., Problématiques de la recherche-action, Revue internationale d'action communautaire, volume 5, numéro 45, 1981, p. 123-130.

- (16) GOYETTE, Gabriel, LESSARD-HEBERT, Michèle, La recherche-action, Presses de l'Université du Québec, 1987, 203 pages.
- (17) Idem à (15).
- (18) PREVOST, Paul, Le diagnostic-intervention, une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, Chicoutimi, 1983.
- (19) Idem à (18).
- (20) CHECKLAND, P.B., Using a system approach, the structure of root definition, Journal of Applied systems analysis, 1976.
- (21) LENY, André, La recherche-action et l'utilité sociale, in Connexions, numéro 43, 1984, p. 81-98.
- (22) PREVOST, Paul, Notes de cours, Programme de Maîtrise en gestion des petites et moyennes organisations, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, 1984.
- (23) Idem à (18).
- (24) Idem à (18).
- (25) Idem à (20).
- (26) Loi sur les services de Santé et des Services sociaux, Collection Lois et Règlements, R-13, Judico.
- (27) Conseil des Affaires sociales et de la famille, Objectif Santé, Québec, août 1984.
- (28) DEROUIN, L., O'DWYER, R., La réadaptation en soins de longue durée, orientations, MSSS, Services des soins aux personnes âgées, mai 1986.
- (29) MASLOW, A.H., Motivation and Personality, Harper and Row, New-York, 1954.
- (30) Conseil de la Santé et des Services sociaux de la région de Montréal Métropolitain, Unités spécifiques en Centre d'accueil d'hébergement pour les cas présentant des troubles du comportement, version corrigée, octobre 1983.

ANNEXE 1

ANNEXE 1

MANDAT DE DIAGNOSTIC-INTERVENTION
PRESENTÉ AU
CONSEIL D'ADMINISTRATION DU
CENTRE D'ACCUEIL DUHAMEL

PAR MARCELIN CHAUMONT
LE 22 AVRIL 1986

1. BREVE PRESENTATION DE L'ORGANISATION

Le Centre d'accueil Duhamel est un centre de services gérontologiques géré par une Corporation à but non lucratif opérant à Ville-Marie, chef-lieu du comté de Témiscamingue.

Ce Centre est ouvert depuis le 23 août 1978 aux bénéficiaires âgés ayant des pertes d'autonomie, d'ordre physique et/ou psychique.

Ce Centre a une capacité de 60 bénéficiaires, plus un lit de dépannage. De plus, le Centre opère un centre de jour dans les locaux même du Centre d'accueil. Il y a aussi deux pavillons qui relèvent du point de vue clinique et administratif du Centre d'accueil; ils sont situés à Témiscaming et à Notre-Dame-du-Nord, et ils reçoivent une clientèle plus légère, c'est-à-dire en moins grande perte d'autonomie.

Le Centre d'accueil Duhamel emploie 76 personnes, soit 26 à temps complet et 50 à temps partiel (incluant les occasionnels), ainsi que cinq postes dans les pavillons. La moyenne d'âge des employés est de 38 ans.

Le Centre d'accueil Duhamel jouit d'une excellente cote dans son milieu, de même qu'auprès du CRSSS et du MSSS. L'établissement s'est mérité en 1985, le Prix Persillier-Lachapelle; ce prix est remis annuellement par le MSSS à un établissement du réseau des Affaires sociales du Québec qui s'est signalé par son excellence, son innovation, etc.

Le budget de 1986-1987 est de 1 969 189 \$ et on prévoit un déficit d'environ 100 000 \$; cet établissement a toujours été en équilibre budgétaire depuis son ouverture en 1978.

2. DESCRIPTION DU CONTENU PROBLEMATIQUE

Le Centre d'accueil Duhamel reçoit majoritairement des clients de 65 ans et plus depuis bientôt 8 ans.

Au fil de ces années, il a développé des forces; l'obtention d'une mention d'excellence au niveau provincial en est la preuve; mais il a développé les faiblesses, quelles sont-elles? Il les connaît peu.

Il n'y a pas de contrôle sur le processus d'intervention, et cela empêche de bien connaître chaque étape du processus de production, qu'est l'admission du bénéficiaire âgé, les services liés à leur hébergement, et leur réorientation s'il y a lieu (décès ou nouvelle ressource d'hébergement).

Le problème est amplifié par l'absence d'un modèle conceptuel spécifique à un Centre d'accueil d'hébergement dans lequel l'approche psychosociale et l'approche santé y serait représentée: la plupart des titres d'emplois et du plan de soins présents dans nos centres d'accueil d'hébergement originent du milieu hospitalier, donc de l'approche santé (médicale).

De plus, l'augmentation croissante des besoins reliés à la santé physique et mentale des bénéficiaires qui y demeurent a pour effet d'accentuer l'ampleur des mesures à caractère curatif qui négligent les aspects préventifs et les besoins psychosociaux des bénéficiaires.

L'établissement ne cache pas sa fierté pour les services qu'il offre, mais il veut connaître ses forces pour les maintenir et les accentuer si possible et contrer ses faiblesses de façon réaliste.

3. OBJECTIFS ET ATTENTES DU CLIENT

Les membres du Conseil d'administration du Centre d'accueil Duhamel demeurent les propriétaires de l'étude, en tant que responsables du fonctionnement global de l'organisation.

Ces bénévoles, au nombre de 10, provenant de différents collèges électoraux déterminés par la Loi des Services de santé et Services sociaux, s'attendent à mieux connaître, par cette étude, l'établissement qu'ils ont à gérer et ainsi mieux planifier l'avenir en regard des situations complexes que l'on peut déjà présager.

Il faut noter aussi que le personnel et les bénéficiaires peuvent être considérés comme deuxième propriétaire de l'étude, soit en temps que dispensateurs de services ou récepteurs de ces services.

Certains membres du personnel, infirmières ou cadres, instances gouvernementales MSSS et CRSSS ont des attentes en regard de l'élaboration d'un plan d'intervention en Centre d'accueil d'hébergement.

En tant qu'intervenant, j'avoue que mon rôle est complexe dans le sens que je cumule deux rôles; celui de directeur général de cet établissement, membre du Conseil d'administration, donc copropriétaire de l'étude, et le rôle de chercheur dans une démarche académique, donc plus personnelle.

En tant que directeur général, je partage les attentes du Conseil d'administration énumérées plus tôt.

Mes attentes personnelles sont de relever le défi de bâtir un modèle conceptuel propre à un Centre d'accueil d'hébergement, pouvant se concrétiser par un outil qui serait le processus d'intervention réelle de cette organisation qu'est le Centre d'accueil Duhamel.

4. LA METHODOLOGIE

4.1 Le diagnostic organisationnel se fera dans le cadre d'une recherche-action et la méthode de recherche utilisée est basée sur l'approche du professeur Peter Checkland.

Voici une brève description de la démarche méthodologique employée par le professeur Checkland.

a) Image riche:

C'est une description complète du milieu problématique. Il ne s'agit pas d'analyser le problème mais plutôt de décrire la situation dans laquelle on a perçu le malaise ou les lacunes existantes.

b) Point d'ancrage:

Cette phase suivant l'image riche détermine la perspective sous laquelle la problématique sera étudiée.

c) La conceptualisation:

C'est un exercice du type déductif qui consiste à construire un modèle à partir de l'ancrage sélectionné. La structure et les composantes du modèle doivent prévoir toutes les activités nécessaires pour rencontrer la définition du système.

d) La comparaison:

La comparaison consiste à utiliser le modèle conceptuel comme cadre de référence pour identifier de façon précise les lieux et les changements potentiels à apporter dans la situation problématique décrite à la première étape.

e) Application des changements possibles et sélectionnés.

4.2 Le mode de fonctionnement de l'intervenant et ce, en tenant compte de la nature de l'organisation, sera axé sur un partenariat constant et systématique. Voici, dans les faits, le déroulement prévu.

Un prérequis à la présente recherche est basé sur des rencontres avec le Centre d'accueil, le personnel via des focus groupes et les bénéficiaires via le Comité des bénéficiaires.

Une réunion générale avec tous les employés est prévue pour discuter du mandat et pour constituer les focus groupes à partir de l'intérêt et le volontariat de certains employés, intéressés à s'impliquer dans cette démarche. D'autres réunions générales ne sont pas exclues en cours de route.

En ce qui concerne l'ensemble des bénéficiaires, leur état de santé ne permet pas à tous de participer. Le Comité des bénéficiaires, étant constitué des éléments plus actifs, sera mis à contribution selon leurs intérêts et leurs capacités.

Le Conseil d'administration, les focus groupes et le Comité des bénéficiaires seront concernés à trois moments précis: remise de l'image riche, conceptualisation et comparaison.

5. L'ECHEANCIER

		DATE
Etape I	Remise de l'image riche	30 juin 1986
Etape II	Point d'ancre et concep-	
	tualisation	15 août 1986
Etape III	Comparaison et processus de	
	changement	15 nov. 1986
Etape IV	Dépôt du rapport final	1 déc. 1986
		28 août 1987

6. BUDGET ET ACCEPTATION DU MANDAT

Etant donné que l'intervenant est déjà à l'emploi de l'établissement, il n'y aura pas de salaire, puisqu'une partie de la recherche se fera sur les heures de travail régulières. Le secrétariat, les photocopies et les frais de déplacement seront aux frais de l'établissement.

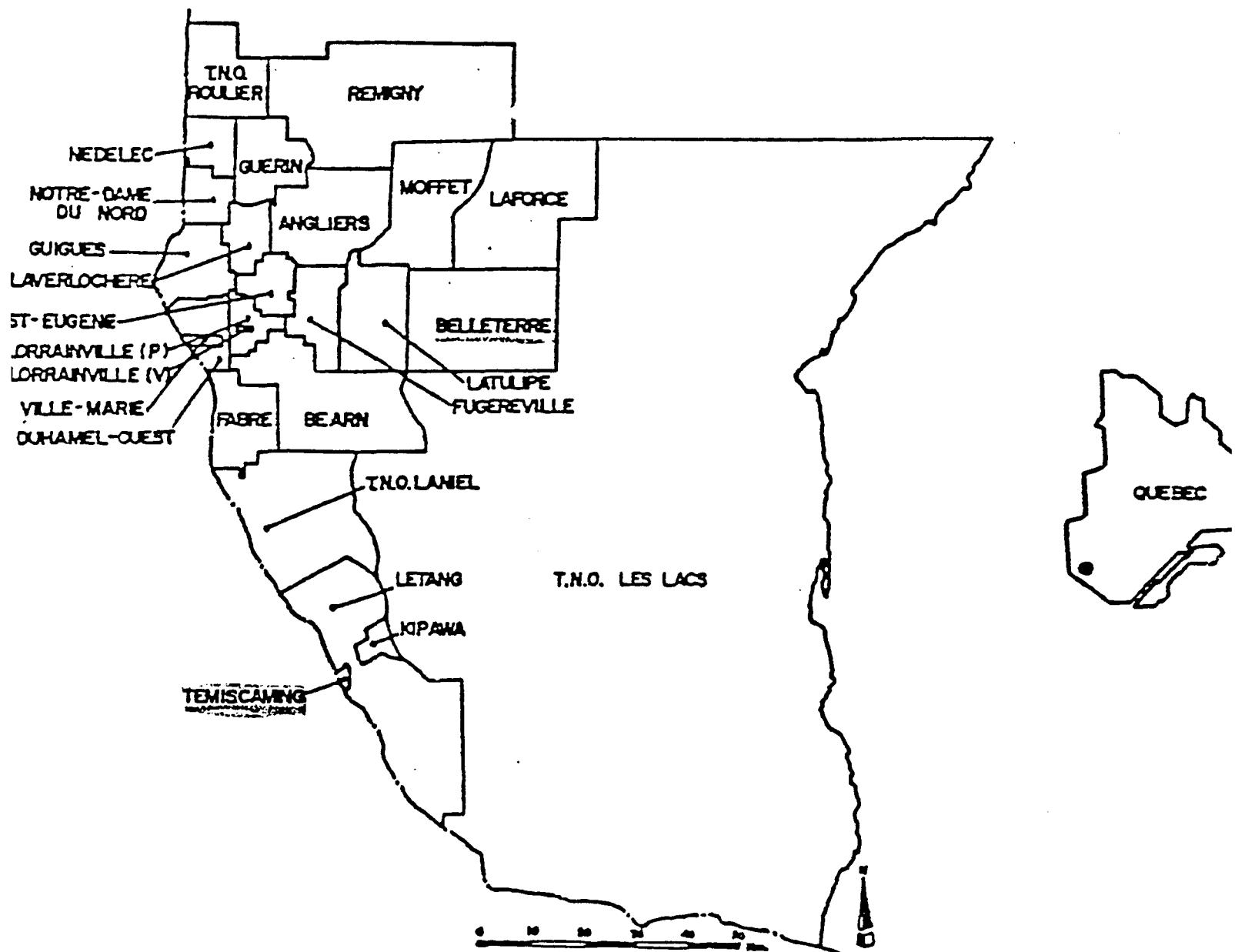
Et nous avons signé à Ville-Marie, ce 22ième jour d'avril 1986.

Marcelin Chaumont
Marcelin Chaumont

Jacqueline Larocque
Jacqueline Larocque
Présidente du Conseil d'adminis-
tration

ANNEXE 2

CARTE DU TEMISCAMINGUE



ANNEXE 3

REPARTITION DU PERSONNEL ET STATUT

Secteur des Soins de Santé et d'Assistance:

	Temps complet	Temps partiel
Infirmières autorisées	2	7
Infirmières auxiliaires	4	7
Préposé(es) aux bénéficiaires	5	13

Secteur Service Alimentaire:

Cuisinières	1	1
Aide-cuisinières		2
Aides en alimentation	2	13

Secteur Entretien Ménager, Général et Buanderie

Préposés aux travaux lourds	2	
Préposée aux travaux légers	1	
Ouvrier d'entretien général	1	
Buandière		1

Secteur Administration:

Personnel cadre:	
Directeur général	1
Directrice des services cliniques	1
Directeur des services administratifs	1
Adjointe-administrative	1

	Temps complet	Temps partiel
--	---------------	---------------

Personnel syndiqué:

Commis senior à la comptabilité	1
Réceptionniste	1
Stagiaire au secrétariat	1

Secteur Centre de Jour et réadaptation:

Infirmière autorisée (Chef d'équipe)	1	1
Préposé polyvalent	1	
Préposé aux bénéficiaires		1
Physiothérapeute	1	
Ergothérapeute	1	
Educatrice (animation)	1	
Conseillère sociale	1	

Point de service (Pavillon Tête-du-Lac):

Couple pavillonneur	2	
Infirmière autorisée		1

Point de service (Pavillon Latourelle):

Couple pavillonneur	2	
Infirmière autorisée		1

Point de service (Pavillon Latourelle)

Couple pavillonneur	2	
Infirmière autorisée		1
—	—	
TOTAL	34	52

ANNEXE 4

COMMUNICATION—COMPORTEMENT

Communication: verbale écrite gestuelle

Langage: oui non

Nationalité _____ Etat civil _____

Religion _____ Scolarité _____

Occupation antérieure _____

Personnes significatives: _____

Indicaps

Diction Vision Langage Locomotion

Spécifier _____

Impensations _____

Attention (concentré-distrait) _____

Compréhension (alerte-lent) _____

Prise de décision _____

Adaptation _____

Humeur (gai-triste) _____

Participation _____

Interaction sociale _____

Mémoire: Ancienne Récente

N° de dossier:

Date d'admission:

RESPIRATION

Tabagisme _____

Ex. respiratoires _____

Aspiration des sécrétions _____

Humidificateur _____

Particularités _____

ACTIVITÉS OCCUPATIONNELLES SOCIALES

J _____ J _____

V _____ S _____

M _____

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Avec aide	Aide totale	Sans aide
laver			
raser			
brosser les dents			
laver la tête			
peigner			
vêtrir			
dévêtir			
lever du lit			
coucher			
uler			
sseoir - se lever debout			
ndre l'ascenseur			
iphoner			
mpléter son menu			
imenter			
r à la toilette			
ndre ses médicaments			
retien du e personnel			

HYGIÈNE

Bain:

Partiel _____ Complet _____

Au lit _____

Baignoire _____

Douche _____

Lavabo _____

Hydrothérapie _____

Soins spéciaux _____

MOBILITÉ - CONFORT

Canne Chaise roulante _____

Marchette Côtés de lit _____

Lève personne Contraintes: Lit Fauteuil Autres _____

Matelas _____

pneumatique _____

Sommeil _____

Sieste _____

Exercices musculaires _____

Changement de position _____ Friction-installation _____

Particularités _____

Dents: naturelles _____ prothèses ➤ haut _____ bas _____

Collation: A.M. _____ P.M. _____ HS _____

Hydratation _____ Alcool _____

Endroit du repas: Chambre Salle à manger

Besoins nutritionnels spécifiques: _____

Dosage ingesta _____ Allergie _____

ÉLIMINATION

Urinal _____

Bassin de lit _____

Culotte _____

Condom _____

Chaise d'aisance _____

Toilette _____

Incontinence:

J	S	N

Sonde _____

Dosage _____

Stomie _____

U	U	U

Uninaire _____

Fécale _____

OCC: _____

freq: _____ tot: _____

OCC: _____ freq: _____ tot: _____

Rééducation _____

GUIDE D'UTILISATION DU "PROFIL DU BÉNÉFICIAIRE" - AH-401

Ce guide comprend les informations nécessaires à l'utilisation de l'imprimé administratif AH-401 intitulé: "Profil du bénéficiaire". Cette formule est conçue principalement pour la planification des interventions requises par les bénéficiaires nécessitant des services d'hébergement ou des soins de longue durée, qu'ils soient admis en établissement (centre d'accueil d'hébergement, pavillon, centre hospitalier de soins de longue durée, unité de soins de longue durée) ou bien inscrits dans un programme de centre de jour.

Plan

Objectifs de la formule

Principes généraux

Description de la formule

Description des blocs et des modalités d'enregistrement

Modalités d'utilisation

Objectifs de la formule

1. Présenter de façon organisée et facilement accessible les données essentielles concernant le bénéficiaire et les activités systématiques qui doivent être accomplies par les intervenants.

2. Faciliter la mise à jour de la planification des activités systématiques selon l'évolution du bénéficiaire ainsi que la coordination des activités du bénéficiaire.
3. Permettre une communication systématique entre les intervenants.
4. Assurer la coordination des interventions des intervenants et la continuité des soins et des services.
5. Favoriser l'évaluation des soins et services.
6. Rassembler les formules d'un groupe de bénéficiaires pour assurer une consultation rapide des interventions planifiées.

Principes généraux

1. Une formule "Profil du bénéficiaire" doit être complétée pour chaque bénéficiaire à partir des informations consignées à l'intérieur de la collecte de données.
2. Toute information nécessaire à la connaissance du bénéficiaire et à la distribution des soins et services doit être inscrite sur le "Profil du bénéficiaire".
3. Le bénéficiaire, sa famille et son entourage, s'il y a lieu, participent à l'élaboration du "Profil du bénéficiaire".
4. L'implication des différents intervenants est nécessaire à l'élaboration du "Profil du bénéficiaire".

5. Le professionnel responsable de la planification des soins et des services inscrit les données sur le "Profil du bénéficiaire" et les tient à jour.
6. Toute personne qui exécute une activité systématique inscrite sur le "Profil du bénéficiaire" doit y avoir accès.
7. Le "Profil du bénéficiaire" doit être accompagné du "Plan d'intervention: AH-402", ou d'une autre formule assumant les mêmes fonctions.

Description de la formule

Le "Profil du bénéficiaire" est divisé en huit(8) blocs spécifiques comprenant des données permettant de dresser une image du bénéficiaire (état, limitation, ...) et de connaître les activités systématiques (action, moyens, support, ...) devant être accomplies par les intervenants.

Un thème particulier est attribué à chaque bloc afin d'identifier rapidement son contenu. Les thèmes sont:

- communication-comportement
- activités occupationnelles-sociales
- activités de la vie quotidienne
- hygiène
- mobilité-confort
- respiration
- alimentation
- élimination

Description des blocs et des modalités d'enregistrementCommunication-comportement

Les différents facteurs reliés à la communication permettent aux intervenants :

- de personnaliser la communication en tenant compte des caractéristiques (communication verbale, écrite, ..., nationalité, langue, ...) et préférences (tutoiement, ...) du bénéficiaire;
- d'identifier le ou les individu(s) parmi la famille, l'entourage, le personnel et les bénévoles de l'établissement (personnes significatives) ayant un lien privilégié avec le bénéficiaire;
- d'identifier le ou les handicap(s) du bénéficiaire et de noter les compensations, s'il y a lieu.

Le comportement du bénéficiaire est présenté à partir de sept(7) variables qui sont pour certaines accompagnées de points de référence. Un espace est prévu vis-à-vis chacune des variables pour noter une courte description des particularités du bénéficiaire.

Exemples: Attention: se laisse distraire facilement.

Compréhension: répétition nécessaire.

Prise de décision: se décide rapidement.

Adaptation: problème, réf.: plan d'intervention

Humeur: généralement gai.

Participation: coopère bien.

Interaction sociale: préfère les activités en petit groupe.

La mémoire est développée selon deux aspects: mémoire ancienne (capacité de se rappeler des événements de la vie passée) et mémoire récente (capacité de se rappeler des événements qui se sont produits dans les jours et heures qui précédent).

À ce niveau, le "Profil du bénéficiaire" reflète les problèmes du bénéficiaire.

Exemple: mémoire: ancienne récente

oublie l'endroit où il range ses effets personnels.

L'orientation décrit la situation du bénéficiaire par rapport au temps, à l'espace et aux personnes. Il est orienté dans le temps s'il sait l'année, le mois, le jour de la semaine et la période de la journée.

Le bénéficiaire est orienté dans l'espace s'il sait le lieu où il demeurait antérieurement, la ville, le nom de l'établissement où il demeure actuellement ainsi que l'étage et le numéro de la chambre qu'il habite.

Le bénéficiaire est orienté par rapport aux personnes lorsqu'il reconnaît les membres de son entourage (famille, amis(es), personnel, ...).

L'orientation selon ces trois volets ou l'un d'entre eux peut varier selon la période de la journée (jour, soir, nuit).

À ce niveau, le "Profil du bénéficiaire" reflète les problèmes du bénéficiaire.

Exemple: orientation

temps J S N sort sans s'habiller

espace J S N s'égare

personnes J S N prend les intervenantes pour sa fille.

Activités occupationnelles-sociales

Espace réservé à l'inscription des activités prévues pour le bénéficiaire pour chacun des jours de la semaine; ces données permettent d'assurer une meilleure coordination et répartition de ces activités et de faciliter la planification des autres soins et services telles les sorties pour consultations médicales ou autres.

Activités de la vie quotidienne

Bloc élaboré de façon à saisir rapidement le niveau d'autonomie du bénéficiaire en regard des activités de la vie quotidienne.

La liste n'est pas exhaustive; les lignes supplémentaires peuvent être utilisées selon les besoins particuliers du bénéficiaire.

Trois(3) niveaux d'autonomie sont prévus: avec aide, aide totale et sans aide. La ligne pointillée reliant chacune des activités et les trois (3) niveaux d'autonomie peut être utilisée pour spécifier le genre d'aide que les intervenants doivent assurer au bénéficiaire.

L'item "Entretien du linge personnel" permet d'identifier qui accomplit cette activité pour le bénéficiaire ainsi que toute information pertinente à ce sujet, s'il y a lieu.

Hygiène, Mobilité - Confort, Respiration, Alimentation, Élimination

Ces blocs sont constitués de façon à identifier rapidement pour chacun des thèmes, certaines données qui orientent les actions des intervenants, les moyens choisis pour donner adéquatement les soins particuliers requis par le bénéficiaire et la façon d'exécuter les activités systématiques auprès du bénéficiaire.

Hygiène

L'hydrothérapie signifie l'utilisation du bain tourbillon notamment pour l'amélioration de la circulation et l'assouplissement des tissus et des muscles du bénéficiaire...

Les soins spéciaux se réfèrent à des soins tels que: les soins de la bouche, de la peau, des pieds, des ongles, ...

Mobilité - confort, Respiration

L'item "Particularités" peut être utilisé pour compléter l'un ou l'autre item du bloc ou pour ajouter d'autres soins spécifiques.

Alimentation

Les "Besoins nutritionnels spécifiques" comprennent les aspects particuliers à considérer en regard de l'alimentation aux repas et aux collations et identifient les indications reliées aux régimes spéciaux et à la prise de médicaments qui doivent être respectés.

Exemple: alimentation riche en potassium (diurétique)

- " " fibres (constipation)
- " réduite en sucre (obésité-diabète)
- " " gras (obésité-hyperlipoprotéinémie)
- " " sel (hypertension)

Élimination

Les problèmes d'élimination peuvent varier selon la période de la journée (jour, soir, nuit). Le tableau permet d'identifier les moyens à utiliser selon ces différentes périodes.

Exemple: urinal
 bassin de lit
 culotte
 condom
 chaise d'aisance
 toilette

J	S	N
		X
X	X	

L'incontinence (urinaire, fécale) peut varier selon la période de la journée (jour, soir, nuit), elle peut être occasionnelle (occ.), fréquente (fréq.) ou totale (tot.)

Exemple: incontinence:

	J	S	N			
- urinaire		1	2	occ. 1	fréq.	Tot. 2
- fécale			1	occ. 1	fréq.	Tot.

Modalités d'utilisation

1. Identifier le "Profil du bénéficiaire" à l'aide de l'adressographie ou à la main à l'endroit prévu à cette fin.
2. Encercler, cocher ou enregistrer les données décrivant la condition du bénéficiaire ou correspondant aux activités systématiques devant être accomplies selon son état et ses besoins, en tenant compte des programmes de soins en vigueur dans l'établissement.
3. Décrire, s'il y a lieu, les activités systématiques en mentionnant:
 - la fréquence
 - l'horaire
 - le lieu où se fera l'activité systématique
 - l'identification du nombre d'exécutants
 - les directives concernant les appareils, le matériel et autre utilité
 - les recommandations quant à l'application de techniques particulières.
4. Éviter de répéter sur le "Profil du bénéficiaire" les informations qui apparaissent au "Plan d'intervention".
5. Inscrire les données à la mine sur le "Profil du bénéficiaire" et les remplacer s'il y a lieu, selon les réévaluations de l'état du bénéficiaire et de ses besoins.
6. Inscrire la date à laquelle le "Profil du bénéficiaire" est complété ou révisé; le professionnel qui effectue la planification ou la révision appose sa signature à l'endroit prévu à cette fin.

7. Transcrire les données à l'encre indélébile si le "Profil du bénéficiaire" est conservé au dossier à périodes fixes ou au départ, selon les procédures en vigueur dans l'établissement.
8. Détruire le "Profil du bénéficiaire" en assurant la confidentialité, s'il n'est pas conservé au dossier, lors d'une révision globale ou du départ du bénéficiaire.

PLAN D'INTERVENTION

163

Chambre

Nom du bénéficiaire

Ago

N° du dossier

Nom du médecin

GUIDE D'UTILISATION DU "PLAN D'INTERVENTION" - AH-402

Ce guide comprend les informations nécessaires à l'utilisation de l'imprimé administratif AH-402 intitulé: "Plan d'intervention". Cette formule est conçue principalement pour la planification des interventions requises par les bénéficiaires nécessitant des services d'hébergement ou des soins de longue durée, qu'ils soient admis en établissement (centre d'accueil d'hébergement, pavillon, centre hospitalier de soins de longue durée, unité de soins de longue durée) ou bien inscrits dans un programme de centre de jour.

Plan

Objectifs de la formule

Principes généraux

Description de la formule

Description des blocs et des modalités d'enregistrement

Modalités d'utilisation

Objectifs de la formule

1. Présenter de façon organisée les problèmes et leur ordre de priorité, les objectifs et les interventions planifiées pour le bénéficiaire, sur les plans bio-psychosocial ainsi que leur évaluation et assurer leur inscription au dossier du bénéficiaire.

2. Présenter de façon organisée les analyses de labo, les examens et les consultations demandées et effectuées pour le bénéficiaire et assurer leur inscription au dossier du bénéficiaire.
3. Faciliter la mise à jour de cette planification selon l'évolution du bénéficiaire.
4. Permettre une communication systématique entre les intervenants.
5. Assurer la coordination des interventions des intervenants et la continuité des soins et des services.
6. Favoriser l'évaluation des soins et services.
7. Rassembler les formules d'un groupe de bénéficiaires pour assurer une consultation rapide des interventions planifiées.

Principes généraux

1. Une formule "Plan d'intervention" doit être complétée pour chaque bénéficiaire à partir des informations consignées à l'intérieur de la collecte de données.
2. Le bénéficiaire, sa famille et son entourage, s'il y a lieu, participent à l'élaboration du "Plan d'intervention".
3. L'implication des différents intervenants est nécessaire à l'élaboration du "Plan d'intervention".
4. Le professionnel responsable de la planification des soins et des services inscrit les données sur le "Plan d'intervention" et les tient à jour.

5. Toute personne qui effectue une intervention inscrite sur le "Plan d'intervention" doit y avoir accès.
6. Le "Plan d'intervention" doit être accompagné du "Profil du bénéficiaire" AH- 401 ou d'une autre formule assumant les mêmes fonctions et doit être complétée par une formule de notes d'évolution.

Description de la formule

La formule est divisée en huit(8) blocs.

Un thème particulier est attribué à chaque bloc afin d'identifier rapidement son contenu. Les thèmes sont:

- plan d'intervention
- analyses de labo - examens
- consultations médicales
- consultations
- pharmacovigilance
- paramètres fondamentaux
- santé
- coordonnées du bénéficiaire.

Description des blocs et des modalités d'enregistrement

Plan d'intervention

Les problèmes, les objectifs et les interventions sont formulés en termes précis et simples, de façon concise et consignés à l'endroit prévu à cette fin.

Problèmes

La date de l'identification du problème et la numérotation de celui-ci s'inscrivent dans les colonnes prévues à cet effet.

L'ordre de priorité accordé à la solution des problèmes est identifié dans la colonne "Priorité".

Objectifs et interventions

Les dates de la formulation des objectifs et des interventions sont inscrites dans la colonne prévue à cette fin.

Le numéro attribué au problème auquel l'objectif et les interventions se réfèrent est reporté dans la colonne "numéro du problème" (no prob.).

Les objectifs fixés pour solutionner les problèmes sont indiqués dans l'espace "objectifs".

Les interventions ou les actions planifiées sont décrites et toutes les directives devant être respectées par les intervenants sont spécifiées en mentionnant le type d'intervenant, s'il y a lieu.

Le professionnel responsable qui planifie une ou plusieurs interventions signe à la fin des interventions qu'il a planifiées.

Un échéancier est déterminé pour chaque objectif/intervention.

L'évaluation des résultats est consignée dans la colonne "réalisation" en identifiant la date de cette évaluation et les initiales de l'évaluateur.

- Si un objectif est atteint en respectant l'échéancier:
la date est enregistrée à l'endroit prévu à cette fin.
- Si des modifications doivent être apportées parce que l'intervention planifiée n'a pas permis l'atteinte des objectifs fixés:
noter dans l'espace prévu pour la réalisation qu'une modification est apportée en y spécifiant la date et recommencer à nouveau le processus de planification pour cette/ces activités(s).

Analyses de labo - examens

Deux(2) usages sont prévus pour ce bloc, l'un de planification et le second, d'inscription au dossier des analyses de laboratoire et des examens subis par le bénéficiaire.

À la révision des dossiers, lors de la visite médicale, les analyses et examens demandés sont enregistrés à l'endroit prévu à cette fin, accompagnés de la date de la demande.

Par la suite, la date à laquelle le prélèvement, l'analyse ou l'examen a été effectuée et la date de réception du rapport sont enregistrées. S'il advient que des analyses ou examens doivent être répétés, les dates des prochains analyses et examens sont inscrites dans la colonne "proch. ex." prévue à cet effet.

Aucune inscription supplémentaire n'est requise au dossier puisque cette formule fait partie du dossier du bénéficiaire.

Consultations médicales

Ce bloc comprend les consultations demandées par le médecin traitant à un autre médecin. Cette consultation peut avoir lieu à l'extérieur ou à l'intérieur de l'établissement. La spécialité est identifiée ainsi que la date de la demande de consultation; celle du prochain rendez-vous est mentionnée, s'il y a lieu.

Consultations

La référence du bénéficiaire à l'un des services identifiés dans ce bloc est inscrite à l'endroit prévu à cette fin. Des éléments pertinents peuvent être ajoutés s'il y a lieu.

Des informations concernant une demande de transfert sont consignées, s'il y a lieu, à l'endroit prévu à cet effet.

Pharmacovigilance

Ce bloc réfère à toute intervention visant la prévention des effets indésirables aux médicaments. Par conséquent, l'espace est utilisé pour noter la surveillance à exercer afin de détecter les effets indésirables particuliers pouvant se produire à la suite de la prise d'un ou de plusieurs médicaments par le bénéficiaire.

Exemples:

- si le bénéficiaire prend un antihypertenseur: vérifier les ingestas et excrétas et la présence d'oédème; l'hypotension orthostatique;
- si le bénéficiaire prend un tranquillisant et est diabétique, surveiller les signes d'hyperglycémie (glycosurie, polyurie).

Paramètres fondamentaux

Ce bloc permet d'identifier les paramètres fondamentaux qui nécessitent une surveillance particulière chez le bénéficiaire, s'il y a lieu.

Santé

Ce bloc permet l'inscription du problème de santé ou du diagnostic principal déterminé par le médecin, c'est-à-dire la raison considérée par lui comme étant la cause principale du recours à des soins médicaux. Il ne peut y avoir qu'un seul problème de santé ou diagnostic principal à un moment donné; il peut changer dans le temps.

De plus, les conditions associées sont notées et font référence à toute autre diagnostic ou tout problème de santé pour lequel le bénéficiaire reçoit des soins médicaux. Il peut y avoir plus d'une condition associée comme il peut n'y en avoir aucune.

Exemples:

- problème de santé: fatigue, constipation, essoufflement, ...
- diagnostic: accident cérébro-vasculaire, infarctus, ...

Coordonnées du bénéficiaire

Inscrire le nom, le lien de parenté ainsi que les numéros de téléphone des personnes à avertir en cas d'urgence.

Inscrire aux endroits prévus à ces fins, les informations relatives:

- à l'administration des biens;
- au pourcentage pour les besoins spéciaux (participation du bénéficiaire au paiement de certains besoins spéciaux, s'il y a lieu);

- à l'autorisation de sortie;
- au sacrement des malades;
- au niveau d'autonomie;
- au code d'évacuation;
- à l'identification du bénéficiaire.

Modalités d'utilisation

1. Identifier le "Plan d'intervention" à l'endroit prévu à cette fin.
2. Éviter de répéter sur le "Plan d'intervention" les interventions qui apparaissent au "Profil du bénéficiaire".
3. Compléter le "Plan d'intervention" à l'encre indélébile.
4. Inscrire la date à laquelle le "Plan d'intervention" est révisé; le professionnel qui effectue la planification ou la révision appose sa signature à l'endroit prévu à cette fin.
5. Remplacer le "Plan d'intervention", s'il y a lieu, selon les réévaluations de l'état du bénéficiaire et de ses problèmes.
6. Insérer le "Plan d'intervention" au dossier au besoin, à période fixe et au départ du bénéficiaire selon les procédures en vigueur dans l'établissement.
7. Transcrire les éléments de chacun des blocs (plan d'intervention, analyses de labo-examens, ...) qui nécessitent une continuité lors du remplacement du "Plan d'intervention".

ANNEXE 5

PROPOSITION D'UNE STRATÉGIE
POUR
L'IMPLANTATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE
ET DU PLAN D'INTERVENTION
EN CENTRE D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT

DIRECTION DE L'HÉBERGEMENT

24 JUILLET 1985

INTRODUCTION

La connaissance du bénéficiaire, qu'il soit admis de façon temporaire ou permanente ou inscrit à un programme externe, doit être recherchée afin de déterminer ses besoins d'aide et de suppléance et ainsi planifier avec lui et son entourage les interventions qui préserveront son intégrité. C'est pourquoi la Direction de l'hébergement considère essentiel l'utilisation des plans d'intervention afin d'actualiser sa philosophie et atteindre ses objectifs lesquels sont axés sur le maintien ou la récupération de l'autonomie. La volonté du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), à cet effet, est inscrite dans le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements qui oblige dorénavant les établissements à faire des plans d'intervention pour chaque bénéficiaire admis et inscrit.

Le but de la Direction de l'hébergement est d'assurer l'implantation des plans d'intervention auprès de la personne en perte d'autonomie admise en établissement (centre d'accueil et pavillon) ou inscrite dans un programme d'activités de jour (centre de jour et programmes externes).

L'implantation de la planification systématique des soins et des services oblige une préparation et une organisation du milieu en ce sens. Le présent document démontre les principales phases de l'implantation d'un cadre de référence (modèle conceptuel ou autre) et du plan d'intervention. Des impacts découlant de l'application de cette démarche sont aussi identifiés pour chacune des phases du processus.

PROPOSITION D'UNE STRATÉGIE POUR L'IMPLANTATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE
ET DU PLAN D'INTERVENTION EN CENTRE D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT

DOCUMENT DE TRAVAIL

PHASES

PHASE I

Sensibilisation à l'implantation d'un cadre de référence (modèle conceptuel ou autre) et du plan d'intervention.

A qui: Président du Conseil d'administration

Directeur général (DG) - Directeur(trice) des soins de santé et d'assistance (DSSA)

Représentant du personnel clinique

Médecin

Pharmacien

Autres professionnels impliqués: physio, etc...

Par qui: Personne ressource du ministère en collaboration avec les CSSS.

Modalité: Une rencontre régionale ou sous-régionale selon le cas.

IMPACTS

A) ORGANISATIONNELS:

- I. Incite les intervenants des établissements à faire une étude de leur milieu (bénéficiaires, services, ressources) dans le but de vérifier la concordance des services dispensés par les établissements avec les orientations préconisées par le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS).

Analyse du milieu

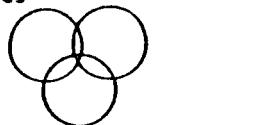
MSSS

Bénéficiaires
et familles

Services

RÉSEAU

Bénéficiaires
et familles



Multidisciplinarité
(intervenants-établissements) Multidisciplinarité
(intervenants-établissements)

2. Fait prendre conscience aux intervenants du mandat particulier de leur établissement dans le réseau.

B) FINANCIERS (CÔUTS NON RÉCURRENTS)

1. Libération des personnes visées.

2. Disponibilité de la personne ressource du ministère et des CSSS.

PHASES

PHASE II

- Formation d'un comité régional pour l'implantation d'un cadre de référence (modèle conceptuel ou autre) et du plan d'intervention.

Ce comité est composé de représentants de chaque établissement:

- . DSSA
- . Membres de l'équipe multidisciplinaire.

- Supervision de ce comité par une personne-ressource pour la région dont le rôle est:

- d'élaborer un guide des formateurs pour la formation des membres du comité
- de former les membres du comité et
- superviser l'implantation dans chaque établissement.

IMPACTS

A) ORGANISATIONNELS:

- 1. Offre un support à la direction de chaque établissement selon les besoins.
- 2. Assure une formation unifiée de la base.
- 3. Permet a)
 - a) la prise en charge et l'autonomie de la région en cette matière;
 - b) l'atteinte des objectifs du ministère (efficacité);
 - c) l'utilisation maximale des ressources régionales grâce à la complémentarité des établissements (efficience).

B) FINANCIERS (CÔUTS RÉCURRENTS ET NON RÉCURRENTS)

- I. Disponibilité d'une personne-ressource à plein temps (récurrent) (1)
- 2. Libération des intervenants (non récurrent)
- 3. Matériel didactique (non récurrent).

- (1) Le financement de la personne-ressource est confié au CSSS pour 2 ans. La somme allouée est par la suite redistribuée aux établissements pour assurer, en partie, le suivi de l'implantation.

PHASES

PHASE III

- Les membres du comité régional forment à leur tour un sous-comité d'implantation du cadre de référence et du plan d'intervention dans chaque établissement de la région.

- Modalité:

Nomination d'une personne-responsable par établissement. Cette personne assure le lien entre l'établissement et la personne-ressource du comité régional.

IMPACTS

A) ORGANISATIONNELS:

1. Offre un support à la direction de chaque établissement selon les besoins.
2. Assure une formation unifiée de la base.
3. Permet, à l'aide de la supervision régionale,
 - a) la prise en charge et l'autonomie de l'établissement en cette matière;
 - b) l'atteinte des objectifs du ministère (efficacité);
 - c) l'utilisation maximale des ressources locales grâce à la complémentarité des intervenants (efficience).

B) FINANCIERS (CÔUTS NON RÉCURRENTS)

- I. Disponibilité à plein temps ou à temps partiel d'une personne-responsable, selon les besoins du milieu (non récurrent).
2. Matériel didactique (non récurrent).

PHASESPHASE IVA) PLAN D'ACTION ADMINISTRATIF

Ce plan se réalise par la direction de l'établissement avec l'aide, s'il y a lieu, de la personne-reessource de la région.

Notons à ce propos que des établissements d'une sous-région peuvent travailler en collégialité et mettre en place, une structure souple et temporaire (personne-référence sous-régionale), pour favoriser l'approche unifiée, le partage des acquis et le déroulement harmonieux du projet tout en maintenant les liens et les fonctions de la personne-reessource de la région et de la personne-responsable de chaque établissement.

Le plan d'action administratif comprend les activités suivantes:

1. Élaboration ou révision des éléments suivants:

- la philosophie de l'établissement et ses objectifs;
- le plan d'organisation (organigramme...);
- les politiques, procédures et règlements internes;
- les rôles, fonctions et tâches du personnel de tous les secteurs concernés par le service direct aux bénéficiaires;
- les qualifications du personnel en place et/ou requis (sphère d'intervention, formation, expérience);
- la quantification et la répartition des ressources humaines.

2. Planification à court, moyen et long terme des actions à poser et des besoins de l'établissement en ce qui a trait au support requis et en matière de ressources humaines, matérielles et financières disponibles et/ou requises.

IMPACTSA) ORGANISATIONNELS:

- I. Donne ou confirme une structure et des orientations à l'organisation qu'est l'établissement.
2. Nécessite une répartition de l'enveloppe budgétaire axée sur les besoins réels de la clientèle à desservir; des modifications, dans bien des cas, doivent être apportées aux composantes soins d'assistance ou soins infirmiers généraux, soins infirmiers spécifiques ainsi qu'à celle des services de réadaptation fonctionnelle et autres (pharmacie, diététique, services médicaux...).
3. Extensionne le rôle du (de la) professionnel(le) restreint jusqu'à maintenant à celui d'encadrement, à un rôle d'intervenant direct.
4. Développe et maintient à jour des programmes découlant des besoins de la clientèle.
5. Oblige la direction (DG, DSSA,) et autres chefs de service, dans le cadre des fonctions normalement réservées à des gestionnaires, à reviser périodiquement ce plan d'action.

B) FINANCIERS (CÔUTS RÉCURRENTS ET NON RÉCURRENTS)

- I. Disponibilité de la personne-reessource de la région, de la personne-responsable dans l'établissement et de la personne-référence sous-régionale, s'il y a lieu. Ces montants sont non récurrents à l'exception d'une partie des coûts afférents à la responsabilité dans l'établissement pour faciliter le suivi.
2. Les items suivants sont les impacts majeurs qui obligent des sommes récurrentes et varient selon chaque milieu, à savoir:
 - a) compléter l'équipe de base (heures-soins requises) selon l'évaluation périodique de la clientèle);
 - b) amorcer ou compléter la multidisciplinarité des intervenants.

PHASESPHASE IV (SUITE)B) PLAN D'ACTION CLINIQUE

Ce plan se réalise par la personne-responsable dans l'établissement avec la contribution de la personne-ressource de la région.

Notons à ce propos que des établissements d'une sous-région peuvent travailler en collégialité et mettre en place, une structure souple et temporaire (personne-référence sous-régionale), pour favoriser l'approche unifiée, le partage des acquis et le déroulement harmonieux du projet tout en maintenant les liens et les fonctions de la personne-ressource de la région et la personne-responsable de chaque établissement.

Le plan d'action clinique comprend les activités suivantes:

1. Sensibilisation des intervenants (personnel clinique et non clinique, bénéficiaires et familles).
2. Formation générale sur quatre (4) points fondamentaux:
 - cadre de référence (modèle conceptuel ou autre);
 - démarche systématique;
 - relation d'aide;
 - responsabilité professionnelle.

S'ajoutent à ces points, les éléments tels que:

- la délégation des actes
- les normes et critères en soins de longue durée et d'hébergement et le travail multidisciplinaire.

IMPACTSA) POUR LES BÉNÉFICIAIRES ET LES FAMILLES

1. Les bénéficiaires deviennent les acteurs privilégiés de leur plan d'intervention et la préoccupation première de l'équipe multidisciplinaire.
2. Les bénéficiaires obtiennent des services plus individualisés et personnalisés.
3. Les bénéficiaires prennent connaissance de leur potentiel résiduel et travaillent à le développer, l'augmenter sinon le maintenir, selon le cas.
4. La famille et les proches assument davantage leurs responsabilités familiales vis-à-vis la personne en perte d'autonomie.
5. Les bénéficiaires, la famille et les proches perçoivent mieux les divers aspects de la vocation d'un C.A.H. soit, l'admission et l'inscription temporaire, transitoire et permanente des personnes en perte d'autonomie.
6. Les bénéficiaires, la famille et les proches réalisent davantage la pertinence des transferts de programmes intra ou inter établissement soit les changements d'unité, d'établissement ou le retour à domicile le cas échéant.

B) POUR LES INTERVENANTS

1. Les intervenants ont une conception claire et appropriée
 - a) de la clientèle qu'il desservent, de ses attentes et ses besoins (approche globale);
 - b) de la santé et de l'autonomie (promotion, prévention), de l'état de bien-être et des problèmes de santé (traitement, réadaptation).
2. Les intervenants sont davantage orientés sur le bénéficiaire et ses besoins et moins sur la tâche.

PHASESPHASE IV (SUITE)B) PLAN D'ACTION CLINIQUE (SUITE)

3. Élaboration de la philosophie et des objectifs du service des soins de santé et d'assistance qui reflètent notamment la conception de l'établissement de
 - la population cible;
 - ses besoins et ses attentes;
 - la nature et les buts du service ainsi que
 - la multidisciplinarité de l'intervention.
4. Étude des différents cadres de référence (modèles conceptuels ou autres...).
5. Choix d'un cadre de référence (modèle conceptuel ou autre) par l'établissement.
6. Formation sur le cadre de référence (modèle conceptuel ou autre) choisi.
7. Élaboration ou choix d'instruments de travail tels que:
 - cueillette de données
 - plan d'intervention
 - info-dossier.
8. Formation de l'équipe multidisciplinaire (composition, structure, fonctionnement...).
9. Expérimentation-pilote.
10. Évaluation-corrections.
11. Généralisation.

IMPACTSB) POUR LES INTERVENANTS (SUITE)

3. Pour identifier et atteindre les objectifs déterminés aux plans d'intervention des bénéficiaires, les intervenants
 - a) assurent le support requis aux bénéficiaires et à la famille;
 - b) développent et maintiennent des habiletés à travailler en équipe multidisciplinaire;
 - c) reconnaissent le bénéficiaire et sa famille (personnes significatives) comme des intervenants dans l'équipe multidisciplinaire.
4. La planification systématique des soins et des services (plan d'intervention) permet aux intervenants de poser des actions basées sur la connaissance appropriée des besoins et d'assurer une continuité et une cohérence de l'action auprès des bénéficiaires.
5. Oblige l'allocation annuelle d'une enveloppe budgétaire pour la formation continue.

C) FINANCIERS (CÔUTS RÉCURRENTS ET NON RÉCURRENTS)

1. Disponibilité de la personne-ressource de la région, de la personne-responsable de l'établissement ainsi que la personne-référence de la sous-région, s'il y a lieu (non récurrent).
2. Libération du personnel (non récurrent).
3. Matériel didactique (récurrent et non récurrent). Les montants récurrents serviront à défrayer les coûts d'utilisation (achats, imprimerie...) des instruments de travail retenus par l'établissement.
4. Mise à jour et développement des connaissances et des habiletés des intervenants par de la formation continue (récurrent).

Cette stratégie trace les lignes directrices pour assurer l'implantation des plans d'intervention en milieu d'hébergement. Chaque établissement avec le conseil régional doit procéder, à partir d'un tel canevas, à une planification adaptée à leur situation et tenir compte notamment de la clientèle, de la taille de l'établissement, des ressources et de la présence de programmes tels les pavillons, le centre de jour ou autres programmes externes.