

MILIEUX DE VIE ADAPTÉS À LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE NON LIÉE AU VIEILLISSEMENT :

RECENSION SOMMAIRE DES ÉCRITS ET DES PRATIQUES

Marie-Chantal Gélinas
Courtière de connaissances

Direction de la planification, de la performance et des connaissances

Mars 2013



RÉDACTION

Marie-Chantal Gélinas, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

COORDINATION DES TRAVAUX ET SOUTIEN À LA RÉDACTION

Claire Harrisson, chef d'équipe courtage de connaissances/LEGG, ASSS de la Montérégie

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Hélène Bouchard, technicienne en documentation, ASSS de la Montérégie

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

Citation suggérée :

Gélinas, M.-C.(2013), **Milieus de vie adaptés à la clientèle en perte d'autonomie non liée au vieillissement : recension sommaire des écrits et des pratiques**. Longueuil : Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, 18 pages.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances/Produits de courtage. Il a été produit à titre d'information générale. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES CLÉS	4
MANDAT	5
RECENSION SOMMAIRE DES ÉCRITS	5
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU MSSS ET D'INSTANCES LIÉES À LA SANTÉ	6
A) ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET D'ASSOCIATIONS LIÉES À LA SANTÉ	6
B) AUTRES	6
PORTRAIT DESCRIPTIF DE LA CLIENTÈLE ADULTE EN HÉBERGEMENT	8
TABLEAU 1. PORTRAIT GÉNÉRAL DES ADULTES HÉBERGÉS EN SOINS DE LONGUE DURÉE	8
TABLEAU 2. BESOINS SPÉCIFIQUES DES ADULTES HÉBERGÉS EN SOINS DE LONGUE DURÉE	9
RECENSION SOMMAIRE DE PRATIQUES QUANT AUX MILIEUX DE VIE POUR ADULTES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE	11
TABLEAU 3. MILIEUX DE VIE POUR ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE	12
ANNEXE 1 – ARBRE SIMPLIFIÉ DES 14 PROFILS ISO-SMAF	16
RÉFÉRENCES	17

MILIEUX DE VIE ADAPTÉS À LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE NON LIÉE AU VIEILLISSEMENT : RECENSION SOMMAIRE DES ÉCRITS ET DES PRATIQUES

MESSAGES CLÉS :

1. Les adultes de 65 ans et moins vivant avec une déficience physique représentent, avec ceux atteints de déficience intellectuelle ou d'un problème de santé mentale, 10 % de la clientèle hébergée.
2. Cette clientèle hétérogène (diagnostics et atteintes variés) présente un état de santé sous-tendant des besoins d'assistance particuliers lesquels requièrent des soins spécifiques.
3. La dispensation de soins adaptés aux besoins, tant physiques que psychosociaux, des adultes ayant une déficience physique requiert la formation des intervenants pour travailler spécifiquement avec cette clientèle, ainsi que la mise en place d'activités de mentorat et de coaching.
4. Les différents milieux de vie accueillant la clientèle atteinte de déficience physique se déclinent en trois catégories :
 - Le centre d'hébergement en soins de longue durée (avec ou sans unité de soins spécifiques)
 - La résidence privée
 - L'hébergement alternatif, tel le logement social (HLM, OSBL-H)
5. L'hébergement alternatif en logement social, de même que certains partenariats publics-privés, s'inscrivent fréquemment dans le cadre de projets novateurs.
6. Le soutien dans le développement de formules diversifiées de logement et la création de milieux résidentiels non institutionnels, intégrés dans la communauté, constituent des priorités ministérielles.
7. Selon le modèle d'hébergement alternatif en logement social, le milieu de vie doit s'adapter aux besoins évolutifs de la personne de façon à éviter les déménagements successifs.
8. La stimulation provenant du milieu de vie est un facteur déterminant pour améliorer l'autonomie et la participation sociale des personnes présentant une déficience physique, quelle que soit la formule d'hébergement choisie. Voici des moyens de stimulation :
 - La prestation d'activités sociales et de loisir adaptées
 - Un accès au counseling
 - Un environnement plus centré sur la réadaptation
9. Afin de favoriser la participation sociale de la clientèle présentant une déficience physique sévère, une augmentation du ratio d'intervenants en soins de longue durée est requise.

MANDAT

Le présent document découle d'une demande du comité de gouvernance et d'éthique du centre de santé et de services sociaux (CSSS) Richelieu-Yamaska, afin de soutenir le comité de travail « Jeunes adultes en hébergement non lié au vieillissement » dans une réflexion concernant l'offre de services adaptés aux besoins spécifiques de la clientèle adulte de 65 ans et moins ayant une déficience physique (DP) et actuellement hébergée en soins de longue durée.

Une recension sommaire des écrits et des pratiques quant à l'hébergement des personnes vivant avec une DP a été réalisée, afin de dresser un portrait descriptif de la clientèle et des services actuellement offerts, dont certains projets novateurs. Ce document vise à faciliter la prise de décision basée sur une démarche réflexive quant aux pratiques à développer, d'une part, à l'égard des résidents de moins de 65 ans actuellement en centre d'hébergement et d'autre part, à l'égard des adultes ayant une DP en perte d'autonomie nécessitant un milieu de vie adapté à leurs besoins.

Les thèmes suivants seront donc abordés :

- Orientations ministérielles et recommandations d'instances liées à la santé
- Recommandations et lignes directrices tirées de la littérature d'expériences novatrices
- Portrait descriptif des adultes vivant avec une DP hébergés en soins de longue durée
- Besoins spécifiques de cette clientèle
- Recension des types de milieux de vie pour les adultes ayant une DP

RECENSION SOMMAIRE DES ÉCRITS

Une recension sommaire des écrits a été réalisée afin de mieux contextualiser le sujet. La période couverte par cette revue est de 1999 à 2012.

La **littérature scientifique** consultée porte sur l'état de la situation concernant les adultes présentant une DP et vivant en hébergement ainsi que sur les besoins spéciaux de cette clientèle. Étant donné le peu de littérature empirique, la recherche s'est étendue aux pratiques canadiennes, américaines et australiennes pertinentes.

La **littérature grise** recensée comprend, entre autres, des documents ministériels et d'autres instances québécoises ou internationales liées à la santé. Les écrits consultés ont permis de dresser un portrait actuel de l'offre de service en déficience physique adulte et de dégager les pistes d'actions et les lignes directrices principales.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU MSSS ET D'INSTANCES LIÉES À LA SANTÉ

a) Orientations ministérielles et d'associations liées à la santé

Basées sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en déficience physique et concernant les besoins d'hébergement de clientèles en perte d'autonomie, de l'Association québécoise d'établissements en santé et services sociaux (AQESSS) et de la Société immobilière du Québec (SIQ), les principales recommandations suivantes sont mises de l'avant :

- Considérer que le milieu de vie de la personne vivant avec une déficience physique doit correspondre à ses besoins et à ses choix¹.
- Favoriser la flexibilité des services afin d'être en mesure de les configurer selon les besoins des individus².
- Repenser l'aménagement du milieu de vie dans le contexte d'hébergement en CHSLD, en créant des espaces situés en dehors de ceux réservés aux personnes âgées, permettant ainsi au résident âgé de moins de 65 ans de recevoir parents et amis et de participer à des activités spécifiques³.
- Soutenir la création de milieux résidentiels non institutionnels, intégrés dans la communauté et l'émergence de nouvelles formules d'habitation évolutives et alternatives à l'hébergement en CHSLD ainsi que développer les ressources qui répondent aux besoins d'hébergement de clientèles en perte d'autonomie non liée au vieillissement (déficience physique, déficience intellectuelle, santé mentale)^{1,4}.
- Faciliter l'accès et la continuité des services [dont l'accès aux ressources d'hébergement non institutionnel] destinés aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement⁵.

b) Autres

Les recommandations suivantes sont tirées des expériences recensées dans la littérature grise et scientifique. Ont été retenues celles les plus susceptibles de soutenir la réflexion du comité de travail dans le choix d'un modèle résidentiel permettant de répondre le mieux possible à la clientèle adulte présentant une déficience physique, afin d'offrir des services adaptés à leur situation, à leur groupe d'âge et à leurs besoins spécifiques.

- Le Regroupement des Associations de personnes traumatisées craniocérébrales du Québec note un déséquilibre entre la variété des profils des personnes ayant un traumatisme craniocérébral (TCC) et le manque de souplesse et de diversité des modèles résidentiels. Néanmoins, peu importe le modèle résidentiel retenu, la stimulation provenant du milieu de vie est un facteur déterminant pour améliorer l'autonomie et la participation sociale des personnes TCC⁶.

- Le Conseil des aînésⁱ recommande que les projets novateurs soient évalués quant à leur efficacité, leur efficience et leur pertinence avant d'en poursuivre le développement. Il est important de déterminer les facteurs favorisant ou non la mise en place de ces nouvelles formules et y apporter les correctifs nécessaires afin⁷ :
 - d'assurer le maintien des personnes afin de pouvoir véritablement leur permettre d'y demeurer jusqu'à la fin de leur vie, d'assurer la viabilité financière des projets novateurs, qu'ils soient à but lucratif ou non.
- L'organisation australienne *Summer Foundation* a pour but d'améliorer l'accès des adultes avec déficience physique à du soutien et des ressources résidentielles adaptées. Publiées en 2012, ces lignes directrices font suite à une étude exhaustive portant sur l'évaluation d'un programme national de cinq ans visant à réduire le nombre de jeunes adultes dans les centres d'hébergement destinés aux personnes âgéesⁱⁱ. Les auteures établissent les recommandations suivantes⁸ :
 - 1) Prévenir de nouvelles admissions de la jeune clientèle adulte en soins de longue durée
 - 2) Former des intervenants pour travailler spécifiquement avec la clientèle adulte avec déficience :
 - Soutenir le recrutement et la formation des intervenants (mentorat, coaching)
 - Développer une culture de l'innovation
 - 3) Maximiser l'autonomie et l'intégration communautaire
 - 4) Promouvoir l'engagement et l'inclusion de soutien informel et de relations interpersonnelles
 - 5) Soutenir les personnes adultes demeurant en soins de longue durée
- En lien avec la prévention de nouvelles admissions de la clientèle jeune en soins de longue durée, les auteures recommandent d'explorer de nouvelles avenues, tels le *Slow-Stream Rehabilitation* ainsi que des milieux de vie transitionnels. Le *Slow-Stream Rehabilitation* est décrit comme un modèle de soins déployé dans un contexte de milieu de vie qui fournit les services de réadaptation, intégré aux activités quotidiennes, à une intensité adaptée aux besoins de la clientèle (par exemple, pour la clientèle TCC, à une fréquence moindre, mais à plus long terme)⁸.

ⁱ Bien que le document concerne les milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie, ses recommandations n'en demeurent pas moins pertinentes pour la clientèle adulte présentant une DP.

ⁱⁱ À l'issue de ce programme, l'initiative *Young People in Residential Aged Care* (YPIRAC) de l'état de Victoria a créé 22 nouveaux milieux de vie pour 104 adultes qui étaient hébergés ou à risque de l'être.

PORTRAIT DESCRIPTIF DE LA CLIENTÈLE ADULTE EN HÉBERGEMENT

Tableau 1. Portrait général des adultes hébergés en soins de longue durée

Données probantes	Recommandations ou commentaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Âge <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catégorie de 65 ans et moins ▪ Âge moyen à l'admission: 50 ans (Australie)⁹ 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 à 23 % des résidents hébergés (États-Unis)¹⁰ ▪ 10 % des personnes hébergées dans le réseau de la longue durée (région de Montréal) ont 65 ans et moins¹¹ ▪ 55 ans et moins : 5 % de la clientèle hébergée¹² 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ces données montréalaises ne permettent pas de distinguer si ces personnes présentent une DP, une DI ou un problème de santé mentale¹².
<ul style="list-style-type: none"> ● Lieux <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unités spécifiques en CHSLD : proportion de clientèle de moins de 65 ans y est plus importante¹². ▪ La majorité de la clientèle adulte ayant une DP est hébergée en CHSLD, tandis que la majorité de la clientèle ayant à la fois une DP et une DI est hébergée dans le réseau de la DI¹². 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnostics principaux <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aux États-Unis⁹ : <ul style="list-style-type: none"> – AVC – Maladie d'Alzheimer – Maladie de Parkinson – Condition cardiaque – Cancer – Diabète/neuropathie périphérique ▪ En Australie¹³ : <ul style="list-style-type: none"> – Traumatisme crânien (37 %) – Sclérose en plaques (17 %) – Déficience intellectuelle (15 %) ● Comorbidités <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic de santé mentale : 16 % des adultes hébergés (de 22 à 64 ans)¹⁴ ▪ Plusieurs résidents adultes expriment un sentiment de dépression¹⁰ ▪ Obésité : 30 % des résidents obèses ont moins de 65 ans¹⁰ ▪ Diabète (accompagne souvent l'obésité)¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Important de considérer que la clientèle ayant des DP est une clientèle très hétérogène : les diagnostics sont variés et les atteintes différentes¹⁶.

Tableau 2. Besoins spécifiques des adultes hébergés en soins de longue durée

Données probantes	Recommandations ou commentaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Niveau d'autonomie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profils ISO-SMAF 9, 11, 12 et 13¹⁶ <ul style="list-style-type: none"> – Atteinte motrice prédominante – Besoin d'aide à la mobilité – Alité et dépendant aux AVQ ▪ Transferts¹⁰ <ul style="list-style-type: none"> – 41 % ont besoin d'assistance physique (de légère à totale) ▪ Déplacements¹⁰ <ul style="list-style-type: none"> – 10 % ont besoin de supervision – 33 % ont besoin d'assistance physique – 20 % ne se déplacent pas ▪ Soins d'hygiène¹⁰ <ul style="list-style-type: none"> – 43 % sont complètement dépendants – 98 % ont besoin d'assistance (de légère à totale) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se référer à l'annexe 1. ● Ces données partielles recueillies concernent le CHSLD Centre-Ville de Montréal et proviennent de l'ASSS de Montréal. ● À la résidence Sieur-de-Normandie, les résidents présentent les profils ISO-SMAF : 4, 6, 9, 13 (voir annexe 1). ● Ces données proviennent d'une étude australienne (n=330).
<ul style="list-style-type: none"> ● Conditions requérant de l'assistance¹³ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion d'un trouble de comportement (63 %) ▪ Prévention et traitement de plaies de pression (52 %) ▪ Gestion de l'épilepsie (20 %) ▪ Alimentation par tube de gastrostomie endoscopique percutanée (18 %) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les besoins d'assistance sont souvent plus complexes que la clientèle âgée hébergée. ● Ces données proviennent d'une étude australienne (n=136).
<ul style="list-style-type: none"> ● Participation sociale <ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialisation/visites <ul style="list-style-type: none"> – 24 % ont un contact quotidien avec un membre de leur famille¹³ – 11 % reçoivent moins d'une visite familiale par année¹³ – 53 % reçoivent la visite d'un ami moins d'une fois par année¹³ – Besoin de soutien social, tant formel qu'informel¹⁷. ▪ Activités de loisirs <ul style="list-style-type: none"> – 31 % sortent moins d'une fois par mois (sorties extérieures)¹³ – Activités courantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Regarder la télévision 	<ul style="list-style-type: none"> ● Meilleur accès au counseling et aux services spécialisés de réadaptation pour la clientèle adulte est recommandé¹⁸. ● La participation à des activités [de loisir] donne un sentiment de liberté. La plupart des résidents adultes expriment un désir d'avoir accès à une plus grande variété d'activités¹⁰. ● La prestation d'activités sociales et de loisir adaptées à la clientèle sont recommandées¹⁸.

Données probantes	Recommandations ou commentaires
<ul style="list-style-type: none"> ○ Écouter de la musique ○ Participer à des activités religieuses ○ Recevoir des visiteurs - 48 % passent la majeure partie de leur temps seuls ou regardant la télévision¹⁰ ▪ Besoins d'intimité et sexuels <ul style="list-style-type: none"> - Davantage que la clientèle âgée¹⁰ - Demandes souvent exprimées¹⁰ <ul style="list-style-type: none"> ○ Chambre individuelle ○ Être avec des personnes du même groupe d'âge. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les activités actuellement proposées en soins de longue durée ne sont pas appropriées pour la clientèle adulte qui présente des intérêts différents¹⁹. ● Notamment pour la clientèle TCC, l'environnement en hébergement n'est pas suffisamment centré sur la réadaptation¹⁹. ● Important que les résidents avec DP puissent avoir des rôles sociaux propres à leur âge, leur culture et leur choix¹.
<ul style="list-style-type: none"> ● Problèmes identifiés en termes d'organisation des services et des soins <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de formation, plus spécifiquement identifiée chez le personnel infirmier^{10,20} ▪ Faible ratio d'intervenants, souvent insuffisant pour favoriser la participation sociale d'adultes présentant une déficience physique sévère²⁰. ▪ Distance thérapeutique requise, étant donné que le personnel soignant et les résidents adultes appartiennent souvent au même groupe d'âge. Ils s'identifient plus facilement l'un à l'autre¹⁰. 	<ul style="list-style-type: none"> ● De la formation continue spécifique à la clientèle adulte hébergée est requise¹⁸.

RECENSION SOMMAIRE DE PRATIQUES QUANT AUX MILIEUX DE VIE POUR ADULTES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Au cours des dernières années, il y a eu émergence de formules alternatives d'hébergement variées, tant pour la clientèle de personnes âgées que pour la clientèle adulte. Le tableau ci-dessous présente la recension sommaire des types d'approches desservant la clientèle adulte ayant une DPⁱⁱⁱ. Ont été sélectionnées, dans le cadre de cet exercice, les approches québécoises illustrant la variété des formules possibles. La proximité géographique a été considérée. Ainsi, certaines pratiques des régions de la Montérégie et des environs (Montréal, Laval) ont été privilégiées pour favoriser le développement de collaboration avec le comité de travail, au besoin.

Ainsi, les différents milieux de vie recensés ont été regroupés en trois catégories :

- 1) Les logements sociaux
- 2) Les résidences privées avec services
- 3) Les centres d'hébergement en soins de longue durée

Une hybridation des ressources est également possible, comme dans le cas des partenariats publics-privés. Notons que, dans le cadre de cette recension, aucune ressource intermédiaire n'a été répertoriée, possiblement en lien avec la lourdeur de la clientèle avec déficience physique requérant un milieu de vie avec une intensité de services accrue et du personnel qualifié pour prodiguer les services spécialisés.

Certaines approches sont innovantes, notamment le récent déploiement des modèles d'hébergement alternatif en logement social concernant la clientèle présentant une DP. Ces alternatives à l'hébergement devraient privilégier les recommandations suivantes²¹:

- Favoriser le libre choix des personnes
- Offrir une diversité d'alternatives d'habitation pouvant s'adapter aux besoins évolutifs
- Être conçues pour réduire les déménagements et les délocalisations à la suite d'une perte progressive d'autonomie
- Ressembler au milieu domiciliaire
- Permettre la cohabitation, lorsque souhaitée
- Être accessibles financièrement

Il est important de souligner que, selon le type de formule, la clientèle admissible varie souvent considérablement : la condition clinique, le niveau de soins et d'assistance requis ainsi que parfois, les revenus, sont considérés. Par exemple, certains milieux (tels certains OSBL-H) sont réservés à une clientèle à faible revenu, tandis que d'autres (par exemple, des résidences privées) sont destinées à une clientèle ayant des revenus plus élevés. Certains milieux, étant donné le niveau de soins offerts, considèrent des critères d'exclusion pour les personnes qui présentent des déficits cognitifs ou des comportements perturbateurs.

ⁱⁱⁱ Certaines ressources accueillant également une clientèle en DI ont été incluses dans cette recension.

Tableau 3. Milieux de vie pour adultes présentant une déficience physique (DP)

Logement social			
Clientèle	Environnement physique	Organisation des services	Particularités
Les Studios Source Bel-Vie^{iv}			
<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnostic principal : <ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme craniocérébral ● Âge : <ul style="list-style-type: none"> - 18 ans et + - Actuellement jusqu'à 66 ans ● Nombre de résidents : <ul style="list-style-type: none"> - 18 (dont 2 se déplacent en fauteuil roulant) - 3 en évaluation/réadaptation court terme 	<ul style="list-style-type: none"> ● 18 studios (1 ½) comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - Cuisinette - Chambre - Salle de bain adaptée ● 3 studios loués au CMR pour de l'évaluation ou de la réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Services de base : <ul style="list-style-type: none"> - Repas à la cafétéria (2x par jour) - Encadrement jour, soir, nuit (surveillance) - Système d'appel d'urgence dans chaque studio - Système d'interphone privé relié à l'entrée - Activités régulières dans la salle communautaire ● Services optionnels (achetés à la carte) : <ul style="list-style-type: none"> - Aide au ménage - Aide pour la prise des médicaments - Supervision générale ● Personnel : <ul style="list-style-type: none"> - 4 intervenants à temps plein de jour (2 préposés, un cuisinier et un responsable) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ouvert depuis 2005 (le CSSS Richelieu-Yamaska a repris en 2009 le projet, mais demeure en gestion indépendante). ● Gestion (services et loyer) assurée par Habitations TCC Montérégien. ● Principal défi rapporté : le manque de qualification des préposés, ce qui fait en sorte que la résidence ne peut accueillir des cas plus sévères.

^{iv} Informations obtenues auprès de M. Gilles Dumouchel, gestionnaire d'Habitations TCC

Logement social			
Clientèle	Environnement physique	Organisation des services	Particularités
Le Sieur de Normandie^v			
<ul style="list-style-type: none"> ● Conditions : <ul style="list-style-type: none"> - DP (avec ou sans DI légère) - Atteinte importante au niveau de la mobilité (tous les résidents sont en fauteuil roulant) ● Âge : <ul style="list-style-type: none"> - 18-40 ans pour les appartements - 15-60 ans pour le répit ● Profils ISO-SMAF : <ul style="list-style-type: none"> - 4, 6, 9, 13 	<ul style="list-style-type: none"> ● Logements adaptés avec lève-personnes sur rail, salles de bain adaptées ● 9 appartements adaptés (3 ½) ● 4 chambres de répit (hébergement temporaire) ● 19 autres logements qui sont sociaux (à prix modiques HLM), dont certains pour personnes âgées ● Patio extérieur adapté ● Grande salle communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> ● Services à domicile réguliers du CLSC (CSSS Haut-Richelieu-Rouville) pour les services professionnels. ● Service de supervision 24 heures. ● Personnel : <ul style="list-style-type: none"> - 2 préposés à temps plein de jour - 1 préposée de nuit - Routine du matin : de 6 h à 9 h, 3 préposés. ● Activités socioculturelles : <ul style="list-style-type: none"> - 3 jours/sem. - Activités extérieures planifiées avec l'organisme l'Envol 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre de services intégrés regroupant : <ul style="list-style-type: none"> - plusieurs services offerts aux personnes handicapées de la région - les bureaux d'organismes, comme Vie autonome Montérégie et L'Envol du Haut-Richelieu ● Ancienne école rénovée et adaptée aux besoins des personnes ayant une DP ● Ouvert depuis 1 an ● Recommandation : <ul style="list-style-type: none"> - Importance de créer des partenariats (avec la Ville, les organismes communautaires, etc.) dans l'élaboration d'un tel projet
Les Habitations St-Christophe de Laval^{vi}			
<ul style="list-style-type: none"> ● Clientèle : <ul style="list-style-type: none"> - DP ● Groupe d'âge : <ul style="list-style-type: none"> - Adultes et personnes âgées - 12 adultes ayant une DP (28 personnes incluant la clientèle jusqu'à 75 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ● OSBL-H ● Logements adaptés : <ul style="list-style-type: none"> - Studio (1 ½) - 3 ½ - 4 ½ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Services : <ul style="list-style-type: none"> - 2 ou 3 repas complets/jour - Supervision et dépannage 24/7 ● Personnel : <ul style="list-style-type: none"> - Éducatrice à temps plein - Professionnels : services à domicile réguliers du CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ouvert depuis 2006 ● Rénovation d'une église et son presbytère ● À considérer : <ul style="list-style-type: none"> - Un tel projet est plus long à développer (qu'une résidence privée)

^v Information obtenues auprès de M. Jacques Lapointe

^{vi} Information obtenues auprès de M. Jean-Pierre Fortin, organisateur communautaire, CSSS Laval

Logement social			
Clientèle	Environnement physique	Organisation des services	Particularités
			- Il faut des engagements politiques pour faciliter et accélérer la réalisation des OSBL-H
Maison Marguerite d'Youville ^{vii}			
<ul style="list-style-type: none"> Conditions : <ul style="list-style-type: none"> - DP sévère et persistante Âge : <ul style="list-style-type: none"> - 18 à 65 ans - 54 ans en moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> 18 logements répartis en deux catégories : <ul style="list-style-type: none"> - 9 logements sans services particuliers - 9 logements avec services 	<ul style="list-style-type: none"> Services peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> - Repas (dîners et soupers) - Entretien ménager - Soins de santé - Soins d'hygiène - Buanderie 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat OMH et CSSS Richelieu-Yamaska

Résidence privée avec services			
Clientèle	Environnement physique	Organisation des services	Particularités
Le Bellagio ^{viii}			
<ul style="list-style-type: none"> Conditions : <ul style="list-style-type: none"> - DP - Nécessitant 4 heures et + de services par jour Âge : <ul style="list-style-type: none"> - De 26 à 70 ans Nombre de résidents : <ul style="list-style-type: none"> - 23 adultes (sur un total de 120 résidents) 	<ul style="list-style-type: none"> Unité dédiée à la clientèle adulte avec DP ou DI <ul style="list-style-type: none"> - En lien avec un projet pilote (pour la clientèle DI) et l'achat de places pour la clientèle DP. - 23 lits 	<ul style="list-style-type: none"> Personnel : <ul style="list-style-type: none"> - 4 préposés aux bénéficiaires - 1 éducatrice - 2 infirmières disponibles (dont une technicienne) - Médecin : 1x/semaine 	<ul style="list-style-type: none"> Projet pilote : <ul style="list-style-type: none"> - Clientèle DI - Mis en place par le CRDITED de la Montérégie - Le résident débourse un montant (financement en lien avec CRDITED) Achats de soins par le CSSS Haut-Richelieu-Rouville pour clientèle adulte (15 places pour 6 mois)

^{vii} Informations obtenues auprès de Dominique Martinet, directeur adjoint (SAD), Direction des services ambulatoires et de première ligne et de documents à usage interne.

^{viii} Informations obtenues auprès de Mme Françoise Benchimol

Résidence privée avec services			
Clientèle	Environnement physique	Organisation des services	Particularités
			<ul style="list-style-type: none"> De plus, pour la clientèle DP, il peut s'agir de clientèle privée

CHSLD public			
Clientèle	Environnement physique	Organisation des services	Particularités
CHSLD Centre-Ville^{ix}			
<ul style="list-style-type: none"> Conditions : <ul style="list-style-type: none"> - Jeunes adultes - Adultes présentant des DP et déficits cognitifs en perte d'autonomie sévère - Personnes âgées de 65 ans et + avec DP (parfois) - 3 heures de soins et plus Critère d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Errance intrusive - Centre-Ville 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de lits : <ul style="list-style-type: none"> - 195 lits - 3 lits réservés à l'hébergement temporaire - Chambres individuelles - Chambres semi-privées 		<ul style="list-style-type: none"> Le centre n'a pas de mandat régional, mais accueille historiquement une clientèle adulte avec DP. Milieu évolutif : <ul style="list-style-type: none"> - Une fois admise, la clientèle vieillissante demeure dans le même milieu de vie.

Dans le cas des CHSLD publics, d'autres établissements accueillent également historiquement une concentration plus élevée de la clientèle adulte présentant une DP. C'est le cas du CHSLD René-Lévesque (CSSS Pierre-Boucher) qui, sur 224 résidents, héberge environ 20 adultes présentant une déficience physique. Cette clientèle est souvent plus complexe, car elle présente des problématiques multiples, tels des difficultés socio-économiques importantes, des problèmes de santé mentale ou un niveau de soins élevé (par exemple, des traitements d'hémodialyse). Bien que la clientèle adulte ne soit pas spécifiquement regroupée sur une même unité, des rencontres de soutien sont offertes ponctuellement par la conseillère en milieu de vie pour le personnel soignant assigné à cette clientèle. De plus, certaines activités de loisirs (et éventuellement, une programmation de loisirs spécifique pour cette clientèle) sont disponibles, telle une soirée Bistro hebdomadaire, avec musique et consommation d'alcool possible. Quant à la création d'un programme de soins et de services spécifiques pour la clientèle adulte hébergée, une collecte de données est en cours afin d'alimenter la réflexion des décideurs.

^{ix} Informations obtenues auprès de Mme Danielle Ouellet, agente de planification, de programmation et de recherche, et Mme Vincenza DiCarlo de l'admission, à l'ASSS de Montréal

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté: orientations ministérielles en déficience physique: objectifs 2004-2009: services des personnes handicapées*: Gouvernement du Québec; 2003.
2. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie: un défi de solidarité*. Québec: Gouvernement du Québec; 2005.
3. Société immobilière du Québec. Répertoire des guides de la planification immobilière: mission centres d'hébergements (CHLSD): [en ligne] http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/chq/index_fbe3b.html?DetailID=238 (consultée le 2012-12-12); 2008.
4. Laramée P. *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux 2011.
5. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience: afin de faire mieux ensemble: déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement*. Québec: Gouvernement du Québec; 2008.
6. Boucher N, Lanctôt C. *Pour un milieu de vie stimulant et une participation sociale accrue*: Regroupement des Associations de personnes traumatisées cranio-cérébrales du Québec; 2006.
7. Conseil des Aînés. *Avis sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec; 2007.
8. Winkler D, Holgate N, Sloan S. *The Victorian Younger People in Residential Aged Care Initiative*. Victoria, Australia Summer Foundation; 2012.
9. Fries BE, Wodchis WP, Blaum C, Buttar A, Drabek J, Morris JN. A national study showed that diagnoses varied by age group in nursing home residents under age 65. *Journal of clinical epidemiology*. 2005;58(2):198-205.
10. Persson DI, Ostwald SK. Younger residents in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*. 2009;35(10):22-31.
11. Gadoury M, Landry E, Lavallée J. *Plan d'action 2012-2015 : état de situation 2012 : services aux adultes ayant une déficience physique motrice*. Montréal: Agence de santé et de services sociaux de Montréal; 2012.
12. Cloutier M. *Ressources résidentielles et d'hébergement pour les personnes présentant une déficience physique : état de situation au 31 mars 1999*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 1999.
13. Winkler D, Farnworth L, Sloan S. People under 60 living in aged care facilities in Victoria. *Australian Health Review*. 2006;30(1):100-108.
14. Simon SE, Lipson DJ, Stone CM. Mental disorders among non-elderly nursing home residents. *Journal of Aging & Social Policy*. 2010;23(1):58-72.
15. Kaldy J. Riding the wave of the younger residents in long-term care. *The Consultant Pharmacist*. Août 2012 2012;27(8):538-543.
16. Limoges P. *Plan de développement d'un réseau de ressources résidentielles non institutionnelles et alternatives*. Montréal: Centre de réadaptation Constance-Lethbridge et Centre de réadaptation Lucie-Bruneau 2005.
17. Smith M. Under the circumstances: the experiences of younger people living in residential aged care facilities. *Contemporary Nurse*. 2004;16(3):187-194.
18. Cameron G, Pirozzo S, Tooth L. Long-term care of people below age 65 with severe acquired brain injury: appropriateness of aged care facilities. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2001;25(3):261-264.
19. O'Reilly K, Pryor J. Young people with brain injury in nursing homes: not the best option! *Australian Health Review*. 2002;25(3):46-51.
20. Winkler D, Farnworth L, Sloan S, Brown T. Moving from aged care facilities to community-based accommodation: Outcomes and environmental factors. *Brain Injury*. 2011;25(2):153-168.
21. Lafrenière M, Fleury F. *L'hébergement alternatif novateur description et analyse de modèles en logement social : résultats de recherche et réflexions du RCA Personnes âgées Groupe de travail Hébergement alternatif novateur*. Longueuil: ASSS Montérégie; 2010.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

Tél. : 450 928-6777

Adresse Web : www.santemonteregie.qc.ca