

Une approche de collaboration en centre d'hébergement

Remerciements : Michel Deschênes,
Financement : équipe PRAXCIT, FQRSC

François Régimbal Professeur en sociologie Cégep du Vieux Montréal.

Audrey Gonin Professeure, École de travail social, Université du Québec à Montréal.

1. Objectifs

Différents travaux mettent en évidence que la vie en institution tend à induire une perte de contrôle sur son environnement, ainsi que des phénomènes de dépersonnalisation ou encore d'isolement. Il est donc pertinent d'examiner selon quelles modalités ces phénomènes peuvent être contrecarrés, au travers d'une adaptation de l'environnement aux besoins spécifiques de personnes faisant face à des incapacités.

2. Cadre conceptuel et méthodologie

Le cadre conceptuel de Huey T. Chen rend compte d'un modèle d'intervention selon deux grandes catégories:

- le modèle d'action (*how question*) trace un portrait du public-cible, des moyens et des objectifs ;
- le modèle du changement (*why question*) permet de mettre en lumière par quels déterminants l'intervention produit des retombées.

La méthode de recherche a consisté à rassembler la documentation disponible sur l'unité (écrits cadres, rapports d'étape, outil de formation pour l'équipe, etc.) ainsi qu'à réaliser des entrevue de recherche semi-dirigées avec des résidents (5 participants) et des membres de l'équipe de l'unité (9 participants).

Chen, H.T. (2015). *Practical program evaluation : theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Roux, C. et A. Harton (2007). *L'unité la Clé des champs*. Programme PACTES. Montréal, QC : CSSS Jeanne-Mance.

Thomas, H. et O. St-Jean (2003). Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution. *Solidarité et santé*, 1, 57-68.

Ylvisaker, M. et T. Feeney (1998). *Collaborative Brain Injury Intervention: Positive Everyday Routines*. San Diego, CA : Singular Publishing Group.

3. Le modèle d'action

La Clé des champs est une unité de vie offrant des services spécialisés:

Pour : des personnes vivant avec des troubles neurologiques liés à une maladie dégénérative, à un traumatisme crânien, un accident cérébrovasculaire, etc.

Par : une équipe pluridisciplinaire constituée de psychologue, ergothérapeute, travailleur social, infirmier, préposés aux bénéficiaires, etc.

Dont les objectifs sont: (1) d'améliorer la qualité de vie (QdV) des résidents; (2) réduire l'occurrence des comportements jugés problématiques.

4. Le modèle de changement

Axes d'intervention

- Fournir des prothèses cognitives et adapter l'environnement (routines positives, outils de compensation, etc.)
- Donner le choix et personnaliser l'intervention (projet de vie, choix au quotidien, routines positives)
- Valoriser les résidents (psychologie positive)

L'exemple des projets de vie:

C'est un souhait, un désir que le résident souhaite réaliser durant l'année (marcher, faire un voyage, avoir un oiseau, écrire sa biographie.)

L'idée est de ne pas se substituer au pouvoir décisionnel des résidents et ce, malgré l'existence d'incapacité ou de maladies.

L'autonomisation repose sur les 3 axes d'intervention :

« Elle voulait écrire sa vie [dans le cadre de son projet de vie]. Au départ, elle voulait dicter à quelqu'un. Elle ne pensait jamais d'être capable d'écrire à l'ordinateur. À un moment donné c'est là que je suis entré, et je lui ai dit « je pense que vous seriez capable, moi, d'écrire à l'ordinateur. » Elle est fière de ça maintenant. » (Intervenant de l'unité.)

Déterminants

- Autonomisation des résidents
- Renforcement des ancrages sociaux
- Implication dans des activités, des choix et des projets

Un sentiment d'appartenance

« On est comme une réunion de famille. »
« J'ai tout le monde ici, je suis avec ma gang. »
(Résidents de l'unité.)

L'implication s'appuie sur le développement de l'autonomie et des ancrages sociaux.

« On l'a aidé à budgéter, une fois qu'il a eu son budget il est allé magasiner. Il est arrivé avec plusieurs chemises, cravates et pantalons. Et là, à ce moment-là, il a repris de la dignité. Fait que là, il sortait de l'étage, il était beau à voir. Il était fier de lui. » (Intervenante de l'unité.)

Selon des indicateurs internes à l'unité, la QdV augmente. 4 dimensions ont été examinées : le bien-être déclaré, l'état de santé, la satisfaction par rapport aux relations, les intérêts et loisirs. Une majorité des résidents se déclarent globalement satisfaits de leur vie au sein de l'unité.

Principaux objectifs et retombées souhaitées

- Amélioration de la QdV (bien-être ; participation sociale ; autodétermination)
- Réduction de phénomènes jugés problématiques (repli, inhibition, conflits, conduites agressives, forte sollicitation du personnel)

(1) Diminution du nombre de crises et plus courte durée; (2) Diminution de l'utilisation de médicaments PRN. Diminution dans les 6 premiers mois du programme et allant jusqu'à 80%.
On peut expliquer ces effets par leur implication dans des activités significatives pour eux, et par le développement de leur réseau social.

5. Forces et défis

Forces

- (1) Grande cohérence entre les fondements théoriques et l'intervention.
- (2) Transformation du rapport résidents-intervenants.
- (3) Retombées positives sur les résidents et le personnel.

Défis

La dimension transitoire de l'unité : une fois certains objectifs atteints, le résident est invité à retourner en unité dite régulière. Or, il peut y avoir une tension entre un environnement de type milieu de vie et une unité transitoire, compte tenu des ancrages sociaux développés au sein de l'unité.

Maintien de la qualité de l'intervention avec moins de ressources...