

ÉVALUATION DU MODE D'INTERVENTION EN RESSOURCE INTERMÉDIAIRE DE GRANDE TAILLE

**Rapport final d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS)**

Gabrielle Lemieux

Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire,
CSSS de la Montagne – Institut universitaire

Ève Gauthier

Agente de planification, de programmation et de recherche
Soutien à l'autonomie de la personne âgée et déficience physique
CSSS de la Montagne – Institut universitaire



Coordination et rédaction

Le présent rapport d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) fait état des travaux réalisés et des résultats obtenus dans le cadre de l'évaluation du mode d'intervention en ressource intermédiaire de grande taille au CSSS de la Montagne – Institut universitaire (CSSS de la Montagne–IU). La coordination du projet d'évaluation et de la rédaction du présent rapport ont été assurées par :

- **Gabrielle Lemieux**, agente de planification, programmation et recherche (APPR) spécialisée en évaluation, direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire (DQMUPM);
- **Ève Gauthier**, APPR, direction du programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée et déficience physique (SAPA–DP).

Structure de gouvernance et de réalisation du projet d'évaluation

Trois comités ont été mis sur pied dès le début du projet afin d'assurer la bonne gouvernance et la réalisation des travaux d'évaluation, soit : un comité de travail, un comité de pilotage et un comité d'experts. La composition de chacun des comités est la suivante :

Comité de travail

- **Ève Gauthier**, APPR, direction du programme SAPA-DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Annie Joseph**, APPR responsable du centre de documentation, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Gabrielle Lemieux**, APPR, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Françoise McDonald**, coordonnatrice, direction du programme SAPA-DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Débora Ngo-Ngue**, stagiaire en évaluation, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Réjean Tremblay**, chef d'administration de programme (CAP), Ressource de la Montagne, CSSS de la Montagne–IU
- **Françoise Vityé**, documentaliste, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU

Comité de pilotage :

- **Nicole Huneault**, directrice, direction du programme SAPA-DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Suzanne Walsh**, directrice, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Spyridoula Xenocostas**, directrice, centre de recherche SHERPA, CSSS de la Montagne–IU

Comité d'experts

- **Eugene Bereza**, directeur, programme d'éthique, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Nicole Huneault**, directrice, direction du programme SAPA-DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Josée Peat**, conseillère à la qualité et gestionnaire de risques, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Joëlle Lévesque**, directrice, direction des soins infirmiers, CSSS de la Montagne–IU
- **Marie-Emmanuelle Laquerre**, chercheure, équipe METISS, CSSS de la Montagne–IU
- **Andrée Sévigny**, responsable du comité des usagers, CSSS de la Montagne–IU (remplacée en fin de projet par **Christian Samoisette**, CSSS de la Montagne–IU)

- **Danick Jean-Vernet**, APPR, ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI - RTF), direction des programmes-services, Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal (remplacée en cours de projet par **Thérèse Dionne**, APPR, coordination SAPA, direction des programmes-services, ASSS de Montréal)
- **Christine Touchette**, directrice, direction du programme SAPA-DP, CSSS de Cavendish – Centre affilié universitaire (CAU)

Révision linguistique et mise en page

La révision linguistique et la mise en page du document ont été assurées par les personnes suivantes, membres du personnel du CSSS de la Montagne-IU : Raymonde Grimard, spécialiste des procédés administratifs, Jennifer Pépin, spécialiste en procédés administratifs, Ginette Bériault, adjointe administrative et Manon Fortin, adjointe administrative.

Révision externe

Deux réviseurs externes ont lu et examiné le rapport afin d'en vérifier la qualité, soit Amande Anin, conseillère à la Direction des services professionnels et de la mission universitaire du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire, et Dr Pierre Dagenais, professeur adjoint de Médecine, Université de Sherbrooke. Une troisième personne, soit Annick Simard, responsable du travail social et de la pratique multidisciplinaire au CSSS de la Montagne-IU, a procédé à la lecture complète du rapport afin de valider le contenu touchant à l'intervention en ressource intermédiaire de grande taille, notamment la section des recommandations.

Droits d'auteurs / reproduction

Le contenu du présent rapport peut être reproduit en tout ou en partie sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins non commerciales et à condition que la source soit clairement indiquée. Nous souhaitons que la source soit citée comme suit :

LEMIEUX, Gabrielle et Ève GAUTHIER (2015). « Rapport final d'évaluation du mode d'intervention en ressource intermédiaire de grande taille », CSSS de la Montagne – Institut universitaire, Montréal, QC, 210 p.

© CSSS de la Montagne, 2015. Tous droits réservés

Remerciements

Les rédactrices du présent rapport tiennent à remercier les membres des trois comités pour leur implication au sein de l'évaluation tout au long du projet. Leurs commentaires et leurs conseils ont permis à la fois d'orienter l'évaluation, de faciliter les travaux d'évaluation et d'en valider les résultats. Grâce à leurs expertises respectives, les pratiques d'intervention recommandées dans le cadre de ce projet sont pertinentes, réalistes et utiles pour le contexte d'une ressource intermédiaire de grande taille.

La Ressource de la Montagne a ouvert ses portes aux différentes personnes ayant réalisé les travaux d'évaluation. Tant les gestionnaires de la Ressource que les intervenants, les résidents et les membres de leur famille sont remerciés d'avoir permis à l'équipe de pénétrer les murs de la résidence, observer les activités quotidiennes, parler avec les résidents et rencontrer les intervenants dans le cadre de leurs réunions. Ces échanges ont été des plus enrichissants.

Table des matières

Liste des tableaux	8
Résumé	9
1. INTRODUCTION	11
1.1 Modèle logique	11
1.2 Questions décisionnelles.....	12
1.3 Questions d'évaluation	12
1.4 Question clé de recherche et critères PICOTS	13
2. MÉTHODOLOGIE	14
2.1 Revue systématique de la littérature.....	14
2.1.1 Recherche documentaire.....	14
2.1.2 Sélection des études	15
2.1.3 Évaluation de la qualité des études.....	15
2.1.4 Extraction des informations.....	16
2.1.5 Synthèse des informations.....	17
2.2 Collecte d'informations auprès des parties prenantes	17
2.2.1 Le personnel de la Ressource de la Montagne	18
2.2.2 Les résidents et les proches	19
2.2.3 Les membres du comité d'experts	20
3. RÉSULTATS	21
3.1 Résultats de la revue systématique	21
3.1.1 Caractéristiques des études.....	21
3.1.2 Résultats après synthèse	22
3.2 Résultats de la consultation des parties prenantes	27
3.3 Analyse	27
3.4 Discussion.....	28
3.5 Conclusions.....	29
3.6 Recommandations	29

3.6.1	<i>Validation des recommandations</i>	30
3.6.2	<i>Limites et mises en garde</i>	31
3.7	Principales pratiques recommandées.....	32
3.8	Pratiques secondaires recommandées	34
3.8.1	<i>Accueil</i>	34
3.8.2	<i>Alimentation</i>	35
3.8.3	<i>Animation</i>	35
3.8.4	<i>Communication</i>	36
3.8.5	<i>Droits</i>	37
3.8.6	<i>Environnement</i>	38
3.8.7	<i>Fin de vie</i>	39
3.8.8	<i>Implication des proches</i>	40
3.8.9	<i>Implication du résident</i>	41
3.8.10	<i>Liens avec la communauté</i>	41
3.8.11	<i>Relations interpersonnelles</i>	42
3.8.12	<i>Sexualité</i>	42
3.8.13	<i>Soins, services et assistance</i>	43
3.8.14	<i>Soutien éthique</i>	43
3.8.15	<i>Spiritualité</i>	44
	Références.....	45
	Annexe 1.....	47
	Annexe 2.....	49
	Annexe 3.....	51
	Annexe 4.....	61
	Annexe 5.....	65
	Annexe 6.....	67
	Annexe 7.....	69
	Annexe 8.....	71
	Annexe 9.....	73
	Annexe 10.....	87
	Annexe 11.....	89

Annexe 12.....	93
Annexe 13.....	95
Annexe 14.....	159
Annexe 15.....	203
Annexe 16.....	205

Liste des tableaux

Tableau 1. Critères PICOTS

Tableau 2. Composition des groupes de discussions et des dimensions abordées

Tableau 3. Composition des comités de lecture et dimensions abordée

Résumé

Le CSSS de la Montagne – Institut universitaire (CSSS de la Montagne–IU) est responsable depuis mai 2012 d'une ressource intermédiaire (RI) de grande taille, soit une ressource où vivent 112 personnes âgées en perte d'autonomie. Les RI pour personnes âgées étant traditionnellement des résidences de petite taille où est préconisée l'approche milieu de vie, les responsables de la Ressource de la Montagne ont demandé à l'unité d'évaluation du CSSS de la Montagne–IU la réalisation d'une évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) dont le principal objectif était de déterminer les pratiques traduisant l'approche milieu de vie à implanter en RI de grande taille. L'évaluation devait également prendre en compte le modèle de gestion retenu pour la Ressource, soit un partenariat public-privé, ainsi que la pluriethnicité qui caractérise les personnes y résidant. Les pratiques devaient favoriser l'état de santé et de bien-être, la participation sociale et ultimement le potentiel d'autodétermination des résidents.

Un devis d'évaluation décrivant entre autres la structure de gouvernance et de réalisation du projet, le modèle logique de la Ressource de la Montagne, les questions d'évaluation et la méthodologie prévue fût d'abord rédigé. La première collecte de données devait prendre la forme d'un court projet de recherche visant à déterminer la conception qu'avaient les résidents de la Ressource de la Montagne de la notion « milieu de vie ». Une revue systématique de la littérature était ensuite prévue afin de repérer, dans les bases de données, les catalogues universitaires, les sites de sociétés savantes et d'autres moteurs de recherche, les pratiques susceptibles de favoriser l'autodétermination des résidents. Enfin, une consultation des parties prenantes, soit les résidents et leurs proches, les gestionnaires et les intervenants de la RI, ainsi que les membres du comité d'experts, a contribué à préciser et à contextualiser les résultats de la revue.

Le projet de recherche a, d'une part, permis de préciser les dimensions de l'approche milieu de vie qui étaient chères aux yeux des résidents et de constater que les réponses obtenues étaient relativement homogènes, et ce, sans égard à la culture ou l'ethnicité des personnes rencontrées. Ces conclusions ont contribué à orienter les collectes suivantes. La revue systématique de la littérature a quant à elle permis de recenser 76 études pertinentes, de littérature scientifique, grise et non scientifique et comprenant quelque 700 pratiques d'intervention catégorisées en 15 dimensions de la vie en hébergement une fois synthétisées. Ces résultats ont ensuite été présentés aux parties prenantes dans le cadre de diverses rencontres de discussion et d'échanges menant à la formulation de plusieurs centaines de commentaires notamment sur la pertinence, la faisabilité et l'importance des pratiques.

L'analyse et l'interprétation des résultats ont finalement conduit à l'élaboration de 19 recommandations principales et 89 recommandations secondaires validées par le comité d'experts du projet d'ETMISSS. Les recommandations principales ont été repérées à de nombreuses reprises dans la littérature et ont été jugées particulièrement pertinentes par les parties prenantes. Les pratiques recommandées portent tant sur des dimensions comme l'alimentation, les soins, services et assistance et l'animation-loisirs que sur des thèmes plus transversaux tels que la communication, l'implication du résident et les relations interpersonnelles. Elles peuvent ainsi servir à améliorer graduellement la qualité des services en RI de grande taille dans le but de favoriser l'autodétermination des personnes âgées qui y vivent.

1. INTRODUCTION

Bien qu'à l'origine la majorité des ressources intermédiaires (RI) pour personnes âgées aient vu le jour dans de petites structures accueillant 5, 10 ou 20 résidents, de nombreuses RI de grande taille ont ouvert leurs portes dans les dernières années au Québec. La Ressource de la Montagne (ci-après, « la Ressource »), inaugurée en 2012 sur le territoire du CSSS de la Montagne avec 112 places, était l'une des plus grandes RI dédiées exclusivement aux personnes âgées à l'époque. Depuis, cinq nouvelles RI comprenant 60 places ou plus ont été créées à Montréal seulement (ASSS de Montréal, 2015). À l'échelle du Québec, il existe désormais une vingtaine de RI de 60 places ou plus (MSSS, 2015). En 2012, les gestionnaires responsables de la Ressource et les intervenants qui y œuvrent quotidiennement se retrouvent devant l'énorme défi de créer un réel milieu de vie pour les résidents qui y vivent, et ce, en collaboration avec leur partenaire du secteur privé (modèle partenarial des RI au Québec). L'approche milieu de vie ayant fait ses preuves comme modèle de soutien à l'autonomie des personnes âgées hébergées¹, l'équipe du CSSS de la Montagne–IU souhaite implanter cette approche au sein de la Ressource. Or, à l'époque, peu de lignes directrices précises existent en la matière². Devant cette situation, l'équipe de gestionnaires de la Ressource de la Montagne ont demandé une évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) afin d'éclairer la prise de décision et les pratiques en RI de grande taille. Le contexte particulier de la Ressource de la Montagne, qui se retrouve dans un milieu fortement caractérisé par la pluriethnicité, justifiait également la réalisation d'une démarche d'ETMISSS visant à recenser des pratiques pertinentes et applicables en tenant compte de ce facteur. Un mandat d'évaluation a donc été accordé au cours de l'année 2012 à l'unité d'évaluation du CSSS de la Montagne qui, à l'époque, était en émergence. Une structure de réalisation et de gouvernance du projet a été mise en place conformément aux normes de réalisation d'ETMISSS. Une description de cette structure et des mandats accordés aux différents comités qui l'ont composée (comité de travail, comité de pilotage, comité d'experts) est disponible à l'annexe 1.

1.1 Modèle logique

Dès les débuts de l'ETMISSS un modèle logique a été élaboré en collaboration avec les demandeurs de l'évaluation, les divers comités et les parties prenantes, afin d'illustrer l'intervention en RI de grande taille (voir annexe 2). Le modèle logique élaboré permettait de comprendre l'intervention et ses différentes composantes (notamment les intrants, les activités, les extrants et les effets attendus de l'intervention), ainsi que la logique qui les unit. Il a été une référence pour l'ensemble des acteurs de l'ETMISSS, et ce, tout au long du projet.

¹ L'approche milieu de vie en milieu d'hébergement au Québec est une orientation ministérielle en matière de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (2003) et de RI pour personnes âgées (2001, 2014). Par ailleurs, le *Guide de mise en œuvre d'une RI pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement* publié par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS de Montréal) précise clairement que, « [d]ans le cadre du projet de ressource intermédiaire, l'offre de service est basée sur l'approche milieu de vie » (ASSS de Montréal, 2007, p.4).

² Au moment d'entamer le projet d'ETMISSS, il existe peu ou pas de lignes directrices régionales ou nationales, de guide de pratique ou autre document de référence quant à l'actualisation de l'approche milieu de vie en RI de grande taille. Le *Guide de mise en œuvre d'une ressource intermédiaire*, élaboré en 2007 par l'ASSS de Montréal, portant notamment sur les modalités de construction du bâtiment est disponible, mais ne comble pas les besoins des décideurs du CSSS de la Montagne. C'est d'ailleurs en réaction à cette lacune que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publie en 2014 un *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Toutefois, si ce document fournit un peu plus d'informations sur les services offerts en RI et les responsabilités des partenaires (public et privé), il décrit peu les pratiques d'intervention à privilégier en vue d'offrir un milieu de vie se rapprochant le plus possible au chez-soi, et ce, en hébergement de grande taille.

1.2 Questions décisionnelles

Dans le cadre de la planification du projet d'ETMISSS, à la fin de l'année 2012, deux questions décisionnelles avaient été identifiées en concertation avec les demandeurs de l'évaluation. Tandis que la première question portait sur l'identification des pratiques d'intervention découlant de l'approche milieu de vie en RI de grande taille, la seconde portait sur les pratiques de gestion pouvant être utilisées pour en faciliter l'implantation dans un contexte de partenariat public-privé (PPP). Cependant, pour des raisons de ressources limitées et de respect des délais, une des deux questions décisionnelles a été retenue pour faire l'objet d'une revue systématique de la littérature, soit la première. En effet, cette question était jugée prioritaire et le cadre de référence sur les RI du MSSS, publié en 2014, venait préciser certains éléments concernant la gestion partenariale avec le secteur privé. Le présent rapport fait donc état des résultats obtenus pour la première question, soit la suivante:

- ✓ Comment l'approche milieu de vie peut-elle se traduire en termes de pratiques à mettre en œuvre dans une ressource intermédiaire d'une taille de 112 places, de façon à offrir les meilleurs soins et services possibles aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement qui y résident?

1.3 Questions d'évaluation

À la suite d'une exploration plus approfondie de la littérature et de la consultation des parties prenantes qui confirmaient la pertinence de l'évaluation, quatre questions d'évaluation ont été formulées dans le but de raffiner la question décisionnelle. Les questions ont été formulées selon les dimensions ou objectifs de l'approche milieu de vie, plutôt que selon les dimensions transversales couramment utilisées en ETMISSS (efficacité, efficience, innocuité, juridique / légale, organisationnelle / professionnelle et psychologique / sociale / éthique). Ces dernières ont toutefois été considérées tels des critères incontournables dans l'analyse des pratiques recensées. Ainsi, les questions visent à identifier les pratiques d'intervention (dimension professionnelle) les plus aptes à atteindre les objectifs (dimension de l'efficacité, de l'efficience et de l'innocuité) de l'approche milieu de vie (dimensions psychosociales, éthiques et de sécurité) dans le cadre d'une RI de grande taille (dimensions organisationnelle et juridique) et touchent donc l'ensemble des dimensions habituellement évaluées en ETMISSS. Les quatre questions d'évaluation retenues sont les suivantes :

- ✓ Quelles pratiques d'intervention³ permettent d'adapter l'intervention aux besoins fondamentaux et particuliers des résidents en matière de santé et de services sociaux ainsi que de respecter leurs valeurs, leurs identités et leur dignité dans une RI de grande taille?
- ✓ Quelles pratiques d'intervention permettent d'informer, d'éduquer et de faire participer le résident ainsi que sa famille et ses proches dans la prestation des soins et services prévus à son plan d'intervention?

³ La notion de pratique d'intervention réfère aux « activités professionnelles exercées par les intervenants en santé et en services sociaux pour obtenir des résultats sur l'état de santé et de bien-être de leurs clients » (Devis d'évaluation, 2012, p. 20).

- ✓ Quelles pratiques d'intervention permettent de favoriser les relations interpersonnelles des résidents (avec la famille et les proches, avec les intervenants et avec la communauté)?
- ✓ Quels éléments d'aménagement intérieur et extérieur permettent de fournir aux résidents un environnement physique intime, chaleureux et stimulant tout en étant sécuritaire?

1.4 Question clé de recherche et critères PICOTS

Dans le cadre de l'élaboration du devis d'évaluation, un cadre d'analyse a ensuite été élaboré à partir des questions d'évaluation et du modèle logique. Le cadre d'analyse permettait d'identifier les questions clés de recherche, lesquelles sont nécessaires pour procéder à la recherche documentaire prévue dans le cadre de la revue systématique. Les questions de recherche alors formulées mettaient en lien les intrants, les activités, les extrants et les effets de l'intervention en RI de grande taille. Parmi elles, une question clé de recherche a été retenue, laquelle porte sur les pratiques d'intervention de l'approche milieu de vie qui doivent être mises en œuvre en RI de grande taille afin de promouvoir l'autodétermination⁴ des personnes qui y résident (voir tableau 1). Les critères PICOTS (Population, Intervention, Comparateur, Effet (*Outcome*), Temporalité et Contexte (*Setting*)) ont été précisés dans le but d'orienter l'ensemble des étapes de l'évaluation et, plus particulièrement, préparer les stratégies de recherche dans les sources documentaires. Le PICOTS présenté dans le protocole de la revue systématique était le suivant.

Tableau 1. Critères PICOTS

Question de recherche	P	I	C	O	T	S
Quelles pratiques d'intervention de l'approche milieu de vie devraient être mises en œuvre en ressource intermédiaire de grande taille afin de réaliser le potentiel d'autodétermination des résidents?	Résidents en ressource intermédiaire de grande taille	Approche milieu de vie en hébergement pour personnes âgées	Approche milieu de vie en hébergement de petite taille	État de santé et de bien-être préservé, participation sociale valorisée, potentiel d'autodétermination réalisé	Tout au long du séjour en hébergement de la préadmission à la fin de vie	Hébergement de grande taille

⁴ L'autodétermination peut être définie de la façon suivante : « l'[a] capacité [des résidents] à prendre les décisions et à accomplir les actions qui leur permettent d'atteindre leurs objectifs individuels, tout en tenant compte de leurs besoins » (Devis d'évaluation, 2012, p. 6).

2. MÉTHODOLOGIE

Les résultats de l'exploration de la littérature ont mis en lumière, dès le début du projet, le manque de littérature sur les pratiques à privilégier en contexte de diversité culturelle. Il a donc été prévu que cet aspect du mandat soit exploré dans le cadre d'un projet de recherche visant à préciser le sens du « milieu de vie » pour les résidents d'origines diverses et dont les résultats serviraient à préciser les paramètres de l'ETMISSS et à produire des informations à intégrer aux résultats finaux de l'ETMISSS. Ce projet de recherche a alors été confié à l'une des deux équipes de recherche du CSSS de la Montagne, soit l'équipe Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux (METISS). Le projet a été réalisé par une chercheure-anthropologue au printemps 2013 et a permis d'identifier plusieurs éléments d'information pertinents pour la suite de l'évaluation : les préoccupations des résidents et des intervenants, leur réalité au quotidien, certaines lacunes de la Ressource, etc. Un court rapport de recherche a été réalisé (voir annexe 3), lequel comprenait quelques recommandations de pratiques à implanter à la Ressource. Ces recommandations ont été jointes aux informations colligées dans le cadre des autres collectes de données prévues dans le cadre de l'ETMISSS afin d'en faire une analyse triangulée (voir section Analyse). Une revue systématique de la littérature et une collecte d'informations auprès des parties prenantes étaient quant à elles prévues pour obtenir les réponses à la première question décisionnelle et aux questions d'évaluation correspondantes. Ces étapes sont décrites plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

2.1 Revue systématique de la littérature

Les normes de production des revues systématiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), lequel est le leader québécois en la matière, ont guidé la réalisation de la revue systématique de la littérature. Pour la planification et la réalisation de la revue systématique, deux membres du centre de documentation du CSSS de la Montagne, soit une agente de planification, programmation et recherche (APPR) et une documentaliste, se sont jointes au comité de travail de la présente évaluation.

2.1.1 Recherche documentaire

Le PICOTS élaboré en début de projet a d'abord été raffiné par l'équipe de travail afin d'identifier les principaux mots-clés de recherche, les termes équivalents, leurs synonymes et éventuellement les termes anglais, ainsi que les critères de sélection des études (voir annexe 4). La recherche documentaire visant à identifier la littérature scientifique pertinente a été effectuée dans les trois bases de données (et plateformes) suivantes : *Medline* (Ovid), *CINAHL* (EBSCO) et *Embase* (Ovid). La recherche s'est poursuivie dans d'autres sources d'information afin de répertorier la littérature grise et non scientifique pertinente (catalogues, sociétés savantes, moteurs de recherche, etc.). Toutefois, étant donné le grand nombre d'études de littérature grise et non scientifique repérées dans les catalogues et les sociétés savantes, les résultats de recherche obtenus pour *Google* et *Google Scholar* n'ont pas été utilisés. Ils ont tout de même permis d'identifier d'autres sources d'information pertinentes qui ont été consultées. Les stratégies de recherche documentaire utilisées pour chaque source d'information étaient basées sur les critères de sélection définis à l'aide de la grille PICOTS. La liste des sources documentaires consultées, ainsi que les termes utilisés dans les stratégies de recherche, sont détaillés à l'annexe 4. Les résultats des recherches documentaires ont été extraits entre le 8 mai et le 22 juillet 2013. Ne disposant pas, au moment de la recherche documentaire, d'un logiciel de

gestion des références bibliographiques (ex. : *EndNote*), le personnel du centre de documentation a développé des méthodes et des outils permettant le repérage et la lecture du contenu informationnel des références bibliographiques extraites des listes de résultats de recherche des différentes sources d'information explorées. Tous les résultats de recherche ont été consignés dans un registre sous forme de fichier « Excel ».

2.1.2 Sélection des études

Les critères de repérage des études utilisés au moment de la recherche documentaire comprenaient un critère quant à la date de publication (1996 à 2013 pour les bases de données et 2000 à 2013 pour les autres sources d'information) et un critère quant à la langue (anglais et français seulement). Aucune restriction de lieu de publication ou de type de publication n'a été utilisée. Les critères d'inclusion et d'exclusion des études ont quant à eux été établis par critère PICOTS (voir annexe 5). En résumé, la population retenue comprenait les résidents en hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui excluait d'emblée les personnes âgées autonomes, ainsi que l'hébergement pour d'autres types de clientèles. Quant à l'intervention, toute étude portant sur l'approche milieu de vie ou une approche apparentée en hébergement a été incluse. En termes d'effets (*outcomes*), les études devaient porter sur l'autodétermination, l'autonomie, la qualité de vie, la satisfaction ou la participation sociale du résident. Le contexte (*setting*) incluait les centres d'hébergement de grande taille. Les études se concentrant sur des ressources de petite taille (10 personnes et moins) ont donc été exclues. Deux membres de l'équipe de travail, soit l'agente de planification, programmation et recherche (APPR) spécialisée en évaluation et l'APPR travaillant au sein de la direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ont sélectionné les études de manière indépendante à partir de la lecture des titres et des résumés, ainsi que des textes complets si nécessaire. Chacune des décisions a été vérifiée et, dans le cas de décisions différentes, un consensus a été obtenu.

2.1.3 Évaluation de la qualité des études

À l'étape de l'évaluation de la qualité des études, une typologie de la nature de la littérature a été élaborée par l'équipe de travail afin de s'assurer de bien étiqueter chacune des études et de les évaluer en conséquence. En effet, devant la multitude de définitions des termes « littérature scientifique », « littérature grise » et « littérature non scientifique », l'équipe de travail souhaitait se doter de balises claires quant à la classification de la littérature dans le but d'évaluer la qualité des études selon les réelles caractéristiques de chacune d'entre elles, notamment, la place qu'elles accordent aux données probantes (plutôt que le type de publication, par exemple). Ainsi, la littérature a été considérée « scientifique », « grise 1 », « grise 2 » ou « non scientifique » (voir annexe 6). Plusieurs grilles d'évaluation (CASP, AGREE, Tapupas, Bamberger et Rugh), ainsi que des articles portant sur le thème de l'évaluation de la qualité des études (IRD PQ, 2011; Bamberger et Rugh, dans Ridde et Dagenais, 2009; Pawson *et al.*, 2003; Mays and Pope, 2000; Krefting, 1991), ont été explorés par l'équipe de travail afin d'identifier la grille d'évaluation la plus appropriée pour le type de littérature recensée, laquelle était particulièrement diversifiée quant au type de littérature et très majoritairement issue de la recherche de type sociale et qualitative. Les travaux ont résulté en une grille d'évaluation adaptée de l'outil de Bamberger et Rugh (2009) (voir annexe 7), qui comprenaient des critères portant sur la description des preuves, la fiabilité et la constance, la validité interne, la crédibilité et l'authenticité, la validité externe, la transférabilité et

l'adéquation, l'utilisation et l'application, et sur la présence d'obstacles à la validité conceptuelle⁵. Une grille spécifique a également été conçue par l'équipe de travail pour l'évaluation de la qualité de la littérature « grise 2 » et non scientifique (voir annexe 8). En bref, cet outil a permis de porter un jugement sur les éléments suivants : la pertinence de la démarche, l'applicabilité et l'utilité des recommandations, la crédibilité des auteurs et experts (et absence de biais) et l'accessibilité du document. Les deux grilles ainsi produites ont été testées sur un échantillon de dix études de façon indépendante par les membres de l'équipe de travail. Les résultats ont ensuite été comparés afin de valider l'homogénéité de l'application des grilles. Puisque la quantité d'études recensées était particulièrement importante (à titre indicatif, plus d'une vingtaine de documents comportaient plus de 100 pages) et les données recherchées étaient souvent dispersées dans chacun des documents, trois membres de l'équipe (soit les deux APPR et une stagiaire en évaluation) se sont partagé les 76 études à évaluer plutôt que de travailler sur l'ensemble des études de façon indépendante. Des cotes de qualité ont été attribuées à chaque étude. Au terme de cette étape, aucune étude n'a été exclue par le comité de travail, car toutes atteignent un seuil de qualité minimal (fixé à 0 sur une échelle de -1 à 1). Par ailleurs, dans l'optique de juger de la valeur de la somme des études, la moyenne de l'ensemble des cotes de qualité des études a été calculée. Ce nombre se situait à 0.8 (sur une échelle de -1 à 1), ce qui a été jugé un bon résultat par le comité de travail. Enfin, les cotes de qualité de chacune des études ont été mises en lien avec les résultats afin d'en tenir compte lors de l'analyse et lors de la consultation des parties prenantes. Le tableau comprenant les caractéristiques des études incluses, ainsi que leur cote de qualité respective, se retrouve à l'annexe 9.

2.1.4 Extraction des informations

Les trois membres du comité de travail ont procédé à l'extraction des informations à partir des mêmes études qu'ils avaient respectivement évaluées. Un formulaire d'extraction (annexe 9) prédéfini a été utilisé, lequel comprenait les informations suivantes:

- **Les caractéristiques de l'étude** (auteur, date de publication, lieu de publication, source d'information, type de littérature, nature des méthodes et des données (quantitatives, qualitatives ou mixtes));
- **L'intervention étudiée** (type d'hébergement, taille de l'hébergement et approche d'intervention);
- **Les effets attendus** (*outcomes*) (autodétermination, autonomie fonctionnelle, qualité, satisfaction, participation / valorisation sociale, autre);
- **Les pratiques d'intervention proposées** selon 21 dimensions de la vie en hébergement qui étaient abordées dans la littérature portant sur l'approche milieu de vie, soit les suivantes : accueil, activités de la vie quotidienne, activités de la vie domestique, alimentation, animation, communication, droits, environnement, implication du résident, implications des proches, liens avec la communauté, personnalisation, relations interpersonnelles, sécurité, services professionnels, sexualité, soins infirmiers, soutien éthique, spiritualité et autre.

⁵ Selon l'équipe de travail, la grille intitulée « Liste de contrôle intégrée pour évaluer l'utilité et la validité des modèles qualitatifs, quantitatifs et multiméthodes », de Bamberger et Rugh (2009), semblait tenir compte de ces critères mieux que toute autres. Cette grille méritait toutefois trois adaptations mineures (trois critères sur neuf ont été retirés, l'un d'eux ne s'appliquant pas aux études recensées et les deux autres critères étant jugés répétitifs par rapport à un critère déjà présent dans la liste).

Ces dimensions avaient été identifiées grâce à l'exploration initiale de la littérature et aux bonifications apportées par les évaluateurs en cours de route. Des ajustements y ont été apportés tout au long de l'évaluation jusqu'à l'élaboration des recommandations.

2.1.5 Synthèse des informations

À ce stade, étant donné l'ampleur des informations recensées, un travail exhaustif de synthèse était nécessaire afin de regrouper l'ensemble des informations pertinentes de la façon la plus concise possible. D'abord, pour des fins de cohérence, les dimensions *Activités de la vie quotidienne* et *Activités de la vie domestique* ont été regroupées, tout comme celles des *Services professionnels* et des *Soins infirmiers*. Les pratiques issues des dimensions *Personnalisation* et *Autre* ont quant à elles été réparties au sein des autres dimensions auxquelles elles sont associables, vu leur nombre restreint. Pour chacune des 17 dimensions restantes, les pratiques ont été traitées et synthétisées par les deux APPR et ce, en franchissant les étapes suivantes : lecture des pratiques, comparaison des pratiques entre elles, regroupement des pratiques identiques ou semblables, reformulation de certaines pratiques pour tenir compte de leur regroupement, comptabilisation du nombre d'études citant chacune des pratiques retenue. En effet, les membres de l'équipe se sont consacrés à lire, comparer et regrouper dans un tableau par dimension les pratiques qui référaient à une même idée ou action. Au besoin, ils ont reformulé les pratiques regroupées afin de résumer en une ou deux phrases l'idée centrale derrière chaque regroupement de pratiques. De plus, ils ont documenté le nombre d'études recommandant une même pratique dans le but d'associer chaque pratique synthétisée à sa fréquence dans la littérature. Enfin, à l'étape de la synthèse, les cotes de qualité de chacune des études a été associée aux pratiques en prévision de l'analyse de résultats et de la consultation des parties prenantes.

2.2 Collecte d'informations auprès des parties prenantes

Tout au long de son processus, l'ETMISSS s'est appuyée sur une large consultation des parties prenantes. Ont été considérées comme parties prenantes : « tous les acteurs qui possèdent un intérêt associé à la question d'évaluation, qui peuvent être touchés par celle-ci ou qui, en raison de leur statut, peuvent exercer une influence active ou passive sur la prise de décision et l'implantation de la mesure » (Varvasovszky et Brugha, 2000, p. 341 cités dans INESSS, 2014, p. 4). La consultation des parties prenantes vise notamment à assurer l'utilité, la faisabilité et la pertinence des recommandations, de même que de favoriser leur acceptabilité, leur diffusion et leur implantation (INESSS, 2014). Dans le cadre de la présente évaluation, la consultation des parties prenantes a permis de contextualiser et parfois de compléter les résultats issus de la revue systématique de littérature, notamment pour tenir compte du contexte québécois actuel (données expérientielles et contextuelles).

En fonction de la population et des interventions ciblées par les questions d'évaluation, les principaux groupes de parties prenantes suivants ont été identifiés : les gestionnaires de la Ressource, les résidents de la Ressource et leurs proches, le personnel de la Ressource et les experts (membres du comité d'experts). Les trois dernières parties prenantes ont fait l'objet d'un groupe de discussions visant à recueillir les perspectives sur les pratiques, sur leur pertinence, leur faisabilité, etc. tandis que les gestionnaires de la Ressource, tant ceux du CSSS de la Montagne (ayant demandé l'évaluation) que la directrice générale, ont été impliqués et consultés de diverses façons tout au long de la collecte de données. Les gestionnaires du CSSS

(coordonnatrice et chef d'administration de programme (CAP)) ont participé à la préparation des groupes de discussion. Ils ont pris connaissance de l'ensemble du contenu des 17 tableaux dimensions en considérant pour chacune des pratiques sa fréquence et les cotes de qualité y étant associées. Avec une moyenne de cotes de qualité de 0,84 et considérant qu'aucune étude n'avait obtenu une cote en deçà de 0 sur une échelle de -1 à 1, les membres du comité de travail avaient déjà établi que les études retenues atteignaient un seuil de qualité satisfaisant. Lors de la préparation des groupes de discussion avec les gestionnaires, il a été choisi de ne plus tenir compte de chacune des cotes associées aux pratiques pour les discussions subséquentes avec les parties prenantes dans un souci d'efficacité et d'efficience des échanges, les discussions ayant une durée restreinte d'environ 1 h 30 et les cotes de qualité étant jugées peu significatives pour les parties consultées. Les gestionnaires ont de plus identifié les pratiques importantes ou nécessitant plus particulièrement l'avis des parties prenantes selon eux. Ils ont de plus agi comme facilitateur ou animateur lors de certains groupes de discussions. La directrice générale de la Ressource a participé aux groupes de discussions avec les intervenants ainsi qu'avec les résidents et leurs proches. La présence des gestionnaires et leur rôle lors des groupes ont été facilitants, mais l'équipe de travail tient compte du fait que cette pratique peut aussi avoir introduit un biais quant aux propos exprimés par les participants lors des groupes.

2.2.1 Le personnel de la Ressource de la Montagne

Afin d'obtenir une taille optimale favorisant les échanges, le personnel (professionnels, directrice, directeur adjoint, chef des préposés aux bénéficiaires) a été divisé en deux groupes de discussions distincts d'environ six à huit personnes. Les intervenants des deux groupes de discussion ont reçu un document comprenant les pratiques recensées concernant respectivement huit dimensions pour l'un des groupes et sept dimensions pour l'autre groupe (voir le tableau 2 portant sur la composition des groupes et les dimensions discutées)⁶. L'animation des groupes a été assurée par le chef d'administration de programme de la Ressource et la coordonnatrice du SAPA responsable de la Ressource, soutenus par l'une de deux APPR siégeant au comité de travail du projet d'évaluation. Une méthode de discussion semi-dirigée et sans tour de parole réservé ou minuté a été privilégiée. En cas de désaccord, la poursuite des discussions était prévue jusqu'à l'obtention d'un consensus, lequel était vérifié en tenant compte des échanges et des attitudes des participants. Les APPR étaient également responsables de la prise de notes lors du groupe de discussion auquel chacune a assisté. Un guide d'entretien précisant les modalités, les objectifs et les questions à poser (les pratiques déjà implantées, l'opinion sur les avis contraires ou les nuances, les pratiques jugées particulièrement importantes ou pertinentes, les pratiques jugées non réalisables) a été conçu par l'équipe de travail et utilisé par les animateurs afin d'obtenir les éléments de réponses voulues (annexe 10).

⁶ Les dimensions *Environnement* et *Fin de vie* n'ont pas été soumises d'emblée aux groupes de discussions par manque de temps.

Tableau 2 : Composition des groupes de discussions et des dimensions abordées

	Composition du groupe	Dimensions abordées	Dimensions non abordées faute de temps
<p>Groupe de discussion 1</p> <p>Animation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinatrice SAPA - Chef d'administration de programme, RI <p>Prise de notes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - APPR 1 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 infirmières - 1 directrice de la RI - 1 chef d'équipe des préposés - 1 technicienne en assistance sociale - 1 agente de relation humaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentation - Communications - Implication du résident - Implication des proches - Liens avec la communauté - Relations interpersonnelles - Services professionnels et soins infirmiers - Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentation - Services professionnels et soins infirmiers - Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique
<p>Groupe de discussion 2</p> <p>Animation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chef d'administration de programme, RI <p>Prise de notes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - APPR 2 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 infirmière - 1 infirmière praticienne spécialisée (IPS) - 1 directeur adjoint de la RI - 1 chef d'équipe des préposés - 1 travailleuse sociale - 1 agente administrative 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil - Animation - Droits des résidents - Sexualité - Sécurité - Soutien éthique - Spiritualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Animation (partiellement abordée)

Il est important de noter que l'exercice réalisé avec les intervenants n'a pas pu porter sur l'ensemble des dimensions étant donné la quantité importante de pratiques recensées dans la littérature et le manque de temps à la disposition des intervenants pour ces rencontres. Les discussions n'ont donc pas porté sur chacune des pratiques, mais bien sur celles qui ont été mentionnées par les gestionnaires et par les participants au groupe de discussion selon leurs préoccupations et avis. Une attention particulière a également été apportée par les animateurs aux pratiques qui avaient été citées fréquemment ou dont des avis nuancés ou contraires émergeaient dans les articles recensés, afin de connaître le point de vue des intervenants sur ces pratiques.

2.2.2 Les résidents et les proches

Un groupe de discussion a été réalisé afin de rejoindre des résidents et des proches de résidents. Ce groupe de discussion s'est tenu au moment d'une rencontre régulière du comité des résidents. Deux résidents, deux proches de résidents, la coordonnatrice du comité des résidents, le chef d'administration de programme et la directrice de la Ressource y ont participé. L'animation a été réalisée à l'aide d'un document de discussion et d'orientation remis aux résidents (annexe 11), lequel prévoyait une période de présentation de certaines pratiques recensées dans la littérature et des périodes de questions et d'échanges. L'animation et la prise de notes ont été assurées par les deux APPR membres du comité de travail du projet d'évaluation. Considérant le niveau d'attention limité des résidents membres du comité et de l'emploi du temps chargé des proches, (ordre du jour régulier de la réunion du comité des résidents, peu de temps à la disposition), il a été convenu de limiter les dimensions abordées à celles touchant le plus directement aux préoccupations des résidents et de leurs proches. Ces dimensions ont été ciblées notamment en fonction des résultats du sondage de satisfaction des résidents de la Ressource, de la visite surprise d'appréciation de la qualité et des données issues de la revue de littérature. Il s'agit des dimensions *Alimentation*, *Animation*, *Implication des proches*, *Implication des résidents*. De plus, afin de faciliter l'appropriation et la compréhension,

un résumé présentant les pratiques les plus fréquentes issues de la littérature a été soumis aux participants plutôt que les tableaux complets des pratiques issues de la recension.

2.2.3 Les membres du comité d'experts

Les membres du comité d'experts de même que les membres du comité de pilotage ont été consultés à travers la constitution de trois groupes de lecture et de discussion, répartis en fonction des expertises de chacun (tableau 3 ci-contre). Les membres de chaque groupe de lecture ont reçu l'ensemble des tableaux des pratiques pour les dimensions désignées en vue d'en faire une lecture et une analyse systématiques. Les dimensions *Communication* et *Relations interpersonnelles* n'ont pas été soumises à un groupe de lecture parce qu'elles avaient été analysées en profondeur par les intervenants en groupes de discussions et par les gestionnaires en consultations et n'étaient pas associables aux expertises précises des experts cernés par les comités de lecture.

Tableau 3. Composition des comités de lecture et dimensions abordées

	Membres participants	Dimensions abordées
Comité 1	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable du comité des usagers, CSSS DLM – IU - Chercheure - Gestionnaire des risques, CSSS DLM – IU 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentation - Animation - Implication des résidents - Implication des proches
Comité 2	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur du programme d'éthique, CSSS DLM – IU - Directrice des soins infirmiers, CSSS DLM – IU - Conseillère cadre, direction des soins infirmiers CSSS DLM – IU (membre ad hoc) - Gestionnaire des risques, CSSS DLM – IU 	<ul style="list-style-type: none"> - Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique - Droits des résidents - Expression de la sexualité - Fin de vie - Sécurité des résidents - Services et soins professionnels - Soutien éthique - Spiritualité
Comité 3	<ul style="list-style-type: none"> - Directrice SAPA, CSSS DLM – IU - Directrice SAPA, CSSS CVD - Gestionnaire des risques, CSSS DLM – IU 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil - Environnement - Liens avec la communauté

Chaque pratique a été présentée lors des comités de lecture et discutée le cas échéant. Les deux APPR membres du comité de travail du projet d'évaluation ont assuré l'animation à l'aide du même guide d'entretien qu'avec les intervenants (annexe 10) de même que la prise de notes.

3. RÉSULTATS

Cette section présente dans un premier temps les résultats obtenus grâce à la revue systématique de la littérature, dans un deuxième temps, ceux obtenus dans le cadre de la consultation des parties prenantes, et dans un troisième temps, elle présente l'analyse de l'ensemble des résultats, la discussion ainsi que les conclusions et recommandations qui en ont été dégagées.

3.1 Résultats de la revue systématique

Les bases de données consultées, ainsi que les recherches dans d'autres sources d'informations, ont permis de recueillir un total de 2037 ouvrages dont seulement 496 ont été retenus en excluant les doublons et les références ne portant pas sur le sujet à l'étude. Les diagrammes de flux permettant de mesurer l'évolution du nombre d'études au travers les différentes étapes de la revue systématique sont disponibles à l'annexe 12. Sur les 496 études consultées, 76 ont été jugées pertinentes et ont été retenues pour l'étape suivante. Parmi ces études, 24 études étaient de nature scientifique, deux (2) études de littérature « grise 1 », 39 études de littérature « grise 2 » et 11 études étaient de nature non scientifique. Près de 1000 pratiques recommandées, issues des études, ont ainsi été répertoriées.

3.1.1 Caractéristiques des études

Les caractéristiques des études ayant trait à l'intervention étudiée (type d'hébergement, taille de l'hébergement et approche d'intervention) et les effets attendus (*outcomes*) ont été extraites et comptabilisées afin d'obtenir un portrait global des études sélectionnées. En ce qui concerne le type d'hébergement, peu d'études portaient spécifiquement sur les RI (1) et les *Assisted living* (6) (modèle américain qui se rapproche le plus des RI). Cette faiblesse à l'égard de la quantité d'études portant sur les RI était connue grâce à l'exploration initiale de la littérature et la décision avait été prise, tôt dans les processus d'ETMISSS, d'inclure d'autres types d'hébergement, en prenant soin de n'extraire que les pratiques pertinentes pour des personnes âgées qui ne sont ni autonomes ni en perte lourde d'autonomie. Un plus grand nombre d'études portait sur les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (16), les *Nursing home* (15) et les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) (7) (modèle français), mais plusieurs étaient aussi d'ordre général (15) (s'appliquant à plusieurs types de ressources d'hébergement) et quelques-unes combinaient les types d'hébergement (4). Enfin, certaines études portaient sur des maisons de retraite (4), des résidences privées (2), des ressources d'hébergement « autres » (6) ou ne mentionnaient pas le type d'hébergement concerné (6). Peu d'informations étaient disponibles sur la taille de ou des ressources d'hébergement concernées par les études. Une majorité d'entre elles ne mentionnaient pas cette donnée (42) et plusieurs signifiaient qu'elles portaient sur différentes tailles d'hébergement plutôt qu'une taille précise (16). Parmi les 76 études, 14 portaient tout de même sur au moins une ressource d'hébergement de plus de 100 places. Les autres études (4) concernaient des institutions de 0 à 99 résidents. Bien que les études portant spécifiquement sur des ressources de grande taille aient été appréciées pour leur apport aux connaissances sur les pratiques permettant d'actualiser l'approche milieu de vie dans ce contexte, il était également souhaité que les études recensées permettent de s'inspirer d'expériences vécues dans des établissements de plus petite taille. En effet, dès le départ, la croyance des demandeurs était que la Ressource de la Montagne devait tout faire pour ressembler à une ressource plus petite, plus conviviale, plus

chaleureuse. L'approche d'intervention la plus communément abordée dans les études sélectionnées a été l'approche milieu de vie (17), suivie de l'approche centrée sur la personne (15). Ces approches étant au cœur de la question décisionnelle retenue pour cette ETMISSS, il était satisfaisant de constater que près de la moitié des études traitaient directement de ces sujets. D'autres études portaient d'ailleurs sur des approches parentes, soit des approches de qualité (14) (qualité de soins (8), qualité de vie (6)) le projet de vie (7), le Culture Change (6) ou encore l'approche prothétique (1). Enfin, 13 études abordaient des approches « autres » et 14 études ne référaient pas à une approche en particulier. Il est à noter qu'une étude pouvait porter sur plus d'une approche à la fois, amenant le total à 89 entrées de données (pour 76 études). Pour terminer, la teneur des effets attendus (ou *outcomes*) inscrits pour chacune des études était tout aussi encourageante, puisque 52 études portaient sur des effets d'autodétermination des résidents, soit l'effet ultime identifié dans le modèle logique de la Ressource. De plus, 63 études référaient à des effets sur la qualité de vie ou des soins aux résidents, 46 à la participation et la valorisation des résidents, 45 à la satisfaction des résidents, 30 à l'autonomie fonctionnelle, et 18 référaient à d'autres effets (dont la dignité, le sens à la vie, et le bonheur). Ici aussi, une étude pouvait référer à plus d'un effet, pour un total de 254 entrées. Au final, la forte représentation de l'approche milieu de vie et de l'approche centrée sur la personne ainsi que du concept d'autodétermination, et ce malgré que ces termes ne sont pas des notions aux contours parfaitement dessinées, ont contribué à montrer la grande pertinence des études retenues.

3.1.2 Résultats après synthèse

La synthèse des informations a permis de réduire à quelque 700 pratiques d'intervention les résultats de la revue systématique parmi lesquelles 110 pratiques ont obtenu des scores de fréquences de plus de cinq (lesquelles ont été saisies en gras dans les tableaux dimensions), le tout associé à 17 dimensions de la vie en hébergement (voir annexe 13 pour consulter les 17 tableaux dimensions). Les cotes de qualité des études avaient initialement été calculées et associées à chacune des pratiques synthétisées, mais celles-ci ont été retirées de la version finale des tableaux dimensions telle que présentée aux parties prenantes, puisqu'il a été décidé que cette information ne serait pas traitée dans le cadre de la consultation. Les paragraphes qui suivent décrivent succinctement le contenu de chacune de ces dimensions et permettent de qualifier les pratiques recensées. Ils présentent ainsi les différentes initiatives soulevées dans la littérature qui tendent à recréer un réel milieu de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie résidant au sein de centres d'hébergement de grande taille. En effet, tel que mentionné dans le paragraphe précédent, les approches d'intervention et les effets attendus traités dans les études recensées étaient majoritairement associés à l'approche milieu de vie et aux effets de bien-être, de santé, de participation et de valorisation sociale ainsi que d'autodétermination. Toutes les dimensions révèlent ces préoccupations et cette visée. Pour simplifier la lecture de cette section, le terme « résident » a été retenu pour désigner les personnes hébergées (pensionnaires, personnes âgées, etc.), le terme « résidence », pour désigner l'endroit où les résidents demeurent (centre d'hébergement, foyer, etc.) et le terme « proches », pour désigner l'ensemble des personnes pouvant constituer l'entourage intime du résident (conjoint(e), enfants, autres membres de la famille, amis, etc.).

❖ Accueil

La dimension *Accueil* regroupe les pratiques recensées qui entourent l'arrivée du résident dans son nouveau chez soi. Certaines pratiques se déroulent avant même l'arrivée du futur résident afin de bien préparer sa venue. D'autres pratiques concernent le processus d'admission lui-même incluant

l'évaluation de la personne et de ses besoins, la participation du résident et de ses proches à l'identification du projet de vie, de même que les informations pertinentes à recueillir auprès du résident et celles à lui transmettre. Le recueil de l'histoire de vie et l'élaboration du projet de vie en sont des points focaux, puisque ces pratiques contribuent à mieux connaître le résident, ses habitudes antérieures, ses besoins, ses attentes, ses goûts et ses désirs, et ce, de façon systématique et documentée. Enfin, plusieurs pratiques insistent sur l'intégration du nouveau résident auprès de ses pairs et du personnel, notamment par la constitution d'un programme de mentorat ou d'un comité d'accueil. Les pratiques concernant davantage le plan d'intervention ou le plan de soins ont été regroupées dans les dimensions *Services et soins professionnels*, ainsi que celle sur *l'Implication du résident et l'Implication des proches* pour ces deux derniers aspects.

❖ Activités de la vie quotidienne et domestique

La dimension *Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique* regroupe les pratiques qui concernent la vie de tous les jours dans la résidence, à l'exception de l'alimentation qui a été considérée une dimension en soi. Elles mettent l'accent sur l'implication du résident dans la vie de la résidence et dans les soins qui le concernent, ainsi que sur la réalisation de certaines activités par le résident lui-même, afin de maintenir sa participation sociale antérieure dans la mesure du possible. Pour cette raison, certaines redondances avec les pratiques de la dimension *Implication des résidents* subsistent. Les pratiques retenues dans cette dimension montrent que le rôle des préposés aux bénéficiaires et du personnel de soutien dans le soutien à l'autodétermination des résidents est essentiel, car ils sont aux premières loges de leur vie quotidienne.

❖ Alimentation

La dimension *Alimentation* regroupe un grand nombre de pratiques concernant la prise des repas par les résidents, le terme « repas » incluant aussi les collations et les boissons consommées dans une résidence. L'alimentation est présentée dans la littérature comme une dimension particulièrement significative dans la vie des résidents, étant donné notamment sa fréquence quotidienne, le besoin de bien se nourrir, le plaisir qui peut en être retiré et son aspect social, mais qui comporte également son lot de défis. Les pratiques recommandées visent notamment à assurer aux résidents la liberté de choix et d'action tout en attribuant au personnel des responsabilités importantes pour favoriser la diversité et la qualité des aliments, assurer aux résidents une certaine flexibilité, ainsi que pour impliquer les résidents dans des activités liées à l'alimentation.

❖ Animation

Les nombreuses pratiques regroupées dans la dimension *Animation* sont pour la plupart des suggestions d'activités à mettre en œuvre pour le bien-être et la réalisation de soi des résidents. Certaines pratiques concernent également la planification et la mise en œuvre des activités afin d'assurer leur diversité et leur répartition sur les sept jours de la semaine jour et soir. Les activités sont regroupées par thèmes telles que les activités artistiques, physiques, sociales, cognitives ou sensorielles ainsi que les sorties à l'extérieur de la résidence. D'autres sous-dimensions se concentrent sur l'importance de la personnalisation des activités ainsi que sur l'épanouissement individuel qu'elles doivent favoriser. En ce sens, plusieurs pratiques insistent sur l'importance d'offrir des activités significatives et gratifiantes qui soient intégrées aux activités quotidiennes des résidents. Néanmoins, plusieurs activités de ce type ont plutôt été traitées dans la dimension *Implication des résidents*.

❖ Communication

La dimension *Communication* rassemble des pratiques visant la qualité des interactions verbales et non verbales au quotidien entre les résidents, entre le personnel et les résidents, ainsi qu'avec les proches lorsqu'ils sont concernés. Soigner la qualité de la communication est un élément fréquent

dans la littérature recensée et apparaît comme un fondement de l'approche milieu de vie. Plusieurs pratiques de la dimension *Communication* concernent des expressions de politesse et de respect du personnel envers les résidents, de même que des techniques pour favoriser la communication verbale et non verbale avec les résidents, dont ceux ayant des limites fonctionnelles et/ou cognitives. Quelques pratiques présentent des outils techniques pour faciliter de tels échanges. Cependant, une quantité surprenante de pratiques suggérées portent sur l'importance de sourire et de converser au quotidien avec les résidents, comme on le ferait avec des membres de sa famille, ce qui contribue à recréer un milieu de vie se rapprochant du chez-soi. Cette dimension ne regroupe pas les pratiques visant l'instauration de supports de communication de type institutionnel (bulletin, accès internet, courrier, etc.) qui se retrouvent plutôt au sein d'autres dimensions (*Implication des proches, Relations interpersonnelles*).

❖ Droits des résidents

Les pratiques regroupées dans la dimension *Droits des résidents* concernent les moyens à mettre en œuvre par la résidence et son personnel pour respecter les droits des résidents. Des outils sont proposés pour y parvenir tels que l'élaboration d'une charte des droits et libertés des résidents ou d'un contrat de séjour. Les droits énoncés sont regroupés par thème, soit : les droits civiques, le droit à la vie privée et à l'intimité, le droit à l'autodétermination, le droit à l'information, le droit à la liberté d'expression, le droit à une vie familiale et sociale et les droits d'accès aux soins et services. En somme, il importe de considérer que le résident est chez lui et qu'à ce titre, il doit jouir de la plus grande autonomie possible. De plus, il est important de souligner que chaque droit s'accompagne d'une responsabilité de la part du résident, mais ces responsabilités n'ont pas fait l'objet d'une extraction d'informations provenant des études recensées. Enfin, le lecteur retrouvera dans les autres dimensions des précisions sur certains droits, notamment dans celles portant sur la *Sexualité* et la *Spiritualité*.

❖ Environnement

La dimension *Environnement* comprend les pratiques visant à fournir aux résidents un milieu de vie physique comme à la maison. Tel que prévu dans le cadre de cette évaluation, les pratiques concernant la construction même du bâtiment n'ont pas été considérées, puisqu'elles ne peuvent être implantées dans une ressource existante et sont déjà bien régies par diverses règles et normes établies par les autorités. De plus, les pratiques portant plus spécifiquement sur *l'Implication du résident* dans la prise de décision sur l'environnement, sur la configuration de l'environnement pour accueillir ou *Impliquer les proches*, pour favoriser l'expression adéquate de la *Sexualité*, pour favoriser la *Communication* ou les *Relations interpersonnelles* ou encore pour favoriser les activités d'*Animation* se retrouvent dans les dimensions auxquelles elles se rapportent. Ainsi, les pratiques recommandées dans cette section concernent la création d'un milieu accueillant, la personnalisation de l'environnement, l'orientation des résidents, la déambulation, l'environnement extérieur, la mise en place d'un environnement fonctionnel et l'adaptation de l'environnement à la démence. Un grand nombre d'études proposent des pratiques simples pour rendre l'environnement plus chaleureux et plus naturel, par exemple en agissant sur la luminosité, le niveau de bruit et la décoration. La personnalisation des lieux privés (notamment les chambres) retient également l'attention de nombre d'auteurs, qui s'accordent pour suggérer que le résident puisse amener des objets de la maison à la résidence et de disposer de sa chambre tel qu'il le souhaite, dans la mesure du possible.

❖ Fin de vie

Les pratiques regroupées dans la dimension *Fin de vie* mettent l'accent sur l'importance de discuter de divers éléments relatifs à la fin de vie dès l'accueil du résident (besoins, attentes, craintes, souhaits, etc.) afin de statuer sur le niveau de soins attendus ainsi que sur les modalités et contraintes offertes à la résidence. Les pratiques colligées s'intéressent à la reconnaissance même des soins de fin de vie et des principes des soins palliatifs et à leur mise en œuvre. En plus

des pratiques qui concernent le soutien aux résidents en fin de vie, plusieurs s'intéressent également au soutien des proches, des autres résidents endeuillés et du personnel. Plusieurs études suggèrent que l'ensemble des informations sur les besoins des résidents et de leurs proches et sur les décisions prises quant aux soins et services à donner dans l'éventualité de la fin de vie soient consignées au sein d'un programme d'accompagnement de fin de vie. Ces pratiques visent à respecter le résident et à le placer au centre des décisions le concernant, découlant directement de l'approche milieu de vie et du principe d'autodétermination.

❖ Implication des proches

La dimension *Implication des proches* rassemble des pratiques visant à stimuler et soutenir la participation des proches du résident tant aux décisions le concernant (participation au plan d'intervention, à l'élaboration de l'histoire de vie, au programme de fin de vie, etc.) qu'à la vie de la résidence plus largement (participation aux activités, événements spéciaux et comités). Le terme « proches » est utilisé pour désigner l'ensemble des membres de la famille, les amis et les autres personnes significatives qui sont susceptibles de s'impliquer dans la vie du résident. La présence des proches aux différentes sphères de la vie de leur parent hébergé est considérée comme un élément important de la qualité de vie des résidents dans un grand nombre d'études, car elle témoigne de la continuité des relations résident-proches qui soutient le bien-être des résidents et contribue au maintien de leur identité propre. Des mesures concrètes doivent ainsi être mises en place pour la favoriser, qu'il s'agisse par exemple de moyens techniques ou de mesures de soutien destinées aux proches.

❖ Implication des résidents

On entend par *Implication des résidents* la recherche de la participation des résidents, et ce, dans toutes les sphères de leur vie en résidence. Cette dimension est donc intimement liée à l'autodétermination de la personne. Les pratiques recensées se situent sur un continuum allant de la promotion de la participation des résidents au sein d'activités de la vie quotidienne ou domestique, au sein de la communauté ou encore au sein de comités structurés au sein de la résidence afin d'accroître leur influence sur leur propre vie. Certaines pratiques se retrouvent au sein d'autres dimensions telles que les *Activités de la vie quotidienne et domestique* ou l'*Animation*. Plusieurs études insistent sur l'importance de systématiser la participation du résident à l'élaboration de son plan d'intervention, ce qui est non seulement une exigence légale, mais aussi un incontournable outil d'*empowerment*. Les pratiques comprises dans cette dimension doivent être considérées en fonction du niveau d'aptitude des résidents et de la présence ou non de représentant légal.

❖ Liens avec la communauté

La dimension *Liens avec la communauté* contient des pratiques qui visent à maintenir et à enrichir les activités à l'extérieur de la résidence ainsi que les contacts des résidents avec des personnes de l'extérieur. En effet, la notion de milieu de vie dépasse les murs de la résidence et implique le sentiment d'être lié à la communauté environnante et de maintenir les liens et activités entreprises avant l'entrée en résidence. Cet élément est lié à la définition de soi et à l'autodétermination de la personne. De nombreuses pratiques portent sur les occasions de bénévolat tant pour des personnes de l'extérieur que pour les résidents eux-mêmes. Les sous-dimensions concernent le type d'activités pouvant être réalisées incluant les contacts intergénérationnels, l'accès à des espaces verts extérieurs et quelques outils techniques pour faciliter le maintien des liens avec la communauté. Certaines études mettent l'accent sur les activités pouvant être réalisées à l'extérieur de la résidence en raison de leur grande appréciation par les résidents, tout en admettant la nature complexe de l'organisation de telles activités, entourant notamment la sécurité des résidents et les coûts reliés au transport.

❖ Relations interpersonnelles

Les pratiques rassemblées au sein de la dimension *Relations interpersonnelles* insistent sur l'importance pour les résidents de nouer des liens et d'enrichir leurs relations interpersonnelles au quotidien, tant avec les autres résidents qu'avec le personnel. Il se dégage de la littérature que le développement de relations interpersonnelles est un élément clé de l'approche milieu de vie, nécessaire au développement d'un sentiment « d'être chez soi » et au maintien de son identité. La notion de *Relations interpersonnelles* inclut également celle d'interactions sociales. Les pratiques identifiées concernent les outils, techniques et activités que le personnel peut mettre en œuvre pour atteindre cet objectif, de même que certains aménagements pouvant contribuer à favoriser les échanges. Bien que plusieurs pratiques issues de la littérature pointent vers l'importance du moment des repas pour favoriser les interactions sociales, ces dernières ont été placées dans la dimension *Alimentation*.

❖ Sécurité

La *Sécurité* inclut des pratiques qui favorisent l'autodétermination des résidents tout en minimisant les contraintes. Bien que quelques pratiques visent à assurer la sécurité physique des résidents, plusieurs d'entre elles offrent également des pistes de solution lorsque l'autodétermination des résidents est en tension avec leur sécurité. La sécurité est donc appréhendée par les auteurs à la fois comme un aspect incontournable du sentiment d'être chez soi, à la fois comme un élément qui doit être balisé en fonction de la prise en compte globale du bien-être des résidents.

❖ Services et soins professionnels

Les pratiques de la dimension *Services et soins professionnels* interpellent plus particulièrement les professionnels travaillant au sein de la résidence. La majorité des pratiques s'appliquent indistinctement à tous les professionnels, mais certaines d'entre elles peuvent s'appliquer plus particulièrement à un ou quelques titres professionnels en particulier. Il existe bien entendu de nombreuses normes professionnelles encadrant la pratique des professionnels œuvrant en résidence, mais comme toutes les pratiques retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature, celles de la présente dimension s'y retrouvent en raison de leur contribution particulière à la création d'un milieu de vie. Elles s'inscrivent dans une perspective d'ouverture à des thérapies alternatives pour répondre aux besoins des résidents, de soutien à l'autonomie et à la liberté de choisir et d'agir des résidents, ainsi que de flexibilité et de transdisciplinarité. Quelques pratiques de *self-care* et de personnalisation des soins sont proposées. Pour éviter les répétitions, des pratiques concernant l'*Alimentation*, l'*Implication des proches*, les *Relations interpersonnelles* et les *Liens avec la communauté* ont été retirées de cette dimension. Il ne faut pas pour autant considérer que le rôle des professionnels n'est pas important dans la mise en œuvre des pratiques de ces dimensions, bien au contraire.

❖ Sexualité

La dimension sur la *Sexualité* regroupe un nombre restreint de pratiques concernant le respect des droits de l'expression de la sexualité des résidents. Les études mettent l'accent sur l'importance de concevoir la notion de couple et/ou de partenaire de façon large et inclusive et de considérer obligatoire le libre consentement des personnes concernées tel que prescrit par la loi. À cet égard, certaines pratiques concernent le soutien éthique ou décisionnel permettant de déterminer le degré de consentement des personnes impliquées ou la nature des gestes posés. D'autres pratiques exposent les attitudes et aptitudes du personnel facilitant les échanges avec le résident et ses proches, s'il y a lieu, concernant les questions de sexualité.

❖ Soutien éthique

La plupart des pratiques réunies dans la dimension *Soutien éthique* concernent le développement d'un service et d'un code d'éthique. En termes de quantité de pratiques recensées, cette dimension n'est pas aussi substantielle que les autres dimensions, mais la majorité des études qui l'aborde insiste sur l'importance de mettre en place des outils et des mécanismes de consultation et d'échanges permettant d'aborder et de résoudre des dilemmes éthiques.

❖ Spiritualité

Cette courte dimension portant sur la *Spiritualité* regroupe l'ensemble des pratiques visant l'exercice de la spiritualité par les résidents. Les études qui traitent de spiritualité l'appréhendent comme une dimension significative pour les résidents qui doit être respectée, voire soutenue, par le personnel dans une perspective de contribution au maintien de l'identité et de l'autodétermination des individus. Les pratiques suggérées concernent notamment l'accès à des services religieux à l'intérieur ou à l'extérieur de la résidence, le respect de la diversité religieuse et l'exercice de la spiritualité pris plus largement que l'exercice des principales religions.

3.2 Résultats de la consultation des parties prenantes

Lors de la cueillette de données primaires, 25 personnes différentes ont été consultées, dont certaines ont pris part à plus d'une séance de consultation, ce qui a permis de générer 539 commentaires portant sur les quelque 700 pratiques recensées. Les données recueillies auprès des quatre groupes de parties prenantes ont été colligées par le comité de travail et saisies dans un seul et même tableau synthèse (annexe 14). Chacun des commentaires formulés par les parties prenantes a été intégré en fonction de la pratique concernée et sa dimension d'appartenance et en tenant compte de sa fréquence. Les recommandations issues du rapport d'observation de l'équipe de recherche METISS ont aussi été intégrées au tableau synthèse. En mettant côte à côte les différents commentaires portant sur une pratique donnée, le tableau synthèse a facilité la compréhension et l'analyse des informations issues de la consultation.

3.3 Analyse

Les pratiques issues de la littérature (données secondaires) ont été mises en relation avec la nature et la fréquence des commentaires générés par les participants lors des groupes de discussions (données expérientielles et contextuelles) et les données issues du projet de recherche (données primaires). Cette triangulation des données a mené à les contextualiser, à préciser certaines pratiques et à en retrancher d'autres. Cette étape a également permis de minimiser les biais inhérents à chacune des méthodes de collecte de données. Les résultats finaux ont été comptabilisés et analysés par l'équipe de travail. Trois principaux types de constats en ont été dégagés et ont mené à des modifications, lorsqu'au moins deux sources de données les corroboraient : 1) les commentaires faisant référence à la non-faisabilité d'une pratique, à sa non-pertinence ou à sa non-comptabilité avec une norme professionnelle ou une norme de sécurité, ont été retranchés (27 pratiques); 2) les demandes de précisions ou de nuances ont mené à reformuler certaines pratiques (et parfois à consulter de nouveau la littérature pour ce faire) (77 pratiques); 3) Des 435 pratiques dont au moins une des parties prenantes a souligné l'importance ou la pertinence, celles ayant fait l'objet de plus d'une mention, mis en lien avec une fréquence importante dans la littérature recensée, ont conduit à formuler des recommandations principales ou secondaires, qui se retrouvent dans les pages qui suivent. Enfin, environ 160

pratiques étant peu fréquentes dans la littérature et ayant fait l'objet d'aucun commentaire d'une partie prenante ont été mises de côté et n'ont pas fait l'objet d'une recommandation.

3.4 Discussion

La présente ETMISSS visait l'identification des pratiques d'intervention à la base des différentes dimensions définissant l'approche milieu de vie. Dans le cadre de la revue systématique de la littérature, il a été décidé d'inclure, en plus de la littérature scientifique, l'ensemble des références de littérature grise et de littérature non scientifique repérées, car sans elles, les résultats de la revue systématique n'étaient pas jugés suffisants (en quantité et en qualité) aux yeux des divers comités. En effet, après l'examen de plusieurs références de littérature grise et de littérature non scientifique, les pratiques soulevées dans ces études semblaient pertinentes et applicables au contexte québécois des RI de grande taille, tout comme celles citées dans la littérature scientifique. Par ailleurs, une évaluation de la qualité de chacune des 76 études retenues, selon des grilles adaptées aux différents types de littérature, a permis de déterminer que toutes les études atteignaient un seuil acceptable de qualité. Le calcul de la fréquence des pratiques dans la littérature recensée a été réalisé afin de donner une information supplémentaire sur chacune d'elles. Lors de la consultation des parties prenantes, il a été décidé de ne pas considérer les cotes de qualité de chacune des études pour privilégier l'indicateur de fréquence des pratiques, ce qui a considérablement orienté les discussions. Bien que la fréquence d'une pratique dans la littérature ne soit pas un critère scientifique, puisque certains auteurs auraient pu répéter des erreurs commises par d'autres auteurs et ainsi de suite, gonflant l'indicateur de fréquence sans pour autant assurer la validité scientifique des pratiques, l'équipe de travail et les parties prenantes y ont accordé une importance significative en tant que donnée contextuelle. Cette décision provient notamment du fait que les pratiques présentées dans la littérature étaient rarement mesurées grâce, par exemple, à des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux. Elles étaient plutôt issues de démarches de recherche-action, de consultation de parties prenantes, d'observation directe, d'évaluation de programme, de revue de littérature ou encore d'avis d'experts. Il apparaissait donc pertinent de comptabiliser la fréquence à laquelle une pratique donnée était suggérée afin d'obtenir un portrait plus global de l'ensemble de la littérature. Lorsque le calcul des indicateurs de fréquence aboutissait à un nombre élevé d'études, cette information éclairait l'analyse des résultats par l'équipe de travail et par les parties prenantes. Les indicateurs de fréquence demeuraient toutefois une information parmi d'autres, qui attiraient l'attention des parties prenantes vers les pratiques plus fréquentes sans pour autant servir à porter un jugement sur ces pratiques. En ce sens, la consultation des parties prenantes, soit les parties qui sont aux premières loges de l'intervention en RI de grande taille (résidents, intervenants, gestionnaires et experts), a été cruciale, puisqu'elle a permis de discuter, d'échanger et de débattre de la validité des pratiques au regard de critères de pertinence et de faisabilité dans un contexte de RI de grande taille. Une analyse triangulée de l'ensemble des résultats (données secondaires, informations colligées auprès des parties prenantes et données primaires) a ensuite permis d'identifier les pratiques ayant réussi à passer l'ensemble de ces tests. Au terme de la démarche, l'équipe de travail s'est consacrée à vérifier la qualité globale des études ayant mené à chacune des recommandations principales formulées. Cet exercice permet de constater que chaque recommandation principale atteint une moyenne des cotes de qualité des études de 0.8 ou 0.9 sur une échelle de -1 à 1. La confiance accordée aux études à l'origine des recommandations est donc considérée comme élevée. Les moyennes calculées pour chaque recommandation principale sont d'ailleurs présentées à leur côté dans la section des recommandations.

3.5 Conclusions

Les résultats finaux de la présente ETMISSS mènent à la formulation de trois grandes conclusions. D'abord, l'étude confirme l'hypothèse que l'approche milieu de vie est appropriée dans le contexte d'intervention propre aux ressources intermédiaires de grande taille au Québec. Malgré une taille de 100, 110 ou 120 places et une structure qui ressemble à celle d'une institution, les RI peuvent et devraient implanter cette approche afin de promouvoir non seulement la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle des résidents, mais surtout leur potentiel d'autodétermination. Les pratiques identifiées grâce à cette ETMISSS et les dimensions auxquelles elles se rapportent montrent à quel point l'approche milieu de vie passe tant par la bonne communication et le savoir-être de chacun des acteurs interpellés ainsi que par le fait de favoriser les relations interpersonnelles et l'implication des résidents, que par la mise en place d'outils, de programmes et de structures propres à recréer un chez-soi pour les personnes résidant en RI. En contraste avec cette première conclusion, la seconde conclusion formulée dans le cadre de l'évaluation porte sur la nécessité de poursuivre les activités de recherche et les activités d'évaluation sur cette thématique et en particulier sur les modalités permettant d'actualiser l'approche milieu de vie en RI de grande taille. La deuxième question décisionnelle de l'ETMISSS n'ayant pas été abordée, il serait en effet pertinent d'étudier de plus près les conditions de réalisation et les obstacles potentiels à l'implantation de l'approche. Au travers les nombreuses lectures réalisées dans le cadre de cette évaluation, et en tenant compte des commentaires formulés par les parties prenantes, le sujet de la formation des intervenants (professionnels et non professionnels), voire même des gestionnaires de RI, semble plus spécifiquement mériter l'attention des milieux de la recherche et de l'évaluation. Enfin, la troisième conclusion porte sur les pratiques recommandées que la présente évaluation a permis d'identifier. En effet, pour les 17 dimensions de l'approche milieu de vie, 19 pratiques principales et 89 pratiques secondaires (108 au total) sont recommandées aux intervenants et aux gestionnaires souhaitant implanter l'approche milieu de vie en RI. Ces 108 pratiques ayant été proposées fréquemment dans la littérature et ayant été jugées pertinentes et faisables par les parties prenantes, elles peuvent être considérées comme des pratiques recommandées, permettant de guider les acteurs concernés par le développement d'un milieu de vie de grande taille. La section qui suit décrit le processus ayant mené à leur formulation.

3.6 Recommandations

Les recommandations présentées dans les pages qui suivent ont été élaborées à partir d'une revue systématique de la littérature portant sur les pratiques traduisant l'approche milieu de vie et de l'appréciation qualitative des pratiques par quatre catégories de parties prenantes.

À l'issue de cette démarche, il a été décidé d'intégrer les pratiques de la dimension *Sécurité* aux autres dimensions concernées en raison du petit nombre de pratiques qu'elle contenait, et d'intégrer les dimensions *Activités de la vie quotidienne et domestique* et la dimension *Services professionnels* en une même dimension libellée *Soins, services et assistance*, puisque la plupart des pratiques concernaient l'ensemble des soins dispensés en résidence. Un travail important d'harmonisation et de simplification a été fait afin de faciliter la lecture et la compréhension des recommandations.

Une première série de 19 recommandations, dites principales, regroupe les pratiques qui ont été jugées particulièrement importantes par les parties prenantes et qui ont été mentionnées

fréquemment dans la littérature (plus de 15 fois dans la majorité des cas). De plus, les recommandations principales ont souvent un caractère transversal aux dimensions, c'est-à-dire qu'elles concernent plusieurs, voire toutes les dimensions. La qualité globale des études à la source de chacune des recommandations principales est jugée élevée, puisque toutes les moyennes des cotes de qualité associées aux recommandations se situent à 0.8 ou à 0.9 sur une échelle de -1 à 1.

Une série de 89 recommandations, dites secondaires, sont ensuite présentées par dimension, car elles ont un caractère plus sectoriel. Ces recommandations ont été jugées pertinentes par les parties prenantes et une majorité d'entre elles atteignent un indicateur de fréquence de cinq (5). Dans certains cas, les recommandations secondaires précisent ou bonifient les recommandations principales alors que d'autres portent sur des pratiques différentes.

3.6.1 Validation des recommandations

Les 108 recommandations préliminaires ont été validées par le comité d'experts lors d'une rencontre à laquelle ont pris part également les membres du comité de pilotage. Une APPR membre du comité de travail du projet d'évaluation a assuré l'animation de la rencontre à l'aide d'un guide d'animation (annexe 15). Une méthode de consensus formalisé a été utilisée. Les experts se sont prononcés sur leur degré d'adhésion pour chacune des recommandations principales et pour chacune des sections dimensions des recommandations secondaires. En cas de divergence, des discussions ont eu cours jusqu'à l'obtention d'un consensus sur un libellé final. Les commentaires et décisions ont été colligés par une APPR membre du comité de travail, au sein d'une grille de consignation des avis et des décisions, selon un code de couleur représentant l'adhésion des membres aux recommandations : vert (recommandation acceptée sans commentaire), jaune (recommandation acceptée avec commentaires), rouge (recommandation à retirer) (annexe 16).

Sur l'ensemble des 19 recommandations principales, 12 ont fait l'objet d'une validation consensuelle sans commentaire et sept ont été validées avec l'intégration de certains commentaires. La majorité de ces commentaires étaient mineurs. Par exemple, il a été demandé de changer ou la préciser un terme (ex. changer le terme « activités individuelles » pour « activités solitaires »), l'ajout d'un exemple supplémentaire (ex. ajouter l'accompagnement à l'extérieur de la résidence par des bénévoles au sein de la recommandation portant sur le recrutement de bénévoles), ou le déplacement d'une partie d'énoncé d'une recommandation avec une autre recommandation dont le lien était jugé plus pertinent et significatif (ex. déplacer « la présence d'enfants » de la recommandation portant sur la présence dans la résidence de plantes et d'animaux en vue de créer un environnement chaleureux, vers la recommandation portant sur le développement régulier d'activités intergénérationnelles). La recommandation portant sur la négociation d'une entente sur les risques encourus a suscité davantage de commentaires importants. Un consensus s'est dégagé selon lequel il fallait y inclure une mise en garde concernant les demandes démesurées, ainsi que l'aptitude au consentement au début de l'énoncé. Les experts souhaitent également que la question du niveau de soins ne soit pas abordée seulement au sein de la recommandation portant sur la fin de vie, mais qu'elle soit intégrée à la recommandation portant sur l'accueil du résident.

Les recommandations secondaires ont été analysées par section dimension. Des 15 dimensions, les recommandations relatives sept d'entre elles ont été validées sans que des commentaires

visant à modifier les pratiques soient formulés. Les neuf autres dimensions ont été validées par consensus avec des commentaires mineurs pour la plupart. Les experts ont demandé l'ajout d'une introduction à la dimension *Droit* portant sur la notion de responsabilités qui accompagnent les droits et sur les limites de ces droits en regard de la vie en collectivité et des ressources disponibles. Une introduction a aussi été demandée pour la dimension *Sexualité* concernant la présence obligatoire du consentement des personnes concernées et la conception inclusive du terme « couple ». Enfin, il a été convenu de retirer de la dimension *Environnement* la recommandation portant sur le regroupement des personnes atteintes de pertes cognitives au sein d'unités particulières, en raison des avis divergents en la matière et du peu d'emprise des acteurs de la Ressource sur le cadre bâti. Les recommandations finales ont été reformulées en intégrant les décisions consensuelles des experts.

3.6.2 Limites et mises en garde

Ces recommandations ont été élaborées dans l'esprit de servir de matériau de base aux utilisateurs des résultats de l'évaluation, soit ceux et celles qui souhaitent implanter l'approche milieu de vie en RI de grande taille. Ainsi, il n'est pas forcément réaliste de les considérer comme un tout à implanter dans une seule et même démarche. Il faut plutôt s'en inspirer pour réaliser une démarche continue d'amélioration des pratiques. Par ailleurs, la Ressource de la Montagne a déjà implanté ou est en voie d'implanter certaines d'entre elles.

Nous utilisons ici le terme « recommandations » pour identifier les pratiques retenues en fonction des critères de fréquence et d'appréciation qualitative par les parties prenantes et les experts. Ces pratiques devraient être qualifiées de « pratiques recommandées », plutôt que de « meilleures pratiques » et être considérées comme étant les pratiques souhaitables à implanter pour créer un milieu de vie de qualité en contexte d'hébergement de grande taille. Il est toutefois à noter que certaines des pratiques recommandées réfèrent également à des exigences réglementaires ou légales ou encore à des « pratiques organisationnelles requises » (POR) par les organismes d'agrément. Par exemple, la participation du résident dans l'élaboration et la révision de son plan d'intervention ou encore les conditions relatives au recours à la contention sont des pratiques balisées dans la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Dans tous les cas, les pratiques recommandées dans le cadre du présent projet reflètent les pratiques jugées pertinentes et souhaitables dans le cadre des démarches de revue systématique de la littérature et de consultation des parties prenantes et doivent être considérées comme telles.

De plus, il importe de préciser que les recommandations ne sont pas complètes pour un secteur donné (par exemple, celui de la réadaptation), puisque les collectes de données n'ont pas porté de façon exhaustive sur chacun de ces thèmes. Certaines pratiques, portant notamment sur la gestion des médicaments, la prévention des chutes et la gestion de la douleur, n'ont pas fait l'objet de recommandations, car elles étaient incomplètes à l'égard du secteur d'intervention duquel elles proviennent. Il importe également de noter que les exemples donnés ne sont que des exemples; ils permettent de mieux saisir l'idée générale des pratiques, mais ne doivent pas être considérés comme une recommandation en soi.

Enfin, il est implicite que l'ensemble des pratiques recommandées doit tenir compte notamment des lois, des responsabilités professionnelles, des ressources disponibles, du meilleur intérêt du

résident et de leur impact sur l'ensemble des résidents. Le caractère « raisonnable » des pratiques doit donc toujours être considéré.

Les recommandations doivent se lire à la lumière des critères qui suivent, considérés comme étant implicites à chacune. Les recommandations :

- respectent les lois, les règlements et les normes de sécurité en vigueur;
- tiennent compte de la responsabilité professionnelle;
- considèrent l'aptitude ou l'inaptitude du résident;
- visent le meilleur intérêt du résident;
- tiennent compte des ressources disponibles;
- n'impactent pas négativement d'autres résidents;
- présentent un caractère raisonnable;
- soutiennent les droits des résidents tout en considérant les responsabilités y étant associées.

3.7 Principales pratiques recommandées

1. Offrir aux résidents des choix dans leur vie quotidienne et les encourager à prendre des décisions, que ce soit par rapport à l'alimentation, aux activités de loisirs, aux activités de la vie quotidienne ou aux soins et services. (qualité moyenne : 0.8)
2. Adapter les horaires (repas, activités de loisirs, soins et services, activités de la vie quotidienne et domestique) aux résidents en s'assurant qu'ils se rapprochent le plus possible de la vie normale d'une personne âgée. S'assurer d'arrimer les différents horaires entre eux. (qualité moyenne : 0.9)
3. Développer une attitude et une communication positives, chaleureuses et personnalisées envers les résidents, favorisant une relation respectueuse de proximité et soutenant les interactions sociales entre les résidents. Prendre le temps de communiquer, d'écouter les résidents et de parler avec eux quotidiennement. (qualité moyenne : 0.8)
4. Recevoir toute demande formulée par les résidents et en faire un suivi systématique quelle que soit la demande. (qualité moyenne : 0.9)
5. Adopter une approche d'intervention sensible à la diversité culturelle des résidents : offrir des services diversifiés, recevoir toute demande de nature culturelle et en faire un suivi systématique, s'assurer de prendre le temps nécessaire afin d'identifier les besoins des résidents et d'y répondre et s'assurer de la bonne compréhension des informations (à l'aide notamment de pictogrammes, de services de traduction et d'interprétariat lors des interventions qui le nécessitent, etc.). (qualité moyenne : 0.8)
6. Promouvoir la participation des résidents dans toutes les sphères de la vie en résidence (élaboration et révision du plan d'intervention, réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique, implication au sein du comité des résidents et d'autres instances, etc.) et favoriser sa contribution à la vie de la résidence. (qualité moyenne : 0.8)
7. Promouvoir la participation des proches dans la vie des résidents (élaboration de l'histoire de vie, élaboration et révision du plan d'intervention, prestation des soins et des services, visites régulières et enrichissantes, participation aux activités et loisirs, lorsque des risques sont pris, en fin de vie, etc.). (qualité moyenne : 0.9)

8. Implanter une stratégie systématique d'information destinée aux résidents et à leurs proches concernant, notamment : l'état de santé et de bien-être des résidents, les interventions prévues et réalisées, les avantages et inconvénients possibles des soins et services, les activités de la résidence, les politiques et règles de fonctionnement de la résidence et les modalités pour joindre le personnel. (qualité moyenne : 0.9)
9. Colliger et documenter des informations sur l'histoire de vie des résidents, c'est-à-dire sur : leur vécu, leurs habitudes, leur routine antérieure, leurs préférences, leurs objectifs de vie, leurs talents, leurs passions, leurs liens familiaux et leur réseau social, etc. Utiliser ces informations pour personnaliser les soins et services (incluant les services non professionnels). (qualité moyenne : 0.8)
10. S'entendre avec les résidents et leurs proches lors de la période d'accueil sur les objectifs du plan d'intervention, la nature des services offerts à la résidence et leurs coûts, le niveau de soins, les dispositions à suivre dans le cas de changement de situation du résident, incluant le changement de milieu de vie et les directives de soins de fin de vie. (qualité moyenne : 0.9)
11. Éviter, dans la mesure du possible, les restrictions à la liberté des résidents, notamment à leur liberté d'aller et venir. Lorsque des restrictions sont nécessaires, ne les appliquer qu'au(x) résident(s) concerné(s) pour éviter de contraindre les autres résidents. (qualité moyenne : 0.9)
12. Informer et éduquer les résidents et leurs proches sur les décisions qu'ils prennent quant aux soins et services, spécialement lorsqu'il s'agit d'une prise de risques potentiels, d'un refus ou d'une demande jugée démesurée. Prendre en considération le niveau d'aptitude des résidents. S'assurer qu'ils comprennent les conséquences possibles de leurs décisions en expliquant également celles associées au statu quo. Négocier avec les résidents et chercher des compromis afin de réduire les risques le plus possible, à moins qu'il ne s'agisse d'une exigence jugée démesurée. Respecter le droit de refus des résidents en tenant compte de leur aptitude (par exemple, les résidents ont le droit de suivre ou non un régime, de refuser un traitement ou un médicament, de participer ou non aux activités qui lui sont proposées, etc.). Au besoin, conclure avec les résidents une « entente sur les risques encourus » (« *Negotiated risk agreement* »). Documenter la prise de risques et les refus dans le plan d'intervention. (qualité moyenne : 0.9)
13. Mettre en place un mécanisme permettant de répondre aux enjeux éthiques (service, comité, département ou autre) et faciliter l'accès à une expertise en matière d'éthique.
14. Élaborer un programme d'accompagnement de fin de vie qui permet de répondre à l'ensemble des besoins du résident et de soutenir les résidents et leurs proches jusqu'à la fin. (qualité moyenne : 0.9)
15. Renforcer les liens de la résidence et des résidents avec la communauté afin d'ancrer la résidence dans son milieu et de permettre aux résidents de continuer à avoir des échanges fréquents avec le monde qui les entoure (renforcer les partenariats, ouvrir la résidence à la communauté, favoriser la présence d'enfants et d'activités intergénérationnelles, etc.). (qualité moyenne : 0.9)
16. Recruter des bénévoles (adultes, étudiants ou jeunes) sur une base régulière pour visiter les résidents et faire des activités avec eux, par exemple : faire la lecture aux résidents, leur parler, les écouter raconter leur histoire de vie, jouer à des jeux, etc. Jumeler les résidents avec un bénévole pour des « visites d'amitié » ou pour sortir à l'extérieur.

- Favoriser la création d'un service, d'un comité ou d'une association de bénévoles, supervisé par une personne responsable. (qualité moyenne : 0.8)
17. Embellir et rendre plus vivants, chaleureux et naturels les espaces physiques en permettant aux résidents de personnaliser les espaces privés et de contribuer à améliorer les espaces partagés et en agissant sur la luminosité, le niveau de bruit, la disposition du mobilier et la décoration, la présence de plantes et d'animaux. (qualité moyenne : 0.8)
 18. Planifier des activités de loisirs diversifiées, régulières, qui respectent le rythme et les habitudes de vie du résident et en ayant recours à différentes modalités (en grand groupe, en petit groupe, un à un ou solitaire). Établir un horaire d'activités sur sept jours, incluant des activités de jour, de soir et de fin de semaine. (qualité moyenne : 0.9)
 19. Évaluer de façon régulière la satisfaction des résidents, la qualité de vie en résidence et la qualité des soins et des services. Utiliser les résultats de l'évaluation comme levier d'amélioration. (qualité moyenne : 0.9)

3.8 Pratiques secondaires recommandées

3.8.1 Accueil

20. Rencontrer les nouveaux résidents (et leurs proches) en préadmission (avant leur arrivée dans la résidence) afin de transmettre ou obtenir toute l'information pertinente sur, notamment : les besoins et les attentes des résidents, la préparation au déménagement, la continuité de l'accompagnement, la vie en résidence (par exemple, reconstituer verbalement une journée type de la vie en résidence), les politiques en vigueur, les coûts, les limites des services offerts, le niveau de soins attendu et possible, etc.
 - Remettre et expliquer aux résidents le contenu d'un « guide d'accueil »;
 - Veiller à la bonne compréhension des informations transmises : reformulation, remise de documents écrits en gros caractères, possibilité de téléphoner après l'entretien pour des questions complémentaires, etc.;
 - Établir des relations spécifiques avec les proches notamment pour cerner le rôle des proches dans les demandes d'admission et dans l'accompagnement des résidents au sein de la résidence.
21. Personnaliser l'accueil des nouveaux résidents en inscrivant leur nom sur leur porte à moins qu'ils ne le souhaitent pas et en plaçant dans leur chambre une carte et un cadeau d'accueil (bouquet de fleurs, biscuits ou autre) de la part du personnel et/ou des autres résidents, en leur souhaitant la bienvenue à la porte dès leur arrivée.
22. Présenter les nouveaux résidents aux membres du personnel, un à la fois, sur une période de quelques jours (plutôt que faire toutes ces présentations la même journée).
23. Organiser des rencontres avec les résidents (et leurs proches) au moment de l'accueil et de l'intégration (premières semaines) afin de leur permettre de bien intégrer l'information transmise initialement :
 - Faire visiter les espaces et présenter les diverses activités;
 - Échanger avec les résidents sur leur appréciation des premiers temps en résidence, tout en respectant leur rythme d'appropriation des lieux et en documentant les observations dans le dossier du résident.

3.8.2 Alimentation

24. Offrir au résident le choix de ses aliments et des quantités souhaitées. Baser les menus sur les préférences et les goûts des résidents, par exemple leurs préférences culturelles, ainsi que sur leurs habitudes en lien avec l'alimentation. Offrir des menus complets et diversifiés.
25. Offrir la possibilité aux résidents de manger en tout temps entre les repas. Pour ce faire, laisser la salle à manger ouverte 24 heures sur 24 pour des goûters et donner la possibilité aux résidents de se servir par eux-mêmes, par exemple, en utilisant des buffets réfrigérants et des réchauds (en s'assurant de la sécurité des résidents) afin de garder des aliments prêts à manger à la bonne température sur une certaine période de temps.
26. Superviser, soutenir et stimuler les résidents lors des repas : converser avec eux, essayer de comprendre pourquoi ils ne s'alimentent pas (le cas échéant), offrir des alternatives si nécessaire et signaler tout changement de comportement (niveau d'appétit, refus, tristesse, endormissement ou autre).
27. Embellir et rendre plus agréable les espaces où sont pris les repas, notamment en embellissant les tables à l'aide de nappes et de napperons en tissu et en évitant les ustensiles en plastique, en favorisant l'éclairage naturel et l'ensoleillement, en décorant les murs de toiles et de photos, en évitant les niveaux de bruits trop élevés, etc.
28. Impliquer les résidents dans la préparation de certaines recettes simples entre autres les résidents de diverses origines, en valorisant leurs traditions et les aliments qui proviennent de leur pays d'origine.
29. Préparer des repas et des recettes simples à proximité des résidents de façon à ce qu'ils sentent la nourriture et à ce qu'ils voient et entendent le personnel qui les préparent. Par exemple, préparer les repas dans les cuisinettes aux étages ou à l'aide de stations culinaires dans la salle à manger.

3.8.3 Animation

30. Planifier des activités régulières et diversifiées afin de répondre aux besoins et intérêts divers des résidents, notamment :
 - Artistiques et manuelles, par exemple : arts plastiques, groupe de musique/de chant;
 - Physiques, par exemple : exercices physiques, yoga;
 - Sociales, par exemple : parties de cartes, soirées dansantes, fêtes annuelles;
 - Cognitives ou intellectuelles, par exemple : revue de presse, club de lecture;
 - Sensorielles, par exemple : goûters, groupe de cuisine, jardinage, zoothérapie;
 - Intergénérationnelles : spectacle d'enfants, correspondance, heure du conte;
 - Sorties de proximité, par exemple : marché, restaurant, bibliothèque, parc;
 - Événements spéciaux, par exemple : spectacles d'artistes de la scène.
31. Organiser des activités de réminiscence afin de donner aux résidents l'occasion de partager leur vécu (notamment leurs relations et expériences antérieures). La réminiscence permet de mieux connaître les résidents et est utilisée à des fins thérapeutiques, de loisirs et de développement de relations interpersonnelles.

32. Programmer les activités avec les résidents sur la base, notamment, de leurs intérêts, savoirs, capacités, motivations et passe-temps. Intégrer une sensibilité culturelle dans la planification des activités. La programmation devrait souligner les célébrations significatives pour les résidents selon leur culture.
33. Susciter l'envie des résidents de participer aux activités de la résidence en y invitant personnellement chacun des résidents.
34. Inviter les proches, le personnel de toutes les disciplines et des bénévoles à participer au projet d'animation de la résidence (et avoir recours à leurs savoirs et passe-temps). Instaurer des partenariats avec des groupes locaux pour l'animation d'activités (musique, danse, etc.).
35. Favoriser les activités qui offrent des opportunités d'apprentissages, de croissance et de développement des résidents.
36. Valoriser les talents et les qualités des résidents en liant les activités de loisirs aux autres dimensions de la vie en résidence, par exemple, en utilisant les œuvres des résidents pour décorer les tables des salles à manger ou les murs de la résidence.

3.8.4 Communication

37. Privilégier, avec l'accord des résidents, le vouvoiement, et l'appellation « monsieur » / « madame » suivie du nom de famille en évitant les surnoms ou diminutifs, à moins d'avis contraire de la part du résident. Éviter les paroles infantilisantes (langage aîné ou *baby talk*) ou stigmatisantes.
38. Instaurer une politique de tolérance zéro pour les paroles ou gestes de violence à la résidence.
39. Prendre le temps de communiquer, d'écouter les résidents et de parler avec eux quotidiennement. Par exemple, prendre le temps de dire bonjour, de demander ce que les résidents souhaitent et de converser un peu lors des soins quotidiens, des moments libres, avant et après les repas, etc. Axer les interactions verbales et non verbales sur les résidents et non sur les tâches, même en présence d'autres intervenants. Poser des questions aux résidents lors des interventions et leur expliquer toute intervention à faire. S'abstenir de parler des soins des résidents devant les autres résidents.
40. Éviter les dialogues prolongés entre membres du personnel en présence des résidents.
41. Utiliser des techniques et des outils spécifiques favorisant la communication auprès des résidents avec qui il est plus difficile de communiquer, dont ceux ayant des pertes cognitives et/ou dont la langue d'usage n'est ni le français ni l'anglais, par exemple :
 - Utiliser la communication non verbale;
 - Utiliser un tapis avec pictogrammes (« *talking mat* »), des cartes ou tableaux de langage (par exemple, le « *InterpreCare System™* ») sur lesquels sont imprimés des mots et des expressions (des principales langues parlées par les résidents) épelés phonétiquement ou accompagnés de pictogrammes pour un usage et une prononciation facile;
 - Rendre disponibles des services de traduction et d'interprétariat afin de répondre aux besoins des résidents issus de la diversité culturelle et linguistique lors des interventions professionnelles qui le nécessitent.

3.8.5 Droits

Chaque droit énoncé doit s'accompagner d'une responsabilité de la part du résident. Il importe d'associer à toute démarche visant à soutenir les droits des résidents en ressource intermédiaire l'étude et la prise en compte des responsabilités qui y correspondent. Il est tout aussi important de tenir compte du fait que les droits des uns s'arrêtent là où il y a nuisance pour d'autres et sont inévitablement associés aux limites de ressources. Dans tous les cas, c'est le caractère « raisonnable » des droits et des demandes qui sont formulées qui doit être analysé.

42. Informer et éduquer les résidents et les proches sur les droits des résidents et sur les moyens mis en place par la résidence pour les respecter, en particulier sur les mécanismes de plaintes, sur les mandats en cas d'inaptitude et sur les testaments biologiques. Par exemple, organiser des activités ou campagnes annuelles de sensibilisation aux droits des résidents et de promotion du code d'éthique, une tournée d'information du commissaire aux plaintes, etc.
 - Informer les résidents et les proches du mécanisme de plainte auprès de l'établissement public de santé et de services sociaux, ainsi que du processus de traitement des plaintes;
 - Informer les résidents et les proches des autres options pour formuler une plainte ou une insatisfaction (auprès de la Résidence, du Protecteur du citoyen, du Centre d'action bénévole du Québec, etc.);
 - Adopter une « Charte des droits et libertés des résidents » propre à la résidence et en assurer la promotion et la diffusion.
43. Prévoir des mécanismes et des outils pour respecter les droits et responsabilités des résidents :
 - Règlement de fonctionnement ou code de vie : présente les obligations de tout un chacun ainsi que les règles de la vie en résidence à suivre afin de respecter les droits des résidents;
 - Entente de séjour : élaborée avec la participation du résident, ce document doit être signé par l'ensemble des parties. L'entente définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement. Il détaille la liste et la nature des services offerts et les coûts associés. Il prévoit les dispositions à suivre dans le cas de changement de situation de la résidence ou du résident, par exemple le changement de milieu de vie. Un exemplaire est remis au résident.
44. Assurer le respect du droit à la vie privée et à l'intimité des résidents :
 - Obtenir l'autorisation des résidents avant d'entrer dans leur chambre en frappant à la porte;
 - Éviter d'entrer dans la chambre des résidents, d'ouvrir des tiroirs ou autres effets personnels (valises, coffres, garde-robe) sans la permission des résidents, notamment en respectant l'horaire des rendez-vous et en mettant à la disposition des résidents une affiche « Ne pas déranger »;
 - Respecter le droit des résidents de verrouiller la porte de sa chambre à sa guise (jour, soir, nuit), dans la mesure où le personnel peut y avoir accès en cas d'urgence, ainsi que de verrouiller son placard ou coffre pour protéger ses effets personnels;
 - Respecter la confidentialité des informations personnelles des résidents, notamment en évitant de divulguer des informations personnelles dans des lieux fréquentés. Les

informations concernant les résidents ne sont pas révélées par le personnel verbalement ou autrement sauf s'il en est autorisé par les résidents ou par la loi.

45. Assurer le respect du droit des résidents à l'autodétermination (droit de décider et de faire par soi-même) :
 - Permettre aux résidents de gérer eux-mêmes leurs avoirs (par exemple, les résidents ont le droit de payer eux-mêmes leur loyer à la comptabilité et de manier de l'argent en espèces);
 - Permettre aux résidents d'entrer et sortir de la résidence lorsqu'ils le souhaitent tout en leur demandant qu'ils signalent leur départ et l'heure prévue de retour;
 - S'assurer que les portes de la résidence soient déverrouillées ou prévoir des mécanismes d'accès (codes d'accès, carte d'accès, etc.) pour les résidents aptes à circuler librement à l'intérieur et à l'extérieur de la résidence. Prévoir différents niveaux d'accès si la configuration du bâtiment l'exige (par exemple, s'il y a plusieurs étages et que certains étages ne doivent pas être accessibles);
 - Aider les résidents à assumer des responsabilités selon leurs capacités, par exemple, en aidant les résidents à se rendre au magasin de leur choix ou à remplir leur déclaration d'impôts;
 - Éviter l'usage de la contention dans la mesure du possible. Chercher des alternatives avant d'y avoir recours et n'utiliser la contention que lorsque motivé par une prescription médicale. Mettre en place un programme de réduction des contentions.
46. Communiquer avec les résidents confrontés à une barrière linguistique dans leur langue lors des interventions le nécessitant, dans la mesure du possible. Pour ce faire, rendre disponibles des services de traduction et d'interpréariat.
47. Prendre garde à l'utilisation de certains termes incorrects du point de vue légal. Par exemple, utiliser le terme « sortie à l'insu de l'établissement » plutôt que « fugue ».
48. Demander aux bénévoles d'adhérer à une charte (par exemple, une « Charte des bénévoles ») afin de préciser notamment leur cadre d'intervention, les modalités d'assurance et le respect des règles de confidentialité.

3.8.6 Environnement

49. S'assurer que les bureaux des professionnels soient bien intégrés au milieu de vie en privilégiant des bureaux discrets (par exemple, au rez-de-chaussée, là où il n'y a pas de chambres) plutôt que les « postes de garde » institutionnels.
50. Aménager une aire de réception accueillante, sans baie vitrée, munie d'un comptoir à la hauteur des fauteuils roulants. L'aire de réception peut être décorée lors des célébrations, aménagée de fauteuils, tables, lampes, d'objet d'intérêt comme un aquarium, etc.
51. Faciliter l'orientation des résidents dans l'espace en affichant des indices visuels clairs, notamment : un tableau d'orientation dans chaque unité de vie, des directions claires dans les couloirs, des logos à thème coloré sur les portes des chambres, des couleurs, des bandes sonores, des pictogrammes, des panneaux indicateurs, des signes, des noms ou photos choisis par les résidents. Identifier clairement les locaux professionnels.
52. Faciliter l'orientation des résidents dans le temps en affichant des horloges, des calendriers ainsi que les horaires des repas et des activités.

53. Réduire les bruits environnants le plus possible. Pour ce faire, éviter le recours à un interphone ainsi qu'à un téléphone dans les espaces communs, utiliser un revêtement de sol qui absorbe les bruits, adopter un comportement respectant la tranquillité des résidents et éviter si possible le recours aux cloches et sonnettes. Pour éviter le recours aux cloches, utiliser un système silencieux qui détecte les changements inhabituels dans la routine des résidents (transmission visuelle au bureau du personnel ou à leurs téléavertisseurs) (par exemple le système *Quiet Care*TM).
54. Rendre la luminosité agréable, notamment en faisant rentrer la lumière naturelle, en utilisant des rideaux et des pare-soleil, en utilisant des luminaires (plutôt que des néons) et en prévoyant diverses intensités d'éclairage.
55. Mettre en place une décoration thématique par unité de vie, par étage et/ou par couloir.
56. Encourager les résidents et leurs proches à apporter des effets personnels (meubler, photos, œuvres d'art, etc.) à la résidence afin de décorer leur chambre.
57. Dans leur chambre, offrir aux résidents les choix suivants : le choix de leur couvre-lit, de la décoration, de la disposition du mobilier, etc. Pour ce faire, détenir une variété de ces objets / mobiliers, et les installer dans les meilleurs délais possible.
58. Décorer les espaces intérieurs avec des plantes (non toxiques) dans les chambres des résidents et dans les espaces communs. Faire pousser des herbes, aménager un jardin intérieur dans lequel se promener, etc.
59. Aménager des espaces extérieurs accessibles aux résidents, par exemple : un jardin à cultiver et à visiter, des aires gazonnées, des sentiers de promenade, un espace vert sur le toit (accessible et sécuritaire) et des aires de jeux pour les enfants à proximité des bancs.
60. S'assurer que les résidents aient accès à des vues sur l'environnement extérieur (qu'il soit naturel ou non).
61. Permettre aux résidents de personnaliser la porte de leur chambre (photos, images, etc.).

3.8.7 Fin de vie

62. Permettre aux résidents de mourir à la résidence, si souhaité, dans la mesure des ressources disponibles.
63. Faciliter la discussion sur les préférences de fin de vie des résidents, et ce, si possible, dès l'admission. Mettre fin à la discussion si un résident ne souhaite pas ou plus en parler.
64. Élaborer un programme d'accompagnement de fin de vie avec les résidents et leurs proches qui prévoit, notamment de :
 - S'assurer que les documents légaux de fin de vie sont en ordre, et ce, dès l'admission si possible;
 - Rendre disponible aux résidents et à leurs proches la législation en vigueur en matière de fin de vie ainsi que les alternatives disponibles, les possibilités et les contraintes de la résidence;
 - Statuer sur le niveau de soins attendu;
 - Consigner les informations sur les préférences et les volontés des résidents ainsi que sur les arrangements funéraires et les rites mortuaires selon la religion des résidents;

- Identifier la personne qui doit être informée en premier lieu en cas de décès;
 - Utiliser des outils pour le soutien des résidents en fin de vie. Par exemple, le « *Gold Standards Framework* » (GSF) ou le « *Integrated Care Pathway for the last days of life* » qui visent à centrer l'intervention sur le mourant plutôt que sur le soin;
 - Consigner clairement que le sujet de la fin de vie a été abordé avec le résident afin que les mêmes questions ne soient pas posées de nouveau.
65. Offrir le soutien nécessaire aux résidents en fin de vie pour répondre à leurs besoins biophysiques, émotionnels et spirituels.
 66. Prendre conscience de sa propre attitude face à la mort et sur la façon dont cela peut influencer les décisions à propos des soins.
 67. Faciliter l'accompagnement des résidents par les proches en mettant à la disposition des proches le mobilier et autres articles nécessaires (par exemple, des fauteuils confortables ou des lits pliants, des boissons et des repas). Permettre que plusieurs personnes soient présentes lors des derniers instants.
 68. Offrir le soutien psychosocial et l'accompagnement au deuil nécessaires aux proches, avant, pendant et après le décès de leur parent.
 69. Informer les autres résidents du décès d'un résident, de façon officielle et avec sensibilité. Poser un geste de reconnaissance visible dans la résidence (si accepté par les proches), en affichant par exemple une photo du résident avec une fleur ou une bougie.
 70. Faciliter le processus de deuil des autres résidents en offrant le soutien psychologique nécessaire et en facilitant les commémorations que voudraient faire les résidents ou membres du personnel.

3.8.8 Implication des proches

71. Chercher à cerner les besoins et attentes des proches et leur offrir l'occasion d'exprimer leurs préoccupations lors de l'admission et à intervalles réguliers.
72. Offrir l'accompagnement et le soutien nécessaires pour les proches qui en manifestent le besoin. Ce programme peut inclure, par exemple, un groupe de soutien pour les proches et le recours à un soutien psychosocial si nécessaire.
73. Faciliter les rencontres entre les proches et les professionnels en tenant compte des contraintes de temps des proches (disponibilités en fin d'après-midi, le soir, la fin de semaine, etc.).
74. Donner aux proches l'accès à la résidence à tout moment (jour, soir, nuit), c'est-à-dire éliminer tout horaire de visites.
75. Assurer l'accès des résidents à divers moyens de communication, dont un téléphone, l'internet et Skype, afin qu'ils puissent communiquer avec leurs proches.
76. Soutenir la relation entre les résidents et leurs proches. Proposer aux proches une liste d'activités simples à faire lors de leurs visites (par exemple, la « Liste des 101 activités à faire lorsque vous visitez un proche en résidence » préparée par le « *National association for Providers of Activities for Older People* » (NAPA)). Jouer un rôle de facilitateur lors de communications difficiles et de médiateur lors de situations complexes.

77. Mettre à la disposition des proches et des résidents des espaces intimes, accueillants et confortables ainsi que du mobilier leur permettant de passer du temps ensemble lors des visites. Prévoir le mobilier nécessaire pour permettre aux résidents d'accueillir leurs proches dans leurs chambres (incluant la possibilité pour les proches de passer la nuit à la résidence) : accès à un lit à deux places, des chaises en nombre suffisant, etc.

3.8.9 Implication du résident

78. Favoriser la participation des résidents au plan d'intervention en leur donnant un certain temps (par exemple, deux à six semaines après leur arrivée) avant de les solliciter, en s'assurant de leur présence lors des rencontres interdisciplinaires, en leur offrant des occasions d'exprimer leurs besoins, leurs préoccupations et leurs attentes, en entamant un dialogue avec le résident à partir de son histoire de vie, en faisant valider par les résidents le plan proposé et l'ajuster en fonction de leurs remarques ainsi qu'en le révisant au cours du séjour. En particulier, organiser des rencontres régulières avec les résidents de diverses origines ethnoculturelles afin de s'assurer de bien identifier leurs besoins et y répondre dans la mesure du possible.
79. S'assurer qu'une copie à jour du plan d'intervention se retrouve dans la chambre des résidents.
80. Encourager la participation des résidents aux activités et tâches qu'ils peuvent accomplir à la résidence pour leur permettre de contribuer à la vie commune (par exemple, arroser les plantes, distribuer le courrier, plier les vêtements propres). Aucun résident n'est tenu de participer aux tâches de routine de la résidence, mais ceux qui le souhaitent sont les bienvenus et sont identifiés en fonction de leurs intérêts et compétences.
81. Instaurer un comité des résidents qui, en plus du mandat qui lui est dévolu par la loi, a les responsabilités suivantes : accueil des nouveaux résidents, contribution à la planification des activités de loisirs et à la planification de l'alimentation, vigilance (qualité de vie). Les membres du comité peuvent prendre en charge ces responsabilités et/ou constituer des sous-comités ou groupes de travail en impliquant d'autres résidents et, si pertinent, des proches et des membres du personnel et de la direction. Une ressource (membre du personnel ou bénévole) doit soutenir le comité dans ses travaux.

3.8.10 Liens avec la communauté

82. Renforcer les partenariats avec le secteur communautaire. Par exemple, faciliter la collaboration et la participation d'organismes travaillant avec les communautés culturelles dans la prestation de soins, prendre des dispositions avec un commerce local pour offrir la possibilité aux résidents d'acheter certains articles sur place (de façon ponctuelle ou permanente), etc.
83. Faire connaître la résidence comme centre de ressources afin d'amener la communauté dans la résidence, par exemple : offre d'emplois en priorité à la communauté, ouverture du service d'alimentation, de la cour et/ou du lieu de culte au public, location de salles à des fins culturelles, de loisirs, associatives.
84. Inviter des groupes scolaires (écoles primaires et secondaires, collèges, autres établissements) à la résidence sur une base régulière pour des visites et des projets

intergénérationnels. Des visites régulières de proximité, basées sur un échange, sont préférables à des visites ponctuelles.

3.8.11 Relations interpersonnelles

85. Faciliter la présentation et la familiarisation des nouveaux résidents avec les autres résidents, tout en portant une attention particulière à ceux qui ne viennent pas de la communauté locale. Pour ce faire, utiliser les connaissances sur les histoires de vie et les intérêts communs des résidents, recourir aux résidents « leaders », à un programme de parrainage ou de mentorat, au comité des résidents.
86. Organiser un groupe ou forum pour les résidents et les proches pour discuter de leur vie en résidence.
87. Aviser les résidents des départs et des arrivées des autres résidents et des membres du personnel, en particulier lorsque ceux-ci ont développé une relation.
88. Aménager des espaces communs favorables aux interactions sociales. Par exemple, prévoir des chaises en nombre suffisant dans les espaces communs et les espaces passants ainsi que des sofas permettant la proximité. Aménager une variété de lieux de rencontres incluant de petits espaces privés favorisant l'intimité ou les activités en petit groupe et de grandes salles communes pour les rencontres et les fêtes en grand groupe.

3.8.12 Sexualité

Pour l'ensemble de ces pratiques, il importe de concevoir la notion de couple et/ou de partenaire de façon large et inclusive et de considérer obligatoire le libre consentement des personnes concernées.

89. Prévoir un espace et un temps d'intimité pour les résidents souhaitant avoir des relations sexuelles (que ce soit avec un autre résident ou un visiteur).
90. Accommoder les résidents qui souhaitent partager une chambre. Installer un lit à deux places, lorsque demandé. Si souhaité, une des deux chambres des résidents peut être utilisée comme chambre à coucher et l'autre comme salon.
91. Intégrer les dimensions relationnelles et de sexualité au sein des autres aspects des soins et services.
 - Si les résidents abordent leur sexualité avec l'intervenant ou si une situation problématique survient, informer les résidents des conséquences possibles des relations sexuelles sur leur état de santé et de bien-être (par exemple, offrir des conseils sur la santé sexuelle et sur la prévention des infections transmissibles sexuellement, offrir une assistance à l'hygiène entourant les activités sexuelles).
 - Intervenir dans le cas de relations sexuelles problématiques, notamment lorsqu'elles sont non consenties ou délétères pour la ou les personnes impliquées.
 - Aider à réduire l'inconfort vécu par les résidents dans les discussions portant sur des préoccupations sexuelles en adoptant une attitude professionnelle et en étant compréhensif et empathique.
92. Transférer une intervention visant le soutien à la sexualité des résidents à un autre membre du personnel lorsqu'un intervenant n'est pas à l'aise d'aborder ces questions.

93. Éviter les comportements condescendants, les sourires, les rires ou les remarques sarcastiques envers les résidents qui expriment des besoins sexuels.

3.8.13 Soins, services et assistance

94. Offrir des programmes de promotion de la mobilité.
95. Mettre en œuvre des moyens pour limiter au maximum les impacts des comportements perturbateurs de certains résidents sur la qualité de vie des autres résidents (grâce, par exemple, à la mise sur pied de groupes, à la sensibilisation des résidents pour une meilleure compréhension de ces phénomènes et à des consultations en psychogériatrie).
96. Offrir des thérapies « alternatives » aux résidents, telles que l'aromathérapie, l'art-thérapie, la musicothérapie, la zoothérapie, etc.
97. Offrir des programmes de conditionnement physique et de mieux-être (yoga, méditation, acupuncture).
98. Éviter de prodiguer des soins aux résidents sans leur permission.
99. Encourager les résidents à faire des choix : choisir les vêtements qu'ils souhaitent porter, le moment voulu et la fréquence voulue du bain / douche, l'heure du lever et du coucher. Cela implique, notamment les actions suivantes :
- Le jour, ne mettre au lit que les résidents qui le demandent ou ceux pour qui c'est nécessaire en trouvant éventuellement des solutions alternatives (fauteuil, télévision, lecture, baladeur);
 - Préparer en dernier, pour la nuit, les résidents insomniaques sans les mettre au lit. Leur permettre de faire des activités dans la mesure où elles ne nuisent pas aux autres résidents. Leur proposer, par exemple : des revues, la télévision, la radio ou de la musique avec un casque pour ne pas gêner les autres résidents.
100. Faire des soins d'hygiène des moments de douceur, de tendresse et de complicité. En ce sens, les soins d'hygiène peuvent par exemple être accompagnés d'un massage.
101. Personnaliser l'accueil du matin, par exemple : offrir un journal ou une revue, ouvrir les rideaux si souhaité ou parler aux résidents de leurs activités prévues ou de la météo.

3.8.14 Soutien éthique

102. Élaborer et adopter un cadre en éthique pour rappeler l'esprit recherché dans la vie en résidence.
103. Élaborer et adopter un code d'éthique. Il gouverne l'approche et la philosophie d'intervention de la résidence et met l'accent sur les droits et les responsabilités de chacun au sein de la résidence (il ne doit pas constituer une liste de règles ou de comportements à adopter, mais plutôt faire ressortir clairement certaines exigences liées à la conduite de l'ensemble des acteurs). Le texte élaboré devrait comprendre les valeurs privilégiées au sein de la résidence, peut être soumis pour avis aux résidents et/ou faire l'objet d'une discussion lors d'une assemblée générale.

3.8.15 Spiritualité

104. Reconnaître les besoins spirituels des résidents en leur offrant les conditions pour qu'ils puissent pratiquer leur religion. Par exemple, les résidents peuvent pratiquer un culte, la prière, la méditation, les cérémonies, les fêtes religieuses. Offrir des activités de spiritualité qui répondent aux besoins des résidents (suffisamment accessibles et fréquentes, selon les croyances).
105. Aménager un lieu de culte au sein de la résidence.
106. Assister les résidents dans leur participation à des célébrations religieuses dans la communauté, spécialement si leur lieu de culte habituel se trouve à proximité.
107. Inviter des représentants de diverses religions au sein de la résidence afin de répondre aux besoins religieux des résidents.
108. Accepter les signes religieux et respecter les rites et pratiques effectués dans l'espace privé.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, 2015. « Portrait des ressources non institutionnelles PPALV ouvertes et profil de la clientèle », Montréal.

BAMBERGER, M. et J. RUGH, 2009. « Une stratégie pour composer avec les contraintes inhérentes à la pratique », dans Ridde et Dagenais, *Approches et pratiques en évaluation de programme* (2009), Les Presses de l'Université de Montréal, pp. 159 – 175.

INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC, 2011. « Guide méthodologique pour l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux », Québec, 36 p.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, 2014. « Consultation des parties prenantes - document de référence », rapport rédigé par FOURNIER, M. et P. DAGENAIIS avec la collaboration de V. MARTIN. 32 p. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Consultation_Parties_Prenantes.pdf

LEMIEUX, G., 2012. « Évaluation du mode d'intervention en ressource intermédiaire de grande taille au CSSS de la Montagne - Projet d'évaluation du mode d'intervention en santé et services sociaux (ÉMISS) », devis d'évaluation, CSSS de la Montagne-Centre affilié universitaire, Montréal, 48 p.

MAYS, N. et POPE, C. 2000. « *Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research* ». *Education And Debate - Qualitative research in health care*, 320:50. Disponible à <http://www.bmj.com/content/320/7226/50.1>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2015. « Places reconnues par chaque RI SAPA par région au 31 décembre 2014 », Québec.

PAWSON R., BOAZ A., GRAYSON L., LONG A. et BARNES C., 2003. « *Types and quality of knowledge in social care* ». *Knowledge review 3*, Londres, Angleterre, *Social Care Institute for Excellence (SCIE)*. Disponible à : <http://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr03.pdf>

Annexe 1

Structure de gouvernance et de réalisation de l'ETMISSS

Comité de travail

Le comité de travail planifie et réalise l'ensemble des étapes de l'évaluation. Il identifie les besoins d'évaluation, précise la question décisionnelle, explore la littérature et les normes, élabore le devis d'évaluation, organise la collecte de données, analyse les données, fait la synthèse des résultats et il rédige le rapport final. De plus, il informe le comité de pilotage des grandes étapes du projet et fait valider par ce comité les besoins d'évaluation identifiés, le devis, les résultats, les recommandations et le rapport final d'évaluation. Enfin, conjointement avec le comité de pilotage, il fait valider par le comité d'experts le devis d'évaluation et lui soumet les résultats pour l'élaboration de la discussion et la validation des recommandations, que doit comprendre le rapport final.

Ce comité est formé de :

- **Ève Gauthier**, agente de planification, programmation et recherche (APPR), direction du programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée et déficience physique (SAPA–DP)
- **Annie Joseph**, APPR responsable du centre de documentation, direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire (DQMUPM), CSSS de la Montagne–IU
- **Gabrielle Lemieux**, APPR, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Françoise McDonald**, coordonnatrice, direction du programme SAPA–DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Débora Ngo-Ngue**, stagiaire en évaluation, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Réjean Tremblay**, chef d'administration de programme (CAP), Ressource de la Montagne, CSSS de la Montagne–IU
- **Françoise Vityé**, documentaliste, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU

Le comité de travail se rencontre de façon régulière tout au long de l'évaluation. Gabrielle Lemieux joue le rôle de chargée du projet et Ève Gauthier agit à titre de répondante du projet à la direction du Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA). Elles se rencontrent fréquemment, notamment pour : identifier les besoins d'évaluation, préciser la question décisionnelle, explorer la littérature, rédiger le devis d'évaluation, organiser la collecte d'informations, réaliser certaines étapes de la revue systématique, organiser et réaliser la collecte d'informations auprès des parties prenantes, synthétiser et analyser les informations, élaborer les recommandations et rédiger le rapport final d'évaluation. Avec Françoise McDonald, elles sont les porte-parole du comité de travail auprès des comités de pilotage et d'experts. Les autres membres du comité de travail participent de façon plus ponctuelle aux travaux.

Comité de pilotage

Le comité de pilotage valide les grandes étapes de l'évaluation, pour lesquelles le comité de travail lui soumet des livrables, soit : l'identification des besoins d'évaluation, l'élaboration du devis d'évaluation, l'élaboration et la validation des recommandations et la validation du rapport

final. Il est informé périodiquement du déroulement de l'évaluation ainsi que des enjeux de ressources et de respect des délais et réoriente les processus si nécessaire. Il identifie et sollicite les personnes pour faire partie du comité d'experts.

Ce comité est formé de :

- **Nicole Huneault**, directrice, direction du programme SAPA–DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Suzanne Walsh**, directrice, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Spyridoula Xenocostas**, directrice, centre de recherche SHERPA, CSSS de la Montagne–IU

Le comité de pilotage se rencontre à quelques reprises pendant l'évaluation, notamment sur convocation du comité de travail. Gabrielle Lemieux, Ève Gauthier et Françoise McDonald sont les représentantes du comité de travail au sein du comité de pilotage et assistent ainsi à leurs rencontres.

Comité d'experts

Le comité d'experts se penche d'abord sur la validité scientifique de l'évaluation. Il donne son avis et réoriente si nécessaire le devis d'évaluation (notamment l'exploration de la littérature, les questions d'évaluation et la méthodologie proposées). Après la collecte de données, il prend connaissance et discute de la synthèse des résultats afin de valider les recommandations élaborées. Le comité d'experts participe également à l'identification de moyens de transfert des connaissances afin d'assurer la diffusion et l'intégration des recommandations au sein des instances appropriées.

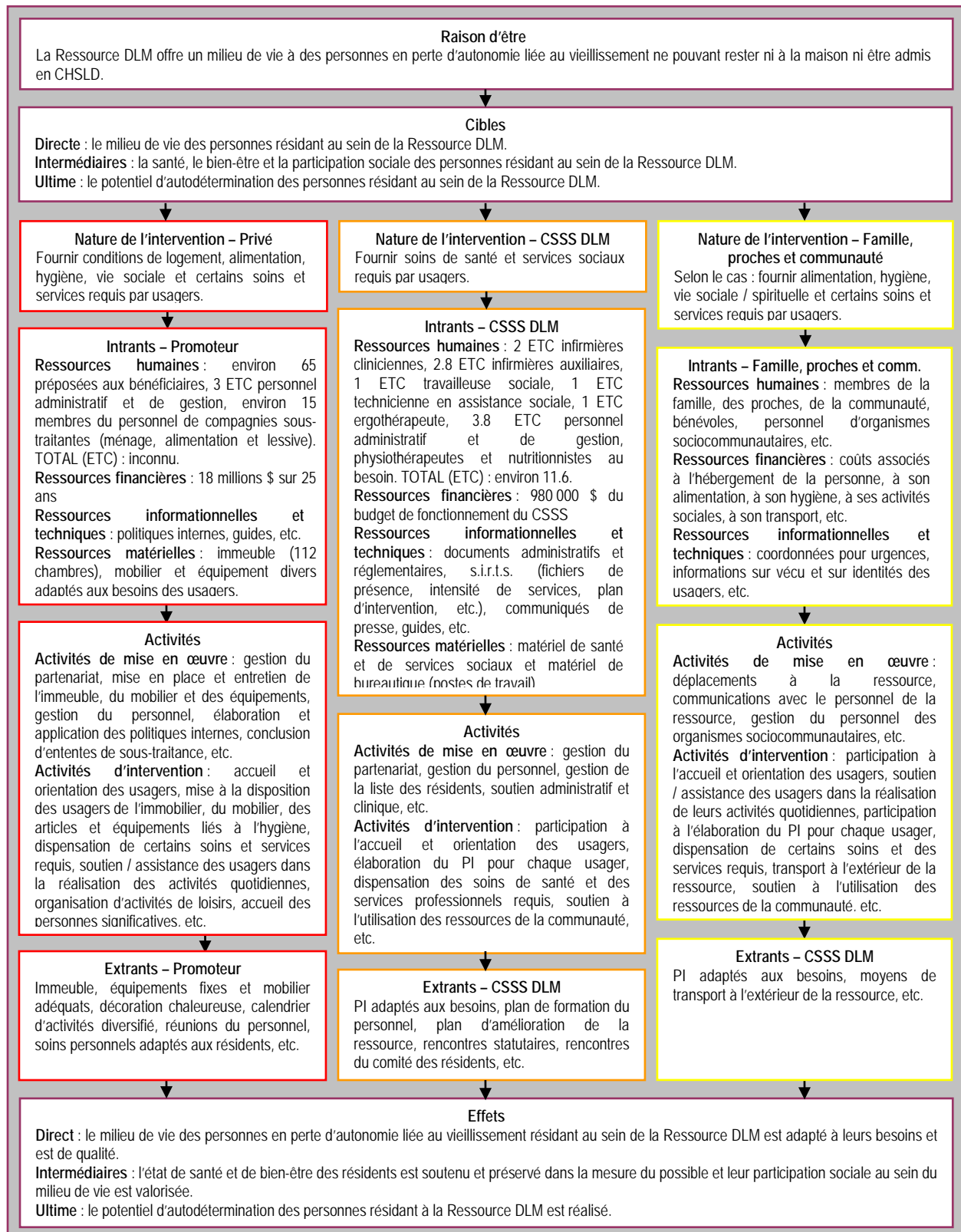
Ce comité est formé de :

- **Eugene Bereza**, directeur, programme d'éthique, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Nicole Huneault**, directrice, direction du programme SAPA-DP, CSSS de la Montagne–IU
- **Josée Peat**, conseillère à la qualité et gestionnaire de risques, DQMUPM, CSSS de la Montagne–IU
- **Joëlle Lévesque**, directrice, direction des soins infirmiers, CSSS de la Montagne–IU
- **Marie-Emmanuelle Laquerre**, chercheure, équipe METISS, CSSS de la Montagne–IU
- **Andrée Sévigny**, responsable du comité des usagers, CSSS de la Montagne–IU (remplacée en fin de projet par **Christian Samoïsette**, CSSS de la Montagne–IU)
- **Danick Jean-Vernet**, APPR, ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI - RTF), direction des programmes-services, Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal (remplacée en cours de projet par **Thérèse Dionne**, APPR, coordination SAPA, direction des programmes-services, ASSS de Montréal)
- **Christine Touchette**, directrice, direction du programme SAPA-DP, CSSS de Cavendish – Centre affilié universitaire (CAU)

Comme pour le comité de pilotage, Gabrielle Lemieux, Ève Gauthier et Françoise McDonald sont les représentantes du comité de travail au sein du comité d'experts. Le comité d'experts se rencontre à trois ou quatre reprises seulement, sur convocation du comité de travail et du comité de pilotage.

Annexe 2

Modèle logique – Ressource intermédiaire de grande taille



Annexe 3

Rapport de recherche : Que veut dire le milieu de vie en contexte de diversité ?

Équipe METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et Services Sociaux)

Daniela Moisa, Anthropologue et chercheur postdoctorale en anthropologie de l'espace, diversité culturelle et migration

Département d'anthropologie, Université de Montréal

**Objet : Que veut dire le milieu de vie en contexte de diversité ?
Projet de valorisation de l'équipe METISS**

Introduction

En 2012, l'ouverture d'une ressource intermédiaire (RI) (la Ressource de la Montagne), qui compte 112 places, place les responsables devant un véritable défi : comment faire d'une institution aussi grande un milieu de vie agréable, chaleureux et harmonieux pour les personnes âgées ? Les responsables se rendent compte que les orientations ministérielles conçues pour les institutions de petite taille (45 places maximum) ne sont plus opérantes dans le nouveau contexte.

En plus de la taille, la diversité ethnique et culturelle des résidents et des employés est un autre grand défi et une source potentielle de frictions et de difficultés. La Ressource de la Montagne, qui représente le terrain d'étude et de recherche du présent projet de la notion de milieu de vie en contexte de diversité culturelle des personnes âgées, relève du CSSS de la Montagne-IU. Située à Parc-Extension, elle est à l'image de son quartier et de la métropole montréalaise : autant les personnes en hébergement que les employés sont d'origines culturelles diverses. Lors du déroulement de la recherche, presque tous les lits étaient occupés et le personnel était embauché. Après une année d'existence, la ressource semblait bien fonctionner.

Toutefois, plusieurs soucis et interrogations étaient soulevés autant par la direction et par les intervenantes sociales que par le personnel de soins infirmiers et de soutien. Une partie visait la cohabitation des personnes d'origines culturelles et religieuses diverses qui, parfois, s'avérait difficile. En lien avec la principale question énoncée au début du rapport, les responsables de la Ressource de la Montagne ont senti le besoin d'avoir des éclaircissements sur le concept de milieu de vie, sur sa forme, son fonctionnement et ses caractéristiques. Ensuite, ils voulaient comprendre les enjeux de la sociabilité en contexte de diversité culturelle et ethnique à partir du quotidien des gens vivant et travaillant dans la ressource. Finalement, ils cherchaient à avoir des outils adaptés d'intervention et d'amélioration de la ressource à partir d'une compréhension alternative des institutions d'hébergement pour les personnes âgées qui ne se focalise plus sur les

soins médicaux et hospitaliers, mais qui prend en considération une vision ethnologique axée sur les enjeux culturels, émotionnels et sociaux du milieu de vie.

Les objectifs du départ avancés par les responsables de la Ressource de la Montagne étaient :

- De créer un environnement physique qui ne fasse ni hôtel ni institution, qui ressemble le plus possible à un chez-soi, c'est-à-dire à un milieu de vie.
- D'avoir une organisation assez souple pour personnaliser les soins en fonction des appartenances culturelles, ethniques et religieuses;
- De s'assurer de l'adhésion continue du partenaire privé à ce projet.

Questionnement sur le milieu de vie.

Dans le contexte d'une définition culturelle et sociale du milieu de vie, les caractéristiques de la ressource soulèvent en effet plusieurs questions : comment combler les besoins médicaux et de sécurité des personnes âgées tout en respectant leurs coutumes, leur identité, leurs goûts, leurs habitudes, leurs valeurs et celles de leurs familles? Comment gérer les frictions d'ordre ethnoculturel entre les personnes âgées, entre celles-ci et les membres du personnel d'appartenances culturelles diverses? Comment instaurer un milieu de vie fonctionnel capable d'accueillir et d'harmoniser les individus de cultures différentes?

Afin de répondre adéquatement à cet objectif, une étude qualitative a été développée par l'équipe METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et Services Sociaux) en collaboration avec Daniela Moisa, anthropologue et chercheure sur les questions de diversité culturelle et d'anthropologie de l'espace en contexte de mobilité, sous la supervision de Josiane Le Gall (chercheur d'établissement au CSSS de la Montagne-IU).

Dans les pages qui suivent, nous présentons les principaux points de cette étude :

1. Description de la ressource ;
2. Description de l'étude ethnographique (objectifs, méthodologie et cadre conceptuel) ;
3. Principaux résultats ;
4. Recommandations.

1. Présentation de la Ressource de la Montagne

La ressource de la Montagne présente plusieurs caractéristiques, qui sont autant de défis pour la pratique.

i. La taille de l'institution

Alors que les ressources intermédiaires à Montréal, en 2012, comptent en moyenne 45 places, la Ressource de la Montagne offre 112 places à des personnes âgées en perte d'autonomie. Le choix de construire des lieux d'hébergement de grande taille est lié au prix des terrains dans le territoire

et aux normes d'aménagement physique qui rendent la construction de petites ressources impossible.

ii. Partenariat public-privé

La ressource intermédiaire est administrée en partenariat public-privé. Le public est responsable des services professionnels et de la qualité des services offerts par la ressource; le privé quant à lui se charge de l'assistance aux activités quotidiennes, des repas et entretien, des loisirs et accompagnement spirituel.

iii. Diversité ethnique des résidents et des employés

Les personnes qui habitent et qui travaillent dans la ressource appartiennent à diverses origines et appartenances culturelles. Parmi les résidents, on compte des Québécois francophones et anglophones (79), des personnes d'origine européenne (23), sud asiatique (3) et originaires des Caraïbes et d'Amérique du sud (5). Quant aux personnes qui y travaillent, elles viennent également des quatre coins du monde : Amérique du Nord, centrale et du Sud, Afrique centrale et du Nord, Europe, etc.

Si on examine plus attentivement le portrait de la ressource à la verticale, un déséquilibre ethnique et culturel profond émerge : tandis que la base de la pyramide professionnelle (les proposés aux bénéficiaires surtout) est occupée par des gens de l'Amérique centrale (Haïti notamment) et de l'Afrique centrale, les postes de gestion et de direction sont occupés exclusivement par des Québécois francophones. Le milieu de l'échelle des employés est diversifié, car nous retrouvons des Québécois francophones et des gens originaires d'autres provinces canadiennes ou arrivés de l'Afrique du Nord et de l'Europe.

2. Description de l'étude ethnographique

2.1 Objectifs

La recherche ethnographique s'est déroulée selon quatre objectifs :

- 1) identifier les définitions de « milieu de vie » selon les personnes de cultures différentes qui habitent et travaillent dans la ressource ;
- 2) à la lumière des opinions et des analyses des personnes rencontrées, nous voulions savoir si la ressource intermédiaire ressemble ou pas à un milieu de vie ;
- 3) identifier les besoins en matière de milieux de vie pour les personnes âgées ;
- 4) élaborer des recommandations.

2.2 Terrain ethnographique

Afin d'atteindre les objectifs de recherche fixés, nous avons réalisé un terrain ethnographique dont les principales caractéristiques sont :

- observation sur place du lieu, des chambres et des espaces de socialisation
- observation des interactions sociales au quotidien
- réalisation d'entretiens selon un questionnaire préétabli auprès des gens qui partagent le lieu au quotidien
- analyse des données en fonction du cadre théorique

La recherche ethnographique permet de découvrir les gens dans leur environnement quotidien. Elle offre une vision d'ensemble sur le fonctionnement de la ressource, sur les relations sociales entre les différentes catégories d'acteurs, sur les difficultés et les enjeux d'ordre culturel de cohabitation. L'observation scientifique est aussi émotionnelle et empathique, car l'ethnologue est vite intégré dans la dynamique du lieu. Les personnes en hébergement veulent en savoir plus sur sa présence. Souvent, les entretiens prennent la forme d'un échange où les émotions émergent. L'avis des personnes devient automatiquement plus sincère, libre et réflexif.

Le terrain ethnographique s'est déroulé au cours du mois de mars 2013. Il comprend de l'observation et des entretiens auprès des résidents et des employés.

i. Observation participante

Le terrain consiste en plusieurs journées d'observation de la dynamique et du fonctionnement du lieu, des relations sociales et de travail, des activités à caractère culturel, etc. La présence du chercheur sur place est essentielle dans la recherche ethnographique, car elle permet de passer au-delà du discours, de la parole, afin de saisir la vie telle quelle, ainsi que les coulisses de l'habitation et du travail dans la ressource.

ii. Entretiens semi-dirigés

Nous avons réalisé 21 entretiens semi-dirigés de 20 minutes à 1 heure 30 avec des personnes en hébergement, des préposés aux bénéficiaires, des assistantes sociales et des infirmières, des gestionnaires et des membres du personnel qui viennent de tous les horizons culturels et religieux.

Les questions ont porté sur la notion de milieu de vie selon la culture d'origine de chaque personne, sur les différences, voire les ressemblances entre leur vision sur le milieu de vie et la ressource intermédiaire. Un dernier volet des entretiens visait les solutions à apporter afin d'améliorer les conditions de vie et de travail offertes par la ressource. Voici des exemples de questions qui ont été posées :

- Qu'est-ce pour vous un « milieu de vie » ?
- Est-ce que vous avez personnalisé ou changé l'aménagement de votre chambre ? Avez-vous apporté des objets ? Si oui, lesquels ? Pourquoi ?
- La ressource reflète-t-elle les origines différentes des gens qui l'habitent ? Si oui, est-ce que cela vous plaît/vous dérange ? Pourquoi ?
- Est-ce que ce lieu vous rappelle votre maison ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- Est-ce qu'il y a des changements que vous aimeriez voir ou pouvoir faire ?

iii. Une approche réflexive

En plus des entretiens, nous avons adopté une approche réflexive (Kilani 1994), d'objectivation du concept de milieu de vie à travers les nombreux récits culturels combinés à une littérature théorique anthropologique du concept. Le deuxième niveau méthodologique est empathique, approche qui est valorisée plus particulièrement dans le champ d'expression centré par la relation soignant-soigné. Le terme d'empathie désigne une tendance à appréhender la souffrance d'autrui et dans une certaine mesure à l'intérioriser. L'empathie signifie aussi de se mettre à la place des autres, de prendre la perspective qu'autrui a sur le monde tout en conservant sa propre identité (Jorland 2004). En ce sens, l'empathie se distingue de la sympathie. Malgré les critiques de l'empathie comme méthode de recherche (Geertz 1982, Clifford, Marcus 1996), de plus en plus d'anthropologues qui travaillent en milieu de pratique, dans le champ des spiritualités et de la religion affirment la nécessité de concilier le travail scientifique (objectif) et les enjeux émotionnels (subjectifs) de la recherche (Berthoud 2009, Cuiin 2001). Loin d'être opposées, les deux approches méthodologiques ouvrent la porte vers une compréhension de l'autre, mais aussi vers une anthropologie plus engagée et active au sein de la société. Elles permettent aux chercheurs de comprendre, mais aussi de sentir les enjeux sociaux, émotionnels et relationnels (Kauffman 1967) qui font partie de la définition même de l'espace habité et, en occurrence, du milieu de vie.

2.3 Le milieu de vie : du concept théorique à l'application en milieu de pratique

Dans notre étude, nous nous sommes inspirés du concept anthropologique de « milieu de vie ». Celui-ci comprend deux facettes, utiles pour saisir les enjeux posés par les caractéristiques de la Ressource de la Montagne :

- 1) Le « milieu », qui renvoie à un espace physique dans le sens de location géographique, d'environnement physique, naturel et architectural, donc tous les éléments tangibles;
- 2) la « vie » qui évoque la présence des êtres vivants capables d'animer le lieu, de le construire socialement, culturellement et symboliquement. Ce deuxième concept a une importante connotation immatérielle, intangible qui renvoie aux mœurs, aux représentations, aux coutumes, aux croyances.

Longtemps, les deux composantes matérielle et immatérielle du milieu de vie ont été pensées séparément. Amos Rapoport a été un des premiers anthropologues à avoir pensé le milieu de vie des humains, la maison notamment, dans son ensemble physique et culturel. La forme, les usages de la maison et de son environnement ne dépendent pas uniquement des facteurs externes, naturels, mais aussi des représentations, des coutumes, des appartenances culturelles des individus (Rapoport 1972). Si le matériel est le corps du milieu de vie, l'immatériel en est le cœur ou l'esprit. Ainsi, l'immatériel qui fait vivre le lieu a plusieurs connotations. Il renvoie à l'expérience quotidienne qui donne du sens à l'espace matériel (de Certeau 1990 : 155-157). Il signifie aussi « l'esprit de lieu » (Turgeon (dir.) 2009 : XXXVII), c'est-à-dire les différents

réseaux de sociabilité (familiaux, communautaires, de travail, d'amitié, etc.) et culturels à l'intérieur desquels l'individu existe et se définit en tant qu'être social à part entière. De plus, il y a une importante connotation émotionnelle, car la maison est mémoire, c'est-à-dire l'image de la mère, de l'enfance ou des enfants, elle évoque les odeurs de nourriture et le partage autour de la table, la sécurité, l'intimité et la chaleur familiale et humaine.

Dire que le concept de milieu de vie est identique à l'idée de maison en tant que bâtiment et « chez soi » est donc restrictif. Plusieurs études sur le milieu de vie pour les personnes âgées mettent en évidence le rapprochement le plus possible de la maison et la reproduction d'un environnement rappelant les sociabilités familiales (Rapport CHUS-DSC, Sherbrooke, 1989). Or, le concept anthropologique de milieu de vie a une portée bien plus vaste, qui dépasse l'intimité domestique, familiale. Que ce soit le voisinage, le quartier, la ville ou le village, l'existence de la maison et l'individu qui l'habite a du sens par rapport à tout un écosystème culturel et social. La maison n'est donc rien sans la conscience de l'appartenance individuelle à la société, à la vie.

Ainsi, le concept de « milieu de vie » tel que conçu pour répondre au vieillissement grandissant de la population doit faire référence à trois dimensions interreliées : l'espace, le social et l'émotionnel. La triple sémantique permet de faire sortir tout lieu pour les personnes âgées d'une logique de transition vers la fin et de marginalisation sociale et culturelle, afin de le placer au cœur de la vie et de la société. Également, le statut de personne âgée et/ou en perte d'autonomie ne doit pas être synonyme de perte d'identité culturelle et émotionnelle. Au contraire. Selon les affirmations de l'une de nos interlocutrices, dans le processus de perte de mémoire, par exemple pour les personnes malades d'Alzheimer, les plaisirs gustatifs, auditifs ou d'odorat et la mémoire de la langue maternelle apparemment oubliée sont les derniers à disparaître. Le sensoriel est donc fortement modelé culturellement : commençant par l'alimentation, par l'environnement linguistique, par les gestes du corps et les croyances et les pratiques religieuses. La conscience de l'importance des références identitaires dans la définition du milieu de vie nous a permis d'identifier les enjeux liés à la diversité ethnoculturelle et de proposer des solutions et des balises capables d'aider les gens à créer un milieu sain et le plus rapproché possible du concept de « milieu de vie » désiré.

La recherche ethnographique sur le milieu de vie pour les personnes âgées en contexte de diversité culturelle se veut, avant tout, une prise de conscience de l'importance de la culture dans le bien-être physique, psychologique et social des personnes âgées. Nous comprenons par culture l'ensemble des coutumes et des représentations touchant à l'environnement physique et social, à l'alimentation, au corps, aux croyances, aux formes de sociabilité et à l'identité des personnes ou des groupes. Selon une intervenante sociale de la Ressource de la Montagne, 80 % de soins visent la médication, l'hygiène corporelle et la sécurité physique des lieux tandis que 20 % seulement des soins visent les besoins culturels, religieux et émotionnels des personnes âgées. Ce déséquilibre devient plus visible et très problématique en contexte de diversité culturelle.

3. Résultats de recherche

Les résidents semblent avoir une définition commune du milieu de vie, qu'ils soient d'une origine ou d'une autre ou qu'ils soient résidents ou employés. Les témoignages sur la capacité de la ressource de reproduire un milieu de vie ou sur les ajustements à faire afin d'améliorer le lieu coïncident avec les observations empiriques de terrain. Toutefois, quelques nuances ont émergé. Voici une synthèse des points communs et des variations de la notion de milieu de vie qui ont émergé lors de la recherche dans la ressource intermédiaire :

i. Similitudes

La notion de milieu de vie énoncée par les personnes en hébergement et les employés est généralement homogène, peu importe le groupe culturel et ethnique d'appartenance et englobe plusieurs caractéristiques.

- La cuisine revient le plus souvent et elle se décline en termes de bonne nourriture faite maison, d'odeurs agréables, de convivialité familiale et de préparation des célébrations festives ou des fêtes.
- La liberté de mouvement est un autre enjeu important. L'espace fait référence à l'intérieur bâti et à l'environnement de proximité (rue, quartier, ville). L'environnement est associé aussi à l'image du jardin, du lieu vert, frais, plein de lumière.
- La famille est un autre élément important. C'est l'image de la mère, des enfants et des petits-enfants, des réunions à l'occasion des célébrations familiales (mariages, baptêmes, anniversaires) et des fêtes culturelles et religieuses.

ii. Différences

Les divergences prennent davantage la forme de nuances des principaux traits de la définition de base de milieu de vie. Tandis que les Canadiens-français ou anglophones ont une vision plus individualiste du milieu de vie, plus focalisée sur l'importance de la famille proche (parents et enfants), les gens de l'Amérique du Sud ou d'Afrique privilégient une vision plus communautaire qui comprend la famille proche et élargie, la parenté, le voisinage, le village, etc.

De même, les représentations du milieu de vie sont forgées à travers le type d'institution pour les personnes âgées existantes dans différents pays. Contrairement à l'Amérique du Nord où la charge des personnes âgées est de plus en plus transférée au sein des institutions d'État et publiques, dans la société marocaine ou de Côte-d'Ivoire, par exemple, la personne âgée est toujours prise en charge socialement, économiquement, émotionnellement par la famille. Le fonctionnement d'entraide intergénérationnel suit toujours une logique traditionnelle selon laquelle les membres de la famille élargie ou proche sont obligés de prendre soin de personnes âgées, incluant les soins médicaux.

Cette différence de vision et de savoir-faire a des effets sur l'image que les gens, usagers et employés, se font de la ressource intermédiaire, des soins et du traitement physique, social et émotionnel de la personne âgée.

Certains demandent une plus grande intimité, d'autres plus d'activités de socialisation. Par exemple, les gens des pays du sud surtout ne se reconnaissent pas dans l'espace de la ressource qui, selon eux, ressemble plus à un hôtel ou pire, à un hôpital.

iii. Principales critiques

- La cuisine

La critique qui revient le plus souvent vise la cuisine, son emplacement isolé, au rez-de-chaussée du bâtiment, et complètement fermée, l'absence de repas adaptés culturellement ou en fonction des fêtes culturelles ou religieuses.

- Les règles très strictes

Aussi, les règles très strictes de sécurité rapprochent davantage la ressource intermédiaire d'une prison selon la perception de certains résidents. L'ascenseur qui ne fonctionne qu'avec une carte d'identification, les escaliers d'urgence, les balcons et les fenêtres verrouillées par souci de sécurité créent une succession de barrières qui augmentent les sentiments d'isolement, d'abandon, de dépression, de tristesse.

- La discrimination

Un autre élément vise le déséquilibre ethnique entre le haut et le bas de la structure administrative de la ressource qui a des racines profondes dans le fonctionnement de la société québécoise en général. Le déséquilibre engendre des difficultés notamment chez les préposés aux bénéficiaires qui disent faire l'objet de discrimination de la part de personnes âgées. La difficulté à gérer la discrimination est plus forte chez les femmes que chez les hommes. Faute de suivi psychologique spécifique et soutenu de la part des responsables de la ressource, plusieurs préposés aux bénéficiaires choisissent de partir, ce qui fragilise la stabilité de la ressource.

4. Recommandations

À partir de ces constats de terrain, nous avons élaboré plusieurs recommandations dont nous retenons quatre volets qui nous apparaissent les plus importants⁷ :

⁷ Certaines de ces recommandations ont fait l'objet de suivi depuis la fin de l'étude :

- Embauche d'une technicienne en récréologie;
- Mise en place d'un comité de résidents ;
- Personnalisation des lieux physiques et décorations selon les fêtes de l'année ;
- Activités de formation du personnel de la Ressource par le personnel du CSSS (ex: techniques de communication) ;
- Implication du personnel de la Ressource dans les loisirs et pour rendre l'heure du repas plus chaleureuse ;

1. En partant de l'idée que « l'on est ce qu'on mange », nous recommandons la mise en place de services alimentaires adaptés en fonction du profil culturel des personnes. Accorder un repas qui correspond à la culture de chacun c'est assurer le bien-être physique, nutritionnel, mais aussi psychologique et émotionnel. Un repas culturel peut être nutritif et conforme aux normes de la santé. Donc, nous recommandons que le souci culturel fasse partie des normes en matière d'alimentation ; que les repas ethniques soient présents dans la ressource à l'occasion des fêtes importantes des groupes ethniques et culturels présents. Nous encourageons l'implication des popotes ethniques, des communautés de quartier ou des organismes écologiques.

2. Une deuxième recommandation vise l'espace physique des ressources intermédiaires de grande taille : personnaliser les espaces de socialisation afin de les éloigner de leur apparence hospitalière et hôtelière ; accorder plus d'importance à l'espace vert ; penser et placer de petites cuisines au cœur de chaque étage ; placer les règles de sécurité dans une logique de frontière sécuritaire et non pas de barrière et d'interdit.

3. Le troisième volet vise l'amélioration du bien-être psychologique des employés ayant souffert de discrimination raciale ; instituer un poste de psychologue pour faire le suivi psychologique des préposés aux bénéficiaires notamment, tout en respectant les réglementations liées à la confidentialité et à la protection de la personne.

4. Le quatrième volet vise l'organisation des activités impliquant les personnes de la ressource (personnes âgées et employés) afin de renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté, à une famille élargie. Ces rencontres peuvent occasionner la valorisation du travail de tous les employés, ce qui peut contribuer à l'instauration d'un milieu de travail harmonieux et sain.

Bibliographie

1. CLIFFORD J., MARCUS G. E. (eds), 1986. *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley/Los Angeles/London, University of California Press.
2. JORLAND G., 2004. *L'empathie, histoire d'un concept*, in berthoz A., Jorland G. (dir.), *L'empathie*. Paris, Odile Jacob : 19-49.
3. Pierre Kauffman, 1967. *L'expérience émotionnelle de l'espace*, Paris.
4. CLIFFORD J., 1996. « De l'autorité en ethnographie », *Malaise dans la culture. L'ethnographie ; la littérature et l'art au XX^e siècle*. Paris, énsb-a : 29-59.
5. Colloque Habitat des aînés : un milieu de vie à repenser, 1989. Rapport, Sherbrooke.
6. RAPOPORT, Amos, 1972. *Pour une anthropologie de la maison*, Paris, Dunod.
7. TURGEON, Laurier, (dir). 2009. « Introduction : L'esprit du lieu : pour mieux penser et pratiquer le patrimoine culturel » dans *L'esprit du lieu. Entre le patrimoine matériel et immatériel*, Québec, Presses de l'Université Laval, pp. : XXXIII-1.
8. CUIN, Charles-Henry, 2001. « Emotions et rationalité dans la sociologie classique: les cas de Weber et Durkheim ». *Revue européenne des sciences sociales* 120: 77-99.
9. BERTHOUD, Gérard, 2009. « Socialité et émotions ». *Revue européenne des sciences sociales*, XLVII-144.
10. KILANI, Mondher, 1994. *L'invention de l'Autre. Essais sur le discours anthropologique*, Lausanne, Payot.

Annexe 4

Sources d'informations et stratégies de recherche utilisées dans le cadre de la recherche documentaire

Sources information exploitées	Descripteurs utilisés	Mots-clés utilisés
Type de source : Bases de données		
RUIS UdeM: CINAHL	aged; aged, 80 and over; frail elderly; activities of daily living; grooming; nursing home patients; Nursing homes; autonomy; patient autonomy; decision making, patient; empowerment; social participation; friendship; social adjustment; quality of life; assisted living; residence characteristics; residential facilities;	
RUIS UdeM: Embase	Aged; *frail elderly/; *nursing home patient/*nursing home/; *assisted living facility/; *home for the aged/; * daily life activity/; *life satisfaction/; *empowerment/; *self-esteem/; *self-concept/; *personal autonomy/; *social participation/*wellbeing/; *happiness/; *institutional care/; *elderly care/; *elderly care/; *residential home/; *integration/; *mental deficiency/; *physical disability/; *dementia/; *mental disease/; *Alzheimer disease/; *palliative therapy/	
RUIS UdeM: MEDLINE 1996+	*Aging/ph, px[Physiology, Psychology]; *aged/; « aged, 80 and over »/; *frail elderly/; * « activities of daily living »/; *self-concept/; *personal autonomy/; *decision making/; * choice behavior/r;*social participation/; *health/; * « quality of life »/; *happiness/* interpersonal relations/; * intermediate care facilities/ og [Organization & Administration]; *nursing homes/ og, st [Organization & Administration, Standards]; * assisted living facilities/ og, st [Organization & Administration, Standards];* residential facilities/; *homes for the aged/; *long-term care/ og, td [Organization & Administration, Trends];	

Sources information exploitées	Descripteurs utilisés	Mots-clés utilisés
Type de source : Catalogues		
BAC: Amicus	Foyer; résidence; « ressource intermédiaire »; qualité; satisfaction	« ressource intermédiaire »; « contribution financière »; « guide de mise en œuvre »; Homes for the aged; nursing homes; assisted living; quality; satisfaction; excellence activities; recreation; Older people care; residence
BANQ: Iris	qualité de vie chez la personne âgée; maladie d'Alzheimer; retraite; qualité de vie; autonomie chez la personne âgée; foyers pour personnes âgées; résidence pour personnes âgées; centres d'accueil	« ressource intermédiaire »; familial
CSSSDLM: Kentika	Qualité de vie ; centre hospitalier de soins prolongés, centre hospitalier de soins de longue durée, personne âgée	milieu de vie; approche centrée sur la personne; milieu de vie substitut; Ressource intermédiaire; ressources intermédiaires; ri
IUGM: Germain		Hébergement; milieu de vie; qualité de vie; approche centrée sur la personne; milieu de vie institutionnel; autonomie; amélioration de la qualité; démence; Ressource intermédiaire
IUGS: Caméléon		Milieu de vie; approche centrée sur la personne; Qualité de vie chez la personne âgée; autonomie chez la personne âgée; réalisation de soi chez la personne âgée; actualisation de soi chez la personne âgée; retraité; maladie d'Alzheimer; démence; foyers pour personnes âgées; centre d'accueil; résidences pour personnes âgées; établissements
Réseau Santécom (Référence documentaire en santé publique)		foyers pour personnes âgées; résidences pour personnes âgées; Milieu de vie; hébergement; personne âgée; Ressource intermédiaire
RIBG: CUBIQ (Réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec)		Approche centrée sur la personne; milieu de vie; personnes âgées; Autonomie chez la personne âgée; Foyers pour personnes âgées; qualité de vie; Hébergement; personne âgée; qualité de vie; autonomie

Sources information exploitées	Descripteurs utilisés	Mots-clés utilisés
RUIS UdeM: Total Access		Aged; elderly; fragile; activity\$ daily living; assisted living; nursing home\$; intermediate care facility\$; residential facility\$; home\$ for the aged; long term care; long term care facility\$; self-concept; personal autonomy; quality of life; empowerment; happiness.; interpersonal relation.; social participation; decision making; choice behavior; choice behavior; Alzheimer\$; disabled; dementia\$;
U. Concordia: CLUES		Assisted living
U. McGill: MUSE		Assisted living facilities; homes for the aged; nursing homes; quality of live; autonomy
U. Sherbrooke: CRÉSUS	Foyers pour personnes âgées; résidences pour personnes âgées; Qualité de vie chez la personne âgée; autonomie chez la personne âgée; foyers pour personnes âgées; résidences pour personnes âgées	Milieu de vie; projet de vie
UdeM: Atrium		Homes for the elders; residential facilities; assisted living; dementia; Alzheimer; personne âgée; personnes âgée; autonomie de la personne âgée; qualité de la vie; Projet de vie; milieu de vie ; approche centrée sur la personne; personne âgée
ULaval: Ariane		Hébergement; personne âgée; qualité de vie chez la personne âgée; autonomie chez la personne âgée; Milieu de vie; Ressource intermédiaire
UQAM: Virtuose	« Ressource intermédiaire »	« Ressource intermédiaire »; Foyers pour personnes âgées; résidences pour personnes âgée; qualité de vie; Milieu de vie; hébergement
Wordcat		Nursing home; assisted living facility*; long-term care; personal autonomy; dementia; death; dying; Alzheimer; Stroke; palliative; disable*; psychiatry*; Ressources intermédiaires; ressource intermédiaire

Sources information exploitées	Descripteurs utilisés	Mots-clés utilisés
Type de source : Sociétés savantes, organisations et associations		
ÉRUDIT (Portail canadien de revues, de dépôt d'articles et d'ouvrages électroniques)		approche centrée sur la personne; milieu de vie; hébergement personne âgée; qualité de vie
IRSPUM (Institut de recherche en santé publique – UdeM)		Hébergement; Personnes âgées; Résidences; Ressources intermédiaires

Annexe 5

Mots clés, synonymes et critères d'inclusion / exclusion

L'élaboration du PICOTS a permis à l'équipe de travail d'orienter les processus d'évaluation, incluant la recherche documentaire, la sélection des études et l'analyse des informations. Dans le tableau ci-contre, les éléments en gris représentent des informations qui ont été utilisées par l'équipe, mais qui n'ont pas été intégrées aux stratégies de recherche documentaire.

Quelles pratiques d'intervention de l'approche milieu de vie s'appliquent en ressource intermédiaire de grande taille pour réaliser le potentiel d'autodétermination des personnes qui y résident?						
PICOTS	Mots clés (français / anglais)		Synonymes (français / anglais)		Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
P : Résidents en ressource intermédiaire de grande taille	résidents en ressource intermédiaire clientèle admissible en ressource intermédiaire personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	intermediate resource residents people / persons age-associated loss of autonomy	ainés personnes âgées	elderly old age seniors	Résidents en ressources intermédiaire, en CHSLD ou tout autre hébergement pour personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie modérée	Personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie légère (ex. : personnes âgées autonomes demeurant à la maison) ou lourde Personnes âgées de moins de 65
I : Approche milieu de vie en hébergement pour personnes âgées	approche milieu de vie approche centrée sur la personne approche / intervention en hébergement	home-like approach living environment approach adapted living environment nursing home interventions / approach	approche milieu de vie substitut chez-soi comme à la maison	home-like	Approches en hébergement pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Approches portant uniquement sur l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées
C : Approche milieu de vie en hébergement de petite taille	approche milieu de vie petite ressource intermédiaire de petite taille hébergement de petite taille	S/O	approche milieu de vie substitut petit(e) résidence centre d'accueil centre d'hébergement ressource institutionnelle ou de petite taille	S/O	Approche milieu de vie en hébergement pour personnes âgées Ressource intermédiaire de (très) petite taille (moins de 10 résidents)	Ressource intermédiaire de petite taille pour clientèles déficience physique, santé mentale, déficience intellectuelle et jeunesse

Quelles pratiques d'intervention de l'approche milieu de vie s'appliquent en ressource intermédiaire de grande taille pour réaliser le potentiel d'autodétermination des personnes qui y résident?

PICOTS	Mots clés (français / anglais)		Synonymes (français / anglais)		Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p align="center">O :</p> <p>État de santé et de bien-être préservé, participation sociale valorisée, potentiel d'autodétermination réalisé</p>	<p>potentiel d'autodétermination réalisé</p> <p>pouvoir de décision maintenu, préservé</p> <p>autonomie maintenue, préservée ou améliorée</p> <p>participation sociale valorisée, encouragée</p> <p>qualité de vie maintenue ou améliorée</p> <p>satisfaction atteinte</p>	<p>fulfill self-determination potential</p> <p>decision-making power maintained, preserved</p> <p>autonomy maintained, preserved or enhanced</p> <p>social participation valued, encouraged</p> <p>quality of life maintained or enhanced</p> <p>satisfaction obtained</p>	<p>niveau capacité</p> <p>pouvoir de choisir</p> <p>intégration sociale</p>	<p>level capacity</p> <p>power to chose</p> <p>social integration</p>		<p>Réalisation du potentiel d'autonomie fonctionnelle uniquement</p> <p>Notions d'autonomie, de participation sociale ou d'intégration sociale en déficience physique, santé mentale, déficience intellectuelle et jeunesse</p>
<p align="center">T :</p> <p>Tout au long de la vie en hébergement</p>	S/O	S/O	S/O	S/O	Tout au long de l'hébergement des personnes âgées, de la préadmission à la fin de vie	Les périodes de transition (ex : de l'hôpital vers l'hébergement) sont exclues
<p align="center">S :</p> <p>Hébergement de grande taille</p>	<p>grande ressource intermédiaire / de grande taille</p> <p>centre d'hébergement / et de soins de longue durée</p> <p>CHSLD</p> <p>centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles / « cantous »</p>	<p>large / large sized</p> <p>intermediate resource / assisted-living facility</p> <p>nursing home</p> <p>long-term care facility</p> <p>group-living</p> <p>group home</p> <p>residential groups</p>	<p>institution publique</p> <p>résidence</p> <p>centre d'accueil</p> <p>ressource institutionnelle</p> <p>ressource en hébergement</p> <p>résidence pour personnes âgées</p>	<p>public institution</p> <p>residency</p> <p>institutional resource</p> <p>old-age home</p>	Hébergement pour personnes âgées de moyenne ou grande taille, public ou privé	<p>Hébergement de (très) petite taille ou ressource de type familial (moins de 10 résidents)</p> <p>Hébergement pour clientèles déficience physique, santé mentale, déficience intellectuelle et jeunesse</p> <p>Hébergement pour personnes âgées autonomes</p>

Annexe 6

Classification de la littérature et définitions⁸

- Scientifique : Études publiées de nature qualitative, quantitative ou mixte, réalisées selon les normes scientifiques habituelles, par des chercheurs scientifiques, incluant les articles publiés dans des revues scientifiques basés sur ces d'études.
- Grise 1 : Mémoires de maîtrise et thèses de doctorat publiés (réalisés selon les normes scientifiques, mais par des étudiants).
- Grise 2 : Littérature basée en totalité ou en partie sur des données probantes et / ou sur l'avis d'experts (actes de colloque, guides basés sur des données probantes, articles publiés dans des revues scientifiques ou non scientifiques, revues de littérature, rapports d'évaluation, etc.).
- Non scientifique : Littérature qui n'est basée ni sur des données probantes ni sur l'avis d'experts (articles de journaux, magazines grand public, témoignages, rapports administratifs, etc.).

⁸ Cette classification de la littérature a été élaborée pour les fins de cette ETMISSS par deux agentes de planification, programmation et recherche (APPR) membres du comité de travail, soit Gabrielle Lemieux et Ève Gauthier (2013).

Annexe 7

Grille d'évaluation de la qualité des études scientifiques et « grise 1 »⁹

Critères	Attribution de la cote
1. Preuves à l'appui Les conclusions sont basées sur des preuves qui sont présentées dans le document.	
2. Fiabilité et constance Les processus de l'étude sont appropriés, homogènes et stables dans le temps. Si des changements ont eu lieu, ils sont présentés.	
3. Validité interne, crédibilité et authenticité Les conclusions sont crédibles pour les personnes (ou objets) étudiées.	Critère non respecté -1 Absence d'information 0
4. Validité externe, transférabilité et adéquation Les conclusions sont applicables à d'autres contextes.	Critère respecté 1
5. Utilisation, application, accent mis sur l'action Les résultats de l'étude sont utiles pour les chercheurs, les personnes (ou objets) étudiées et / ou les clients.	
6. Obstacles à la validité conceptuelle Le cadre conceptuel utilisé est clair, approprié et stable dans le temps.	

⁹ Cette grille s'inspire de la grille de Bamberger et Rugh, laquelle est disponible dans l'ouvrage suivant : RIDDE, Valéry et Christian DAGENAIS (2009). « Approches et pratiques en évaluation de programme », Les Presses de l'Université de Montréal, 358 p. Elle a été conçue par deux agentes de planification, programmation et recherche (APPR) membres du comité de travail pour les fins de la présente ETMISS, soit Gabrielle Lemieux et Ève Gauthier (2013).

Annexe 8

Grille d'évaluation de la qualité de la littérature « grise 2 » et non scientifique¹⁰

Critère	Attribution de la cote
<p>1. Pertinence de la démarche L'étude aborde un sujet pertinent et sous un angle qui répond à des besoins.</p>	
<p>2. Applicabilité / utilité des recommandations L'étude contient des conclusions et / ou des recommandations qui sont utiles pour d'autres (personnes, organisations, etc.).</p>	
<p>3. Crédibilité des auteurs / experts (et absence de biais) Les auteurs occupent ou ont occupé des fonctions en lien avec le sujet étudié et ont acquis des savoirs et de l'expérience en la matière. Ils étudient le sujet sans biais.</p>	<p>Critère non respecté -1 Absence d'information 0 Critère respecté 1</p>
<p>4. Accessibilité du document Le document est rédigé de façon à favoriser son utilisation par des personnes ou des groupes de personnes ciblés.</p>	

¹⁰ Cette grille a été conçue par deux agentes de planification, programmation et recherche (APPR) membres du comité de travail pour les fins de l'ETMISSS, soit Gabrielle Lemieux et Ève Gauthier (2013), à partir d'une revue de littérature portant sur l'évaluation de la qualité des études.

Annexe 9

Études incluses (N= 76), leurs caractéristiques et leurs cotes de qualité

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	Cote de la qualité
"Animation" in the geriatric environment?. [French]	Vesco, C V	1999	grise 2	G- Maison de retraite		N/D	N/D		0	0	0	0	1	0	1	Sens à la vie	1,00
"Rum raisin, monkey crunch, and mocha frappuccino cherry with gummy bears on top:" striving for personal autonomy and choice in a regulated long-term care environment.	Burgess K.	0	grise 2	H- Général		N/D	N/D		1	0	1	0	0	0	0		1,00
A framework to support social interaction in care homes	Cook, Glenda Clarke, Charlotte	2010	scientifique	Autre (spécifier)	Care homes	N/D	Qualité de vie		0	0	1	1	1	0	0		0,83
An examination of connectedness to self, others, and a greater sense of purpose or meaning in life in elderly nursing home residents	Noerdlinger, V	1997	grise 1	D- Nursing home		N/D	Autre	Psychological model	0	0	1	0	1	0	0		0,67
Au-delà des soins : pour un milieu de vie de qualité	0	0	grise 2	A- CHSLD		100 et +	Culture Change		0	0	1	0	0	0	0		0,00
Beyond the rhythm and routine: adjusting to life in assisted living.	D Kennedy; E Sylvia; W Bani-Issa; W Khater; S Forbes-Thompson	0	scientifique	E- Assisted living		A: 100+; A: 100+; A: 60 à 99.	N/D		1	0	1	0	0	0	0		0,67
Construire le projet de vie en maison de retraite	Vercauteren, Richard	1993	scientifique	G- Maison de retraite		N/D	Projet de vie		1	0	1	0	1	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								Cote de la qualité
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	
Culture Change in Long-term Care: Participatory Action Research and the Role of the Resident	Shura, Robin and Siders, Rebecca, A. and Dannefer, Dale	2011	scientifique	N/D		N/D	Culture Change		1	0	1	0	1	0	0		0,67
Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents	Blair C.E.	0	scientifique	D-Nursing home		100 et +	Autre	Nursing approaches: Educative-supportive system of care and usual nursing care	0	1	1	0	1	0	0		0,83
Ethical perspectives of sustaining residents' autonomy: a cultural transformation best practice.	B Dunbar; P Sink; D Alsobrook; B Bailey; T Lonczak; R Starnes	0	grise 2	D-Nursing home		100 et +	Centrée sur la personne		1	0	1	0	1	0	0		1,00
Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing	Hellstrom, Ulla W Sarvimaki, Anneli	2007	scientifique	Autre (spécifier)	Sheltered housing	N/D	Qualité de vie		1	0	1	0	1	0	0		1,00
Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées : manuel des pratiques du projet de vie	Vercauteren, Richard	1999	scientifique	A-CHSLD		N/D	Projet de vie		1	1	1	0	1	0	0		0,83
Family, peer, and staff social support in nursing home patients: Contributions to psychological well-being	Carpenter B.D.	0	scientifique	D-Nursing home		20 à 59	Qualité de vie		0	0	0	0	1	0	0		0,67

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								Cote de la qualité
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	
Forum Un CHSLD : des milieux de vie	Longueuil : Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie : Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie 2003	2001	grise 2	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		0	1	1	0	1	0	0		1,00
Honoring resident autonomy in long-term care. Special considerations.	SE Hickman	0	grise 2	H-Général		N/D	Centrée sur la personne		1	0	0	0	0	0	0		0,75
How to foster self-determination: practical ways nursing home staff can empower residents	Lewis, K	1995	grise 2	D-Nursing home		N/D	N/D		1	0	0	0	1	0	0		1,00
How to make your care home fun : simple activities for people of all abilities	Kenneth Agar	2009	grise 2	H-Général		Général	Centrée sur la personne		1	1	1	1	1	0	1	Sens à la vie	1,00
Implication des aînés dans la qualité de vie en résidences privées : illustration d'une démarche de planification : le comité de vigilance sur la qualité de vie [22 f-ISBN: 2894970439] Reliure à spirale	Nahmiash, Daphné, 1941-	2001	scientifique	C-Résidence privée		I:(4résidences)moins de 9; I:(6résidences)10 à 24; I:(6résidences)25 à 59; I:(9résidences)60+	Qualité de vie	Empowerment / Milieu de vie	1	0	1	1	1	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	Cote de la qualité
Indicateurs de qualité d'un milieu d'hébergement conçu et animé selon le concept « milieu de vie » : nomenclature, mesures correspondantes d'évaluation et échelles des réalisations : qualité de vie des résidents	Paquin, Nicole	2003	grise 2	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		1	0	1	1	1	0	0		0,75
L'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et en soins de longue durée	Québec (Province). and Ministère de la santé et des services sociaux	2006	non scientifique	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		1	0	0	0	0	0	0		1,00
L'approche carpe diem et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative : rapport de recherche	Lalande, Ghyslaine et Leclerc, Gilbert	2004	scientifique	A-CHSLD; I- Autre	I: Maison Carpe Diem	A: 162; I:13	Prothétique	Approche Carpe diem	0	1	1	1	1	0	0		1,00
L'approche en milieu de vie en CHSLD : cadre de référence	Proulx, Daniel	1998	grise 2	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		1	0	1	1	1	0	0		0,75
Le milieu de vie : avant tout une affaire de cœur	Garant, Lyse	1998	non scientifique	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		1	0	1	1	1	0	0		1,00
Le programme des préposés aux activités dirigées : être en relation avec le résident en partageant un moment privilégié tout en douceur	0	0	grise 2	A-CHSLD		100 et +	Milieu de vie		0	0	1	0	1	0	0		1,00
Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : enjeux et méthode	Richard Vercauteren, Bernard Hervy, Jean-Luc Schaff.	2008	grise 2	F- EPAD		N/D	Projet de vie		0	1	1	0	0	0	0		0,75

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								Cote de la qualité
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	
Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quelques recommandations	0	0	grise 2	F- EPAD		N/D	N/D		1	1	1	1	0	0	1	Dignité	1,00
Les caractéristiques d'un milieu de vie substitut optimal tel que perçu par les usagers : rapport de recherche	Line Robichaud ... [et al.]	2001	scientifique	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		0	0	1	1	0	0	0		0,50
Les comités de résidentes et de résidents dans les résidences privées avec services : un des moyens pour favoriser l'empowerment des personnes âgées : rapport de recherche	0	0	scientifique	C- Résidence privée		Général	N/D		1	1	1	1	1	0	1	Dignité	0,50
Les indicateurs d'un milieu de vie favorable à une qualité de vie optimale en centre d'hébergement et de soins de longue durée [microforme]	Postras, Manon	1997	grise 1	A-CHSLD		A: 100+; A: 100+; A: 60 à 99.	Milieu de vie		1	1	1	1	1	0	1	Dignité / Sens à la vie	0,67
Les innovations en établissements pour personnes âgées : changements de regards et réalités de terrain	0	0	grise 2	H- Général		Général	Projet de vie		1	0	0	0	1	0	0		0,75

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME							Cote de la qualité	
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre		Note si autre
Life projects, quality of life in two institutions. [French]	Cazaux, Michel Babinski, Claudette Favrel, Sylvie Bloch, Nadia Lopez, Lydia Pauporte, Françoise Moraga, Manuel	2004	grise 2	F-EPAD; N/D		F: 100+; N/D: N/D	Projet de vie		1	0	1	1	1	0	0		1,00
Long-term care improvement guide	0	0	grise 2	H-Général		Général	Centrée sur la personne	Culture Changement	1	1	1	1	1	0	0		1,00
Making it better: Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study	Davies S. Nolan M.	0	scientifique	N/D		N/D	N/D		1	0	1	0	1	0	0		1,00
Meaning in life: the perspective of long-term care residents	Welsh, Darlene Moore, Sharon L Getzlaf, Beverley A	2012	scientifique	N/D		N/D	Centrée sur la personne		1	1	0	0	1	0	1	Sens à la vie	1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	Cote de la qualité
Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées	Association Réseau de consultants en gérontologie ; [édité par] Jean-Jacques Amyot, Annie Molier.	2007	grise 2	H-Général		Général	Projet de vie	Milieu de vie	1	1	1	1	1	0	1	Dignité / Sens à la vie	0
My Home life (ressource électronique) : quality of life in care homes : a review of the literature	0	2007	scientifique	H-Général		Général	Qualité de vie	Centrée sur la personne	1	1	1	1	1	0	0		0,67
Nearby nature and long-term care facility residents: benefits and design recommendations	Kearney, AR and Winterbottom, D	2005	scientifique	N/D		100 et +	N/D		1	1	1	0	1	0	0		1,00
New Dining Practice Standards for Nursing Homes	Hasselkus, Amy	0	grise 2	D-Nursing home		Général	Centrée sur la personne	Culture Change	1	0	1	1	0	0	0		1,00
Old age in a new age : the promise of transformative nursing homes	Baker, Beth.	2007	non scientifique	D-Nursing home	AL aussi	N/D	Culture Change		1	1	0	1	1	0	0		0,50
Older people in care homes : sex, sexuality and intimate relationships : an RCN discussion and guidance document for the nursing workforce	0	0	grise 2	H-Général		Général	Centrée sur la personne	Approche «légal e»	1	0	1	0	0	0	0		0,50
Person centered care : a model for nursing homes	Marilyn J. Rantz and Marcia K. Flesner.	2004	grise 2	D-Nursing home		100 et +	Centrée sur la personne		1	0	0	1	0	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								Cote de la qualité
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	
Person-Centered Care and Elder Choice: A Look at Implementation and Sustainability	Burack, Orah, R. and Reinhardt, Joann, P. and Weiner, Audrey, S	2012	scientifique	D- Nursing home		100 et +	Centrée sur la personne	Culture change	1	1	1	1	0	0	0		1,00
Point sur les RI (Le) [ressource électronique] - Vol 1 No 4	0	41244	non scientifique	B- Ressource intermédiaire		Général	Autre	Approche globale	1	1	1	1	1	0	1	Bonheur / Sens à la vie / Dignité	1,00
Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie : vers une société pour tous les âges : lutter contre les discriminations : le temps des réalités	Vercauteren, Richard; Predazzi, Marco; Loriaux, Michel	2001	grise 2	G- Maison de retraite		N/D	Projet de vie		0	0	1	1	0	0	0		1,00
Power in care homes	Moden, L	2004	grise 2	H- Général		N/D	Autre	Empowerment	1	1	0	0	1	0	0		0,75
Promoting control and interdependence for those living in care homes by establishing 'friends of care home' groups	Furness, S	2007	grise 2	H- Général		N/D	Autre	"Friends of the care home" groups	1	0	1	1	1	0	0		0,75
Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement	0	0	grise 2	F- EPAD		N/D	Qualité		1	0	1	1	0	0	0		1,00
Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne	0	0	grise 2	F- EPAD		N/D	Qualité		0	0	1	1	0	0	0		1,00
Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : la vie sociale des résidents en Ehpad	0	0	grise 2	F- EPAD		N/D	Qualité		0	0	1	1	1	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	Cote de la qualité
Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident	0	0	grise 2	F- EPAD		N/D	Qualité		0	0	1	1	0	0	0		1,00
Quality assisted living : informing practice through research	Morgan, Leslie A	2012	scientifique	E- Assisted living		E:18; E:36; E:45; E:48; E:75; E:92; E:100 et +	Qualité		1	0	1	1	1	0	0		1,00
Revue de littérature relative à la qualité de vie des résidents en Ehpad : revue de littérature sur la qualité de vie en Ehpad: une synthèse de la littérature scientifique et un rapport sur des recommandations nationales	0	0	grise 2	F- EPAD		N/D	Qualité		1	1	1	1	1	0	0		0,75
Se sentir comme chez soi : favoriser un milieu de soutien respectueux dans les établissements de soins de longue durée	0	0	non scientifique	H- Général	Soins de longue durée (SLD)	N/D	Centrée sur la personne		1	1	1	1	0	0	0		0,50
Self-actualization of the elderly living in nursing homes, what does it mean?. [French]	Walti-Bolliger M. Fontaine M.	0	scientifique	I- Autre (spécifier)	Établissements médicaux sociaux (EMS)	N/D	Autre	Evidence-based nursing	1	0	1	1	1	0	0		0,17
Services d'animation-loisirs en CHSLD pour la clientèle à l'interne et en ressource intermédiaire	Federation quebecoise des centres d'hebergement et de soins de longue durée	1997	grise 2	A- CHSLD; B- Ressource intermédiaire		Général	Milieu de vie		1	1	1	1	1	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME							Cote de la qualité	
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre		Note si autre
Session de formation : l'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et en soins de longue durée : document de référence	Cloutier, Anne-Marie	2006	grise 2	A-CHSLD		Général	Milieu de vie	Centré e sur la personne	1	1	1	1	1	0	1	Sens à la vie / Dignité	1,00
Session de formation : l'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et en soins de longue durée : manuel du formateur	Cloutier, Anne-Marie	2006	grise 2	A-CHSLD		Général	Milieu de vie	Centré e sur la personne	1	1	1	1	1	0	1	Sens à la vie / Dignité	1,00
Strangers and friends: residents' social careers in assisted living	Kemp, Candace L Ball, Mary M Hollingsworth, Carole Perkins, Molly M	2012	scientifique	E-Assisted living		E:41; E:65; E:83	Autre	Social careers	0	0	1	1	0	0	0		1,00
Supporting sexual activity in long-term care.	B Everett	0	grise 2	H-Général		N/D	N/D		1	0	0	1	0	0	0		0,75
The Nursing home of the future: are you ready? Tomorrow's resident care will take more than "quality of life" lip service	0	0	non scientifique	D-Nursing home; E-Assisted Living		Général	Culture Change		1	0	1	0	1	0	0		0,50
The role of CNSs in promoting elderly patients' autonomy in long-term institutions: problems and implications for nursing practice and research.	M Val'limal'ki; H Leino-Kilpi; PA Scott; M Arndt; T Dassen; C Lemonidou; M Gasull; E Cabrera	0	grise 2	H-Général		N/D	Autre	Autonomie	1	1	0	0	0	0	0		0,75

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								Cote de la qualité
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	
Towards quality care : outcomes for older people in care homes	Caroline Mozley ... [et al.]	2004	scientifique	N/D		H: 30 centres de 27 à 125 places	N/D		1	1	1	1	0	0	1	Bonheur	1,00
Un guide à l'intention des préposés aux bénéficiaires et des équipes de soins infirmiers : comment définir un objectif milieu de vie pour les résidents en soins de longue durée	0	0	grise 2	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		1	0	1	1	1	0	0		1,00
Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : visites d'appréciation de la qualité : rapport national, septembre 2004 à juin 2007	Québec : Santé et services sociaux Québec, Direction des communications 2010	2010	non scientifique	A-CHSLD		A: 28 de 0 à 50, 56 de 51 à 100, 27 de 101 à 150, 23 de 150+	Milieu de vie		0	1	1	1	1	0	0		1,00
Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : visites d'appréciation de la qualité des services	0	2004	non scientifique	A-CHSLD		N/D	Milieu de vie		1	1	1	1	0	0	0		1,00
Une ethnologue en maison de retraite : le guide de la qualité de vie	0	0	non scientifique	H-Général		N/D	N/D		1	1	1	1	1	0	0		0
Vivre au CHSLD : cadre de référence sur une approche adaptée dans notre milieu de vie	Cloutier, Ginette, 1961-	2004	grise 2	A-CHSLD		N/D	Autre	Approche adaptée / Modèle McGill	1	0	0	0	1	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME							Cote de la qualité	
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre		Note si autre
What we heard (electronic resource) : long-term care quality consultation 2008 : a common vision of quality in Ontario long-term care homes	Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care	2008	non scientifique	H- Général		N/D	Qualité		0	0	1	1	1	0	0		0,00
Overcoming Linguistic and Cultural Barriers: Lessons from Long-term Care Settings	Antenucci, Vincent M., Cameron J. Camp, Harvey Sterns, Ronni Sterns et Anthony Sterns	2001	scientifique	E- Assisted living		N/D	Milieu de vie	Centrée sur la personne	0	0	1	0	0	0	1	Dignité	0,83
Legal and Ethical Issues for Assisted Living Facility Operators: Managing Risk by Doing the Right Thing	Redmond, Rosemary et Paul K. Chafetz	2001	non scientifique	E- Assisted living		Général	N/D		1	0	1	0	0	0	0		1,00
Life Course Continuity in the Design of Residential Care Facilities to Improve Function and Independence for Elderly Persons	Namazi, Kavan H. et Beth DiNatale Johnson	2001	scientifique	N/D		Général	Centrée sur la personne	The Continuity Model / Normacy	1	1	1	0	0	0	0		0,67
Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif	Sylvie Freudinger		scientifique	I- Autre (spécifier)	Institution d'hébergement collectif	N/D	Qualité de vie		0	0	1	1	0	0	0		0,67
L'entretien d'accueil comme point d'ancrage du nouveau résident et de sa famille en maison de retraite	Olivier Schnegg		grise 2	G- Maison de retraite		60 à 99	N/D		0	0	1	0	0	0	0		1,00
Les petits riens qui font la différence et qui contribuent au bien-être du résident en établissement médico-social	Évelyne Singy		grise 2	I- Autre (spécifier)	Établissement médico-social	N/D	N/D		0	0	1	1	1	0	0		1,00

CARACTÉRISTIQUES				INTERVENTION					OUTCOME								
Titre	Auteur(s)	Année de publication	Type de littérature	Type d'hébergement	Note si autre	Taille	Approche	Note si autre	Autodétermination	Autonomie fonctionnelle	Qualité	Satisfaction	Participation /valorisation	N/D	Autre	Note si autre	Cote de la qualité
Quality of Care and Quality of Life in Dementia Care Units	M. Powell Lawton		grise 2	I- Autre (spécifier)	Special care units for cognitively impaired elders.	N/D	Qualité		0	1	1	1	0	0	0		0,50
The Pioneer Challenge: A Radical Change in the Culture of Nursing Homes	Wendy Lustbader		grise 2	D- Nursing home		N/D	Culture Change		1	1	1	1	1	0	0		0,50

Annexe 10

Consultation du personnel de la Ressource de la Montagne

Guide d'animation

Rencontre 1

Mardi 4 novembre 2014, 13 h 00 à 14 h 30

Dimensions abordées :

- Alimentation
- Implication des familles et des proches
- Implication du résident
- Communications
- Relations interpersonnelles
- Liens avec la communauté
- Services professionnels et soins infirmiers
- Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique

Rencontre 2

Mercredi 19 novembre 2014, 13 h 15 à 14 h 45

Dimensions abordées :

- Accueil des résidents
- Animation-loisirs
- Droits des résidents
- Fin de vie
- Sécurité des résidents
- Sexualité
- Soutien éthique
- Spiritualité

(s'il reste du temps :)

- Alimentation
- Fin de vie

Objectifs :

- Obtenir le point de vue des intervenants sur les meilleures pratiques recensées dans la littérature pour l'actualisation de l'approche milieu de vie en RI de grande taille.
- Connaître les idées et propositions des intervenants pour l'identification de bonnes pratiques pour l'actualisation de l'approche milieu de vie en RI de grande taille.

Formule :

- Une rencontre d'une heure trente;
 - 15 minutes pour compléter la lecture du document si souhaité (fortement recommandé);
 - 10 minutes par dimension maximum (si une dimension ne suscite pas beaucoup de commentaires, on passe à la suivante);
- Environ 6-8 participants par rencontre;
- Animation par Réjean Tremblay (chef d'administration de programme) et/ou Françoise McDonald, (coordonnatrice);
- Prise de notes (et précisions) par Gabrielle Lemieux (APPR) ou Ève Gauthier (APPR).

Messages importants / consignes :

- Nous souhaitons réfléchir ensemble à la création d'un milieu de vie idéal;
- Nos échanges doivent donc porter sur les meilleures pratiques dans un contexte de RI de grande taille sans pour autant se limiter au contexte de la Ressource de la Montagne;
- C'est l'occasion de donner votre opinion en tant que professionnel, en tenant compte de vos connaissances et de votre expérience;
- Le document que nous vous avons remis n'est pas parfait, nous souhaitons justement le parfaire ensemble. Il sert de base aux échanges que l'on souhaite avoir avec vous.

Questions

- ✓ Quelles pratiques mettez-vous déjà en œuvre à la Ressource de la Montagne et qui sont mentionnées dans le document?
- ✓ Voir colonne « avis contraires / nuances » : que pensez-vous de ces contradictions / nuances? Entre deux ou plusieurs pratiques, laquelle vous semble la plus valable OU est-ce qu'un équilibre peut être trouvé entre ces pratiques à première vue contradictoires / différentes?
- ✓ Quelles pratiques trouvez-vous particulièrement importantes, pertinentes (exemple : identifier 5 pratiques importantes par dimension)? Pourquoi?
 - Pour stimuler la discussion lors de cette question, citer les pratiques déjà en gras (fréquentes dans la littérature) ou en couleur (jugées importantes par les membres du comité de pilotage) pour vérifier si ces pratiques sont importantes aux yeux des intervenants également, sans pour autant se limiter à ces pratiques;
- ✓ Y a-t-il des pratiques que vous trouvez mauvaises, impertinentes, non faisables? Lesquelles et pourquoi?

Annexe 11

Rencontre avec le comité des résidents de la Ressource de la Montagne

Guide d'animation

Date de la rencontre : 3 décembre 2014

Objectifs :

- Obtenir le point de vue des résidents et de leurs proches sur certaines pratiques recensées dans la littérature pour l'actualisation de l'approche milieu de vie en RI de grande taille.
- Connaître les idées et propositions des résidents et de leurs proches pour l'identification de bonnes pratiques pour l'actualisation de l'approche milieu de vie en RI de grande taille.

Formule :

- Une rencontre d'une heure lors d'une session régulière du comité des résidents;
- Participation prévue de 4 à 6 membres du comité des résidents;
- Participation prévue de la coordonnatrice du comité des résidents, de la directrice de la Ressource et du chef d'administration de programme;
- Utilisation d'un résumé très succinct des pratiques issues des dimensions ciblées;
- Animation et prise de notes par Gabrielle Lemieux (APPR) et Ève Gauthier (APPR).

Dimensions abordées :

- Alimentation
- Animation
- Implication des proches
- Implication du résident

Consignes d'animation :

- Faire un résumé du projet d'évaluation du mode d'intervention en ressource intermédiaire de grande taille et de ses objectifs.
- Expliquer que les pratiques de 4 dimensions sur 17 seront abordées en raison du temps disponible. Les quatre dimensions ciblées revêtent un intérêt particulier pour les résidents et leurs proches.
- Pour chacune des dimensions abordées dans le document remis, le comité de travail du projet d'évaluation souhaite obtenir leur point de vue (pertinence, faisabilité, expérience, etc.) en vue de bonifier le travail d'évaluation.

1. Alimentation

L'alimentation est une dimension importante dans la vie de tous les jours et de nombreuses pratiques sont proposées dans la littérature. Elles portent notamment sur :

- Le fait de pouvoir manger quand, où et avec qui on le souhaite;

- La disposition, la grandeur et la configuration des tables dans la salle à manger;
- La disponibilité de plusieurs environnements différents pour la prise des repas;
- Le fait de pouvoir choisir ce qu'on souhaite manger;
- La participation des résidents et de leurs proches à la planification et à la préparation des repas;
- L'instauration d'un « conseil de l'alimentation » pour orienter et améliorer les pratiques;
- La présence du personnel lors de la prise des repas.

2. Animation

Les pratiques recensées insistent sur l'importance d'offrir des activités :

- Diversifiées : culturelle, physique, sociale, intellectuelle, sensorielle;
- Régulières et en tout temps : jour, soir, semaine, week-end;
- Organisées selon différentes modalités : grand groupe, petit groupe, individuelle;
- Qui respectent les goûts et les préférences des résidents;
- Qui soient bien publicisées;
- Qui respectent les célébrations annuelles importantes;
- Qui intègrent les proches;
- Auxquelles participe le personnel;
- Qui permettent la réalisation de soi et la possibilité d'apporter une contribution.

3. Implication des proches

La famille et les proches qui souhaitent participer à la vie dans la ressource doivent pouvoir le faire. Les pratiques proposées concernent, entre autres :

- L'accès à la ressource en tout temps pour les proches;
- La disponibilité de salles de jour agréables et des chambres assez grandes pour les visites;
- La participation des proches aux activités, événements, repas, etc.;
- L'implication des proches dans l'organisation d'activités, de sorties, etc.;
- Le soutien des proches par le personnel;
- L'implication des proches dans la planification et l'organisation des soins et des services;
- Informer les proches des changements;
- Offrir aux résidents des moyens de communiquer facilement avec leurs proches;
- L'implication formelle des proches dans l'organisation de la ressource.

4. Implication du résident

L'implication du résident est la recherche de sa participation, et ce, dans différentes sphères de la vie en résidence.

- Systématiser la présence du résident et de ses proches lors de l'élaboration et de la révision du plan d'intervention (ou projet de vie), tout en respectant son rythme;
- Favoriser la prise de responsabilités des résidents et leur participation aux activités de la vie quotidienne. Offrir la possibilité aux résidents de redonner et de contribuer;

- Favoriser la participation au sein de structures organisées (comités) : conseil des résidents, comité d'activités sociales, conseil de l'alimentation, comité de bienvenue;
- Favoriser la participation des résidents au sein d'activités bénévoles au profit de la résidence ou d'organismes de la communauté;
- Sonder régulièrement les résidents sur leur perception de leur qualité de vie;
- Réaliser un bulletin de la résidence avec les résidents.

Diagrammes de flux par type de sources d'information

Figure 1. Diagramme de flux (bases de données)

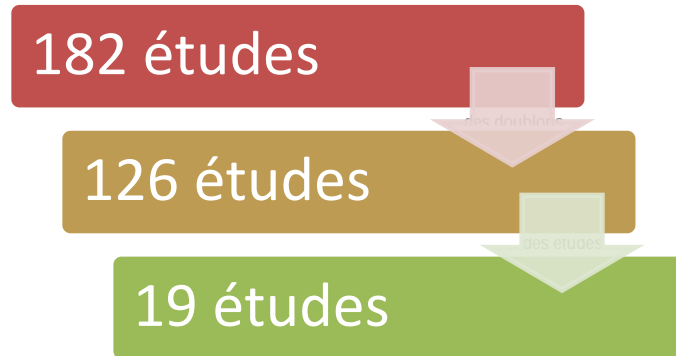


Figure 2. Diagramme de flux (périodiques électroniques, catalogues, sociétés savantes, associations et organisations)

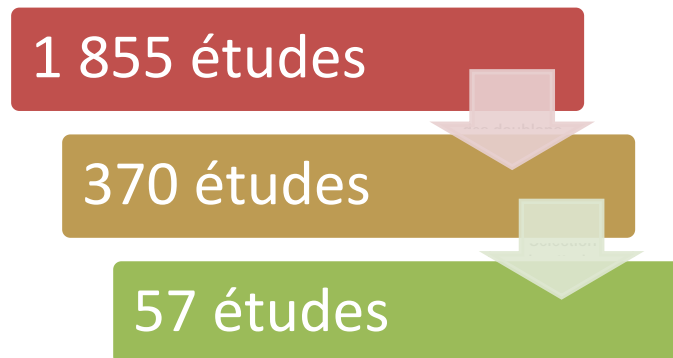
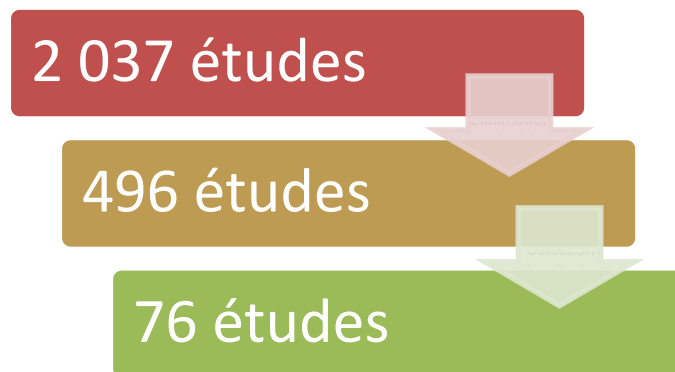


Figure 3. Diagramme de flux (total, incluant toutes les sources d'information)



Annexe 13

Synthèse des résultats de la revue systématique de la littérature

La revue systématique de la littérature réalisée dans le cadre de l'évaluation du mode d'intervention en ressource intermédiaire (RI) de grande taille a permis de recenser 76 études faisant état de plus de 700 pratiques correspondant aux critères de sélection (notamment, le critère selon lequel elles agissent sur le potentiel d'autodétermination des résidents). Une fois extraites des études, ces pratiques ont fait l'objet d'une première phase de traitement et d'analyse par le comité de travail du projet d'évaluation ayant permis de les catégoriser par dimension de la vie en hébergement, de les regrouper, de les synthétiser et de les traduire en français, le cas échéant. La présente annexe présente sous forme de tableaux les résultats de cette synthèse selon les 17 dimensions suivantes :

1. Accueil
2. Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique
3. Alimentation
4. Animation
5. Communication
6. Droits des résidents
7. Environnement
8. Fin de vie
9. Implication de la famille et des proches
10. Implication des résidents
11. Liens avec la communauté
12. Relations interpersonnelles
13. Sécurité
14. Services et soins professionnels
15. Sexualité
16. Soutien éthique
17. Spiritualité

La méthode utilisée pour la catégorisation des pratiques dans les différentes dimensions a pour effet de créer certaines redondances d'une dimension à l'autre. Bien que certaines redondances demeurent pour ne pas perdre l'essence du contenu de chaque dimension, un effort de rationalisation a toutefois été réalisé afin d'éliminer la majorité des répétitions qui existaient.

Certaines pratiques reviennent à plusieurs reprises dans la littérature (dans plus d'une étude). Le nombre d'études mentionnant chacune des pratiques a donc été comptabilisé et lorsque ce nombre s'élève à cinq ou plus, la pratique correspondante est présentée en gras.

Enfin, un effort d'harmonisation des termes utilisés dans les tableaux a été fait afin de faciliter la lecture et la compréhension des pratiques. Le terme « résident » a été retenu pour désigner les personnes hébergées (pensionnaires, personnes âgées, etc.), le terme « résidence » a été retenu pour désigner l'endroit où les résidents demeurent (centre d'hébergement, foyer, etc.) et le terme « proches » a été retenu pour désigner l'ensemble des personnes pouvant constituer l'entourage intime du résident (conjoint(e), enfants, autres membres de la famille, amis, etc.).

Accueil

La dimension *Accueil* regroupe les pratiques entourant l'arrivée du résident dans son nouveau chez-soi, dans sa résidence. Certaines pratiques se déroulent avant même l'arrivée du futur résident afin de bien préparer sa venue. D'autres pratiques concernent le processus d'admission lui-même incluant l'évaluation de la personne et de ses besoins, la participation du résident et de ses proches à l'identification du projet de vie, de même que les informations pertinentes à recueillir auprès du résident et celles à lui transmettre. Le recueil de l'histoire de vie et l'élaboration du projet de vie en sont des points focaux. Enfin, plusieurs pratiques insistent sur l'intégration du nouveau résident auprès de ses pairs et du personnel, notamment par la constitution d'un programme de mentorat ou d'un comité d'accueil. Les pratiques concernant davantage le plan d'intervention ou le plan de soins sont traitées dans les dimensions *Services et soins professionnels* ainsi que celle sur l'*Implication du résident* et l'*Implication des proches* pour ces deux derniers aspects.

ACCUEIL	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Avant l'admission	1. Transmettre l'information pertinente au nouveau résident sur la préparation au déménagement.
	a. Prévoir, avant l'entrée en résidence, de : <ul style="list-style-type: none"> - discuter des modalités de gestion de la liste d'attente; - rencontrer les acteurs du domicile afin d'assurer la continuité de l'accompagnement; - insister auprès du résident et de ses proches sur la nécessité de se préparer aux questions concrètes liées au déménagement (meubles, vêtements, bibelots, etc.).
	2. Lorsque les délais le permettent, prévoir une visite préadmission qui permet au futur résident et à ses proches une exposition à la vie en résidence et de poser des questions au personnel et aux autres résidents.
	3. Organiser une rencontre de préadmission avec le résident et ses proches, notamment pour évaluer le degré de consentement explicite ou implicite de la personne à la demande d'admission dans la mesure du possible, recueillir ses attentes et son avis sur ses besoins, en tenant compte des éventuelles difficultés de communication et de compréhension, etc.
	a. Veiller à la bonne compréhension des informations transmises lors des rencontres préadmission avec le résident et ses proches : reformulation, remise de documents écrits en gros caractères, possibilité de téléphoner après l'entretien pour des questions complémentaires.
	b. Établir des relations spécifiques avec les proches pour préciser la place du résident et celle des proches dans la démarche de demande d'admission, dans l'accompagnement de leur proche hébergé au sein de la résidence et dans la vie institutionnelle.
	c. Organiser des réunions de concertation avec d'autres partenaires pour explorer toutes les alternatives pour le futur résident.
	d. Discuter avec le résident et ses proches des attentes de qualité avant l'admission, partager les politiques et parler clairement des limites aux services afin de mieux préparer les résidents et les proches à ce qui les attend.
	4. Élaborer et distribuer une brochure qui explique le fonctionnement de la résidence et sa philosophie.
	5. Recueillir l'avis de tous les professionnels concernés sur le degré de consentement du résident à l'entrée dans la résidence et sur la correspondance entre les besoins et attentes du résident et les moyens de la résidence.
	6. Reconstituer verbalement une journée type de la vie en résidence avec le futur résident.
	7. Élaborer et utiliser un guide d'entretien prédéfini lors de la rencontre de préadmission avec le résident et ses proches.
	8. Partager avec les professionnels concernés, avant l'entrée en résidence, les éléments de connaissance disponibles sur le résident. Insister sur les éléments indispensables d'accompagnement pour éviter l'aggravation des difficultés, mais sans pour autant réduire le résident uniquement à cet aspect.
9. Assurer la transmission des renseignements au sujet du résident en provenance d'un autre établissement.	

ACCUEIL	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Processus d'admission	<p>10. Organiser trois rencontres avec le résident et ses proches au moment de l'accueil et de l'intégration afin de permettre aux résidents et à leurs proches de bien intégrer l'information transmise.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un guide d'accueil est remis à la première rencontre de préadmission. - La deuxième rencontre se tient la journée de l'admission. - La troisième rencontre a lieu quelques semaines après l'admission.
	<p>a. Inclure les proches lors de l'évaluation initiale des besoins du résident et la négociation du plan de soins qui doit être accepté par toutes les parties.</p>
	<p>11. Inviter le résident à participer au projet de vie qui le concerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demander au nouveau résident lors de son admission : « Que voudriez-vous accomplir ou faire au cours de votre séjour à la résidence ? ». Le personnel assure au résident qu'il l'appuiera à accomplir quelconque but qu'il se donne en autant qu'il soit légal et moral. - Laisser au résident quelques semaines avant de le solliciter, afin de lui permettre de s'installer et de nourrir sa réflexion au regard des enseignements de cette première période; - Entamer un dialogue avec le résident, à partir des habitudes et histoires de vie, pour définir avec lui le type d'activités et leurs modalités, lui permettant de valoriser ses savoir-faire, sa créativité, de se distraire avec intérêt et plaisir; - Expliquer et faire valider par le résident le projet proposé, et l'ajuster en fonction de ses souhaits et de ses remarques; - Prévoir un exemplaire destiné au résident sous format papier avec une police graphique suffisamment grande; - Organiser une réunion d'évaluation du projet proposé en conviant le résident, les proches (si le résident est d'accord), l'équipe interdisciplinaire, des partenaires importants pour lui et analyser les éventuels écarts entre les objectifs fixés et les effets sur la situation du résident; - Définir de nouveaux objectifs au besoin et les valider avec les participants, ainsi que le plan d'action et les modalités de mise en œuvre; - Organiser l'horaire des évaluations pour offrir des périodes de repos au nouveau résident et du temps pour répondre à l'ensemble de ses questions.
	<p>12. Faire visiter les espaces ainsi que présenter les diverses activités.</p>
	<p>13. Fournir aux proches le soutien dont ils ont besoin. S'assurer que les proches ont l'opportunité d'exprimer leurs propres préoccupations et inquiétudes lors de l'admission et à intervalles réguliers par la suite.</p>
	<p>a. Associer et soutenir les proches en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - leur donnant les coordonnées du professionnel référent; - leur demandant d'avoir une attention particulière aux premières semaines de leur proche au sein de la résidence; - facilitant l'intimité du couple si besoin; - leur proposant un soutien psychologique; - les informant des observations faites par les professionnels lors de ces premières semaines.
	<p>14. Porter une attention particulière aux nouveaux résidents, les écouter et les assister au besoin pour faciliter leur emménagement et leur intégration.</p>
	<p>a. Désigner un professionnel référent au nouveau résident et à ses proches pour les premières semaines.</p>
	<p>b. Porter une attention particulière au nouveau résident lors de ses premières semaines en résidence, en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - échangeant avec le résident sur ses ressentis; - en respectant son rythme d'appropriation des lieux; - en prévoyant une adaptation personnalisée des prestations de soins; - en formalisant le recueil des observations dans le dossier du résident; - en analysant ces informations lors des réunions de professionnels.
	<p>15. Utiliser des grilles d'évaluation coordonnées afin de limiter les questions et les informations redondantes.</p>
	<p>16. Expliquer clairement aux proches et aux employés la nature des soins qui seront prodigués.</p>
	<p>17. Rechercher le consentement du résident dès son arrivée concernant les conditions de la liberté d'aller et venir sous la forme la plus adaptée (écrite, orale, verbalisée ou non), et l'inscrire dans le contrat de séjour et le dossier du résident.</p>

ACCUEIL	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	18. Vérifier, dès le processus d'admission, que les documents légaux de fin de vie sont en ordre et qu'ils incluent les dernières volontés du résident.
Information à transmettre aux résidents	19. Établir un système clair de transmission de l'information (les diverses options possibles, les coûts, le niveau de services) aux nouveaux résidents et à leurs proches. L'information doit être compréhensible et la personne contact pour répondre aux questions doit clairement être identifiée.
	20. Produire et diffuser un guide d'accueil et de référence au résident (ou une pochette informative).
	a. Présenter le guide d'accueil, l'expliquer au résident et aux proches, une semaine après l'admission. Faire un suivi avec le résident et les proches un mois après la rencontre afin de valider leur compréhension, et prévoir l'évaluation annuelle du processus complet.
	b. Informer le résident sur les différents aspects règlementaires.
	c. Remettre le livret d'accueil au résident le plus rapidement possible, dans le cadre d'une procédure d'accueil élaborée et inscrite dans le projet de vie.
	21. Informer les résidents et leurs proches, dès la première visite à la résidence, des différentes modalités s'appliquant à une possible perte d'autonomie et des coûts des services supplémentaires qui pourraient alors être exigés.
Information sur le résident à transmettre au personnel	22. Récolter l'histoire de vie du nouveau résident afin d'informer le personnel de son vécu et de favoriser une meilleure relation. (autres termes utilisés : carnets mémoire de vie, biographies express).
	a. Préciser, lors du recueil de l'histoire de vie, l'événement déclencheur ayant précédé le déménagement, ainsi que le processus décisionnel ayant conduit à la décision.
	b. Colliger et documenter les informations sur les préférences et les routines des résidents en utilisant des outils et des systèmes d'information spécifiques. Partager les informations avec le personnel, à moins d'avis contraire du résident. La liste suivante comprend des exemples d'outils pouvant être utilisés tels quels ou avec adaptation : <ul style="list-style-type: none"> - Histoire de vie / <i>Life review</i>; - Autobiographie; - Histoire orale; - <i>Preference for Everyday Living Inventory</i> (PELI) : outil d'évaluation permettant d'identifier les préférences psychosociales des résidents pour des aspects de la vie de tous les jours comme la quantité de socialisation désirée, les loisirs et activités souhaités, etc.; - <i>Care Cards</i> : cartes documentant les préférences des résidents pour la vie de tous les jours et qui sont distribuées au personnel travaillant auprès des résidents; - <i>All About Me Form</i> : formulaire contenant les informations basées sur l'entrevue avec le résident réalisée par l'infirmière auxiliaire et qui sont inscrites dans le « Sommaire des soins », qui se retrouve dans la chambre de chaque résident; - <i>Preference Collage</i> : collage réalisé par le résident en collaboration avec les proches et le personnel qui représente visuellement les préférences et les goûts des résidents; - <i>Memoraid</i> : outil permettant de documenter l'histoire de vie du résident, les événements historiques ayant eu lieu au courant de sa vie, ses préférences pour les activités de la vie quotidienne, etc.; - <i>Wants and Desires form</i> : un résumé en une page des vœux et désirs du résident. Le formulaire comporte plusieurs sections : les objectifs (ce que le résident souhaite accomplir ou améliorer), la routine personnelle de soins, l'histoire de vie et les habitudes, la routine quotidienne, les boissons favorites, la nourriture favorite, les cycles des événements quotidiens. - <i>Wishing tree</i> : les vœux du résident sont identifiés et illustrés sur un « arbre des vœux », qui peut être affiché au mur. Les vœux sont réalistes et réalisables : par exemple, un résident pourrait souhaiter vouloir utiliser des livres sonores, assister à un spectacle, apprendre à jouer du piano ou à utiliser un ordinateur pour la première fois.
	c. Prioriser systématiquement l'histoire de vie et les désirs du nouveau résident lors de l'accueil afin de commencer à le reconnaître en tant qu'individu.
	d. Documenter les besoins des résidents et préciser les raisons pour lesquelles tel ou tel besoin participe à l'identité sociale et culturelle du résident (parcours de vie).
	e. Utiliser une méthode biographique d'évaluation qui permet d'impliquer les proches dans la planification des soins.

ACCUEIL	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	Un proche peut prendre la responsabilité de développer une biographie écrite et illustrée en partenariat avec le résident et l'intervenant pivot.
	23. Recueillir des informations précises sur les habitudes de vie, le degré d'autonomie, de dépendance, le tempérament, les proches, les capacités à accomplir certaines tâches, etc.
	24. Identifier clairement, dès l'arrivée du résident, ses liens familiaux et sociaux (ses proches) afin de bien les accueillir et les encourager à venir visiter le résident à la résidence.
	25. Organiser un programme de mentorat dans lequel les nouveaux résidents sont jumelés avec un résident qui vit à la résidence depuis un certain temps.
	26. Intégrer formellement des rencontres avec des résidents actuels à l'orientation des nouveaux résidents.
	27. Présenter rapidement le nouveau résident aux autres résidents de son unité de vie ainsi qu'aux membres du comité des résidents afin de lui permettre de fonder ses repères.
	28. Mettre sur pied un comité d'accueil :
	a. Le comité d'accueil est composé de résidents et de membres du personnel.
	b. Les membres du comité d'accueil accompagnent les nouveaux résidents au sein de la résidence. Ils les introduisent aux autres résidents et facilitent les échanges entre les résidents, les proches et le personnel.
	c. Un représentant du comité d'accueil visite le nouveau résident 3 ou 4 fois afin de l'aider à comprendre toutes les nouvelles informations.
29. Repérer les leaders et les mettre à contribution pour faciliter l'intégration des nouveaux résidents.	
Introduction auprès du personnel	30. Accueillir et souhaiter la bienvenue aux nouveaux résidents à la porte, dès leur arrivée.
	31. Porter une attention particulière aux nouveaux résidents qui ne sont pas de la région et leur accorder plus de temps pour les aider à se constituer un réseau au sein de la résidence.
	32. Présenter le nouveau résident aux membres du personnel lors de son accueil.
	a. Attendre plusieurs jours avant de procéder à l'orientation du nouveau résident, qui doit inclure une visite personnelle du résident par l'ensemble des membres du personnel qu'il côtoiera.
	33. Faciliter la discussion et l'intégration, par exemple en parlant d'abord des décorations que le résident a apportées et qui révèlent des éléments de son passé (afin d'ouvrir la discussion). Mettre en relation les résidents ayant des intérêts communs et faciliter l'intégration.
Attentions particulières	34. Inscrire le nom du résident sur sa porte avant son arrivée, à moins que le résident ne le souhaite pas.
	35. Placer un bouquet de fleurs fraîches et une carte d'accueil signée des résidents et du personnel dans la chambre du résident.
	36. Offrir un cadeau d'accueil au nom des résidents actuels : des produits de beauté, un apéritif, un plateau de biscuits.
	37. Installer des affiches annonçant l'arrivée d'un nouveau résident et son lieu d'origine (« peut-être le connaissez-vous? »).

Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique

La dimension *Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique* regroupe les pratiques qui concernent la vie de tous les jours dans la résidence, à l'exception de l'alimentation. Elles mettent l'accent sur l'implication du résident dans la vie de la résidence et dans les soins qui le concernent, ainsi que sur la réalisation de certaines activités par le résident lui-même. Pour cette raison, certaines redondances avec les pratiques de la dimension *Implication des résidents* subsistent. Les pratiques retenues dans cette section montrent que le rôle des préposés aux bénéficiaires et du personnel de soutien dans le soutien à l'autodétermination des résidents est essentiel, car ils sont aux premières loges de leur vie quotidienne.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Encourager et respecter les choix des résidents	1. Encourager les résidents à faire des choix et respecter ces choix dans la mesure du possible, quant aux éléments suivants :
	a. choisir les vêtements qu'ils souhaitent porter et choisir s'ils souhaitent dormir nus.
	b. choisir leur style de coiffure.
	c. choisir leurs bijoux.
	d. décider s'ils souhaitent mettre du maquillage ou non.
	e. choisir l'heure du lever et du coucher, incluant le sommeil durant le jour, ainsi que les modalités d'aide au coucher.
	f. choisir s'ils souhaitent garder la lumière allumée la nuit.
	g. choisir les activités à faire.
	h. choisir les gens à recevoir en visite.
	i. choisir ce qu'ils souhaitent manger.
	j. choisir différentes options pour l'hygiène : lavabo, douche, bain, au lit, chariot de bain, etc.
	k. choisir le moment voulu et la fréquence voulue du bain / douche.
	l. choisir l'heure voulue de leurs rendez-vous.
	m. choisir d'avoir un contact physique avec le personnel ou non.
	n. choisir le moment de l'entretien ménager de la chambre et choisir s'il (le résident) souhaite être présent à ce moment ou non.
	2. Arrimer les horaires des activités d'assistance avec celui de la programmation des activités de loisirs.
	3. Éviter de prodiguer des soins aux résidents sans leur permission.
4. Offrir aux résidents une routine de soins et de services qui correspond à leurs besoins et à leurs habitudes de vie.	
5. Lorsqu'il y a une demande d'un résident à l'égard du sexe de l'intervenant prodiguant les soins intimes, recevoir cette demande et y répondre si elle est jugée raisonnable et dans la mesure du possible.	

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Sommeil, lever / coucher, etc.	<p>6. Pendant la journée, ne mettre au lit que les résidents qui le demandent ou celles pour lesquelles c'est absolument nécessaire en trouvant éventuellement des solutions alternatives (fauteuil, télévision, lecture, baladeur).</p> <p>7. Préparer en dernier, pour la nuit, les résidents insomniaques sans les mettre au lit, mais en leur proposant de rester dans leur chambre à regarder la télévision, ou bien de se rendre dans des pièces communes.</p> <p>8. Permettre aux résidents de veiller, la nuit, et favoriser les activités de nuit des résidents dans la mesure où elles ne nuisent pas aux autres résidents.</p> <p>a. Proposer des activités calmes la nuit pour les résidents qui ne dorment pas, par exemple, des jeux de cartes, des revues, la télévision, la radio, de la musique avec un casque pour ne pas gêner les autres résidents</p>
Hygiène	<p>9. Définir et respecter un temps minimal pour l'hygiène.</p> <p>10. Faire des soins d'hygiène des moments de douceur, de tendresse et de complicité. En ce sens, les soins d'hygiène peuvent par exemple être accompagnés d'un massage.</p> <p>11. Utiliser une nouvelle approche pour la douche / bain en ayant recours à un savon qui n'a pas besoin d'être rincé (« <i>no-rinse soap</i> » ou « <i>towel bath</i> »).</p> <p>12. Offrir des bains avec des bulles, de la musique douce et décorer les salles de bain comme à la maison.</p> <p>13. Éviter de déshabiller un résident dans un endroit public, de se promener en serviette, de le faire asseoir sur une surface métallique froide, etc.</p> <p>14. Offrir un environnement pour l'hygiène qui réponde aux besoins des résidents en termes de température, de degré d'humidité et de niveau de bruit.</p>
Vêtements / habillage	<p>15. Faire de l'habillage et du déshabillage des moments de douceur, de tendresse et de complicité.</p> <p>16. Prévoir des garde-robes qui permettent une sélection de vêtements par le résident. Au fur et à mesure de la perte d'autonomie, disposer des vêtements à mettre dans l'ordre et, éventuellement, prévoir une autre garde-robe fermée à clé pour certains vêtements.</p> <p>17. Offrir aux résidents des vêtements faciles à mettre : pantalons sans ceinture, chaussures à velcro, etc.</p> <p>18. Adapter l'entretien des vêtements à la gestion des textiles modernes confortables et seyants, préservant également la pudeur et l'identité (problème des chemises de nuit ouvertes, sans pantalons de pyjama pour les hommes, jupes trop courtes ou pas assez larges pour les femmes, etc.)</p> <p>19. Respecter la pudeur des résidents :</p> <p>a. Déshabiller les résidents étape par étape (plutôt que tout d'un coup).</p> <p>b. Fermer le rideau pour protéger l'intimité des résidents qui s'habillent.</p> <p>c. Fermer la porte lors du déshabillage.</p> <p>20. Encourager les résidents à prendre soin de leur apparence.</p>
Entretien ménager	<p>21. Prévoir des rencontres régulières entre les employés responsables de l'entretien ménager et les résidents.</p> <p>22. Inclure les employés responsables de l'entretien ménager dans l'intégration du résident, car ces employés sont souvent pour le résident un repère dans le temps et dans l'espace, une personne avec qui se développe une relation sociale, un référent affectif, etc.</p>
Routine du matin	<p>23. Personnaliser l'accueil le matin :</p> <p>a. Apporter un journal ou une revue aux résidents;</p> <p>b. Commenter le quotidien : météo, actualité, etc.</p> <p>c. Ouvrir la radio ou la télévision.</p>

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>d. Parler aux résidents des activités de la journée.</p> <p>e. Ouvrir les rideaux / stores.</p> <p>f. Offrir aux résidents levés la possibilité de prendre une boisson chaude ou des petits en-cas (collations toutes prêtes).</p>
Faire soi-même	<p>24. Encourager les résidents à réaliser eux-mêmes les activités suivantes (« self-care ») tout en s'assurant de leur réalisation effective :</p> <p>a. S'habiller et se déshabiller seuls dans la mesure du possible;</p> <p>b. Se coiffer.</p> <p>c. Appliquer de la crème hydratante, de l'après-rasage, du parfum, du déodorant, etc.</p> <p>d. Se maquiller, appliquer / utiliser des cosmétiques. Le personnel peut soutenir ou guider le résident, notamment pour éviter que ce soit outrancier (lorsque difficultés visuelles, par exemple).</p> <p>e. Se mettre et se lever du lit.</p> <p>f. Se laver les dents / la prothèse dentaire.</p> <p>g. Utiliser la toilette. Proposer au résident de rester seul quelques instants aux toilettes, après l'avoir rassuré sur sa propre disponibilité à intervenir en cas de nécessité et en renouvelant périodiquement la garantie de sa propre présence. Offrir à la personne alitée l'opportunité de rester seule après avoir placé le bassin hygiénique ou l'urinal.</p> <p>h. Se laver (ou laver les parties du corps qu'ils peuvent laver).</p> <p>i. Marcher seuls (ou avec de la supervision minimale).</p> <p>j. Donner aux résidents le temps nécessaire pour faire ce qu'ils peuvent faire seuls.</p> <p>25. Susciter la participation des résidents dans la réalisation des tâches et les encourager à prendre des responsabilités. Intégrer ces tâches et responsabilités comme étant partie d'une gamme d'activités quotidiennes dans la résidence. Assurer la supervision nécessaire à leur réalisation :</p> <p>a. Nettoyer, plier et ranger les vêtements, etc.</p> <p>b. Entretenir des plantes / s'occuper d'un jardin.</p> <p>c. Distribuer le courrier aux résidents.</p> <p>d. Placer des journaux et des magazines dans un présentoir.</p> <p>e. Travailler dans une bibliothèque, incluant la distribution de livres aux résidents ayant une mobilité limitée.</p> <p>f. Lire aux résidents ayant des difficultés de vision.</p> <p>g. S'occuper d'animaux de compagnie.</p> <p>h. Prendre des photos.</p> <p>i. Aider des résidents à marcher à l'extérieur de la résidence.</p> <p>j. Nettoyer, entretenir : toilette, chambre, etc.</p> <p>26. Offrir des programmes de réadaptation / de réhabilitation (« restorative care ») pour maintenir les capacités des résidents ou pour qu'ils (ré) apprennent à réaliser certaines activités, notamment se laver et s'habiller / se déshabiller. L'objectif des programmes est de maintenir (voir améliorer) les capacités des résidents en les amenant à réaliser des activités où ils mettent en pratique leurs aptitudes ou réapprennent à les utiliser.</p>

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>a. Offrir un programme de marche ou d'accompagnement aux toilettes pour maintenir les capacités des résidents,</p> <p>27. S'assurer que les résidents puissent réaliser et participer à des activités significatives, importantes, notamment en s'impliquant dans la routine du centre.</p>
Connaître l'histoire de vie des résidents	<p>28. Prendre le temps de discuter, placoter avec les résidents pour connaître leur histoire de vie et les stimuler et les complimenter pour maintenir leur confiance.</p> <p>29. Colliger et documenter les informations sur les préférences et les routines des résidents en utilisant des outils et des systèmes d'information spécifiques. Partager les informations avec le personnel à moins d'avis contraire du résident. La liste suivante comprend des exemples d'outils pouvant être utilisés tels quels ou avec adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histoire de vie / <i>Life review</i>; - Autobiographie; - Histoire orale; - <i>Preference for Everyday Living Inventory (PELI)</i>: outil d'évaluation permettant d'identifier les préférences psychosociales des résidents pour des aspects de la vie de tous les jours comme la quantité de socialisation désirée, les loisirs et activités souhaités, etc.; - <i>Care Cards</i> : cartes documentant les préférences des résidents pour la vie de tous les jours et qui sont distribuées au personnel travaillant auprès des résidents; - <i>All About Me Form</i> : formulaire contenant les informations basées sur l'entrevue avec le résident réalisée par l'infirmière auxiliaire et qui sont inscrites dans le « Sommaire des soins », qui se retrouve dans la chambre de chaque résident; - <i>Preference Collage</i> : collage réalisé par le résident en collaboration avec les proches et le personnel qui représente visuellement les préférences et les goûts des résidents; - <i>Memoraid</i> : outil permettant de documenter l'histoire de vie de la personne, les événements historiques ayant eu lieu au courant de sa vie, ses préférences pour les activités de la vie quotidienne, etc.; - <i>Wants and Desires form</i> : un résumé en une page des vœux et désirs du résident. Le formulaire comporte plusieurs sections : les objectifs (ce que le résident souhaite accomplir ou améliorer), la routine personnelle de soins, l'histoire de vie et les habitudes, la routine quotidienne, les boissons favorites, la nourriture favorite, les cycles des événements quotidiens; - <i>Wishing tree</i> : les vœux du résident sont identifiés et illustrés sur un « arbre des vœux », qui peut être affiché au mur. Les vœux sont réalistes et réalisables : par exemple, un résident pourrait souhaiter vouloir utiliser des livres sonores, assister à un spectacle, apprendre à jouer au piano ou à utiliser un ordinateur pour la première fois. <p>a. Colliger des informations notamment sur la routine de sommeil (lever, coucher, etc.)</p> <p>b. Consigner les informations dans le plan d'intervention.</p>
Vie privée	30. Éviter de déplacer les effets personnels des résidents sans raison (ou replacer au bon endroit après les avoir déplacés, pour le ménage par exemple).
Modalités d'identification et de communication avec le personnel	<p>31. Faciliter l'identification des membres du personnel par les résidents et leurs proches tout en évitant le port obligatoire d'uniformes traditionnels. Par exemple, le personnel peut porter des tenues professionnelles de couleurs différentes, des épinglettes avec leur nom, leur titre et une photo pour faciliter leur identification par les résidents, etc.</p> <p>32. Informer les résidents et leurs proches de la répartition des rôles des professionnels au sein de l'établissement.</p> <p>a. Toute modification des rôles et responsabilités doit être accompagnée d'une explication claire et franche.</p>
Autres AVQ et AVD	<p>33. Permettre aux résidents un accès à un animal de compagnie (chat, chien, oiseaux, etc.) dans la mesure où ils ne nuisent pas aux autres résidents (notamment, dans le cas d'allergies). Par exemple, réserver une unité ou un étage de la résidence aux résidents souhaitant avoir un animal de compagnie ou tolérant les animaux de compagnie des autres. La résidence peut elle-même acquérir et s'occuper d'un ou de plusieurs animaux de compagnie, tout en respectant ces mêmes limites.</p> <p>34. Assister les résidents pour sortir de la résidence.</p> <p>35. Offrir un service de salon de coiffure et accessible régulièrement (chaque deux semaines par exemple).</p>

Alimentation

La dimension *Alimentation* regroupe les pratiques concernant la prise des repas par les résidents, le terme « repas » incluant les collations et les boissons consommées dans une résidence. L'alimentation est présentée dans la littérature comme une dimension particulièrement significative dans la vie des résidents, mais qui comporte également son lot de défis. Les pratiques recommandées visent notamment à assurer aux résidents la liberté de choix et d'action tout en attribuant au personnel des responsabilités importantes pour favoriser la diversité et la qualité des aliments, assurer aux résidents une certaine flexibilité, ainsi que pour impliquer les résidents dans des activités liées à l'alimentation.

ALIMENTATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Environnement, articles et équipements	1. Embellir les tables, par exemple en utilisant des nappes (antidérapantes, pour assurer la sécurité des résidents), des napperons et des serviettes en tissu, en mettant des fleurs et des chandelles sans flamme au centre des tables, en évitant les ustensiles de plastique, etc. Éviter l'usage de bavettes (remplacer par des serviettes ou des tabliers en tissu). Rendre l'atmosphère et le décor agréables en favorisant l'éclairage naturel et l'ensoleillement de la salle à manger le jour, en réduisant l'éclairage le soir, en prévoyant l'utilisation de pare-soleil ou de rideaux, en décorant les murs de la salle à manger de photos et de peintures, en éloignant l'espace des déchets des résidents, en évitant les niveaux de bruit trop élevés, l'accumulation de vaisselle sale, etc.
	2. Aménager plusieurs environnements pour prendre les repas, dont une salle à manger principale et, si possible, un emplacement extérieur, un environnement de style restaurant, bistro ou café, une salle de séjour et un emplacement dans les chambres.
	3. Utiliser des couverts et une vaisselle adaptés selon les besoins des résidents tout en conservant un aspect hôtelier. Par exemple, privilégier le contraste de couleurs entre la vaisselle et la table pour que celle-ci soit mieux repérée, fournir des couverts adaptés (gros manches, assiette avec rebord) selon les besoins et proposer des serviettes de table (par opposition aux bavettes) suffisamment grandes et en tissu.
	4. Utiliser des tables de cuisine habituelles, plutôt que seulement de longues tables de style cafétéria. Prévoir diverses configurations des tables (par exemple, pour 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 personnes).
	5. Faire jouer de la musique sélectionnée par les résidents à l'heure des repas et faire venir des musiciens locaux occasionnellement.
	6. Prévoir l'espace nécessaire pour que les résidents se déplacent aisément dans la salle à manger, notamment ceux en chaise roulante.
	7. Offrir la possibilité aux résidents de choisir à quel endroit et avec qui ils souhaitent prendre leur repas incluant la possibilité qu'ils mangent seuls, tout en assurant une supervision constante et en soutenant les interactions entre les résidents pendant les repas. Éviter les plans de table prédéfinis et rigides. Si des plans de table existent, les élaborer avec les résidents et les réviser aussi souvent que nécessaire pour favoriser les interactions.
	8. Fournir des annexes de cuisine (cuisinettes) ainsi que des articles de cuisine de base qui permettent de partager des moments de cuisine (préparer des recettes simples, faire la vaisselle, etc.).
	9. Utiliser des buffets réfrigérants et des réchauds gardant des aliments prêts à manger à la bonne température sur une certaine période de temps. Utiliser des équipements qui permettent aux résidents d'en voir le contenu (par exemple, au travers de surfaces vitrées).
	10. Transporter les repas aux différentes unités à l'aide de chariots pour que les résidents puissent manger dans les salles à manger des unités. Utiliser des chariots ayant une belle apparence (par exemple, en bois).
	11. Éviter de faire fonctionner les téléviseurs (par défaut) pendant que les résidents mangent.
	12. Remplacer les uniformes blancs institutionnels de l'équipe de la cuisine par un look bistro plus actuel, assurant aux résidents de bien reconnaître l'équipe de cuisine afin de construire des relations interpersonnelles.

ALIMENTATION		
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES	
Contenu des repas / menu	13. Offrir au résident le choix de ses aliments et des quantités souhaitées.	
	a. Baser les menus sur les préférences et les goûts des résidents, sur leurs routines et leurs habitudes en lien avec l'alimentation, ainsi que sur les demandes formulées par les résidents quant à l'alimentation. Ces informations sont colligées, documentées, révisées régulièrement et sont rendues disponibles au personnel (par exemple, grâce à un « Dining Interview Sheet » ou sous forme de « fiche de goût »).	
	b. Offrir un menu complet et diversifié qui offre des choix aux résidents (semblable à celui d'un restaurant).	
	c. Offrir un menu contenant des aliments et des recettes connus des résidents (repas traditionnels).	
	d. Présenter les plats et les alternatives disponibles lors des repas, par exemple en utilisant des assiettes montées. Apporter des modifications aux repas ou des repas de remplacement si nécessaire.	
	e. Veiller au respect des exigences religieuses et culturelles et offrir des repas culturellement diversifiés. Si la résidence n'est pas en mesure de fournir elle-même ces repas, il est possible de conclure des ententes avec des restaurants ou des partenaires externes (popotes roulantes, organismes communautaires, etc.).	
	f. Répondre aux demandes ponctuelles des résidents le jour même, si possible; si des aliments doivent être achetés, informer le résident du délai avec lequel les services alimentaires pourront répondre à la demande.	
	g. Désigner à chaque semaine les résidents d'une table en tant qu'« hôtes » et les inviter tour à tour à choisir un repas qui doit être servi. À chaque jour, afficher dans la salle à manger une brève histoire du résident ayant choisi le repas de ce jour (avec le soutien de l'animateur / récréologue, de l'ergothérapeute ou du travailleur social).	
	14. Pratiquer une différenciation saisonnière.	
	15. Réduire le recours aux aliments mécaniquement hachés, broyés, etc. et aux purées. N'utiliser que lorsque nécessaire selon le résident et selon l'aliment.	
	16. Servir régulièrement des aliments que les résidents peuvent manger avec les mains, de style amuse-gueules.	
	17. Offrir la possibilité aux résidents de participer à l'élaboration du menu et de proposer leurs recettes, tout en faisant approuver le menu par un diététicien.	
	18. Avoir recours à des produits offerts par les proches ou provenant de jardins communautaires à proximité.	
	19. Offrir aux résidents des collations « amusantes » comme de la crème glacée, du popcorn, des smoothies, etc.	
	20. Placer sur les tables des condiments accessibles aux résidents (salière, poivrier, sucrier, sauce piquante, etc.).	
	21. Permettre aux résidents de consommer des boissons alcoolisées (en quantité modérée), notamment lors d'évènements.	
	22. Laisser la possibilité aux résidents qui le souhaitent de faire livrer des repas de l'extérieur.	
	Nutrition	23. Éduquer le résident sur les choix nutritionnels qu'il fait (par exemple, grâce à des séminaires) et offrir des aliments santé. Dans les cas où le résident fait des choix qui divergent de l'éducation reçue, utiliser un formulaire de consentement où le résident consent aux conséquences des choix qu'il fait.
		24. À moins qu'une condition médicale ne l'empêche, avoir recours à une alimentation normale / habituelle pour les résidents, tout en assurant un suivi de leur évolution (santé et bien-être).
		25. Élaborer les régimes et les diètes avec le résident et faire le suivi de son état de santé et de bien-être en considérant ses choix, ses objectifs et ses préférences, plutôt que de les baser exclusivement sur un diagnostic. Par exemple, laisser la possibilité au résident diabétique de choisir de ne pas suivre sa diète.
		26. Bien motiver et expliquer les impositions alimentaires qui sont jugées nécessaires, le cas échéant.
	Planification	27. Instaurer un groupe formé de résidents (et de membres du personnel qui le souhaitent) pour orienter et proposer des améliorations aux services alimentaires (par exemple, le comité peut se pencher sur le contenu de chacun des repas, l'horaire, la distribution, la température, etc.). Ce groupe peut relever ou faire partie du comité des résidents.
28. Élaborer un menu qui s'étale sur un cycle de cinq semaines.		

ALIMENTATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	29. Afficher les menus un mois à l'avance.
	30. Afficher quotidiennement le menu du jour détaillé (en gros caractères et dans les endroits de passage des résidents).
Préparation et distribution des repas	31. Préparer les repas à proximité des résidents de façon à ce qu'ils voient et entendent le personnel et sentent les odeurs de la nourriture (par exemple à l'aide d'une station culinaire dans la salle à manger).
	32. Utiliser un réchaud portatif pour servir les résidents individuellement, de table en table.
	33. Impliquer les résidents dans la préparation des tables, de la salle à manger, dans la distribution des repas, etc. en assurant la sécurité de ces résidents.
	34. Impliquer les résidents et les proches dans la préparation de certains repas simples.
	a. Pour ce faire, offrir l'information et la formation de base pour s'assurer d'une manipulation adéquate des aliments.
	b. Impliquer les résidents de diverses origines ethniques dans la préparation de recettes en valorisant leurs traditions, les aliments qui proviennent de leur pays d'origine, etc.
	c. Encourager les résidents à préparer eux-mêmes des boissons chaudes.
	35. Offrir des présentations culinaires spéciales aux résidents en expliquant les ingrédients utilisés, les processus, etc. et en offrant la dégustation du produit.
	36. Offrir une présentation appétissante des repas (texture, visuel, odorat, etc.). Éviter de mélanger les purées.
	37. Offrir la possibilité aux résidents de garder de la nourriture dans un réfrigérateur ainsi que de réchauffer des mets par eux-mêmes (dans un four micro-ondes).
	38. Inviter le personnel à participer à la préparation et à la distribution des repas.
39. Éviter de commencer à servir le repas avant que le résident ne soit arrivé.	
Horaire	40. Offrir la possibilité aux résidents de manger lorsqu'ils le souhaitent. Pour ce faire, laisser la salle à manger ouverte 24 heures sur 24 pour des goûters légers (et donner la possibilité aux résidents de se servir par eux-mêmes entre les repas).
	41. Établir un horaire des repas adapté aux besoins et aux habitudes des résidents (qui s'apparente à celui de la vie normale, la vie de tous les jours).
	a. Pour le déjeuner, servir un déjeuner continental sur une longue période de temps (ex. : 7 h à 10 h), ainsi qu'un repas chaud sur une période plus courte.
	b. Éviter d'amener les résidents à la salle à manger plus de 20 minutes à l'avance.
	42. Offrir aux résidents et aux visiteurs la possibilité de consommer une boisson ou une collation au moment de leur arrivée au centre.
43. Afficher les heures de repas.	
Soutien du personnel	44. Colliger des informations auprès des résidents sur leurs goûts et leur routine par rapport à l'alimentation, ainsi qu'à la révision des informations, par exemple avec un questionnaire préétabli (infirmières auxiliaires et techniciens en loisirs en particulier).
	45. Laisser le résident se nourrir seul dans la mesure du possible.
	46. Se placer à l'angle de la table (90 degrés) plutôt que face au résident pour l'aider à manger et rester assis pendant la durée du repas.
	47. Signaler tout changement de comportement lors du repas : appétit, refus, tristesse, endormissement, etc.
	48. Parler aux résidents du menu, faire appel à la mémoire, à la saison et aux fêtes pour leur donner envie de manger, décrire ce qu'ils mangent.

ALIMENTATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	49. Échanger avec les résidents pendant le repas, questionner le résident, essayer de comprendre s'il ne s'alimente pas, offrir un autre choix.
	50. Respecter la capacité et le rythme des résidents.
	51. Éviter de mélanger la nourriture des résidents.
	52. Éviter les commentaires négatifs sur le repas, ne pas dénigrer le menu (de manière verbale ou non verbale).
	53. Offrir une assistance à chaque résident pendant le repas, en ayant recours, par exemple, à des bénévoles et à des stagiaires.
Satisfaction / qualité	54. Mesurer et communiquer aux responsables de l'alimentation l'appréciation des repas par les résidents.
	a. Instaurer un « comité de nutrition » et / ou un « comité menu » pour assurer un suivi de la qualité de l'alimentation.
	b. Utiliser un ou des outils (par exemple, un sondage) pour évaluer régulièrement (par exemple, tous les mois) la satisfaction des résidents par rapport aux services alimentaires.
	c. Apprendre aux résidents qui le souhaitent comment évaluer la qualité et la quantité des repas (« tray accuracy ») (vérifier s'il manque des aliments ou s'il y en a en trop, prendre la température des repas, mesurer les portions, etc.) ainsi que les délais dans lesquels sont distribués les repas, l'aide apportée par le personnel aux résidents qui en ont besoin, le respect des horaires de livraison par les camions, etc.
Démence	55. Laisser au résident la possibilité de : mélanger les éléments du repas et de manger debout s'il le souhaite.
	56. Servir les résidents déments un plat à la fois.
	57. S'assurer que les résidents déments puissent manger dans une ambiance calme, sans distractions. Par exemple, utiliser une affiche « Ne pas déranger » et demander au personnel soignant d'attendre la fin du repas pour parler aux résidents.
	58. Attirer les membres du personnel à des résidents déments spécifiques, en leur servant leur repas et en suivant l'évolution de leurs besoins.
	59. Utiliser un outil adapté pour les résidents déments pour évaluer leur satisfaction par rapport à la nourriture.

Animation

Les nombreuses pratiques regroupées dans la dimension *Animation* sont pour la plupart des activités à mettre en œuvre pour le bien-être et la réalisation de soi des résidents. Certaines pratiques concernent toutefois la planification et la mise en œuvre des activités. Les activités sont regroupées par thèmes telles que les activités artistiques, physiques, sociales, cognitives ou sensorielles ainsi que les sorties à l'extérieur de la résidence. D'autres sous-dimensions focalisent sur l'importance de la personnalisation des activités ainsi que sur la réalisation de soi qu'elles doivent favoriser. En ce sens, plusieurs pratiques insistent sur l'importance d'offrir des activités significatives et gratifiantes, intégrées aux activités quotidiennes des résidents. Néanmoins, plusieurs activités de ce type ont plutôt été traitées dans la dimension *Implication des résidents*.

ANIMATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Programmation / planification	1. Planifier des activités régulières et diversifiées. Privilégier différents types d'activités : spirituelles, sportives, intellectuelles, manuelles, créatives, culturelles, utilitaires, domestiques, récréatives, sociales, afin de rencontrer les intérêts divers des résidents et de promouvoir les relations interpersonnelles.
	2. Organiser des activités utilisant différentes modalités, de groupe (grand et petit) ou individuelles.
	a. Organiser des activités un à un pour une courte période de temps. Cela est parfois plus approprié et bénéfique, surtout pour ceux qui ne participent pas aux activités de groupe. Par exemple : feuilleter un journal ou une revue, chanter ou écouter de la musique.
	b. Offrir des programmes permettant de regrouper certaines clientèles en petits groupes (3 à 8) et de leur offrir des activités adaptées : les résidents atteints de démence, les résidents atteints de déficience intellectuelle, les résidents avec comportements perturbateurs (psychogériatrie), les résidents plus jeunes, les résidents en fin de vie.
	c. Organiser des activités qui rencontrent également les besoins sociaux des résidents atteints cognitivement et physiquement.
	3. Assurer des loisirs sept jours par semaine et en soirée, lorsque pertinent. En soirée et les fins de semaine, les résidents ont peu d'occasions d'avoir des échanges.
	a. Établir un horaire d'activités sur sept jours, qui respecte le rythme et les habitudes de vie du résident, élaboré sur trois périodes, soit le matin, l'après-midi et le soir.
	4. Prévoir l'implication des proches dans l'organisation des activités de loisirs.
	5. Favoriser les activités qui font la promotion des interactions entre les pairs et les projets coopératifs.
	a. Favoriser les occasions de camaraderie et de rire.
	6. Offrir aux résidents la possibilité d'être seul ou avec d'autres pour participer aux activités, ou même de ne pas y participer.
	7. Intégrer une sensibilité culturelle et religieuse dans la planification des activités. La programmation devrait souligner les célébrations significatives spécifiques à chaque culture. Par exemple, activités centrées sur la culture Afro-américaine : Gospel, performances jazz, conférenciers, sorties au Théâtre Afro-américain, danse, événements musicaux.
	8. Évaluer les activités en se basant sur un ensemble de critères qualitatifs et quantitatifs que l'animateur en loisirs identifie pour mesurer la nature de l'activité, l'ambiance, le niveau d'atteinte des objectifs, etc.
	a. Utiliser des mécanismes spécifiques pour mesurer les attentes et la satisfaction des usagers en regard des activités organisées.

ANIMATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>b. Évaluer régulièrement, pour chaque activité à laquelle le résident est présent, son niveau de participation et les effets observés tant au moment de l'activité qu'après celle-ci. Partager ces observations lors des réunions d'équipe pluridisciplinaire et noter dans le dossier du résident les éléments positifs, ceux qui posent problème et les modifications envisagées.</p>
Soutien technique aux activités	9. Prévoir le transport pour les sorties et activités. Par exemple, posséder une mini-fourgonnette à cet effet.
	10. Mettre à disposition des salles équipées adéquatement pour la pratique des activités variées (par exemple, salle pour le bricolage, salle pour les activités physiques, coiffure et soins esthétiques, lecture du journal, etc.).
	11. Mettre du matériel à disposition pour la réalisation des activités physiques.
	12. Utiliser le hall d'entrée, les salles à dîner ou les salons pour des événements et activités.
	13. Publiciser quotidiennement et mensuellement le programme d'activités, les anniversaires et les événements spéciaux. Par exemple, affichage dans les lieux visibles et passants, distribution du programme ou de l'agenda de la résidence, agenda personnalisé dans la chambre du résident selon son choix d'activités, etc.).
	14. User des modalités d'organisation qui favorisent les relations entre les résidents telles que la convivialité du lieu, la taille du groupe, la disposition des sièges et des tables, le respect des affinités et inimitiés, en laissant le choix des places et le temps nécessaire pour présenter tous les membres du groupe.
Animation des activités	15. Inviter le personnel de toutes les disciplines de la résidence à participer au projet d'animation de la résidence (et avoir recours à leurs savoirs et passe-temps).
	a. Encourager la participation des résidents aux activités. Susciter l'envie de participer aux activités par la qualité de l'invitation, en invitant personnellement chaque résident.
	b. Encourager le personnel à participer aux sorties.
	c. Organiser un comité d'employés qui planifie des activités pour animer le lieu de travail et favoriser l'entraide.
	d. Arrimer les horaires des soins infirmiers, de l'assistance et des services professionnels avec celui de la programmation des activités de loisirs.
	e. Assurer une continuité des activités sociales proposées, même lors des absences de l'équipe d'animation.
	16. Intégrer des bénévoles dans l'organisation des activités d'animation (sorties, activités de loisirs, leçons). Par exemple, recruter des professeurs à la retraite.
	a. Recruter des bénévoles en quantité suffisante (40 % du total de la clientèle).
17. Initier des partenariats locaux avec des groupes externes pour l'animation d'activités (musique, danse, etc.).	
Personnalisation des activités	18. Instaurer un comité des loisirs. Ce comité vise à impliquer les résidents dans le processus de décision concernant leurs loisirs. Le comité est composé principalement de résidents, se réunit régulièrement et apporte une information rapide sur les besoins et les intérêts exprimés par les résidents et sur des suggestions d'activités. Il peut participer à la planification des activités. Il sert aussi à évaluer les activités offertes.
	19. Donner aux résidents la possibilité de choisir eux-mêmes leurs sorties et leurs activités. Définir les activités sur la base, notamment, des intérêts, des savoirs, des capacités, des motivations, des passe-temps et des choix des résidents. Considérer les éléments saillants de l'identité du résident dans la mise en place d'activités.
	20. Recueillir les attentes en matière d'activités individuelles et collectives en vue de planifier conjointement avec le résident le programme d'animation lors du processus d'admission. Une grille d'évaluation conçue à cet effet peut être utilisée. Revoir ensuite ce programme régulièrement, puisque les intérêts peuvent se modifier au cours du séjour.
	a. Recourir à un processus de consultation saisonnière par l'intervenant des loisirs sur une base individuelle ou de groupe, pour connaître les besoins des résidents et leur offrir différentes activités en fonction du potentiel et des capacités de chacun. Le processus se fait en collaboration avec les proches, si nécessaire.

ANIMATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>21. Intégrer au plan d'intervention interdisciplinaire le recours aux loisirs à des fins thérapeutiques, en collaboration avec les propriétaires de la ressource (pour ce faire, il existe des instruments comme la méthode IMPACT).</p> <p>22. Utiliser l'outil « <i>Pool Activity Level Instrument</i> » qui indique, à l'aide d'une liste à cocher, à quel échelon se situe le résident dans sa capacité à participer à des activités : planification, exploration, sensorielle ou réflexe. L'outil propose des activités adaptées à chaque échelon.</p>
Activités artistiques et manuelles	<p>23. Offrir des ateliers créatifs : collage, peinture, bricolage, artisanat, pyrogravure, sculpture, arts plastiques en général, couture, tricot, travail manuel.</p> <p>a. Travailler collectivement à une murale.</p> <p>b. Créer un département d'art-thérapie dynamique et créatif.</p> <p>c. Offrir un studio d'art où un animateur accueille les résidents, les membres du personnel et de la communauté pour y dessiner et peindre.</p> <p>d. Mettre à disposition des résidents une automobile en pièces détachées (préparée pour garantir la sécurité) afin de leur permettre de faire de la mécanique.</p>
	<p>24. Offrir un groupe de théâtre.</p>
	<p>25. Offrir des activités de chorale et de chants.</p> <p>La chorale est généralement animée par un membre du personnel faisant preuve de réelles compétences musicales. La chorale fait travailler le souffle et la mémoire et favorise une complicité de qualité entre les chanteurs. Au cours de cette activité, il faut laisser le plus de place possible aux compétences de chacun pour éveiller en eux le désir de s'améliorer et d'enrichir leur répertoire.</p>
	<p>26. Offrir des groupes de musique (écoute de musique, chant, musique et mouvements), de la musicothérapie et l'accès à de la musique en fonction des goûts individuels.</p>
	<p>a. Organiser un groupe de musique spécial pour les résidents atteints de démence. Rassembler les résidents dans une pièce calme, tamiser les lumières pour créer un environnement paisible, jouer de la musique douce en bruit de fond.</p>
	<p>b. Encourager le personnel et les résidents à commencer un « <i>barbershop quartet</i> ».</p>
	<p>c. Inviter régulièrement des musiciens pour le divertissement. Par exemple, un groupe Gospel, un groupe qui joue dans le hall d'entrée de la résidence.</p>
	<p>d. Faire jouer de la musique sur les unités ou ailleurs à des moments propices.</p>
	<p>27. Utiliser les histoires de vie et l'expression artistique pour faciliter la transition de vie des résidents à la résidence. Par exemple, visualiser un souvenir d'enfance favori et créer un collage en utilisant des images de revues, des plumes, du tissu et d'autres matériaux. Les participants créent un nom pour le collage et racontent aux autres l'histoire qui y a mené.</p>
	Activités physiques
<p>29. Organiser des groupes d'exercice : exercices en douceur, club de marche, étirements, exercices quotidiens, gymnastique douce.</p>	
<p>30. Organiser un groupe de psychomotricité.</p>	
<p>31. Organiser un groupe de danse.</p>	
Activités sociales	<p>32. Organiser des parties de jeux de société ou de jeux de cartes. Rendre accessible le matériel nécessaire.</p> <p>a. Organiser des jeux questionnaire, par exemple sur la Bible.</p> <p>b. Organiser des loteries ou des bingos.</p>
	<p>33. Organiser des activités et rencontres intergénérationnelles</p>

ANIMATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Activités sociales	a. Réaliser avec les résidents, et avec l'aide des proches, du personnel ou des bénévoles, des biographies vidéo comme façon d'engager un dialogue entre diverses générations.
	34. Organiser un Club-café.
	35. Organiser des événements familiaux.
	a. Célébrer le Jour des familles.
	36. Célébrer les fêtes annuelles au rythme des saisons.
	a. Célébrer les célébrations annuelles le jour même.
	b. Organiser des temps forts au sein de la programmation. Par exemple, un carnaval, des retrouvailles, un barbecue communautaire, des cocktails réguliers, des repas thématiques.
	37. Organiser des bals, bals costumés, partys, soirées dansantes, thé dansant. Inviter les proches.
	38. Organiser des sessions d'essais de chapeaux et de bijoux anciens.
	39. Présenter des diaporamas spéciaux.
	40. Organiser un rassemblement autour de la diffusion d'un match sportif auquel participent les résidents, les membres du personnel et les proches intéressés.
	41. Célébrer les anniversaires.
	a. Privilégier le repas du midi, le moment le plus convivial de la journée. Fêter le résident le jour même de son anniversaire avec un gâteau pour les membres de sa table et des chants d'anniversaire.
	b. Profiter de l'anniversaire d'un résident pour faire une animation spéciale lui étant dédiée en fonction de son histoire de vie. Par exemple, proposer des diapositives de la maison où il est né, de l'école qu'il a fréquentée, etc.
	42. Créer un groupe de vétérans.
	43. Inviter régulièrement le club du troisième âge à l'intérieur de la résidence.
	44. Offrir des activités spéciales pour les hommes (par exemple, <i>Happy Hours</i> , dîners à l'extérieur, etc.) et pour les femmes (par exemple, bingo, dîners à l'extérieur, etc.) lorsqu'un tel besoin est perçu.
	45. Offrir des activités de couples, que l'un des partenaires soit résident ou non.
	46. Organiser un ciné-club ou un service de projection de films en tenant compte de la langue d'usage des résidents.
	a. Choisir des films qui offrent des modèles positifs de personnes âgées.
	b. Avertir les résidents de l'horaire de projection des films et le leur rappeler régulièrement. Faire suivre le film d'un goûter-discussions. Répétée régulièrement, cette activité génère un rituel de rencontre et d'échanges.
	47. Organiser des activités sociales pour les résidents et le personnel, avec les proches, les bénévoles, etc.
	a. Maintenir les liens antérieurs des résidents en identifiant, lors de leur entrée en résidence, les liens existants et signifiants pour la personne et en invitant ces personnes significatives aux activités de la résidence.
b. Participer (le personnel) aux activités spéciales des résidents afin de renforcer les relations entre le personnel et les résidents.	
48. Organiser un groupe de réflexion philosophique.	
49. Organiser des activités de revue de presse (<i>current event groups</i>). Donner accès facilement aux journaux, radio, télévision, revues, Internet.	

ANIMATION

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES	
Activités cognitives et intellectuelles	<p>a. Une revue de presse est effectuée tous les matins par un membre du personnel qui se charge de lire des articles dans la presse nationale et dans la presse locale. Chaque article lu à haute voix est ensuite commenté par les membres du groupe. Il est important de solliciter l'avis des participants et de stimuler les confrontations d'opinions.</p>	
	50. Offrir une bibliothèque ou bibliothèque mobile.	
	<p>a. Demander au personnel et aux visiteurs des dons de livres pour monter une bibliothèque.</p>	
	<p>b. Établir un partenariat avec une bibliothèque locale pour la fourniture de livres aux résidents.</p>	
	51. Organiser un cercle de poésie.	
	<p>a. Faire l'écoute de littérature et de poésie enregistrées.</p>	
	52. Produire un bulletin de la résidence.	
	<p>a. Le bulletin porte sur les événements de la résidence. Il est produit par les résidents selon leur unique perspective afin de partager une information qui pourrait ne pas être accessible à tous les résidents, spécialement ceux ayant des limitations considérables et qui ne peuvent participer aux événements de la résidence.</p>	
	<p>53. Groupe de réminiscence au sein duquel les résidents partagent leurs histoires.</p> <p>Le personnel peut enregistrer ces histoires ou les écrire pour en faire un recueil. Les programmes de réminiscence stimulent le sens personnel, particulièrement la réminiscence à propos des relations et l'intégration des expériences passées dans la présente existence. Les personnes de toutes cultures trouvent plaisir et sens à partager leurs expériences de vie. Par exemple, utiliser le <i>scrapbooking</i>, l'écriture des mémoires ou le récit des histoires. Produire et regarder des albums de famille. Utiliser des photos, des objets et de la musique pour déclencher des souvenirs. Utiliser un thème comme par exemple, partager les souvenirs de la 2^e Guerre mondiale.</p>	
	54. Organiser un groupe de parole et de discussions.	
	<p>a. Organiser des ateliers de réflexion et d'échanges sur les modes de vie du passé.</p>	
	55. Stimuler par le jeu.	
	56. Organiser des ateliers de langage et gestes.	
	57. Organiser des jeux de mémoire.	
	58. Mettre à disposition des casse-têtes.	
	59. Favoriser l'accès à l'Internet afin de fournir des opportunités d'apprentissage et de communication avec les proches. Par exemple, un « <i>Silver surfer Club</i> » : une formation et un accompagnement aux résidents à l'utilisation d'Internet.	
	60. Organiser un club de lecture. Par exemple, un résident est chargé de lire quelques chapitres d'un livre ou de faire la revue de presse à d'autres résidents.	
	Sorties et voyages	61. Organiser des sorties variées fréquentes.
		<p>a. Les résidents qui participent aux sorties sont encouragés à prendre des photos et à présenter un diaporama à ceux n'ayant pas pu se déplacer.</p>
62. Offrir des sorties intergénérationnelles. Par exemple, des sorties au cinéma ou au restaurant avec des jeunes et des enfants.		
63. Offrir des sorties de proximité : bibliothèque, restaurant, centre-ville, marché, port, magasinage, les illuminations de Noël, supermarché, bureau de poste, banque, église, café, pubs, ventes de garage, événements des écoles et des collèges.		
64. Offrir des sorties culturelles : musée, théâtre, cirque, cinéma, foire artisanale, expositions d'art, concerts, lieux de cultes divers.		

ANIMATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	a. Sortie au musée des objets anciens suivi d'une discussion.
	65. Sortie à la piscine.
	66. Faciliter l'intégration des résidents qui le peuvent dans les programmes de loisirs et d'activités communautaires de la collectivité locale.
	67. Organiser des sorties qui font appel aux sensations et stimulent l'imagination : regarder le coucher de soleil, regarder le lever de la lune et les étoiles, regarder les lumières de la ville, visiter une ferme, etc.
	a. Sorties à la plage, au bord de l'eau, au zoo.
Événements et spectacles	68. Organiser la venue régulière d'artistes de la scène et de spectacles fréquents.
	69. Inviter des conférenciers.
	70. Organiser une foire artisanale (avec les œuvres réalisées par les résidents). Cela peut aussi servir à une levée de fonds.
	a. Mettre sur pied une galerie d'art permanente et rotative pour les artistes locaux, organisée par les résidents : ils planifient les lancements, développent le matériel publicitaire et aident à accrocher les œuvres d'art. Ils cuisinent également des biscuits afin d'amasser des fonds pour les éclairages spéciaux de la galerie.
	b. Organiser des expositions régulières : Par exemple, poupées, chapeaux, fleurs fraîches.
	c. Inviter des marchands ambulants dans l'établissement.
	71. Organiser des événements littéraires.
Activités sensorielles	72. Organiser un salon de beauté : manucure (réalisée par des bénévoles ou du personnel disponible), coiffure (de l'établissement ou de l'extérieur).
	73. Offrir des goûters et collations.
	74. Favoriser la présence d'animaux et d'activités de zoothérapie. Permettre aux résidents d'avoir un animal de compagnie (chat, chien, oiseaux, etc.) dans la mesure où ils ne nuisent pas aux autres résidents (notamment, en cas d'allergies). Par exemple, réserver une unité ou un étage de la résidence aux résidents souhaitant avoir un animal de compagnie ou tolérant les animaux de compagnie des autres. La résidence peut elle-même acquérir et s'occuper d'un ou de plusieurs animaux de compagnie, tout en respectant ces mêmes limites.
	75. Organiser un groupe de cuisine.
	a. La production d'un gâteau, de biscuits et de pâtisseries est le plus accessible et le plus agréable pour la cuisine de groupe. Garder le groupe petit (4-5 membres); utiliser un local ou une cuisine complémentaire plutôt que la cuisine principale; conserver à portée de main les ustensiles, utiliser un équipement simple ainsi que des recettes simples et fiables de gâteaux; les conditions d'hygiène et de propreté doivent être claires et respectées en tout temps; expliquer clairement les tâches à réaliser, procéder au partage des tâches et s'assurer que chacun a quelque chose à faire et qu'il suit les instructions; préparer des sessions de cuisine pour les occasions spéciales et les événements (anniversaires, vente de garage, célébrations, thé-party, etc.) Nuance / avis contraire : le personnel doit être une présence discrète prête à pallier telle ou telle déficience sans jamais se substituer au résident.
	b. Offrir des présentations culinaires par un « chef » (membre du personnel) qui prépare la nourriture devant les résidents, explique les ingrédients utilisés, le processus, l'histoire du plat, etc. et qui sert le produit aux résidents. Les résidents peuvent ensuite déterminer si le plat devrait être sur le menu de façon permanente.

ANIMATION

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Sous-dimensions	c. Désigner à chaque semaine une table hôte qui choisit le repas servi. Une brève histoire des résidents de la table hôte est affichée dans la salle à dîner. Le personnel peut aider à l'organisation de cette activité.
	76. Organiser un groupe de jardinage.
	a. Organiser un atelier potager d'intérieur.
	b. Inviter les résidents à participer à la plantation et à la cueillette de fleurs ou de légumes et à les cuisiner ensuite.
	77. Organiser des ateliers massage-bien-être-tendresse.
	78. Proposer des activités de sublimation (esthéticothérapie, médiation corporelle ou artistique).
	79. Donner un accès régulier à l'extérieur est important pour la qualité de vie. Accès aux espaces extérieurs et jardins. Intégrer la nature et l'utilisation d'espaces naturels dans la planification des activités afin d'augmenter les interactions des résidents avec la nature. Intégrer des marches dans la nature et planifier des activités sociales dans les espaces extérieurs.
	80. Aménager une salle de rire.
	81. Organiser des activités de luminothérapie.
	82. Organiser un atelier arômes, un atelier loterie des odeurs ou un groupe d'aromathérapie.
Réalisation de soi	83. Organiser des activités significatives et gratifiantes. Les résidents doivent se sentir utiles, pas seulement occupés. Par exemple, ils ont besoin de prendre part aux activités de la vie quotidienne de la résidence telles que le ménage, assister aux repas, faire la lessive, le jardinage.
	a. Privilégier les activités simples qui donnent un sens de normalité (cuisiner, tricot, casse-têtes, voisinage, repas entre amis, télévision, musique, etc.). Il s'agit d'activités régulières et simples dans la vie d'une personne, il devrait en être de même pour les résidents.
	84. Identifier un résident du mois : une célébration et une cérémonie de remise de prix en l'honneur d'un résident ayant servi de modèle positif pour les autres résidents.
	85. Les résidents organisent ou participent à des collectes de fonds pour des œuvres de charité, par exemple un tirage de paniers de la Saint-Valentin et de l'Action de grâce.
	86. Favoriser les activités qui offrent des opportunités d'apprentissage, de croissance et de développement du résident.
	87. Lier les activités les unes aux autres pour inscrire les activités dans un ensemble et une dynamique toujours centrés sur la mise en valeur de la richesse et des qualités des résidents. Par exemple, exposer les œuvres des résidents lors d'une journée spéciale ou tout au long de l'année pour décorer les tables des salles à manger ou les murs de l'institution; proposer les œuvres des résidents comme lot lors des bingos ou loteries.
a. Aider à la préparation du résident à une activité, à un événement spécial ou à une sortie : choix d'une tenue, encouragement à prendre un rendez-vous chez le coiffeur, etc. C'est en préparant sa sortie qu'un résident multiplier les initiatives et qu'il programmera ses journées.	

Communication

La dimension *Communication* rassemble des pratiques visant la qualité des interactions verbales et non verbales au quotidien entre les résidents, entre le personnel et les résidents, ainsi qu'avec les proches lorsqu'ils sont concernés. Soigner la qualité de la communication est un élément fréquent dans la littérature recensée, ce qui en fait un fondement de l'approche en milieu de vie. Plusieurs pratiques de la dimension *Communication* concernent des expressions de politesse et de respect du personnel envers les résidents, de même que des techniques pour favoriser la communication verbale et non verbale avec les résidents, dont ceux ayant des limites fonctionnelles et/ou cognitives. Quelques pratiques présentent des outils techniques pour faciliter de tels échanges. Cette dimension ne regroupe pas les pratiques visant l'instauration de supports de communication de type institutionnel (bulletin, accès Internet, courrier, etc.) qui se retrouvent plutôt au sein d'autres dimensions (*Implication des proches, Relations interpersonnelles*).

COMMUNICATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Expressions de politesse envers les résidents	1. Vouvoyer les résidents : <ul style="list-style-type: none"> - Sauf exception notée au plan d'intervention; - Si un résident perçoit le vouvoiement comme une limitation à la confiance quotidienne, expliquez que le vouvoiement est utilisé dans la résidence comme marque de respect.
	a. La semaine de sensibilisation « semaine du VOUS », mise sur pied par le comité des usagers pour sensibiliser les résidents à cette pratique.
	2. Personnaliser la relation avec le résident en le nommant par son nom de famille, précédé de Monsieur ou Madame, et non par son prénom (incluant entre membres du personnel en présence d'un résident), à moins que le résident n'exprime une autre préférence à cet effet.
	3. Éviter d'utiliser des diminutifs comme « sweetie », chéri, etc. et des familiarités, sauf si la personne le souhaite. Plusieurs résidents, en plus des soins physiques, peuvent avoir besoin de savoir que quelqu'un est émotionnellement relié à eux.
	4. Instaurer la tolérance zéro pour les gestes et paroles de violence (jurons, langage offensant).
	5. Instaurer la tolérance zéro pour les gestes et paroles infantilisantes (<i>babytalk</i>). Ne pas utiliser le « langage-aînés » qui inclut de ralentir le débit de la conversation, exagérer les intonations, élever le volume, répéter et utiliser un vocabulaire et une grammaire plus simples que pour une conversation normale d'adultes.
	6. Veiller à regarder le nouveau résident et à s'adresser à lui directement, sans utiliser la troisième personne.
Respect envers les résidents	7. Se présenter et saluer les résidents.
	8. Ne pas parler de quelqu'un d'autre en présence du résident et éviter les commérages.
	9. S'abstenir de parler des fonctions corporelles (par exemple, les selles) ou des soins d'un résident devant les autres.
	10. Éviter de bavarder ainsi que les dialogues prolongés entre membres du personnel en dispensant des soins à un résident ou en présence des résidents.
	11. Axer les interactions verbales et non verbales du personnel sur le résident et non sur la tâche, même en présence de plusieurs intervenants.
	12. Poser des questions au résident lors d'une intervention et lui expliquer toute intervention à faire.
	13. Respecter le droit du résident à la confidentialité de ses informations personnelles. Éviter de divulguer des informations personnelles dans des lieux fréquentés par d'autres résidents ou autres personnes. Les informations concernant le résident ne sont pas révélées par le personnel verbalement ou autrement, sauf s'il en est autorisé.
	14. Éviter d'accoler des étiquettes (c'est un « fou »; c'est un « voleur », etc.) à des résidents pour des conduites qui

COMMUNICATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	choquant.
	15. Éviter de donner des ordres aux résidents, par exemple pour qu'ils participent à une activité.
	<p>16. Utiliser les habiletés d'écoute active, ce qui favorise la reconnaissance et le respect des pensées, sentiments et croyances des individus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre le temps de comprendre le résident; - Les mots des résidents sont repris et lui sont répétés lentement. Ainsi, il est possible de faire émerger certaines significations des propos des résidents, qui a priori peuvent ne pas faire un sens parfait.
	17. Se présenter en déclinant son nom et sa fonction lors de sa première rencontre avec le résident.
Comportements	18. Soutenir le contact visuel.
	19. Parler doucement (ton de voix calme et un flux de paroles lent bien articulé).
	20. Chercher l'attention du résident quand on s'adresse à lui, par exemple par un regard direct, un sourire, se placer à son niveau, poser une question à la fois.
	21. Décoder le vocabulaire professionnel afin que le résident ait une meilleure compréhension de l'intervention professionnelle et une bonne représentation de sa situation.
	22. Se placer près du résident pendant qu'on l'écoute ou qu'on lui parle.
	23. Utiliser dans chaque phrase des termes simples, connus et même dialectaux s'ils sont connus du personnel.
	24. Toujours attendre les réponses de la personne avant de continuer, en rappelant la dernière phrase prononcée ou laissée en suspens.
	25. Sourire aux résidents.
	26. Toucher les résidents, avec leur approbation. Par exemple, leur prendre ou leur masser la main ou les serrer dans les bras quand c'est approprié et qu'on sait que le résident l'apprécie. Pour ce faire, s'assurer de bien comprendre la signification du toucher et du langage corporel pour les résidents de diverses cultures.
	27. Offrir le bras dans la déambulation si nécessaire.
	28. Éviter d'utiliser des postures dominantes lorsque l'on parle aux résidents.
29. Communiquer avec affection et compassion avec le résident.	
Outils de communication	30. Utiliser des outils tel qu'un « <i>talking mats</i> » (un tapis avec pictogrammes servant à faciliter la communication), des cartes avec des images repères, des interactions non verbales pour ceux ayant des problèmes cognitifs et de communication.
	31. Fournir du matériel stimulant qui favorise les échanges.
	32. Utiliser des outils existants en vue de diminuer les comportements d'agression résident-résident, par exemple, <i>l'Inventaire d'Agitation Cohen-Mansfield (CMAI)</i> .
	33. S'adresser au résident dans sa langue lors des interventions qui le nécessitent. Pour ce faire, il est possible que la résidence doive rendre disponibles des services de traduction et d'interprétariat afin de répondre aux besoins des résidents issus de la diversité culturelle et linguistique.
	34. Utiliser un « <i>table board</i> » qui intègre des expressions de la langue officielle traduites dans les langues et alphabets utilisés par les résidents.
	35. Utiliser un tableau de langage (par exemple, le tableau « <i>InterpreCare System™</i> ») qui inclut des cartes de traduction sur lesquelles sont imprimés des mots et des expressions des principales langues parlées par les résidents épelés phonétiquement pour un usage et une prononciation facile avec des syllabes. Le tableau de langage est posé sur les murs de la salle à manger et dans d'autres lieux.
	36. Prévoir des occasions et prendre le temps de manifester une attention particulière et de converser avec les résidents.
	37. Favoriser les interactions un à un : un membre du personnel visite un résident sur une base régulière pour parler, chanter, jouer de la musique ou utiliser le toucher thérapeutique.

COMMUNICATION	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	38. Profiter des moments d'inactivité ou de solitude des résidents pour établir un dialogue singulier.
Interactions	39. Avoir un mot gentil ou dire des mots rassurants.
	a. Favoriser des discussions courantes entre les employés, les résidents et la famille.
	b. Rassurer et offrir du soutien.
	c. Créer un environnement propice qui encourage les résidents et leurs proches à exprimer les besoins personnels, à demeurer en communication avec le personnel et à verbaliser les préférences des résidents.
	d. Permettre et faciliter l'usage de l'anglais pour les résidents anglophones en milieu francophone.
	e. Optimiser la communication individuelle avec un résident en évaluant minutieusement dans le temps le moment de la journée où il s'exprime le mieux, les activités qui stimulent la conversation et les autres formes de communication.
	f. Utiliser des indices tels que des photos, des objets personnels, pour stimuler et développer la conversation et les interactions.
	g. Saisir l'occasion, au cours de la journée, de souligner et de commenter occasionnellement des images télévisées, des illustrations de journaux, des photos.
	h. Être accueillant en répondant aux besoins du résident sans en paraître agacé ou dérangé.
	i. Éviter de formuler des critiques de façon insensible aux résidents.
	j. Inviter le résident à danser un peu si l'on écoute de la musique ou des chants.
	41. Utiliser des expressions verbales et non verbales de plaisir au quotidien, autant lors des soins actifs, des activités ou du temps non actif, incluant l'expression chaleureuse et la reconnaissance.
Déficiences physiques et sensorielles	42. Normaliser les pertes associées à l'âge : lorsqu'approprié, dire aux résidents que leurs peurs et problèmes sont normaux plutôt que bizarres et inhabituels.
	43. Utiliser la communication effective à travers un dialogue ouvert, des discussions honnêtes (écoute et communication) à propos de la vie, des expériences et des accomplissements des résidents.
	44. S'identifier verbalement à un résident ayant un déficit visuel afin de lui permettre de localiser l'interlocuteur.
	45. Remplacer le contact visuel avec les résidents non-voyants par un appel verbal, puis par un contact corporel en proposant éventuellement de se faire toucher le visage et les cheveux ou les bijoux pour trouver les marques de reconnaissance.
	46. Mener un résident non-voyant lorsqu'on l'accompagne dans les pièces communes, près d'un résident disponible pour une brève « poignée de main », accompagnée d'une présentation.
	47. Se positionner face au résident sans se mettre devant une fenêtre (la cataracte quasi constante après 80 ans peut entraîner un éblouissement par la lumière). Le résident peut ainsi mieux capter toutes les informations non verbales sur le visage de son interlocuteur.
	48. Se placer à la bonne distance en particulier pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Classiquement, la distance d'un bras est préconisée afin que la personne se sente concernée, mais pas agressée.
	49. Inclure dans les évaluations individuelles une description des habiletés de langage du résident en vue de maintenir des activités sociales et de pallier les déficits de communication.
	50. Se pencher pour parler aux résidents en fauteuil roulant.
	51. Saluer la personne de face avant de pousser son fauteuil roulant.
	52. Favoriser la communication dans un endroit calme, car la perte de l'acuité auditive (presbycusie) amplifie les bruits environnants et gêne la personne pour l'écoute de son interlocuteur (attention au bruit de fond de la télévision, radio, animation dans la salle d'à côté, etc.).

Droits des résidents

Les pratiques regroupées dans la dimension *Droits des résidents* concernent les moyens à mettre en œuvre par la résidence et son personnel pour respecter les droits des résidents. Des outils sont proposés pour y parvenir tels que l'élaboration d'une charte des droits et libertés des résidents ou d'un contrat de séjour. Les droits énoncés sont regroupés par thème, soit les thèmes suivants : les droits civiques, le droit à la vie privée et à l'intimité, le droit à l'autodétermination, le droit à l'information, le droit à la liberté d'expression, le droit à une vie familiale et sociale et les droits d'accès aux soins et services. En somme, il importe de considérer que le résident est chez lui et qu'à ce titre, il doit jouir de la plus grande autonomie possible. De plus, il est important de souligner que chaque droit s'accompagne d'une responsabilité de la part du résident. Le tableau suivant ne comporte pas, cependant, cette liste de responsabilités. Il serait donc important d'associer à toute démarche visant à soutenir les droits des résidents en ressource intermédiaire l'étude et la prise en compte des responsabilités qui y correspondent. Il est tout aussi important de tenir compte du fait que les droits des uns s'arrêtent là où il y a nuisance pour d'autres et sont inévitablement associés aux limites de ressources. Dans tous les cas, c'est le caractère « raisonnable » des droits et des demandes qui sont formulées qui doit être analysé. Enfin, le lecteur retrouvera dans les autres dimensions des précisions sur certains droits, notamment dans celles portant sur la *Sexualité* et la *Spiritualité*.

DROITS DES RÉSIDENTS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Information et éducation	1. Informer et éduquer le résident et ses proches sur les droits des résidents et sur les moyens mis en place par la résidence pour les garantir.
	a. Organiser des campagnes de sensibilisation sur les droits des résidents, des activités annuelles de promotion du code d'éthique, une tournée d'information du commissaire aux plaintes, etc.
	b. Informer et éduquer le résident et ses proches sur les « testaments biologiques » et sur les mandats en cas d'inaptitude, si possible au moment de leur accueil à la résidence.
	c. Élaborer des documents adaptés aux résidents mettant davantage l'accent sur les droits et les possibilités que les obligations et les interdits.
Charte des droits et libertés des résidents	2. Adopter une charte des droits et libertés des résidents propre à la résidence.
	a. Préciser dans la charte les responsabilités des diverses parties.
	b. Annexer la charte au livret d'accueil.
	c. Afficher la charte dans les aires communes et mettre en valeur la charte, par exemple en mettant en vedette un droit chaque mois, sur une affiche placée à l'entrée de la résidence.
	d. Assurer la diffusion de la charte aux résidents (en distribuer des copies à tous).
Recours des résidents	3. Recevoir toute demande faite par les résidents et leurs proches, vérifier les moyens de satisfaire ces demandes et y répondre si possible.
	4. Prévoir des procédures pour la défense des droits et intérêts du résident.
	a. Prévoir des mécanismes d'« <i>advocacy</i> » pour soutenir les résidents dans le règlement de leurs plaintes.
	5. Ne pas recourir à des règlements ou interdits qui gèrent la vie des résidents (sauf si les droits et libertés sont en cause).
	6. Prendre garde aux abus de langage du point de vue légal. Par exemple, utiliser le terme « sortie à l'insu de l'établissement » plutôt que le terme « fugue ».

DROITS DES RÉSIDENTS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Moyens de garantir le respect des droits	7. Garantir le respect des droits des résidents grâce aux outils suivants :
	a. Règlement de fonctionnement ou code de vie : définit les droits du résident et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective en résidence. Il a pour rôle de rappeler les impératifs de la vie en collectivité, en s'appuyant complémentirement sur les droits et libertés que la personne n'aliène pas en entrant en résidence et sur les contraintes réglementaires, organisationnelles et humaines. Ce document engage les différents acteurs impliqués dans la vie d'une résidence à respecter ces droits et libertés et à prendre en compte ces contraintes par le biais de la communication et de la signature du contrat de séjour qui en fait mention.
	b. Signer un contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) avec l'ensemble des parties, élaboré avec la participation du résident. Le contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement (responsabilités de la résidence). Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Il prévoit les dispositions à suivre dans le cas de changement de situation de la résidence ou du résident. Un exemplaire est remis au résident.
	c. Prendre le temps de bien présenter et expliquer ces outils aux résidents, et ce, aux moments opportuns.
	8. Demander conseil auprès de spécialistes (avocats, éthiciens, juristes ou autres) lorsque nécessaire (après avoir consulté les ressources au sein de la résidence et de l'établissement public de santé et de services sociaux).
	9. Mesurer avec le résident, ses proches et l'éventuel représentant légal le risque de perte des objets de valeur, y compris ceux ayant une valeur symbolique.
	10. Demander aux bénévoles individuels d'adhérer à une charte (par exemple, une « Charte des bénévoles ») afin de préciser leur cadre d'intervention, les modalités d'assurance, le respect des règles de confidentialité, etc.
Droits civiques	11. Respecter les droits civiques du résident.
	a. S'assurer que le résident a les moyens de s'informer sur les enjeux et les candidats avant l'élection (journaux, positionnements, etc.).
	b. Fournir le transport lors des élections.
Droit au respect et à la dignité	12. Respecter le droit au respect et à la dignité du résident.
	a. Respecter le droit du résident d'exprimer son individualité comme il l'entend (par exemple : porter une casquette, exprimer des émotions intenses, droit de se lever et de se coucher à ses heures, de veiller toute la nuit, de dormir nu, de parler en anglais, etc.).
	b. Protéger le résident contre toute discrimination.
Droit à la vie privée et à l'intimité	13. Respecter le droit à la vie privée et à l'intimité du résident.
	a. Obtenir l'autorisation du résident avant d'entrer dans sa chambre en frappant à la porte.
	b. N'utiliser un passe-partout qu'en cas d'urgence.
	c. Interdiction d'entrer dans la chambre du résident, d'ouvrir des tiroirs ou autres effets personnels (valises, coffres, garde-robe, etc.) sans la permission du résident. Pour ce faire, notamment :
	- Respecter les horaires des rendez-vous pris;
	- Mettre à disposition du résident une affiche « Ne pas déranger ».
	d. Respecter le droit du résident de verrouiller à clé la porte de sa chambre à sa guise (jour, soir, nuit), dans la mesure où le personnel peut y avoir accès en cas d'urgence.
	e. Respecter le droit du résident de verrouiller à clé la porte de la salle de bain (de l'intérieur), dans la mesure où le personnel peut y avoir accès en cas d'urgence.
f. Respecter le droit du résident d'être seul quand il le désire.	
g. Respecter le droit du résident de recevoir qui il veut à sa chambre, quand il le veut et aussi longtemps qu'il le veut,	

DROITS DES RÉSIDENTS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	dans la mesure du possible.
	h. Obtenir l'autorisation du résident avant de le toucher.
	i. Respecter le droit du résident à la confidentialité de son courrier (il doit lui être acheminé intact). Prévoir une boîte aux lettres adaptée à la hauteur du résident et dont il a la clé ou qui se retrouve dans sa chambre. S'assurer que seule la personne choisie par le résident pour lui lire son courrier y ait accès, le cas échéant.
	j. Respecter le droit du résident à la confidentialité de ses informations personnelles. Éviter de divulguer des informations personnelles dans des lieux fréquentés par d'autres résidents ou autres personnes. Les informations concernant le résident ne sont pas révélées par le personnel verbalement ou autrement, sauf s'il en est autorisé.
	k. Éviter de poser des questions indiscrètes, à moins que cela ne soit nécessaire.
Droit à l'autodétermination	14. Respecter le droit du résident à l'autodétermination (droit de décider et de faire pour lui-même).
	a. Respecter le droit du résident de gérer lui-même ses avoirs (par exemple, il a le droit de payer lui-même son loyer à la comptabilité, de manier de l'argent en espèces, etc.). Pour ce faire, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les modalités d'accès à l'argent; - Avoir la possibilité de se faire assister par un régime de protection si nécessaire.
	b. Respecter le droit du résident d'entrer et sortir de la résidence sans permission (le règlement intérieur et le contrat de séjour peuvent toutefois obliger le résident à signaler son départ et l'heure prévisible de retour).
	c. Chercher des alternatives à la restriction de la liberté d'aller et venir et effectivement personnaliser les restrictions éventuelles.
	d. Établir un registre spécifique pour les autorités pour les situations particulièrement délicates en matière de liberté d'aller et venir.
	e. Respecter le droit du résident de changer d'idée.
	f. Respecter le droit du résident de refuser des soins et de l'assistance (par exemple, il a le droit de refuser d'aller à l'hôpital).
	g. Obligation d'expliquer au résident les risques qu'il court en refusant soins et assistance.
	h. Respecter le droit du résident de participer aux décisions d'organisation d'activités.
	i. Respecter le rythme, les choix et les désirs des résidents. Par exemple, respecter le choix de vêtement du résident, le choix d'aller au magasin de son choix, l'heure voulue du bain, le régime alimentaire voulu, l'heure voulue des repas, le choix d'activités, l'heure voulue du coucher, etc. Non seulement le résident devrait-il avoir le droit de vivre selon sa routine et habitudes, mais le personnel devrait encourager le résident à le faire.
	j. Chaque jour, le personnel doit avant tout tenir compte de l'envie et de l'humeur du résident. Par exemple, si un matin la personne préfère flâner dans son lit, le personnel devrait respecter ce choix.
	k. Offrir des choix au résident selon ses capacités. L'inciter à faire des choix.
	l. Assister et aider le résident à assumer des responsabilités selon ses capacités. Par exemple, aider le résident à aller au magasin de son choix, à remplir sa déclaration d'impôts, etc.
	m. Obtenir le consentement, l'approbation et la participation du résident aux actions envisagées.
	n. Obtenir le consentement du résident avant de transmettre certaines informations concernant une hospitalisation ou un court séjour de réhabilitation aux autres résidents, grâce notamment à un formulaire de consentement.
	o. Éviter l'usage de la contention dans la mesure du possible. N'utiliser la contention que lorsque motivé par une prescription médicale tout en cherchant des solutions alternatives avant d'avoir recours à la contention. Par exemple, mettre en place un programme de réduction des contentions. Documenter les limites dans un protocole et en faire le suivi.
p. Lors de situations où un résident est incapable de faire des choix, les professionnels doivent adhérer aux recommandations légales et professionnelles pertinentes (par exemple, les lois concernant les cas d'incapacité) afin	

DROITS DES RÉSIDENTS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	d'assurer qu'elles agissent dans le meilleur intérêt du résident.
	q. Lorsqu'il y a une demande d'un résident à l'égard du sexe de l'intervenant prodiguant les soins intimes, recevoir cette demande et y répondre si elle est jugée raisonnable et dans la mesure du possible.
	r. Permettre au résident de mourir à la résidence si tel est son choix.
Droit à l'information	15. Respecter le droit à l'information du résident.
	a. Transmettre aux résidents des informations sur son état de santé et de bien-être, ainsi que sur la nature des soins et services prodigués. Préciser avec le résident les modalités de partage de ces informations. Donner l'accès du résident à son dossier.
	b. Respecter le droit du résident d'être informé des traditions et du fonctionnement de la résidence, notamment grâce à un livret d'accueil (et d'orientation) comprenant, entre autres : la présentation de la résidence, la charte des droits et libertés du résident, les règlements de fonctionnement de la résidence, etc.
	c. Afficher dans la résidence la charte des droits et libertés, l'horaire des repas, le menu, le tableau d'orientation (jour, date, météo, etc.), les anniversaires, les avis de décès, la programmation des activités et des événements spéciaux, etc.
	d. Distribuer la charte des droits et libertés, le bulletin de la vie à la résidence, la programmation des activités, les documents expliquant le fonctionnement de la résidence, le guide administratif, etc.
	e. Annoncer au micro (intercom) les activités du jour.
	f. Rendre disponibles les grands journaux et journaux de quartier, les revues, les dépliants de restaurants et autres publicités.
	g. Informer les résidents et les proches de l'ensemble des mécanismes de plaintes à leur disposition (à la résidence, à l'établissement public de santé et de services sociaux, au Protecteur du citoyen, au Centre d'action bénévole du Québec, etc.), par exemple, lors de situations d'abus, de négligence ou de mauvaises conditions de vie, ainsi que des processus de traitement des plaintes. <ul style="list-style-type: none"> - Afficher et distribuer l'information pertinente dans l'établissement; - Organiser des événements spéciaux d'information (exemple : brunch avec les proches); - Faire le suivi nécessaire afin de s'assurer que les résidents ont bien intégré l'information.
h. Assurer la mise en place des mécanismes pour garantir la visibilité du commissaire local aux plaintes : affiches, journal local, séances d'information aux résidents, aux proches et aux employés, information à ce sujet dans chacune des chambres.	
Droit à la liberté d'expression	16. Respecter le droit à la liberté d'expression.
	a. Respecter le droit du résident d'exprimer ses souhaits.
	b. Respecter le droit du résident de parler avec ses voisins des sujets qu'il souhaite (éviter de censurer les conversations).
	c. Respecter le droit du résident de réunir des gens dans une salle de réunion ou ailleurs pour parler des sujets de son choix ou pour réaliser d'autres activités.
	d. Respecter le droit du résident d'exprimer ses opinions quelles qu'elles soient.
e. Respecter le droit du résident de converser avec qui il veut sans être interrompu.	
Droit à une vie familiale et sociale	17. Respecter le droit des résidents à une vie familiale et sociale.
	a. Garantir le droit à la correspondance écrite et orale : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à disposition des personnes une boîte aux lettres au sein de la résidence pour l'expédition du courrier; - Remettre au résident tout le courrier dont il est destinataire et lui acheminer son courrier dès que livré à la résidence; - Prévoir une boîte aux lettres adaptée à la hauteur du résident et dont il a la clé ou qui se retrouve dans sa chambre;

DROITS DES RÉSIDENTS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre à chaque résident de disposer d'une ligne téléphonique directe adaptée aux éventuels troubles sensoriels ou cognitifs; - Permettre à chaque résident de disposer d'un accès Internet et d'une adresse de courrier électronique personnelle pour ceux qui y sont familiarisés.
	b. Respecter le droit du résident de recevoir qui il veut à sa chambre, quand il le veut et aussi longtemps qu'il le veut, dans la mesure du possible.
	c. Le résident a le droit de réunir des gens dans une salle de réunion ou ailleurs pour parler des sujets de son choix ou pour réaliser d'autres activités.
Droit d'accès aux soins et services	18. Respecter le droit du résident à recevoir les soins et services appropriés (incluant la prévention, l'accompagnement personnalisé et les services spécialisés).
Autres droits et libertés	19. Respecter le droit à la différence en faisant preuve de tolérance.
	20. S'adresser au résident dans sa langue pour certaines discussions importantes ou complexes. Pour ce faire, il est possible que la résidence doive rendre disponibles des services de traduction et d'interprétariat afin de répondre aux besoins des résidents issus de la diversité culturelle et linguistique.
	21. Reconnaître la liberté religieuse du résident.
	22. Respecter le droit du résident à la sécurité et à la protection.
	23. Reconnaître le droit du résident à une vie sexuelle.

Environnement

La dimension *Environnement* comprend les pratiques visant à fournir aux résidents un milieu de vie comme à la maison. Tel que prévu dans le cadre de cette évaluation, les pratiques concernant la construction même du bâtiment n'ont pas été considérées, puisqu'elles ne peuvent être implantées dans une ressource existante et sont déjà bien régies par diverses règles et normes. De plus, les pratiques portant plus spécifiquement sur l'*Implication du résident* dans la prise de décision sur l'environnement, sur la configuration de l'environnement pour accueillir ou *Impliquer les proches*, pour favoriser l'expression adéquate de la *Sexualité*, pour favoriser la *Communication* ou les *Relations interpersonnelles* ou encore pour favoriser les activités d'*Animation* se retrouvent dans les dimensions auxquelles elles se rapportent. Ainsi, les pratiques recommandées dans cette section concernent la création d'un milieu accueillant, la personnalisation de l'environnement, l'orientation des résidents, la déambulation, l'environnement extérieur, la mise en place d'un environnement fonctionnel et l'adaptation de l'environnement à la démence.

ENVIRONNEMENT	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Environnement agréable, accueillant, de petite taille	1. Réduire les bruits environnants le plus possible.
	a. Éviter, dans la mesure du possible, le recours aux cloches ou sonnettes. Par exemple, pour la prévention des chutes, utiliser un système de détection du mouvement qui peut envoyer un signal insonore directement aux téléavertisseurs ou au poste de travail du personnel.
	b. Éliminer le recours à un intercom, ainsi qu'à un téléphone (dans les espaces communs).
	c. Utiliser un revêtement de sol qui absorbe les bruits (de pas, de chariots, etc.).
	d. Adopter un comportement respectant la tranquillité des résidents.
	e. Le personnel peut porter des souliers à semelle molle.
	f. Réduire le plus possible les bruits liés aux portes d'ascenseurs qui s'ouvrent et se referment constamment dans les unités de vie.
	2. Faire jouer une musique douce et harmonieuse une fois de temps en temps.
	3. Rendre la luminosité agréable. Pour ce faire :
	a. Favoriser les contrastes lumineux.
	b. Faire rentrer la lumière naturelle.
	c. Utiliser des rideaux, pare-soleil, etc.
	d. Utiliser des luminaires (plutôt que des néons, par exemple).
	e. Prévoir diverses intensités d'éclairage, allant d'un éclairage fort à un éclairage plus doux.
	f. Utiliser des lampes imitant la lumière naturelle.
	4. Adoucir les couleurs des murs dans les pièces communes.
	5. Mettre en place une décoration thématique par étage et/ou par couloir.
	6. Aménager une aire de réception accueillante, sans baie vitrée, munie d'un comptoir à hauteur des fauteuils roulants, décorée à l'occasion des fêtes, pouvant être utilisée pour certaines activités sociales et aménagée pour être habitée par les résidents. L'aire de réception peut être aménagée de fauteuils, tables, lampes, objets d'intérêts comme un piano, un foyer, une volière, un aquarium, une horloge, etc.

ENVIRONNEMENT	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	7. S'assurer que les bureaux des professionnels soient bien intégrés au milieu de vie en privilégiant des bureaux discrets (par exemple, au rez-de-chaussée, là où il n'y a pas de chambres) plutôt que les « postes de garde » institutionnels.
	8. Intégrer des éléments décoratifs, de type résidentiel : télévision, système de son, aquarium, cage d'oiseaux, etc.
	9. Intégrer des éléments décoratifs différenciés selon les unités de vie (tapisserie, décoration, lampes, etc.).
	10. Décorer les espaces intérieurs avec des plantes (non toxiques) dans les chambres des résidents, dans les espaces communs, etc. Faire pousser des herbes, un jardin intérieur dans lequel se promener, etc.
	11. Aménager des espaces où le résident peut être seul lorsqu'il le souhaite (espaces de méditation, solariums, etc.).
	12. Privilégier la diversité des formes de tables et de fauteuils pour que chaque résident soit confortable.
	13. Aménager des zones d'attente à proximité des locaux professionnels pour recevoir les résidents.
Personnaliser l'environnement	14. Encourager le résident et ses proches à apporter des effets personnels (mobilier, photos, œuvres d'art, etc.) à la résidence afin de décorer leur chambre, et ce, tout au long du séjour.
	15. Permettre aux résidents d'organiser l'espace dans leur chambre comme ils le souhaitent, dans la mesure où cela est sécuritaire.
	16. Les chambres devraient être munies d'étagères et de babillard que les résidents peuvent décorer à leur goût.
	17. Offrir au résident le choix de sa chambre lorsque possible.
	18. Dans sa chambre, offrir au résident les choix suivants, et ce, tout au long du séjour. Pour ce faire, détenir une variété de ces objets / mobiliers, et les installer dans les meilleurs délais possibles.
	a. Le choix de peindre les murs de la couleur de son choix.
	b. Le choix de ses rideaux.
	c. Le choix d'une chambre meublée ou non meublée.
	d. Le choix de son couvre-lit.
	e. Le choix de l'organisation de l'espace / de la disposition du mobilier.
	f. Le choix de la décoration.
	19. Inscrire le nom du résident sur sa porte avant son arrivée, à moins que le résident ne le souhaite pas.
	20. Permettre au résident de personnaliser la porte de sa chambre (photos, images, etc.).
	21. Offrir la possibilité au résident de s'approprier l'espace situé à proximité de sa porte de chambre (décoration avec des objets personnels, entretien de plantes, etc.) dans le respect des obligations relatives à la sécurité incendie.
	22. Prévoir une sonnette pour chaque résident.
	23. Permettre aux résidents de personnaliser la salle de bain :
a. Aménager des espaces de rangement suffisamment grands pour les effets personnels des résidents.	
24. Permettre aux résidents de personnaliser les aires communes. Par exemple, les résidents peuvent meubler l'un des salons en faisant don de mobilier. Cela signifie que les résidents peuvent apporter des fauteuils ou des photographies de leur collection favorite.	
25. Aménager les chambres de façon à ce que chaque résident ait le contrôle de la température (air climatisé et chauffage).	
Orientation dans l'espace et le temps	26. Afficher les indices visuels suivants pour faciliter l'orientation dans l'espace :
	a. Afficher des directions très claires dans les couloirs.
	b. Apposer des logos à thème coloré sur les portes des chambres permettant au résident de se repérer.

ENVIRONNEMENT

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	c. Utiliser des couleurs, des bandes sonores, des pictogrammes, des panneaux indicateurs, des signes, des noms ou photos choisis par les résidents.
	d. Identifier les locaux professionnels.
	27. Afficher les éléments suivants afin de favoriser l'orientation dans le temps (utiliser de grosses lettres et chiffres) :
	a. Affichage d'horloges et de calendriers.
	b. Affichage des horaires des repas et des activités.
Déambulation, déplacements, accès	28. Aménager des aires de déambulation afin de permettre aux résidents de se promener dans la résidence avec le moins d'obstacles possible.
	29. S'assurer que les portes soient déverrouillées ou prévoir des mécanismes d'accès (codes d'accès, carte d'accès, etc.) pour les résidents aptes à se déplacer et à circuler librement dans et hors de la résidence, selon différents niveaux d'accès (si nécessaire).
	30. Éviter l'encombrement des lieux pour faciliter les déplacements.
	31. Absence de demi-portes qui contrôlent l'accès aux différents lieux de l'étage dans l'unité de séjour.
	32. Maintenir la porte des unités déverrouillée. S'il y a lieu de verrouiller la porte d'entrée d'une unité de séjour pour la sécurité des résidents ayant des déficits cognitifs, mettre un mécanisme qui permet aux résidents lucides d'entrer et de sortir de l'unité par eux-mêmes.
33. Maintenir les portes qui donnent accès à l'extérieur déverrouillées.	
Environnement extérieur	34. Aménager des espaces extérieurs accessibles aux résidents.
	a. Aménager un patio et / ou une galerie extérieure relié(e) aux unités.
	b. Aménager une gloriette (<i>gazebo</i>) et / ou une galerie avec moustiquaires.
	c. Aménager un ou des jardins à cultiver et à visiter
	- En massifs;
	- Avec des fleurs, des légumes, des herbes, etc.;
	- Avec possibilité d'intégrer des fontaines, labyrinthes, etc.;
	- Aménager un / des jardins sensoriels.
	d. Aménager des cours intérieures.
	e. Aménager des petites zones boisées.
	f. Aménager des aires gazonnées.
	g. Aménager des sentiers de promenade.
	h. Aménager un espace vert sur le toit, accessible et sécuritaire.
	i. Aménager des espaces aptes à attirer la faune environnante (oiseaux, petites animaux), tout en étant prudent par rapport à la quantité d'animaux et à la possibilité qu'ils entrent dans la résidence.
	j. Aménager des endroits où il est possible de s'asseoir (bancs confortables, chaises et tables, etc.) face à un espace stratégique (un bassin de poissons, une volière, un poulailler, etc.).
k. Aménager des aires de jeux pour les enfants, à proximité des bancs.	
l. Aménager des aires de jeux comme le croquet, le mini-golf, etc.	
m. Aménager des espaces polyvalents, qui peuvent servir à plusieurs types d'activités / événements.	
35. S'assurer que les résidents aient accès à des vues sur l'environnement extérieur (qu'il soit naturel ou non).	
36. Décorer les fenêtres de la résidence avec des plantes et des fleurs.	

ENVIRONNEMENT	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Environnement fonctionnel, en soutien à l'autonomie	37. Adapter le mobilier aux besoins des résidents :
	a. Fournir des chaises confortables (par exemple, des chaises berceuses accompagnées d'appui-pieds berçants).
	b. Équiper les salles de toilettes de barres d'appui de chaque côté du pied de toilette.
	38. Prévoir une largeur de portes et de corridors qui permette aux résidents en fauteuil roulant de se déplacer.
	39. Offrir des équipements pour compenser les pertes progressives : chaise gériatrique, levier électrique, civière-douche, etc.
	40. Adapter la signalisation aux difficultés des résidents. Par exemple, définir l'emplacement de la signalétique en fonction de la hauteur du regard d'un résident en fauteuil roulant, privilégier le contraste des couleurs pour les écritures, utiliser toujours le même code couleur pour les locaux ayant les mêmes fonctions (par exemple, toutes les portes de salles de bain sont de la même couleur), diversifier les formes de repères (meubles, thèmes de décoration, couleur de couloirs), etc.
	41. Aménager un espace où peuvent s'installer des commerces (magasin, dépanneur, salon de coiffure, restaurant, taverne, bureau de poste, etc.) qui ressemblent à des commerces « normaux ».
	42. Installer des robinets et des poignées de porte à levier (plutôt que rondes), plus faciles à ouvrir.
Démence	43. Dans les chambres, installer des rideaux faciles à manipuler par les résidents.
	44. Attribuer une chambre privée au résident dément.
	45. Développer une unité particulière pour les résidents ayant des pertes cognitives (par exemple, les « cantous », en France, comprennent des chambres au rez-de-chaussée avec une ouverture sur un jardin clos).
Autre	46. Afficher des images et des photos des quartiers environnants, actuels ou historiques.
	47. Aménager des espaces verts où les résidents peuvent s'éloigner du personnel.
	48. Aménager des espaces communs où les résidents peuvent s'asseoir à une certaine distance des autres.

Fin de vie

Les pratiques regroupées dans la dimension *Fin de vie* mettent l'accent sur l'importance de discuter de divers éléments dès l'accueil du résident à la résidence, de statuer sur le niveau de soins attendu ainsi que sur les modalités et contraintes offertes à la résidence. Les pratiques colligées s'intéressent à la reconnaissance même des soins de fin de vie et des principes des soins palliatifs et à leur mise en œuvre. En plus des pratiques qui concernent le soutien aux résidents en fin de vie, plusieurs s'intéressent également au soutien des proches, des autres résidents endeuillés et du personnel.

FIN DE VIE	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Reconnaissance des soins de fin de vie	1. Permettre au résident de mourir à la résidence, si tel est son choix.
	2. Faciliter la discussion sur les préférences de fin de vie du résident, et ce, dès l'admission : <ul style="list-style-type: none"> - Consigner clairement que le sujet de la fin de vie a été abordé avec le résident afin que les mêmes questions ne soient pas demandées de nouveau; demander au résident de rédiger un dossier qui indique son lieu de préférence pour les soins de fin de vie et le décès; - Vérifier et consigner, dès le processus d'admission, que les documents légaux de fin de vie sont en ordre et qu'ils incluent les dernières volontés du résident; - Rendre disponibles aux résidents et à leurs proches la législation (lois et règlements) en vigueur en matière de fin de vie ainsi que les possibilités et contraintes de la résidence; - S'informer des rites mortuaires selon la religion du résident; - Arrêter la discussion si le résident ne souhaite pas en parler.
	3. Élaborer un programme d'accompagnement de fin de vie qui permet au résident, aux proches et à l'équipe interdisciplinaire de statuer sur le niveau de soins requis en utilisant et en adaptant au besoin des outils existants. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> a. Développer un programme de soutien des résidents en fin de vie (par exemple, le « <i>Gold Standards Framework</i> » (GSF)). Ce programme doit outiller les acteurs (personnel soignant et proches) à mieux répondre aux besoins physiques et spirituels des résidents en fin de vie. Il accompagne la mise en place d'un protocole de soins pour les derniers jours des résidents incluant la prédéfinition d'une médication visant à assurer le bien-être dans les derniers instants. b. Le « <i>Integrated Care Pathway for the last days of life</i> » reprend les étapes essentielles du soin, sous forme de guide des pratiques cliniques pour les résidents en fin de vie. Le protocole vise à centrer l'intervention sur le mourant plutôt que sur le soin.
	4. Reconnaître et valoriser les principes des soins palliatifs et de la « belle mort ». Une telle approche de soins palliatifs offre un système de soutien pour aider les résidents à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort et aide les proches durant la maladie et lors du décès.
	5. Aménager une chambre de soins palliatifs.
Soins et soutien aux résidents en fin de vie	6. Les soins de fin de vie doivent respecter les phases de sommeil du résident.
	7. Travailler en binôme (par exemple, infirmière-préposé) pour faire en même temps toilette et soins ou services, évitant ainsi de multiples mobilisations.
	8. S'assurer que le résident n'est pas seul lorsqu'il est en toute fin de vie. <ul style="list-style-type: none"> a. S'assurer que le ratio de personnel est suffisant pour que l'un d'eux puisse s'asseoir avec le résident, qu'il y ait présence de proches ou non, ou recourir à des bénévoles pour ce faire.
	9. Nommer un membre du personnel comme responsable du deuil : <ul style="list-style-type: none"> - Il doit être disponible; - Il est à l'écoute des proches; - Il assure le suivi auprès des proches après le décès; - Il est responsable d'organiser des services commémoratifs périodiques pour ceux qui sont décédés dans la résidence.

FIN DE VIE		
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES	
	10. Offrir aux résidents le soutien d'un psychologue ou d'un représentant religieux ou spirituel si souhaité.	
	11. Répondre aux besoins émotionnels et spirituels du résident en fin de vie.	
	12. Accompagner le résident en évaluant quotidiennement ses besoins et ses attentes que ce soit au niveau physique, psychologique ou spirituel, et en échangeant avec le médecin traitant sur les conduites à tenir.	
	13. Exposer les alternatives au résident, s'il est en mesure de les entendre, ainsi qu'à ses proches.	
	14. Recourir aux infirmières cliniciennes spécialisées (<i>Clinical Nurse Specialists</i>) comme infirmières relais spécialement formées en matière de soins palliatifs dans la prise en charge des besoins cliniques des résidents en fin de vie (gestion des symptômes physiques avec parfois une approche psychologique).	
	15. Faire appel, selon les besoins, aux ressources disponibles dans le réseau de la santé ou dans la communauté, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - équipe mobile (ou de garde) de soins palliatifs; - équipe mobile (ou de garde) de gériatrie; - réseau de santé de soins palliatifs; - association de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie; - représentants religieux ou spirituels. 	
	16. Prendre conscience de sa propre attitude face à la mort et sur la façon dont cela peut influencer les décisions à propos des soins.	
	17. Identifier clairement le proche qui doit être informé en premier lieu en cas de décès.	
	18. Inclure les proches des résidents nécessitant des soins de confort au sein de l'équipe interdisciplinaire de la révision du plan d'intervention et de l'élaboration du programme d'accompagnement de fin de vie afin de mieux connaître le résident mourant, ses habitudes, ses goûts.	
	Soutien des proches	19. Proposer aux proches qui le souhaitent de rester auprès de leur proche mourant, dans la mesure où cela ne devient pas trop dérangement pour les autres résidents.
		20. Mettre à la disposition des résidents mourants et de leurs proches un panier « Moments de paix » qui inclut de la musique douce, des prières, de l'aromathérapie, etc.
		21. Faciliter l'accompagnement du résident par les proches en mettant à leur disposition le mobilier et le matériel nécessaires, par exemple, des fauteuils confortables ou des lits pliants.
		22. Mettre à la disposition des proches des boissons, des repas, des collations lors de la fin de vie de leur proche hébergé.
		23. Permettre que plusieurs personnes soient présentes en tout temps, sans nuire aux autres.
		24. Offrir le support psychosocial et l'accompagnement au deuil nécessaires aux proches, avant, pendant et après le décès.
		25. Accompagner les proches en les informant et en échangeant régulièrement avec eux sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'état de santé du résident, les traitements en cours et leurs objectifs; - les souhaits exprimés par le résident en matière de fin de vie (ou recueillir l'avis des proches lorsque le sujet ne peut pas être abordé avec le résident); - le niveau de confort du résident; - les souhaits des proches sur la place qu'ils désirent avoir dans l'accompagnement des derniers moments de leur proche hébergé; - le désir de certains résidents ou de certains professionnels de participer aux cérémonies des obsèques, en les consultant à ce sujet.
		26. S'assurer que la communication avec le résident et les proches est ouverte et sensible. Accepter que la mort approche tout en reconnaissant que certains résidents et leurs proches ne veulent pas nécessairement en parler ouvertement. Les proches peuvent être réfractaires à affronter la mort imminente de leur proche hébergé.
		27. Offrir du soutien au deuil aux autres résidents, lorsque l'un d'entre eux décède et reconnaître officiellement le décès d'un résident.
28. Communiquer la nouvelle du décès d'un résident avec sensibilité au personnel et aux autres résidents.		

FIN DE VIE	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Soutien aux autres résidents et au personnel	a. De façon individuelle et adaptée pour les résidents proches du défunt.
	b. De façon collective selon les modalités décidées, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - Afficher une photo du résident décédé sur le babillard; - Placer une fleur dans un vase ou allumer une bougie à côté d'une photo du résident; - Informer les résidents du décès dans une rubrique du bulletin de la résidence.
	29. Offrir aux proches l'opportunité de se réunir à la résidence après les funérailles, ce qui facilite la participation des résidents qui aimeraient se joindre à eux pour souligner la mémoire du défunt et pour dire au revoir aux proches.
	30. Faciliter la participation des résidents et membres du personnel qui le souhaitent aux funérailles d'un résident décédé.
	31. Faciliter le partage des souvenirs sur le défunt. Par exemple, mettre à la disposition un « livre des souvenirs ».
	32. Faciliter les commémorations que voudraient faire les résidents ou membres du personnel. Par exemple, planter ou fleurir le jardin de la résidence.
	33. Prévoir un temps d'arrêt dans la résidence afin de permettre un moment de silence et de paix lors d'un décès.
	34. Prévoir des cérémonies de deuil. Organiser une célébration annuelle où les proches sont invités à commémorer tous ceux qui sont décédés au cours de l'année.
	35. Offrir le soutien nécessaire au personnel lors des périodes de fin de vie des résidents, en cas de besoin.
	36. Si souhaité, inviter un représentant religieux ou spirituel à célébrer un service commémoratif pour le personnel afin d'honorer tous les résidents décédés dans l'année et auquel les proches sont invités.

Implication des proches

La dimension *Implication des proches* rassemble des pratiques visant la participation des proches du résident tant aux décisions le concernant (participation au plan d'intervention, à l'histoire de vie, etc.) qu'à la vie de la résidence plus largement (participation aux activités, événements spéciaux et comités). Le terme « proches » est utilisé pour désigner l'ensemble des membres de la famille, les amis et les autres personnes significatives qui sont susceptibles de s'impliquer dans la vie du résident. La présence des proches aux différentes sphères de la vie en résidence est souvent considérée comme un élément important de la qualité de vie des résidents. Des mesures concrètes doivent ainsi être mises en place pour la favoriser, qu'il s'agisse par exemple de moyens techniques ou de mesures de soutien destinées aux proches.

IMPLICATIONS DES PROCHES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Horaire et accès des visiteurs	1. Donner accès à la résidence à tout moment (jour, soir, nuit) pour les proches. Absence d'horaire de visites.
Activités et événements spéciaux	2. Inviter les proches à participer aux événements spéciaux et activités.
	3. Organiser des présentations spéciales sur divers sujets à l'intention des proches (par exemple, comprendre la démence, l'impact des activités de réminiscence, etc.).
	4. Organiser avec les proches une activité de collecte de fonds au profit des résidents ou d'une autre cause choisie.
	5. Organiser des discussions d'intérêt à l'intention des résidents et de leurs proches au sujet de la résidence (par exemple, les repas et la nourriture, les choix décisionnels, les risques, la provenance des aliments, etc.).
	6. Favoriser l'implication des proches à l'élaboration et à l'organisation d'activités au profit de plusieurs résidents (choix des activités, aide à l'organisation, aux déplacements, matériel, etc.).
	7. Demander aux proches de faire des enregistrements vidéo des membres de la famille et/ou lors d'événements familiaux spéciaux et en faire des projections spéciales à la résidence.
	8. Prévoir des cadeaux à Noël que les résidents peuvent offrir à leur famille (puisque'ils n'ont souvent plus la possibilité de les préparer eux-mêmes).
	9. Organiser des activités spéciales du dimanche pour les proches.
	10. Faciliter les sorties avec ou chez les proches, et ce, le plus fréquemment possible, que ce soit pour quelques heures ou pour des séjours de plusieurs journées (par exemple, en insistant sur cette possibilité lors du processus d'admission, en prêtant le matériel nécessaire, en aidant à l'organisation du transport, en donnant des directives sur les éléments de surveillance).
	Environnement - Aménagement
12. Rendre disponibles des chambres pour accommoder les proches qui sont en visite à la résidence et qui souhaitent y passer la nuit.	
13. S'assurer que les lieux communs sont utilisés par les résidents et leurs proches (et non par le personnel).	
14. S'assurer que des rafraîchissements sont disponibles pour les proches en visite, même s'il s'agit de machines distributrices.	
15. Offrir des lieux de rassemblement dédiés aux proches où ils peuvent échanger, s'informer, faire connaissance entre eux	

IMPLICATIONS DES PROCHES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	et se donner du réconfort.
	16. Mettre à la disposition une chambre d'hôte pour les proches ou des espaces pour accommoder les visiteurs pendant la nuit (divan-lits, lits d'appoint).
	17. Favoriser la participation des proches à l'aménagement et à la décoration de la chambre. Par exemple, organiser des rencontres personnel-résidents-proches afin d'échanger sur cette question.
	18. Inviter les proches à contribuer à l'entretien et à l'embellissement de la résidence (fleurs, rideaux, etc.).
	19. Aménager des espaces de jeu à l'intérieur et/ou à l'extérieur pour les enfants.
Accompagnement / Soutien aux proches	20. Mettre sur pied un programme d'accompagnement (ou de soutien) pour les proches qui en ont besoin lors de situations difficiles.
	21. Mettre sur pied un groupe de soutien (ou groupe de parole) pour les proches (nouveaux résidents ou non, résidents atteints de démence).
	22. Rendre accessible aux proches un suivi psychosocial pour surmonter rapidement les difficultés d'adaptation ou les difficultés relationnelles avec leur proche (psychologue de l'établissement ou référence à des associations de famille).
	23. Offrir aux proches l'opportunité d'exprimer leurs propres préoccupations et anxiétés lors de l'admission et à intervalles réguliers par la suite.
	24. Organiser une réunion avec l'ensemble des interlocuteurs en cas de divergence entre résident et proches ou entre proches.
	25. Soutenir la relation résident-proches lors de situations difficiles, en jouant par exemple un rôle de médiateur et/ou de facilitateur pour que ce qui est important aux uns et aux autres soit effectivement exprimé.
	26. Accueillir les proches avec autant de soins que pour le résident en cherchant à cerner leurs besoins (par exemple, les considérer comme des clients eux-mêmes).
	27. Encourager les membres du personnel à prendre part à la discussion entre le résident hébergé et ses proches, lorsque la discussion est difficile.
Plan d'intervention et soins aux résidents	28. Mettre sur pied un programme « Partenaire des soins » qui vise à impliquer activement les proches dans la planification et la dispensation des soins.
	29. S'assurer de la participation des proches à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention (plan d'intervention négocié et accepté par toutes les parties). Les proches participent aux discussions de l'équipe interdisciplinaire, mais n'imposent pas leurs directives à l'exception de ceux qui ont le mandat.
	30. Faciliter les rencontres entre proches et professionnels en tenant compte des contraintes de temps des proches (disponibilités en fin d'après-midi, soir, fin de semaine), si nécessaire. Une autre possibilité est l'organisation d'ateliers réguliers où peuvent échanger les proches et le personnel.
	31. Solliciter la perception des proches de la qualité des soins et services avant l'admission et au fil du temps.
	32. Promouvoir le rôle de l'intervenant pivot d'accompagner le résident et ses proches tout au long du séjour de ce résident.
	33. Inviter les proches dans le processus décisionnel, lorsque des risques doivent être pris afin de promouvoir l'autonomie et la liberté d'expression de leur proche (rencontres régulières, documentation claire sur les décisions).
	34. Clarifier, lors de discussions entre le personnel et les proches, le rôle de dispensateur de soins et les attentes des proches.
	35. Mettre sur pied un « Protocole d'implication des familles dans les soins » qui prévoit : <ul style="list-style-type: none"> - l'identification d'un proche-aidant principal; - l'orientation du proche-aidant principal au fonctionnement de la résidence et au rôle de partenaire opposé; - l'éducation du proche-aidant principal pour l'implication dans les soins du résident; - la négociation d'une entente de partenariat; - le suivi et l'évaluation des soins avec les membres de la famille.

IMPLICATIONS DES PROCHES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	36. Inviter les proches à participer aux activités de la vie quotidienne (par exemple : activités d'hygiène, rendez-vous médicaux, etc.).
Information / communication	37. Implanter une stratégie d'information systématique destinée aux proches relative à l'état de santé et de bien-être du résident, notamment en ce qui a trait aux interventions, aux avis professionnels, à la médication et aux changements qui surviennent.
	38. Informer les proches de la vie en résidence (horaire des activités, des réunions, des événements spéciaux) par différents moyens (babillard d'information, local dédié aux proches, lettre d'information).
	39. Donner suffisamment d'information aux proches sur le mode de fonctionnement institutionnel afin de favoriser leur intégration et leur participation.
	40. Éduquer les proches sur divers sujets reliés au vieillissement à travers l'envoi de lettres à cet effet.
	41. Identifier, dès l'entrée d'un nouveau résident, ses liens familiaux et sociaux afin de bien accueillir ses proches, les encourager à venir à la rescousse, etc.
Repas / alimentation	42. Offrir aux visiteurs le même menu que celui des résidents.
	43. Encourager les proches à prendre leurs repas sur place avec le résident.
	44. Ne pas facturer le coût des repas aux proches.
	45. Mettre à la disposition un espace pour la prise de repas avec les proches (par exemple, une table dans la salle à manger, une place assise à côté du résident, etc.).
	46. Augmenter le budget de la cuisine en fonction du nombre de repas servis afin d'encourager les proches à manger sur place.
	47. Mettre à la disposition des proches des cuisines ouvertes adaptées aux résidents et aux proches, accessibles 24 h et offrant des aliments en quantité et qualité suffisantes.
	48. Incorporer des recettes proposées par les résidents ou leurs proches au menu.
	49. Inclure des recettes proposées par les résidents ou leurs proches au menu. Pour ce faire, offrir l'information et la formation de base pour s'assurer d'une manipulation adéquate des aliments.
	50. Avoir recours à des produits alimentaires offerts par les familles.
	51. Faciliter les communications entre les résidents et leurs proches qui résident au pays ou à l'étranger en offrant un accès facile à un téléphone, à l'Internet et à Skype.
	52. Faciliter l'accès à une boîte aux lettres et à une adresse pour les résidents et les aider dans la rédaction de leur courrier.
53. Encourager les proches à écrire à une adresse courriel créée par le centre d'hébergement, dans un langage accessible et pour laquelle des bénévoles peuvent être responsables de lire et distribuer les messages imprimés aux résidents.	
Histoire de vie / biographie	54. Solliciter la participation des proches dans l'écriture de l'histoire de vie pour établir les profils individuels de chaque résident (histoire de vie, intérêts, etc.).
	55. Demander aux proches de produire des albums photos ou des scrapbooks d'information à propos de leur proche, incluant des photos et des souvenirs spéciaux, ce qui créera un lien permanent avec les mémoires passées du résident et permettra au personnel d'apprécier l'identité et l'histoire du nouveau résident.
Activités proches / aidants	56. Proposer aux proches une liste d'activités simples à faire avec leur proche lors de leurs visites (Liste des 101 activités à faire lorsque vous visitez un proche en résidence préparée par the <i>National association for Providers of Activities for Older People</i> (NAPA), par exemple : inviter à manger un résident n'ayant pas de visite, faire une dégustation vin-fromage, etc.).
	57. Mettre à la disposition les moyens nécessaires pour des activités souhaitées entre le résident et ses proches (par exemple, jeux de société, écoute musicale, etc.).
	58. Demander aux proches de prévoir leurs visites à l'avance et en fonction de leur emploi du temps ainsi que celui du résident.

IMPLICATIONS DES PROCHES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	59. Encourager les proches à apporter l'album de photos et à le commenter avec le résident.
	60. Encourager les proches à informer et intégrer le résident dans les événements habituels de sa communauté d'origine.
	61. Organiser des « soirées de couples » tant pour les résidents vivant à la résidence que pour ceux dont le partenaire vit encore à la maison (cocktail, souper aux chandelles, soupers trois services accompagnés d'une musique douce).
	62. Organiser les proches dans la poursuite de leurs routines habituelles avec le résident (par exemple, coiffer la personne, suivre les résultats sportifs, etc.).
Instance de participation des proches	63. Encourager la participation des proches à une instance de participation aux prises de décisions (comité de résident, groupe d'action) (par exemple, en les informant de cette possibilité, en prévoyant des horaires de rencontres adaptées aux contraintes de leur emploi du temps).
	64. Institutionnaliser l'implication des proches dans l'établissement, par exemple en créant une association des proches et en leur reconnaissant un domaine propre d'intervention (par exemple : accueil des proches des nouveaux résidents).
	65. Organiser des réunions collectives et des espaces d'échanges directs entre direction et proches et entre professionnels et proches.
Transport	66. Mettre en relation les proches venant du même quartier pour faciliter le covoiturage.
Relations interpersonnelles	67. Encourager les proches à connaître les autres résidents, à commencer par le nom des voisins immédiats de leur proche, afin de contribuer à l'amélioration de la vie sociale de leur proche (inviter les autres résidents à participer aux activités, favoriser les relations).
	68. Solliciter les proches afin de faciliter la communication entre le résident et le personnel.

Implication des résidents

On entend par *Implication des résidents* la recherche de la participation des résidents, et ce, dans toutes les sphères de leur vie en résidence. Cette dimension est intimement liée à l'autodétermination de la personne. Les pratiques recensées se situent sur un continuum allant de la promotion de la participation des résidents au sein d'activités de la vie quotidienne ou domestique, au sein de la communauté ou encore au sein de comités structurés afin d'accroître leur influence sur la vie dans la résidence. Certaines pratiques se retrouvent au sein d'autres dimensions telles que les *Activités de la vie quotidienne et domestique* ou l'*Animation*. Plusieurs études insistent sur l'importance de systématiser la participation du résident à l'élaboration de son plan d'intervention. Les pratiques comprises dans cette dimension doivent être considérées en fonction du niveau d'aptitude des résidents et de la présence ou non de représentant légal.

IMPLICATION DES RÉSIDENTS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Plan d'intervention	<p>1. Systématiser la présence des résidents et des proches au moment de l'élaboration et de la révision des plans d'intervention.</p> <p>a. Les plans d'intervention doivent refléter les priorités du résident, son style de vie, ses préférences, ses buts personnels, ses aspirations telles qu'elles évoluent au fil du temps.</p> <p>b. Expliquer au résident, tout au long de son séjour, de manière adaptée, les modalités et le contenu de l'évaluation et de la planification des soins tout en valorisant ses potentialités et ses ressources.</p>
	<p>2. S'assurer qu'une copie du plan d'intervention se retrouve dans la chambre des résidents et la mettre à jour lorsque requis.</p>
	<p>3. Implanter une stratégie d'information systématique destinée aux résidents et à leurs proches relative à l'état de santé et de bien-être du résident, notamment en ce qui a trait aux interventions, aux avis professionnels, à la médication et aux changements qui surviennent.</p>
Projet de vie, histoire de vie	<p>4. Faire participer les résidents à la démarche de projet de vie collectif de la résidence. Cette démarche devrait être organisée, structurée, annoncée à l'avance et comprendre des entretiens individuels, complétés par des entretiens de groupes et de l'observation.</p>
	<p>5. Inviter le résident à participer au projet de vie qui le concerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laisser au résident un certain temps (par exemple, deux à six semaines) avant de le solliciter, afin de lui permettre de s'installer et de nourrir sa réflexion au regard des enseignements de cette première période en résidence; - Entamer un dialogue avec le résident à partir des habitudes et de son histoire de vie, pour définir avec lui le type d'activités pouvant lui être offertes et leurs modalités, lui permettant de valoriser ses savoir-faire et sa créativité, de se distraire avec intérêt et plaisir; - Expliquer et faire valider par le résident le projet proposé et l'ajuster en fonction de ses souhaits et de ses remarques; - Organiser une réunion d'évaluation du projet proposé en conviant le résident, les proches (si le résident est d'accord) et des partenaires importants pour lui et analyser les éventuels écarts entre les objectifs fixés et les effets sur la situation du résident; - Définir de nouveaux objectifs au besoin et les valider avec les différents participants, ainsi que le plan d'action et les modalités de mise en œuvre.
	<p>6. Impliquer les résidents dans la réalisation d'outils permettant de mieux les connaître et honorer leurs modes de vie et réalisations au sein de l'établissement. Prendre le temps de découvrir les éléments qui les valorisent, de les partager et de les intégrer à la vie de la résidence. Ces talents et expériences peuvent être la pièce maîtresse d'un programme d'activités. Cette philosophie peut intégrer aussi bien les réalisations du personnel. La liste suivante comprend différents exemples d'outils pouvant être utilisés tels quels ou avec adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histoire de vie / Life review; - Autobiographie; - Histoire orale; - Profil d'un « résident du mois » dans le bulletin de la résidence, ou mis en évidence d'une autre manière;

IMPLICATION DES RÉSIDENTS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<ul style="list-style-type: none"> - Preference for Everyday Living Inventory (PELI): outil d'évaluation permettant d'identifier les préférences psychosociales des résidents pour des aspects de la vie de tous les jours comme la quantité de socialisation désirée, les loisirs et activités souhaités, etc.; - Care Cards : cartes documentant les préférences des résidents pour la vie de tous les jours et qui sont distribuées au personnel travaillant auprès des résidents; - All About Me Form : formulaire contenant les informations basées sur l'entrevue avec le résident, réalisée par l'infirmière auxiliaire et qui sont inscrites dans le « Sommaire des soins », qui se retrouve dans la chambre de chaque résident; - « Hands photographs » : prendre et afficher sur les murs de la résidence des photos des mains des résidents, accompagnées d'une phrase sur le travail effectué par chacun d'eux; - Preference Collage : collage réalisé par le résident en collaboration avec les proches et le personnel qui représente visuellement les préférences et les goûts des résidents; - Memoraid : outil permettant de documenter l'histoire de vie du résident, les événements historiques ayant eu lieu au courant de sa vie, ses préférences pour les activités de la vie quotidienne, etc.; - Wants and Desires form : un résumé en une page des vœux et désirs du résident. Le formulaire comporte plusieurs sections : les objectifs (ce que le résident souhaite accomplir ou améliorer), la routine personnelle de soins, l'histoire de vie et les habitudes, la routine quotidienne, les boissons favorites, la nourriture favorite, les cycles des événements quotidiens; - Wishing tree : les vœux du résident sont identifiés et illustrés sur un « arbre des vœux », qui peut être affiché au mur. Les vœux sont réalistes et réalisables : par exemple, un résident pourrait souhaiter vouloir utiliser des livres sonores, assister à un spectacle, apprendre à jouer du piano ou à utiliser un ordinateur pour la première fois. - Vidéos des résidents (qui parlent de leur vie, des défis qu'ils rencontrent dans le fait d'être hébergé, etc.). <p>7. Aider les résidents à déterminer leurs propres horaires quotidiens. Le personnel doit entendre à cet effet les demandes de tous les résidents et y répondre dans la mesure du possible.</p>
Activités vie quotidienne et domestique	<p>8. Susciter la participation du résident pour prendre des responsabilités et les intégrer comme faisant partie d'une gamme d'activités quotidiennes dans la résidence. Offrir la possibilité aux résidents de redonner et d'aider. Par exemple : distribuer le courrier, arroser les plantes, plier le linge et les serviettes, mettre la table, aider à cuisinier, jardiner, déblayer la neige, remplir les conteneurs de serviettes en papier et de savon, s'occuper d'animaux, aider bénévolement à divers projets, distribuer des revues et des journaux, etc.</p> <p>a. Renseigner les résidents sur les nombreuses tâches disponibles à la résidence et les façons dont ils peuvent aider en fonction de leurs intérêts. Aucun résident n'est tenu de participer aux tâches de routine de la résidence, mais ceux qui le veulent portent un insigne d'identité (où sont inscrits leurs intérêts et compétences) et sont toujours disponibles pour ces tâches.</p> <p>9. Impliquer le résident dans le choix de ses vêtements lors de l'achat de nouveaux vêtements ou le don de vêtements à la résidence.</p> <p>10. Promouvoir toutes les capacités du résident pour son auto-prise en charge et sa mobilité, en lui offrant le temps nécessaire pour le faire. Encourager un comportement autonome et décourager les comportements de dépendance. Par exemple : se nourrir, se vêtir et se laver autant que possible, aider quelqu'un à marcher jusqu'à la salle à manger plutôt que pousser la personne dans un fauteuil roulant, etc.</p>
Expression citoyenneté	<p>11. Inviter les résidents à participer aux discussions et débats sur les enjeux politiques et législatifs pertinents de la communauté.</p> <p>12. Favoriser la circulation de matériel éducatif et de pétitions pertinentes auprès des résidents.</p> <p>13. Favoriser l'exercice du droit de vote. Par exemple, organiser le transport des résidents-électeurs.</p>
Représentation, comités	<p>14. Mettre sur pied un comité de vigilance (ou groupe de recherche ou comité qualité de vie ou forum des résidents) pour veiller à la qualité de vie : un petit groupe de résidents (4-7), des proches (1-2) et membres du personnel (1-3) qui se rencontrent régulièrement (1 heure par semaine) et agissent comme leaders et visionnaires dans l'identification des besoins d'amélioration et le développement d'initiatives positives pour l'engagement de la communauté et le changement. Des notes de réunions y compris les points d'action contribueront à faire en sorte que le suivi approprié ait lieu.</p> <p>15. Instaurer un conseil des résidents (ou comité des résidents, comité des usagers, conseil communautaire).</p> <p>a. Une ressource (membre du personnel ou bénévole) doit être dédiée au soutien du comité des résidents et agir à</p>

IMPLICATION DES RÉSIDENTS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	titre facilitateur.
	<p>b. Mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le comité remplit adéquatement le mandat qui lui est dévolu : renseigner les résidents sur leurs droits, promouvoir la qualité des conditions de vie et évaluer le degré de satisfaction, défendre les droits et intérêts des usagers, accompagner et assister les démarches de plainte ou d'insatisfaction; - Encourager les résidents à rester engagés et à y exprimer leurs opinions ; - Le comité dispose de l'indépendance nécessaire à la réalisation de son mandat.
	16. Instaurer un comité d'activités ou d'action sociale.
	17. Instaurer un « conseil de l'alimentation » formé de résidents (et de membres du personnel qui le souhaitent) pour orienter et proposer des améliorations aux services alimentaires (par exemple, le comité peut se pencher sur le contenu de chacun des repas, l'horaire, la distribution, la température, etc.).
	18. Instaurer un comité de bienvenue ou d'accueil des nouveaux résidents.
	<p>20. Convoquer régulièrement des « cercles d'apprentissage » avec les résidents et le personnel dans chaque unité afin de déterminer les politiques et les activités quotidiennes.</p> <p>D'autres approches incluent des groupes de discussions, des réunions de communauté et des « jours de dialogue ». Ces espaces peuvent aussi servir pour la résolution de problème, le renforcement des liens communautaires, etc. Le personnel et les résidents utilisent les cercles d'apprentissage pour désamorcer les problèmes, renforcer les liens, et créer un espace sécurisant pour ceux qui sont timides ou qui ont des difficultés à parler.</p>
Activités et bénévolat	<p>21. Développer d'autres formes de participation collective formelle en favorisant la constitution et l'animation de lieux de débats et de participation sur différents sujets. Par exemple, commission lingerie, commission éthique, commission journal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en s'interrogeant sur la façon de rendre compte à tous les résidents des débats; - en impliquant les différents professionnels concernés (cuisine, lingerie, animation...) dans ces espaces d'échanges; - en encourageant la constitution d'espaces de débats par étage ou unité de vie; - en proposant au résident de s'impliquer dans la vie de l'établissement à travers les commissions et conseils.
	<p>22. Favoriser la contribution des résidents à la vie de la communauté locale et leur implication dans des activités de bénévolat. Par exemple, réaliser des cadeaux pour des bébés ou des enfants défavorisés, faire la lecture à des enfants (garderie ou école), organiser une campagne de financement, participer à une soupe populaire locale, remplir des enveloppes pour un organisme local sans but lucratif, etc.</p>
	<p>23. Impliquer les résidents dans la planification d'événements au sein de la résidence, comme par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plier des dépliants, faire des envois postaux, choisir le type de musique à jouer et la nourriture à servir; - Offrir aux résidents la possibilité de diriger la célébration de leur anniversaire (lors de la journée exacte de leur anniversaire) : en choisissant le genre de gâteau qu'ils veulent, en indiquant s'ils désirent que l'on chante ou non , en faisant connaître d'autres aspects à propos de la façon dont ils souhaitent être célébrés; - Assurer le soutien aux activités initiées et organisées par les résidents ; - Offrir l'assistance nécessaire pour permettre à un résident de "participer" (par exemple, dégager quelqu'un pour le reconduire, etc.);
	23. Impliquer les résidents, le personnel et les proches dans l'amélioration de l'environnement, notamment lorsque des changements dans l'aménagement sont prévus. Par exemple, participer au choix des palettes de couleurs et de finis, participer à la sélection des meubles des aires communes pour en faire un véritable projet communautaire.
Satisfaction, améliorations de la résidence	24. Encourager les résidents à entreprendre des projets ou démarches qui peuvent améliorer la vie en résidence et leur permettre de poursuivre des activités qu'ils faisaient antérieurement. Par exemple, l'obtention d'un arrêt de transport en commun en face de la résidence ou du don d'un piano.
	25. Impliquer les résidents dans les discussions à propos de ce qu'ils aimeraient faire dans leur résidence et explorer leurs idées à propos de comment améliorer la résidence.
	26. Réaliser un sondage sur la qualité de vie à tous les mois.
	27. Mettre sur pied des mécanismes au sein de la résidence permettant aux résidents de faire des suggestions, de donner leur opinion quelle qu'elle soit ou encore de porter plainte.

IMPLICATION DES RÉSIDENTS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Information aux résidents	28. Encourager les résidents à rencontrer les candidats à l'emploi au sein de la résidence et même à prendre part au processus de recrutement ; ce qui permet à la fois aux résidents de contribuer et démontre au futur personnel que la résidence a une culture de réciprocité.
	29. Prendre en compte l'expression de tous les résidents en dehors des cadres formels de participation en considérant toutes les demandes individuelles en matière de vie sociale des résidents : <ul style="list-style-type: none"> - en organisant un système de recueil d'avis des résidents sur les différents thèmes de la vie dans l'établissement sous des formes adaptées aux capacités des résidents; - en proposant des boîtes à idées ou d'autres systèmes, de façon anonyme, permettant l'expression d'idées.
Information aux résidents	30. Utiliser des caractères larges sur les affiches et abaisser les babillards pour permettre aux résidents de bien les lire (particulièrement ceux ayant des déficits visuels).
	31. Augmenter les outils d'informations dans diverses langues, divers styles et formats.
	32. Adopter des mesures (rencontres explicatives, dépliants) permettant d'informer le résident de la politique de traitement des plaintes et de faciliter l'utilisation de cette politique par le résident et son représentant.

Liens avec la communauté

La dimension *Liens avec la communauté* contient des pratiques qui visent à maintenir et à enrichir les activités à l'extérieur de la résidence ainsi que les contacts des résidents avec des personnes de l'extérieur. En effet, la notion de milieu de vie dépasse les murs de la résidence et implique le sentiment d'être lié à la communauté environnante et de maintenir les liens et activités entrepris avant l'entrée en résidence. Cet élément est lié à la définition de soi et à l'autodétermination de la personne. De nombreuses pratiques portent sur les occasions de bénévolat tant pour des personnes de l'extérieur que pour les résidents eux-mêmes. Les sous-dimensions concernent le type d'activités pouvant être réalisées incluant les contacts intergénérationnels, l'accès à des espaces verts extérieurs et quelques outils techniques pour faciliter le maintien des liens avec la communauté.

LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Création de partenariats avec la communauté	1. Renforcer les partenariats communautaires.
	a. Recourir au YMCA local pour offrir des programmes de santé et de bien-être au sein de la résidence.
	b. Recourir à la bibliothèque locale pour fournir des livres aux résidents.
	c. Utiliser les ressources des centres de ressources sur la santé : information, livres juridiques, journaux médicaux, bulletins d'information, médias audiovisuels, services informatiques.
	d. Conclure une entente avec le musée local pour organiser des expositions spéciales sur des sujets qui intéressent les résidents.
	e. Organiser des sorties dans un musée local où les résidents sont invités à se remémorer des souvenirs en touchant à certains objets, etc. Les souvenirs ainsi remémorés peuvent être notés puis servir à créer une exposition dans le musée.
	f. Faciliter la collaboration et la participation d'organismes travaillant avec les communautés culturelles dans la prestation de soins.
	g. Prendre des dispositions avec un magasin local pour offrir la possibilité aux résidents d'acheter sur place de la nourriture, des articles de toilette ou encore des vêtements. Le(s) magasin(s) peut(vent) être sur place de façon permanente ou de façon ponctuelle.
	h. Offrir certains services de la résidence à la communauté afin de favoriser des partenariats. Par exemple, la cuisinière de la résidence prépare également les repas pour les services de popotes roulantes.
	2. Offrir un programme d'éducation communautaire et de sensibilisation (par exemple, le « <i>Lunch and Learn Program</i> ») sur des sujets d'intérêts pour les résidents et le grand public. Les éducateurs communautaires rencontrent d'abord les résidents pour déterminer les sujets en fonction de leurs intérêts. Exemples de sujets éducatifs : bien-être et santé, information juridique, connaissance de la vie en établissement pour les personnes âgées vivant à leur domicile, le partage d'une mémoire collective entre jeunes et résidents âgés, l'expérience de relations entre trois ou quatre générations pour les jeunes parents n'ayant plus de liens familiaux avec leurs ascendants, etc.
	a. Organiser des débats sur les sujets d'actualité, qu'ils concernent directement ou non les résidents, par exemple, un débat sur la dépendance, des sujets concernant la ville ou le village, des sujets marquants d'actualité nationale ou internationale.
	b. Créer des occasions pour les résidents de parler de leur profession passée ou d'autres expériences, que ce soit pour le reste des résidents ou à des groupes extérieurs.
	3. Faire connaître la résidence comme centre de ressources afin d'amener la communauté dans la résidence : emplois, repas, ouverture du jardin-parc, lieu de culte ouvert au public, location de salles à des fins culturelles (classes d'art plastique et expositions, répétitions de groupes de musique ou de chorales et spectacles) ou associatives ou pour des réunions. Établir des modalités de participation des résidents aux activités des partenaires utilisant les locaux de la résidence. Superviser les activités adéquatement (membres du personnel en nombre suffisant) pour assurer la

LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>sécurité de tous.</p> <p>a. Inviter la population à la résidence pour des activités spéciales. Par exemple, l'accueil de jeunes à l'Halloween, la création d'un sentier de randonnée sur le terrain de la résidence, la tenue d'un barbecue communautaire, l'organisation de concerts en plein air l'été, la présentation de collections d'œuvres d'art à la résidence.</p> <p>b. Créer des activités conjointes, internes et externes, telles que des expositions de peintures, de photos, des concours de dessins, etc.</p> <p>c. Ouvrir la salle à manger à des personnes de l'extérieur de la résidence, par exemple pour accueillir des personnes seules à domicile qui préfèrent partager leur repas avec d'autres.</p>
Activités à l'extérieur de la résidence	<p>4. Organiser des sorties spéciales dans la communauté, par exemple au musée, à la plage, à des foires d'artisanat, à des expositions diverses, au zoo, pour des concerts, des pièces de théâtre, le cinéma, au lieu de culte (église, cathédrale, mosquée, synagogue, etc.), au marché de Noël, aux fêtes locales, à des activités pour aînés, à des foires agricoles, à des spectacles de voitures anciennes, etc.</p> <p>5. Favoriser des sorties significatives pour le résident (retourner sur son ancien lieu de vie, revoir ses vieux amis de bistro, aller au cimetière, fréquenter son lieu de culte, etc.).</p> <p>6. Organiser de brèves visites locales ou de proximité : magasins, supermarchés, marchés ouverts, bureau de poste, banque, église, café, bibliothèque, pubs, restaurants, centre sportif, piscine, vente de garage, événements scolaires, spectacles, services religieux.</p> <p>7. Soutenir des activités initiées et organisées par un ou des résidents. Laisser les résidents déterminer les destinations des sorties et des escales.</p> <p>8. Offrir un programme de réalisation des souhaits et désirs de longue date des résidents (inspiré de la Fondation <i>Second Wind Dream</i>, basée à Deland en Floride). Mettre en œuvre ce programme avec l'aide de bénévoles. Exemples de souhaits : des voyages dans des lieux « ordinaires » tels que des restaurants, des centres commerciaux, des étangs de pêche, des lieux de pique-nique, etc.</p>
Interactions avec des enfants et des jeunes	<p>9. Inviter des groupes scolaires (écoles, collèges, autres établissements) à la résidence sur une base régulière pour des projets intergénérationnels. Des visites régulières de proximité, basées sur un échange, sont préférables à des visites planifiées à l'occasion telles que des performances des enfants. Par exemple : partager des projets sur lesquels les enfants travaillent, inviter les enfants pour les fêtes (Noël, Halloween, etc.), pour présenter une pièce de théâtre ou des activités créatives, pour participer aux repas et goûters pris à l'extérieur, pour des discussions sur l'histoire, pour des cours d'art, etc.</p> <p>10. Organiser des activités avec des garderies.</p> <p>11. Ouvrir une garderie dans la résidence.</p> <p>12. Accueillir des stagiaires dans différents secteurs d'intervention de la résidence.</p> <p>13. Favoriser l'observation d'enfants qui jouent.</p> <p>14. Organiser un programme ouvert aux jeunes intéressés par une carrière dans les soins de santé (ils reçoivent alors des conférences éducatives et une expérience pratique en faisant du bénévolat dans le département de leur choix, etc.).</p> <p>15. Organiser des visites des résidents dans les écoles locales pour parler de leur vie. Produire un dépliant incluant la liste des sujets et intérêts que les résidents participants abordent.</p> <p>16. Encourager les étudiants du secondaire et les enfants à se porter bénévoles au sein de la résidence.</p> <p>17. Démarrer un programme de correspondance avec une classe de l'école locale. S'il y a des résidents qui ne peuvent plus écrire, voir si d'autres résidents peuvent écrire pour eux.</p> <p>18. Offrir aux résidents d'agir comme tuteurs de lecture.</p> <p>19. Offrir aux résidents de téléphoner à des enfants qui rentrent seuls à la maison après l'école.</p>

LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Espaces verts et extérieurs	20. Avoir recours à des produits offerts par les familles ou provenant de jardins communautaires à proximité.
	21. Aménager et animer un espace vert à l'extérieur avec des tables où les gens du quartier sont invités. Par exemple, chaque vendredi soir, inviter un groupe de musique jazz, prévoir un espace où les gens peuvent manger, danser, etc.
	22. Aménager des jardins entretenus conjointement avec des bénévoles de la communauté.
Bénévoles de la communauté	23. Recruter des bénévoles (adultes, étudiants ou jeunes) sur une base régulière pour visiter les résidents et faire des activités, par exemple : faire la lecture aux résidents, leur parler, les écouter raconter leur histoire de vie, jouer à des jeux, faire des visites à l'extérieur, amener les résidents à des activités extérieures comme la chorale du village, servir des repas, organiser des jeux simples qui nécessitent un minimum de préparation, etc. Mettre sur pied un programme d'adoption d'un résident par un bénévole (« visites d'amitié »).
	a. Offrir une assistance à chaque résident (« un à un ») pendant le repas, en ayant recours, par exemple, à des bénévoles et à des stagiaires dans le but de promouvoir une expérience positive des repas à travers l'interaction sociale et la participation du résident.
	24. Favoriser la création d'un service, d'un comité ou d'une association de bénévoles, supervisé par une personne responsable.
	a. Recruter des bénévoles dans les écoles locales, les organisations civiques locales, les foires bénévoles.
	b. Recruter des bénévoles « para-professionnels », par exemple des retraités ayant œuvré dans le domaine de la santé, dans des disciplines telles que l'orthophonie, le conditionnement physique, la réadaptation, l'art-thérapie, etc.
c. Établir une convention de partenariat avec une ou des associations de bénévoles. Demander aux bénévoles individuels d'adhérer à une charte (par exemple, une « Charte des bénévoles ») afin de préciser leur cadre d'intervention : le type d'activités (visites, activités d'animation, accompagnement en sortie, etc.), les compétences attendues ou souhaitées, les engagements des bénévoles (les périodes de visite, la participation aux formations et réunions éventuelles, etc.), les engagements de l'établissement vis-à-vis des bénévoles, les modalités d'assurance, le respect des règles de discrétion et de confidentialité.	
Maintien des liens avec la communauté	25. Offrir la possibilité aux résidents de garder tous les liens qu'ils souhaitent avec le monde extérieur.
	26. Offrir la possibilité au résident d'appartenir à des clubs sociaux, des groupes d'intérêts pertinents ou de participer à des activités communautaires liées à leurs intérêts et leurs croyances.
	27. Faciliter la participation des résidents qui le souhaitent aux conseils municipaux, à leur déclinaison dans le quartier de la résidence, voire dans leur ancien quartier, aux consultations publiques sur les aménagements de la ville, etc.
	28. Favoriser l'exercice des droits civiques. Clarifier avec chaque résident les modalités de son inscription sur une liste électorale, informer sur les modalités de vote par procuration, s'assurer que le résident a les moyens de s'informer sur les enjeux et les candidats avant l'élection (journaux, positionnements, etc.); organiser le transport et l'accompagnement sur les lieux de vote.
Outils techniques	29. Produire un bulletin d'information. Il est la voix de la résidence et fait le lien entre les résidents, le personnel, les proches et la communauté. Il doit refléter les idées, les intérêts et les opinions des résidents et leur apporter du plaisir. Il peut être réalisé par un petit groupe de résidents appuyés ou non par des proches ou des bénévoles.
	30. Offrir des services de transport aux résidents ou faciliter les déplacements (pour les sorties, les visites aux lieux de culte ou célébrations religieuses).
	31. Faciliter l'accès des résidents aux réseaux sociaux et à Skype.
	32. Prévoir une ligne téléphonique, une boîte aux lettres et une adresse pour chaque résident qui le souhaite.
	33. Recourir à des organismes communautaires pour offrir de la formation et des ressources pour permettre aux résidents de développer leurs compétences pour l'utilisation d'Internet. Ex. : Les « Silver surfer Club ».

Relations interpersonnelles

Les pratiques rassemblées au sein de la dimension *Relations interpersonnelles* insistent sur l'importance pour les résidents de nouer des liens et d'enrichir leurs relations interpersonnelles au quotidien, tant avec les autres résidents qu'avec le personnel. Il se dégage de la littérature que le développement de relations interpersonnelles est un élément clé de l'approche milieu de vie, nécessaire au développement d'un sentiment « d'être chez soi ». Le terme « relations interpersonnelles » inclut également le terme « interactions sociales ». Les pratiques identifiées concernent les outils, techniques et activités que le personnel peut mettre en œuvre pour atteindre cet objectif, de même que certains aménagements pouvant contribuer à favoriser les échanges. Bien que plusieurs pratiques issues de la littérature pointent vers l'importance du moment des repas pour favoriser les interactions sociales, ces dernières ont été placées dans la dimension *Alimentation* seulement pour les fins de la présente évaluation.

RELATIONS INTERPERSONNELLES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Rôles du personnel	<p>1. Présenter rapidement le nouveau résident aux autres résidents de son unité de vie ainsi qu'aux membres du comité des résidents afin de lui permettre de fonder ses repères. Utiliser la connaissance du personnel des histoires de vie communes et des intérêts mutuels des résidents.</p>
	<p>a. S'assurer qu'il n'y a pas de facteurs sous-jacents empêchant les résidents d'interagir avec les autres ou contribuant à les isoler des autres. Par exemple, soutenir et orienter les résidents ayant des déficits sensoriels ou de communication dans les mises en relations les uns avec les autres.</p>
	<p>c. Toujours présenter les nouveaux résidents et rappeler la présence des résidents « oubliés » par la personne âgée, ainsi que les changements de tables de certains résidents s'il y a lieu.</p>
	<p>d. Encourager les résidents, même les plus cognitivement atteints, à joindre les espaces communs avant et après les repas, ce qui facilite les relations et permet aux résidents ayant une démence d'avoir des interactions régulières et des relations significatives.</p>
	<p>a. Souligner l'arrivée des nouveaux résidents lors des réunions du comité des résidents et dans le bulletin des résidents.</p>
	<p>2. Prendre le temps de communiquer, d'écouter le résident et de parler avec lui quotidiennement. Par exemple, prendre le temps de dire bonjour, de toucher la main, de demander ce que la personne souhaite et de converser un peu lors des soins quotidiens, des moments libres, avant et après les repas, etc.</p>
	<p>a. S'assurer que le résident a quelqu'un à qui parler quotidiennement.</p>
	<p>b. Rechercher la satisfaction des résidents pour le temps pris par le personnel pour échanger avec eux.</p>
	<p>c. Aller voir systématiquement tel résident, plusieurs fois par jour, pour lui proposer de discuter.</p>
	<p>d. Offrir la possibilité pour le résident de s'adresser en tout temps à la réceptionniste pour des informations ou pour placoter.</p>
	<p>e. Distraindre un résident, si l'on observe de la tristesse ou de l'absence, en présentant une photo familiale pour éveiller l'intérêt.</p>
	<p>f. Encourager les résidents qui parlent à s'asseoir ensemble. Un membre du personnel peut s'asseoir et parler avec eux, par exemple à propos des nouvelles du jour dans le journal.</p>
	<p>g. Offrir suffisamment de temps au personnel et aux résidents pour échanger entre eux.</p>
	<p>h. Favoriser, dans un but social, les échanges personne à personne, que ce soit dans une dyade ou dans un groupe incluant des résidents, le personnel, la famille ou autres.</p>

RELATIONS INTERPERSONNELLES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	i. Inviter la personne âgée à reconnaître le nom des membres du personnel qui s'occupent d'elle, en le lui rappelant verbalement.
	j. Offrir et recevoir, à l'occasion, de petites douceurs. Permettre aux résidents d'offrir des remerciements et des cadeaux appropriés au personnel en retour de leur aide.
	k. Favoriser les signes d'affection entre le personnel et les résidents. Tapoter le bras, offrir un câlin ou l'expression qu'une personne soit son résident ou employé favori.
	l. Développer une attitude positive et affirmative en disant toujours « oui » à l'étude d'une demande.
	3. Développer une attitude positive à la satisfaction des résidents (bonne humeur, politesse, compassion, écoute, patience, tolérance).
	a. Éduquer les proches à propos de leur influence potentielle (bonne et mauvaise) sur la relation avec les autres résidents.
	4. S'assurer que les résidents aient des moments où ils peuvent être seuls lorsqu'ils le souhaitent, car de ces instants de solitude consentis germe ensuite le désir de rencontres et d'échanges avec d'autres.
	5. Offrir la possibilité aux résidents d'exprimer des émotions intenses.
	6. Rédiger une « Politique générale » pour tous les membres de la résidence et de la communauté, afin de présenter les principes et pratiques qui devraient être permis dans la résidence (par exemple, promouvoir une bonne attitude, offrir des compliments et des éloges et prendre le temps de partager de « petits extras » avec les autres incluant de bonnes conversations).
	7. Éduquer les résidents afin qu'ils connaissent quels genres d'interactions sont appropriées.
8. Permettre au résident de converser avec la personne de son choix sans être interrompu.	
Rôles des résidents	9. Favoriser les occasions pour les résidents qui le peuvent d'aider d'autres résidents, ce qui renforce leur sentiment d'accomplissement.
	10. Enseigner aux résidents les habiletés d'écoute active afin qu'ils puissent offrir du soutien aux autres résidents.
	a. Faciliter les interactions entre résidents par le recours à un système de parrainage. Par exemple, demander aux paires d'orienter les nouveaux résidents, de les renseigner sur les procédures de l'unité et de leur offrir un soutien informel durant les repas et autres temps libres.
	11. Demander au résident qu'il présente ses proches et ses visiteurs aux autres résidents, et l'inviter à présenter lui-même ses « invités » au personnel.
12. Encourager les résidents qui assistent aux soins d'autres résidents de leur faire la lecture, de les amener dehors ou de parler avec eux.	
Outils et techniques	13. Utiliser les technologies pour soutenir l'interaction. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - « Connect for Care » (un système de vidéotéléphone avec écran tactile). - « Paro » (un robot en forme de phoque conçu pour interagir avec les êtres humains et agir comme substitut à un animal à la maison).
	14. Utiliser les techniques d'orientation dans le temps et l'espace permet de réduire l'anxiété et d'améliorer l'humeur.
	15. Former des groupes de réminiscence au sein desquels les résidents partagent leurs histoires. Les programmes de réminiscence stimulent le sens personnel, particulièrement la réminiscence à propos des relations et l'intégration des expériences passées dans la présente existence. Le personnel peut également participer à ces groupes. Les résidents de toutes cultures trouvent plaisir et sens à partager leurs expériences de vie. Le personnel peut enregistrer ces histoires ou les écrire pour en faire un recueil. Par exemple, utiliser le <i>scrapbooking</i> , l'écriture des mémoires ou le récit des histoires. Utiliser des photos, des objets et de la musique pour déclencher des souvenirs. Utiliser un thème, par exemple, partager les souvenirs de la 2 ^e Guerre mondiale.
	16. Rassembler les histoires de vie des résidents et les conserver dans des cartables accessibles au personnel, aux

RELATIONS INTERPERSONNELLES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>bénévoles et aux proches, dans le respect des règles de confidentialité en vigueur, dans le but de mieux les connaître. Ces cartables peuvent, par exemple, être nommés : <i>Vital Life Stories</i>.</p>
	17. Installer des photos des résidents dans les aires communes ou sur écran d'ordinateur à la réception.
Activités	18. Offrir un programme d'activités diverses est important pour répondre aux intérêts variés des résidents et pour favoriser les interactions internes.
	19. Partager des bulletins informels entre les résidents, le personnel et les familles des résidents afin d'en apprendre plus à propos des uns les autres et de susciter des débats.
	20. Faire le portrait d'un « résident du mois » et annoncer les anniversaires dans le bulletin des résidents.
	a. Développer un « <i>Staff Face Book</i> » : des entrevues personnelles avec tout le personnel de soins directs d'une unité pour recueillir des informations biographiques et des photos afin que les résidents en apprennent davantage sur eux et sur leur vie.
	21. Organiser un forum pour les résidents et les proches pour discuter de leur vie en résidence.
	a. Discuter des questions de la vie, de la mort, de sens et de philosophie.
	b. Instaurer des réunions hebdomadaires de voisinage.
	22. Organiser des cocktails pré-souper réguliers afin d'encourager le développement d'amitiés entre les résidents.
	23. Offrir des séminaires continus pour les résidents et le personnel afin d'offrir des outils pour communiquer positivement, maintenir des relations authentiques et gérer les conflits de façon digne.
	24. Rendre possible une vie sociale après le dîner : <ul style="list-style-type: none"> - en favorisant les possibilités de rencontres et d'activités autant que possible (regarder à plusieurs la télévision, jouer aux cartes, rester au jardin l'été, etc.); - en adaptant les horaires pour l'aide au coucher; - en laissant accessibles les espaces collectifs et le matériel nécessaire; - en facilitant les sorties des résidents par petits groupes en soirée (restaurant, théâtre, stade...) en ayant recours aux moyens suivants : récupération du temps de travail des professionnels, association de bénévoles, participation financière de la résidence, système d'ouverture de la porte de la résidence le soir.
	25. Profiter des repas pour susciter d'autres rencontres entre les résidents à l'occasion des fêtes annuelles, de journées à thèmes, d'anniversaires (sous réserve de l'accord des personnes concernées).
	26. Offrir la possibilité pour les résidents de se retrouver entre « hommes » ou entre « femmes » lorsqu'un tel besoin est perçu.
	27. Souligner la mémoire des amis décédés.
	28. Aviser les résidents des départs et des arrivées des résidents et des membres du personnel.
	29. Faciliter les rencontres et les interactions sociales en mettant à disposition des supports tels que journaux (discuter des événements du monde) musique, jeux (ex. : Wii), en respectant les groupes qui se constituent spontanément quel que soit le lieu de leur rencontre.
Environnement / Aménagement	30. Soigner l'aménagement des espaces communs afin de favoriser les interactions sociales. Par exemple, prévoir des chaises dans les espaces passants tels que dans le hall ou près des ascenseurs et inclure dans les pièces communes suffisamment de chaises pour permettre aux visiteurs et le personnel de s'asseoir près des résidents et prévoir des sofas pour permettre le toucher et les câlins.
	31. Favoriser un aménagement en unité, chacun aménagé comme un quartier : <ul style="list-style-type: none"> - les chambres ou appartements sont aménagés autour d'un espace décentralisé de rassemblement et de l'aire de travail du personnel; - il y a une porte commune d'entrée (quiconque n'y résidant pas doit frapper avant d'entrer); - on y trouve des salons à échelle résidentielle, des cuisines et des salles à manger; - on renomme ces petits « quartiers » avec des noms à consonance résidentielle (tel que des noms de rue ou une iconographie faisant référence à la géographie locale, à l'histoire ou à la culture); - les résidents sont regroupés en fonction d'affinités culturelles ou de leurs antécédents (les amoureux d'art, les

RELATIONS INTERPERSONNELLES	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	agriculteurs, les professionnels).
	32. Aménager des espaces favorables aux interactions sociales en offrant une variété de lieux de rencontres divers incluant de petits espaces privés favorisant l'intimité pour recevoir des visiteurs ou favoriser les activités de petits groupes et de larges salles communes suffisamment grands pour les fêtes ou « place publique » favorisant les rencontres.
	33. Prévoir des chambres individuelles suffisamment spacieuses pour permettre aux résidents de recevoir des visiteurs en privé, particulièrement pour les résidents ayant un époux vivant dans la communauté.
	34. Identifier le nouveau résident par un signe sur sa porte.
	35. Apposer les noms des résidents sur les portes et les tables à dîner.
Gestion de crise et des conflits	36. Inviter le résident qui ne peut en supporter un autre, à expliquer et à motiver son malaise et l'impliquer dans la recherche de solutions.
	37. Rappeler les règles, lorsque des comportements inadéquats (se dénuder, attouchements sexuels, injures, etc.) se produisent, de même qu'apporter une écoute spécifique, faire appel ou modifier le traitement médical, etc. (plutôt qu'opter pour la tolérance complète ou la punition et la sanction).
	38. Accompagner les résidents qui vivent certaines problématiques (isolement, tristesse, etc.) dans la chambre d'un résident qui y est alité pour un court moment de socialisation.

Sécurité

La *Sécurité* est abordée dans cette section sous l'angle des pratiques qui favorisent l'autodétermination des résidents tout en minimisant les contraintes. Certaines pratiques offrent des pistes ou des balises, lorsque l'autodétermination des résidents est en tension avec leur sécurité.

SÉCURITÉ	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
« Règles » de sécurité et outils	1. Chaque résident a la clé de sa chambre.
	2. Chaque résident a la clé d'un coffre, d'un placard ou autre meuble permettant de protéger ses effets personnels.
	3. Les portes de la résidence ont des codes d'accès.
	4. Les électroménagers sont sécuritaires.
	5. Des matelas anti-plaies sont disponibles.
	6. Les lits sont électriques.
	7. La résidence possède des lève-personnes mobiles ou sur rail.
	8. La résidence est surveillée de nuit.
	9. Prévoir un plan d'évacuation et un protocole d'actions en cas d'urgence, et faire des exercices d'évacuation des résidents.
	10. Rendre disponible au résident une chaînette de sécurité modifiée (afin que le personnel puisse accéder à la chambre en cas de besoin).
	11. Afficher des tableaux d'orientation dans chaque unité de séjour.
	12. Afficher le nom et le titre de la personne présente au(x) bureau(x) administratif(s), en grosses lettres et placés à mi-hauteur de la porte.
	13. Éviter, dans la mesure du possible, les restrictions de façon générale, même mineures. Utiliser des alternatives, comme la modification de l'environnement des résidents.
	<p>a. Éviter l'usage de la contention dans la mesure du possible. N'utiliser la contention que lorsque motivé par une prescription médicale tout en cherchant des solutions alternatives avant d'y avoir recours. Par exemple, mettre en place un programme de réduction des contentions. Documenter les limites dans un protocole et en faire le suivi.</p>
	<p>b. Éviter les restrictions à la liberté d'aller et venir à moins qu'elles soient nécessaires à la préservation de la sécurité du résident et strictement proportionnées au but poursuivi.</p>
	14. Pour les résidents qui font de la déambulation, utiliser un système d'identification du résident (quand existent des possibilités de sortir de la résidence) : bracelets, étiquettes cousues au niveau des vêtements, etc.
	15. Rechercher le sens des errances ou de la déambulation, afin d'adapter l'accompagnement des résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, symptômes qui souvent diminuent au fur et à mesure qu'il s'approprie le lieu.
	16. Prendre des mesures adéquates pour empêcher l'accès à la chambre des autres résidents et expliquer aux autres résidents les errances des résidents désorientés susceptibles de se perdre et d'entrer dans une chambre autre que la leur, sans intention malveillante.
17. S'assurer que le résident reçoive toute l'information et l'éducation sur les risques potentiels, qu'il saisisse bien cette information et qu'on réponde à toutes ses questions.	
18. S'assurer d'évaluer non seulement les risques encourus par la décision d'un résident, mais également les effets sur la qualité de vie de respecter ou de ne pas respecter cette décision.	

SÉCURITÉ	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>19. Évaluer et négocier avec le résident, les proches et/ou le représentant légal, préalablement à l'admission, le principe de la liberté d'aller et venir. Utiliser la notion de « prise de risques mesurés et acceptés ensemble » et établir la démarche sur cette notion. Chercher des alternatives à la restriction de la liberté d'aller et venir et effectivement personnaliser les restrictions éventuelles. Discuter de façon ouverte. Dans la plupart des cas, éviter de restreindre l'accès à l'extérieur même si cette sortie pourrait résulter en une chute, car la restriction est une atteinte à la qualité de vie.</p> <p>a. L'errance est contrée par l'utilisation de moyens appropriés.</p> <p>b. S'il y a lieu de verrouiller la porte d'entrée de l'unité de séjour pour la sécurité des résidents ayant des déficits cognitifs, mettre un mécanisme qui permet aux résidents lucides d'entrer et de sortir de l'unité par eux-mêmes.</p> <p>c. Exercer les mêmes règles de sécurité en ce qui concerne l'accès de la cour vers l'extérieur de la résidence que celles gérant l'accès à la résidence par la porte d'entrée principale. C'est-à-dire : verrouiller les portes qui donnent accès de la cour vers l'extérieur et prévoir des mécanismes d'accès pour les résidents aptes à se déplacer à l'extérieur de la résidence.</p>
Entente de risques négociée	<p>20. Conclure une « Entente de risques négociée » (<i>Negotiated risk agreement</i>) avec le résident qui souhaite prendre un risque qui devrait inclure, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les préférences et les choix exprimés par le résident; - Une explication du conflit entre ces choix et la politique d'établissement, le cas échéant; - Une discussion avec le résident des risques potentiels de son comportement (pour lui ou pour d'autres résidents); - Une exploration des alternatives aux préférences exprimées qui pourraient être acceptables par le résident et la résidence; - Une entente entre le résident et la résidence quant au comportement futur en question du résident; - Une confirmation, expresse ou inhérente, que le résident comprend les risques encourus et souhaite les prendre tout de même, le cas échéant. <p>Il faut également documenter les décisions du résident et les risques encourus dans le plan d'intervention.</p> <p>a. Documenter les responsabilités du personnel en lien avec les risques encourus, les moyens pris pour prendre ces responsabilités, ainsi que les conditions du suivi et de la réévaluation de la situation.</p> <p>21. Soutenir le résident afin d'atténuer les risques de ses décisions dans la mesure du possible.</p>
Systèmes et technologies	<p>22. Établir un registre spécifique pour les autorités pour les situations particulièrement délicates en matière de liberté d'aller et venir.</p> <p>23. S'assurer que les résidents ont le plus grand contrôle possible sur les décisions portant sur les risques qu'ils sont prêts à prendre.</p> <p>24. S'assurer du bon apprentissage de la personne à se servir des systèmes d'appel (sonnette, téléalarme). Mettre en place une surveillance particulière si la personne est incapable d'appeler.</p> <p>25. S'assurer que la clochette (ou autre système) pour appeler le personnel est accessible par le résident, un peu partout dans le logement.</p>
Prévention	<p>26. Prévenir le risque de chutes et de malaises : évaluer et prendre en charge les facteurs de risque de chutes/malaises liés aux maladies du résident, évaluer les facteurs de risques de chutes liés à l'environnement dans le logement (nature et entretien des revêtements de sol dans la chambre, la salle de bains, encombrement de la pièce, éclairage) et rechercher des solutions adaptées. Un bon programme de prévention des chutes comprend notamment le recours à des systèmes de documentation des épisodes de chutes et de l'évaluation post-chute.</p> <p>27. Revoir l'utilisation du chariot à médicaments pendant les tournées sur l'unité (pour éviter que les résidents ambulants y aient accès).</p>
Autre	<p>28. Le personnel doit déclarer tout accident ou incident conformément à la procédure de divulgation d'incident ou d'accident à l'utilisateur.</p>

Services et soins professionnels

Les pratiques de la dimension *Services et soins professionnels* interpellent plus particulièrement les professionnels qui travaillent au sein d'une résidence. La majorité des pratiques s'appliquent indistinctement à tous les professionnels, mais certaines d'entre elles peuvent s'appliquer plus particulièrement à un ou quelques titres professionnels plutôt qu'à l'ensemble. Il existe bien entendu de nombreuses normes professionnelles qui encadrent la pratique des professionnels œuvrant en résidence, mais comme toutes les pratiques comprises dans ce document, celles de la présente dimension s'y retrouvent parce qu'elles sont présentées dans la littérature comme étant particulièrement liées à l'approche milieu de vie. Elles s'inscrivent dans une perspective d'ouverture aux différentes thérapies existantes pour répondre aux besoins des résidents, de soutien à l'autonomie et à la liberté de choisir et d'agir des résidents ainsi que de flexibilité et de transdisciplinarité. Pour éviter les répétitions, des pratiques concernant l'*Alimentation*, l'*Implication des proches*, les *Relations interpersonnelles* et les *Liens avec la communauté* ont été retirées de cette dimension. Il ne faut pas pour autant considérer que le rôle des professionnels n'est pas important dans la mise en œuvre des pratiques de ces dimensions, bien au contraire.

SERVICES ET SOINS PROFESSIONNELS	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
« Thérapies alternatives » (autres que médicales)	1. Toucher les résidents de façon thérapeutique, avec leur approbation. Par exemple, leur prendre ou leur masser la main ou les serrer dans les bras quand c'est approprié et qu'on sait que le résident l'apprécie. Pour ce faire, s'assurer de bien comprendre la signification du toucher et du langage corporel pour les résidents de diverses cultures.
	2. Offrir de la musicothérapie, notamment en groupe, par exemple en ayant recours à des chansons qui touchent les résidents et en aidant les résidents à créer leurs propres paroles sur des airs de chansons familières.
	3. Offrir des groupes qui emploient des techniques de thérapie « rogérienne » (ou thérapie humaniste ou centrée sur la personne) comme l'empathie et le regard positif inconditionnel.
	4. Offrir de l'aromathérapie (utilisation d'huiles essentielles pour relaxer, équilibrer et stimuler le corps et l'esprit, par inhalation et / ou par massage des mains).
	5. Offrir de la massothérapie.
	6. Offrir de la thérapie par le théâtre.
	7. Offrir de la thérapie par la danse.
	8. Offrir de l'art-thérapie.
	9. Offrir de la luminothérapie.
	10. Offrir de la zoothérapie.
	11. Favoriser l'accès à des services d'un naturopathe.
	12. Offrir des programmes de conditionnement physique.
	13. Offrir des programmes de mieux-être (yoga, acupuncture, tai-chi, méditation, imagerie mentale dirigée, etc.).
	a. Le programme de mieux-être peut également comprendre des éléments de prévention, de gestion des maladies chroniques, etc.

SERVICES ET SOINS PROFESSIONNELS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>14. Offrir un programme de réadaptation / de réhabilitation (« <i>restorative care</i> ») d'intensité basse à élevée pour maintenir les capacités des résidents ou pour qu'ils (ré) apprennent à réaliser certaines activités, notamment se laver et s'habiller / se déshabiller.</p> <p>L'objectif des programmes est de maintenir (voir améliorer) les capacités des résidents en les amenant à réaliser des activités où ils mettent en pratique leurs aptitudes ou réapprennent à les utiliser.</p>
Adaptation des soins et des services	<p>15. Colliger et documenter les informations sur les préférences et les routines des résidents en utilisant des outils et des systèmes d'information spécifiques. Partager les informations avec le personnel, à moins d'avis contraire du résident.</p> <p>La liste suivante comprend différents exemples d'outils pouvant être utilisés tels quels ou avec adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histoire de vie / <i>Life review</i>; - Autobiographie; - Histoire orale; - Profil d'un « résident du mois » dans le bulletin de la résidence, ou mis en évidence d'une autre manière; - <i>Preference for Everyday Living Inventory</i> (PELI) : outil d'évaluation permettant d'identifier les préférences psychosociales des résidents pour des aspects de la vie de tous les jours comme la quantité de socialisation désirée, les loisirs et activités souhaités, etc.; - <i>Care Cards</i> : cartes documentant les préférences des résidents pour la vie de tous les jours et qui sont distribuées au personnel travaillant auprès des résidents; - <i>All About Me Form</i> : formulaire contenant les informations basées sur l'entrevue avec le résident réalisée par l'infirmière auxiliaire et qui sont inscrites dans le « Sommaire des soins », qui se retrouve dans la chambre de chaque résident; - « <i>Hands photographs</i> » : prendre et afficher sur les murs de la résidence des photos des mains des résidents, accompagnées d'une phrase sur le travail effectué par chacun d'eux; - <i>Preference Collage</i> : collage réalisé par le résident en collaboration avec les proches et le personnel qui représente visuellement les préférences et les goûts des résidents; - <i>Memoraid</i> : outil permettant de documenter l'histoire de vie de la personne, les événements historiques ayant eu lieu au courant de sa vie, ses préférences pour les activités de la vie quotidienne, etc.; - <i>Wants and Desires form</i> : un résumé en une page des vœux et désirs du résident. Le formulaire comporte plusieurs sections : les objectifs (ce que le résident souhaite accomplir ou améliorer), la routine personnelle de soins, l'histoire de vie et les habitudes, la routine quotidienne, les boissons favorites, la nourriture favorite, les cycles des événements quotidiens; - <i>Wishing tree</i> : les vœux du résident sont identifiés et illustrés sur un « arbre des vœux », qui peut être affiché au mur. Les vœux sont réalistes et réalisables : par exemple, un résident pourrait souhaiter vouloir utiliser des livres sonores, assister à un spectacle, apprendre à jouer du piano ou à utiliser un ordinateur pour la première fois. - Vidéos des résidents (qui parlent de leur vie, des défis qu'ils rencontrent dans le fait d'être hébergé, etc.). <p>16. Adopter une approche biographique de soins, notamment en basant le plan d'intervention sur l'histoire de vie des résidents (choix, préférences, routines antérieures) dans la mesure du possible.</p> <p>17. Offrir aux résidents une routine de soins et de services qui correspond à leurs besoins et à leurs habitudes de vie.</p> <p>a. Arrimer les horaires des activités de soins et de services avec celui de la programmation des activités de loisirs.</p> <p>18. Utiliser un système non invasif pour surveiller les routines des résidents et pour détecter les ruptures ou changements inhabituels dans leur routine et en aviser le personnel (par exemple le système <i>Quiet Care™</i>). Par exemple, le système peut détecter les déplacements des résidents pendant la nuit et signaler au personnel les comportements inhabituels à l'aide d'une transmission visuelle au bureau du personnel ou aux téléavertisseurs. Ce système peut être particulièrement utile pour les résidents déments.</p> <p>19. Utiliser des outils d'intervention permettant de personnaliser les soins et les services, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la feuille des accompagnements; - le dossier du résident; - le cahier de communication; - le tableau de soins développé par le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (celui-ci est affiché discrètement dans la chambre du résident). <p>20. Encourager la formulation de demandes de la part des résidents à l'attention des professionnels.</p> <p>a. Recevoir toutes les demandes, juger si elles sont raisonnables et y répondre dans la mesure du possible.</p>

SERVICES ET SOINS PROFESSIONNELS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Modalités d'identification et de communication avec le personnel	21. Faciliter l'identification des professionnels par les résidents et leurs proches tout en évitant le port obligatoire d'uniformes traditionnels. Par exemple, les professionnels peuvent porter des tenues professionnelles de couleurs différentes, des épinglettes avec leur nom, leur titre et une photo pour faciliter leur identification par les résidents, etc.
	22. Informer les résidents et leurs proches de la répartition des rôles des professionnels au sein de l'établissement. <ul style="list-style-type: none"> a. Toute modification doit s'accompagner d'une explication claire et franche.
	23. Informer les résidents et leurs proches des modalités pratiques pour joindre les professionnels.
Plan d'intervention	24. S'assurer de la participation du résident et des proches à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention (plan d'intervention négocié et accepté par toutes les parties).
	a. Inviter les résidents (verbalement) et les proches (verbalement ou par écrit) aux rencontres d'élaboration de leur plan d'intervention.
	b. Permettre de tenir des rencontres dans la chambre du résident si celui-ci a des difficultés à se déplacer et / ou à s'asseoir dans une autre salle.
	c. Tenir des rencontres interdisciplinaires, incluant le résident, les proches et les professionnels des différents départements.
	d. Inviter les intervenants de l'extérieur du centre aux rencontres d'élaboration du plan d'intervention, lorsque pertinent.
	e. S'assurer qu'une copie du plan d'intervention se retrouve dans la chambre du résident, et qu'elle soit mise à jour lorsque nécessaire.
	f. Considérer le potentiel et les ressources des résidents dans l'élaboration du plan d'intervention.
	g. Planifier une révision régulière des besoins des résidents en collaboration avec le résident, les proches et l'équipe interdisciplinaire.
	h. Améliorer l'implication des résidents de diverses origines ethnoculturelles dans la prise de décision concernant les soins et services et s'assurer que ceux-ci sont sensibles aux besoins particuliers de ces résidents des minorités ethnoculturelles, par exemple, en planifiant des rencontres régulières entre intervenant et résident.
i. Préparer un document de référence qui permettra d'assurer la définition de même que les modalités cliniques et administratives du plan d'intervention devant être réalisées avec le résident, ses proches et l'équipe interdisciplinaire.	
Prestations des soins / services (approches, interventions, etc.)	25. Attirer formellement un intervenant pivot / accompagnateur à chaque résident.
	26. Mettre en œuvre des moyens pour limiter au maximum les impacts des comportements perturbateurs de certains résidents sur la qualité de vie des autres résidents (par des groupes, des consultations en psychogériatrie, de la sensibilisation et de l'information aux résidents pour une meilleure compréhension du phénomène, etc.).
	27. Reconnaître et maximiser la liberté d'aller et venir. <ul style="list-style-type: none"> a. Réévaluer périodiquement les conditions de la liberté d'aller et venir avec le résident, le médecin, le personnel soignant, le secteur psychiatrique. b. Inscrire les actions de soutien à la liberté d'aller et venir dans le dossier du résident.
	28. Informer les résidents des avantages et des inconvénients des soins et services.
	29. Analyser les refus de soins en réunion interdisciplinaire, en évitant de banaliser ces refus. Documenter les refus dans le dossier du résident. <ul style="list-style-type: none"> a. Expliquer les conséquences potentielles du refus aux résidents et aux proches, leur offrir la possibilité d'en reparler à d'autres professionnels, leur offrir des alternatives, respecter leur droit de changer d'avis. b. Respecter le droit du résident de refuser des soins.
	30. Privilégier l'auto-évaluation de la douleur, lorsque le résident est communicant et coopérant (à l'aide, si nécessaire, de l'échelle verbale simple (ÉVS) et de l'échelle verbale numérique (ÉVN) qui sont les mieux adaptées aux personnes âgées).

SERVICES ET SOINS PROFESSIONNELS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	31. Offrir aux résidents des occasions de profiter des plaisirs simples, tels que : des pains fraîchement cuits, les odeurs qui accompagnent la préparation du café et du déjeuner, de la musique, la chaleur du soleil direct sur la peau, le rire d'un bébé, etc.
	32. Faire des commentaires positifs à l'endroit des résidents lorsqu'ils atteignent des objectifs.
	33. Éviter de prodiguer des soins aux résidents sans leur permission.
	34. Soutenir les résidents dans leur planification et leur préparation aux rendez-vous médicaux, tant psychologiquement que physiquement, notamment en leur rappelant la tenue du rendez-vous plusieurs jours à l'avance et en leur rappelant tous les jours par la suite.
	35. Lorsque deux résidents sont en couple (ou autre type de relation significative), permettre au conjoint qui le souhaite de jouer un rôle d'aidant naturel. Lui permettre d'être présent aux rencontres médicales si souhaité.
	36. Offrir des programmes de promotion de la mobilité, notamment pour les résidents souffrant de démence.
	37. Offrir des soins centrés sur les émotions. Cette approche consiste en la prise de conscience de l'émotion, son acceptation et l'exploration de sa signification pour ensuite quitter l'émotion pathologique et favoriser les émotions saines.
	38. Travailler sans faire de bruit le soir.
Contribution de la communauté à la prestation de soins / services	39. Mettre en place des centres d'informations et d'éducation à la santé, où travaillent des professionnels de la santé et des bénévoles et où sont disponibles des livres, revues, infolettres, documents audiovisuels et ressources en ligne.
	40. Recruter des bénévoles « para-professionnels », par exemple des retraités ayant œuvré dans le domaine de la santé, dans des disciplines telles que l'orthophonie, le conditionnement physique, la réadaptation, l'art-thérapie, etc.
Évaluation / amélioration des soins / services	41. Mettre sur pied un groupe composé de membres du personnel, de résidents et de proches pour donner leur avis sur l'amélioration de la résidence (prendre des notes et faire un suivi des actions proposées).
	42. Recueillir les commentaires des résidents sur leur satisfaction par rapport aux services et y donner suite.
Services spécialisés	43. Favoriser l'accès à des services spécialisés d'ophtalmologie, d'audition et aux soins dentaires.
	44. Consulter si nécessaire des spécialistes pour les questions légales, après avoir consulté les ressources disponibles au sein de la résidence et de l'établissement public de santé et de services sociaux.
Équipements	45. Offrir des équipements pour compenser les pertes progressives : pompes volumétriques pour perfusion et gavage, un appareil électrocardiogramme, etc.
	46. Fournir des outils mécaniques d'aide à la mobilité et à l'autonomie afin que les résidents puissent exercer un contrôle accru sur leur milieu de vie.
Soins infirmiers	47. Rôle d'infirmière répondante / responsable / principale (« <i>First Responsible Nurse</i> ») : <ul style="list-style-type: none"> - coordonne les soins et les activités de la vie quotidienne pour un résident; - est disponible pour répondre aux questions et aux demandes des proches; - prévoit une rencontre (en personne ou téléphonique) régulière avec les proches pour l'échange d'informations sur le résident (cette pratique est encore plus utile si un des proches est également désigné à titre de répondant).
	48. S'assurer que les bureaux des professionnels soient bien intégrés au milieu de vie en privilégiant des bureaux discrets (par exemple, au rez-de-chaussée, là où il n'y a pas de chambres) plutôt que les « postes de garde » institutionnels.
	49. Prévenir et gérer les risques liés à la polypathologie des résidents, en informant le résident et ses proches du contenu de l'évaluation gériatrique, des risques identifiés et des mesures de prévention proposées, en tenant compte de la perception que le résident a de sa santé et de ses problèmes de santé, en notant les actions de prévention effectuées et celles refusées par le résident et en dépistant annuellement l'ensemble des risques définis dans le projet de soins institutionnels.

SERVICES ET SOINS PROFESSIONNELS

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	50. Réévaluer le soutien apporté au résident après un épisode de maladie.
	51. Anticiper les décisions médicales d'hospitalisation et de limitation ou d'arrêt de traitement devant les situations médicales complexes en les abordant, dès l'élaboration du volet soins du plan d'intervention, à chaque actualisation de ce volet et en cas d'aggravation progressive de l'état de santé du résident (par exemple, en organisant avec le médecin traitant une réunion d'équipe pluridisciplinaire).
	52. Utiliser des approches intégrées de gestion et de prise en charge de la douleur.
	53. Rôle d'infirmière clinicienne spécialisée (« <i>Clinical Nurse Specialist</i> ») : <ul style="list-style-type: none"> - fournit aux résidents l'information nécessaire à la prise de décision concernant les activités de la vie quotidienne. En quantité suffisante et vulgarisée, l'information porte sur les options de soins et de services et prend en considération le temps nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée; - soutient les résidents à leur arrivée dans la résidence en facilitant leur adaptation, en prévenant les sentiments d'isolement et d'impuissance; - utilise (et apprend au personnel soignant à utiliser) des instruments de mesure permettant de vérifier le niveau de capacité des résidents à faire des choix rationnels; - fait de l'« advocacy »; - soutient les résidents dans les procédures de consentement éclairé; - évalue la qualité éthique des soins; - collige et dissémine des informations sur les droits des résidents; - soutient les résidents et leurs proches dans l'acquisition de connaissances concernant les droits des résidents.
	54. Participer activement à la prise de décision relative aux soins et services des résidents lorsqu'ils ne sont plus aptes à prendre leurs propres décisions.

Sexualité

La dimension sur la *Sexualité* est relativement courte et regroupe les pratiques concernant le respect des droits de l'expression de la sexualité des résidents. Pour l'ensemble de ces pratiques, il importe de concevoir la notion de couple et/ou de partenaire de façon large et inclusive et de considérer obligatoire le libre consentement des personnes concernées. À cet égard, certaines pratiques concernent le soutien éthique ou décisionnel permettant de déterminer le degré de consentement des personnes impliquées ou la nature des gestes posés. D'autres pratiques exposent les attitudes et aptitudes du personnel facilitant les échanges avec le résident et ses proches, s'il y a lieu, concernant les questions de sexualité.

SEXUALITÉ	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Interventions en soutien à l'expression de la sexualité	1. Préserver l'autonomie et l'autodétermination dans la vie sexuelle des résidents en respectant leur intimité et leur vie privée.
	2. Prévoir un espace et un temps d'intimité pour les résidents souhaitant avoir des relations sexuelles (que ce soit avec un autre résident ou un visiteur).
	a. Offrir une affichette « Ne pas déranger » à apposer sur la porte lors des moments d'intimité.
	3. Accommoder les résidents qui souhaitent partager une chambre. Par exemple, une chambre peut être utilisée comme chambre et l'autre comme salon, un lit double peut être installé lorsque souhaité, etc.
	4. Rendre disponibles des sofas où les conjoints peuvent s'asseoir ensemble.
	5. Mettre à la disposition, dans l'environnement immédiat, du matériel qui témoigne que la sexualité est partie intégrante de la vie, pour sensibiliser les résidents, les proches et le personnel à la sexualité (par exemple, des images, des affiches, des articles, etc.).
	6. Mettre à la disposition des résidents du matériel éducatif sur la sexualité. Par exemple, des dépliants offrant des conseils sur la sexualité à la suite de la maladie (maladie cardiaque ou respiratoire, VIH ou autre) et indiquant où obtenir des conseils psychosociaux si nécessaire.
	7. Informer le résident des conséquences possibles des relations sexuelles sur son état de santé et de bien-être, si celui-ci aborde sa vie sexuelle avec l'intervenant ou si une problématique liée à la sexualité survient (par exemple, les conséquences des maladies sexuellement transmissibles).
	8. Séparer les résidents dans le cas d'une sexualité non consentie ou délétère pour l'un des deux.
	9. Offrir une attention particulière et une approche respectueuse aux résidents présentant une démence afin de s'assurer que les besoins sexuels d'un résident ne conduisent pas à la coercition d'autres résidents.
	10. Utiliser les détails de l'histoire de vie pour évaluer le rapport de la sexualité dans la vie d'un résident et pour déterminer l'approche la plus appropriée pour aborder ces questions.
11. Utiliser un cadre de réflexion (par exemple, le cadre de référence « <i>Archibald's Framework</i> ») pour soutenir l'intervention dans les cas où des comportements sexuels sont jugés problématiques. Par exemple, répondre aux questions suivantes :	
<ul style="list-style-type: none"> - Quand et où la situation problématique s'est-elle produite ? - Quelle forme le comportement a-t-il prise ? - Qu'est-ce que la personne a dit ou fait ? - Quoi d'autre s'est-il produit ? - Y avait-il un élément spécifique ayant déclenché le comportement ? - Quelles autres personnes ont été impliquées ? - Quelles ont été leurs réponses ? 	

SEXUALITÉ

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
	<p>12. Pour les résidents ayant des pertes cognitives ou lors de préoccupations sérieuses concernant la vie sexuelle d'un résident, utiliser un modèle d'évaluation pour déterminer si un résident est apte à participer à des activités sexuelles. Par exemple, déterminer si le résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obtient un pointage de 15 ou plus à l'échelle Mini Mental de Folstein; - A pleine conscience de l'autre personne et de la relation; - A la capacité d'éviter l'exploitation en refusant des avances non désirées; - Est conscient des risques potentiels de sa participation à des activités sexuelles.
	<p>13. Transférer l'intervention visant le soutien au droit à l'expression sexuelle d'un résident à un autre membre du personnel lorsqu'un intervenant n'est pas à l'aise d'aborder ces questions.</p>
	<p>14. Aborder avec les résidents qui le souhaitent les enjeux ou problèmes liés à la sexualité à l'intérieur d'une relation thérapeutique.</p>
	<p>15. Intégrer les dimensions relationnelles et de sexualité au sein des autres aspects des soins. Par exemple, des conseils sur la santé sexuelle, l'assistance à l'hygiène entourant les activités sexuelles, le contrôle des infections potentielles, incluant le VIH.</p>
	<p>16. Avoir recours aux conseils de spécialistes (pour un soutien conseil aux intervenants ou pour référence des résidents) pour les problèmes plus complexes (par exemple, lorsque s'ajoute une problématique de Parkinson, de démence ou d'incontinence).</p>
	<p>17. Au besoin, référer les résidents aux services de spécialistes tels que des sexologues ou des spécialistes des dysfonctions érectiles.</p>
	<p>18. Conseiller les résidents (par les infirmières spécialisées ou des praticiens expérimentés) sur des questions sexuelles particulières, telles que des techniques pour optimiser l'activité sexuelle de résidents ayant de la douleur chronique, un essoufflement sévère ou portant un cathéter.</p>
	<p>19. Offrir au résident des conseils sur des sujets opportuns, par exemple concernant des clarifications légales, des problèmes psychosexuels ou relationnels ou des questions concernant la santé sexuelle.</p>
	Aptitudes et attitudes du personnel
<p>21. Éviter les comportements condescendants, les sourires, les rires ou les remarques sarcastiques envers les résidents qui expriment des besoins sexuels.</p>	
<p>22. Éduquer les autres résidents dont les préjugés peuvent interférer avec le droit d'autres résidents d'exprimer leur identité sexuelle.</p>	
<p>23. Sensibiliser les proches à la question de la sexualité et des tabous qu'elle soulève (conférence, lecture conseillée, etc.)</p>	
<p>24. Accompagner les proches lorsque le choix de leur proche hébergé d'avoir des relations sexuelles avec un nouveau compagnon-compagne leur est difficile à admettre, sous réserve du consentement des personnes concernées.</p>	
<p>25. Aider à réduire l'inconfort vécu par le résident dans les discussions portant sur des préoccupations sexuelles en adoptant une attitude professionnelle et en étant compréhensif et empathique. Il est important d'aborder les conversations sensibles quand le résident est prêt à en parler. Le personnel doit viser à créer une atmosphère propice à une conversation non interrompue, amorcer la conversation, utiliser des questions ouvertes, éviter les jugements, éviter les abréviations ou le jargon, être réceptif aux indices subtiles que le résident pourrait envoyer sur ce qui est réellement important pour lui.</p>	

Soutien éthique

La plupart des pratiques réunies dans la dimension *Soutien éthique* concernent le développement d'un service et d'un code d'éthique. D'autres pratiques exposent plutôt une démarche éthique ou insistent sur l'importance de mettre en place des mécanismes d'échanges permettant d'aborder et de résoudre des dilemmes éthiques.

SOUTIEN ÉTHIQUE	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Lignes directrices	1. Lorsque les croyances religieuses ou morales du personnel sont en conflit avec les choix du résident, identifier des alternatives afin de respecter les droits du résident, incluant l'assignation d'autres membres du personnel auprès du résident.
	2. Identifier des solutions pratiques aux conflits dans l'exercice des droits des résidents qui surviennent entre ceux-ci. Par exemple, si le droit d'un résident de s'endormir en regardant la télévision affecte le droit d'un résident au calme et au sommeil paisible, offrir des écouteurs au résident afin d'éviter les bruits pour ses voisins de chambre.
	3. Répondre aux besoins des résidents qui souhaitent refuser un médicament ou trouver des alternatives à un médicament lorsqu'ils le souhaitent (ou que la médication entre en conflit avec des principes religieux, sociaux ou culturels).
Outils : comité, cadre et code d'éthique	4. Instaurer un mécanisme d'éthique (comité, service, département ou autre) afin de répondre aux enjeux éthiques et faciliter l'accès à une expertise en matière d'éthique.
	5. Un cadre d'éthique doit être mis en place pour rappeler l'esprit recherché dans la vie en résidence. Le cadre d'éthique peut référer, par exemple, aux valeurs suivantes : l'autonomie et le respect de la dignité des personnes, l'équité, la réciprocité, la tolérance à l'égard des modes de vie, des croyances, des idées et des pratiques religieuses, etc.
	6. Élaborer un code d'éthique : <ul style="list-style-type: none"> - Il gouverne l'approche et la philosophie d'intervention appliquées dans la résidence. - Le code doit mettre l'accent spécifiquement sur les droits et les responsabilités de chacun au sein de la résidence. - Il ne doit pas constituer une liste de règles ou de comportements à adopter, mais plutôt faire ressortir clairement certaines exigences liées à la conduite de tous les acteurs envers les résidents. - Il doit comporter les normes générales de conduite qui régissent les responsabilités individuelles et les relations interpersonnelles en plus de faire ressortir les obligations du personnel et de la direction envers les résidents, et des résidents entre eux. - Il pourrait donner également des indications sur les qualités sociales et humanitaires qui devraient animer chaque personne impliquée dans la vie et les activités du comité. - Les principes à la base du code d'éthique sont, par exemple, la liberté de la personne, l'intimité et la confidentialité, la protection et l'intégrité. - Le texte élaboré devrait comprendre les valeurs à privilégier, de même que le processus qui pourrait être suivi en cas de situations problématiques à éclaircir. - Le texte peut être soumis pour avis aux résidents et/ou faire l'objet d'une discussion lors d'une assemblée générale.
	a. Diffuser et promouvoir le code d'éthique. Le code d'éthique devrait être remis à tous les acteurs et affiché dans des endroits stratégiques (salle à manger ou de loisirs, salle de soins, chambres).
	b. Le code d'éthique est expliqué aux résidents, aux proches et au personnel.
	c. S'assurer de l'application au quotidien du code d'éthique par des critères observables et mesurables vérifiés.

SOUTIEN ÉTHIQUE

Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Résolution de cas problématiques	<p>7. Utiliser un outil de résolution des conflits, par exemple, cette démarche éthique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Retourner auprès du résident, rechercher ses souhaits, ses choix, ses désirs au travers de ce qu'il dit et de ses modes de communication non verbale; 2) Chercher plus d'informations pour éclairer la décision : sur le résident (histoire de vie, personnalité antérieure), sur la maladie (degré d'évolution, pronostic, pathologies associées) et sur le problème (niveau de connaissance et enjeux pour les différents acteurs); 3) Identifier les problèmes éthiques, les valeurs en conflit, rechercher le niveau de connaissance des différents acteurs sur le problème; 4) Prendre du recul, il faut en parler avec l'équipe soignante; 5) Être créatif, trouver plusieurs solutions : une solution est une impasse, deux solutions sont binaires et enfermantes, trois solutions commencent à donner du choix et ouvrent à d'autres possibilités; vérifier la faisabilité, le coût et la conformité juridique des solutions potentielles et adapter la solution au contexte qui peut changer; 6) Prendre effectivement une décision et en assumer la responsabilité (dans le cas d'un problème de santé grave : c'est le rôle du médecin); 7) Laisser des traces écrites de la décision prise et du contexte dans le dossier médical et dans le dossier de soins; 8) Faire connaître et expliquer la décision au résident, aux proches et au personnel; 9) Les solutions sont toujours temporaires et doivent être régulièrement réadaptées. En cas de risque épidémique ou d'épidémie avérée, un groupe éthique au sein de la résidence doit émettre des recommandations pour un bon équilibre entre les mesures d'isolement et de regroupement (cohorting) et la vie relationnelle des malades et de leur entourage. <p>8. Mettre en place des mécanismes d'échange, de soutien, de réflexion et d'analyse des problèmes d'ordre éthique avec l'aide et le support d'experts en la matière.</p> <p>Les questions éthiques appellent une approche plurielle où chacun (résidents, personnel, proches, etc.) apporte son regard et sa connaissance de la situation, rapporte ce que le résident dit ou manifeste dans cette situation avant toute décision. Les discussions de cas doivent être régulières et se réaliser de façon ouverte et honnête.</p> <p>Lors de situations où les différents objectifs et valeurs sont en conflit, il doit y avoir des moyens d'échange d'information efficaces entre le personnel et les proches afin de négocier une solution satisfaisante pour tous, qui devient partie intégrante du PII. Pour ce faire, prévoir des moments réguliers d'échange d'information, voire même une série d'ateliers auxquels assistent les proches.</p>

Spiritualité

Cette courte dimension portant sur la *Spiritualité* regroupe l'ensemble des pratiques visant l'exercice de la spiritualité par les résidents. Elles concernent notamment l'accès à des services religieux à l'intérieur ou à l'extérieur de la résidence, le respect de la diversité religieuse et l'exercice de la spiritualité pris plus largement que l'exercice des principales religions.

SPIRITUALITE	
Sous-dimensions	PRATIQUES RECOMMANDÉES
Services religieux au sein de la résidence	1. Reconnaître les besoins spirituels des résidents en leur offrant les conditions pour qu'ils puissent pratiquer leur religion. Par exemple, les résidents peuvent pratiquer un culte, la prière, la méditation, les cérémonies. Offrir des activités de spiritualité qui répondent aux besoins des résidents (suffisamment accessibles, fréquentes et selon les croyances).
	2. Offrir un service religieux au sein de la résidence.
	a. Inviter un représentant religieux au sein de la résidence ou favoriser son accès.
	b. Un directeur de la vie spirituelle s'occupe des besoins spirituels tant des résidents que du personnel.
	c. Célébrer une messe et/ou d'autres services religieux, par exemple deux fois par semaine.
	d. Offrir la communion dans les unités.
	e. Organiser une récitation quotidienne du chapelet.
	3. Rester très vigilant à tout risque de prosélytisme et de dérive sectaire.
	4. Offrir un service de pastorale en s'appuyant ou non sur la communauté ou sur des bénévoles.
	a. Les services de pastorale sont disponibles pour répondre aux besoins des résidents et du personnel sur une base régulière ainsi que lors des périodes de stress comme lors de la maladie ou de la mort d'un être aimé.
Services dans la communauté	5. Aménager un lieu de culte au sein de la résidence.
	a. Aménager un lieu « sacré » qui incite à la paix, la sérénité, le recueillement telle une salle de méditation, de réflexion ou un sanctuaire, invitant pour les visiteurs de toute religion ou tradition.
Services dans la communauté	b. Rendre accessible le lieu de culte 24h/24h.
	6. Assister les résidents dans leur participation à des célébrations religieuses dans la communauté, spécialement si leur lieu de culte habituel se trouve à proximité.
Diversité religieuse	a. Favoriser une sortie à la messe une fois par semaine.
	7. Inviter des représentants de diverses religions au sein de la résidence afin de répondre aux besoins religieux des résidents.
	8. Accepter tous les signes religieux dans l'espace privé.
	9. Respecter les rites et pratiques effectués dans l'espace privé.
	10. Veiller au respect des exigences religieuses et culturelles et offrir des repas culturellement diversifiés. Si la résidence n'est pas en mesure de fournir elle-même ces repas, il est possible de conclure des ententes avec des restaurants ou des partenaires externes (popotes roulantes, organismes communautaires, etc.).
Spiritualité	11. Célébrer les diverses fêtes religieuses d'appartenance des résidents.
	12. Répondre plus largement aux besoins spirituels des résidents par la recherche de sens, par exemple, à l'aide de lectures, d'arts, de musique, d'activités de marche ou de jardinage qui permettent de créer du sens, d'offrir un sens de contrôle et de nourrir l'âme.
	a. Proposer un programme éducatif à la spiritualité et offrir des opportunités de discuter des dimensions spirituelles de la vie et des croyances et valeurs d'une personne, en groupe ou individuellement auprès d'un ministre du culte.

SPRITUALITE

Sous-
dimensions

PRATIQUES RECOMMANDÉES

13. Rendre disponible de l'aide spirituelle (agent de pastorale, pasteur, etc.).

14. Organiser un événement spirituel à l'intention des résidents, de leurs proches et du personnel.

15. Organiser des débats d'idées autour de questions liées à la place et au rôle de la religion aujourd'hui auxquels peuvent participer les résidents, les membres du personnel, les proches et des jeunes.

Annexe 14

Synthèse des commentaires portant sur les pratiques

Synthèse présentant les informations colligées dans le cadre de la consultation des gestionnaires, du personnel de la RI, des membres du comité des résidents, des membres du comité d'experts (comités de lecture), et du rapport de recherche METISS.

L'apostrophe () signifie que la pratique a été retranchée dans le tableau synthèse joint en annexe. Il n'y a donc pas de numéro de pratique correspondant.*

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
Activités de la vie quotidienne et domestique					
1 a,e, k	Jugé pertinent.			C'est important. La fréquence du bain-douche, en fonction de l'autonomie, est souvent restreinte même si cela devrait pourtant être un droit.	
3 et 4	Jugé pertinent.			Oui, il faut l'entendre et trouver une façon d'y répondre	
5				Ca dépend du contexte. On présume que la demande est d'avoir un préposé du même sexe. Un homme pourrait par exemple exiger une femme préposée pour ses soins d'hygiène de façon inappropriée. Autre critère transversal à ajouter : la notion de demande raisonnable. L'autodétermination n'est pas d'imposer ses préférences. C'est plutôt d'exprimer des préférences justes et justifiables et de considérer diverses options.	
6	Jugé pertinent.				
10	Jugé pertinent.				
22				Le libellé ressemble davantage à un commentaire qu'à une pratique. C'est la	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				réalité et cela peut être très positif (comme négatif). Ces personnes ont un rôle à jouer dans les mesures d'urgence, les festivités, etc. Reformuler par : « Inclure les représentants de l'entretien ménager dans l'intégration des résidents. »	
23	Jugé pertinent.				
24 a, e, h,i	Jugé pertinent.			C'est important. Assumer qu'on ne fait pas tout pour eux. Il faut toutefois assurer un suivi pour que cela soit fait adéquatement.	
25 a,b, g,i,j	Jugé pertinent		Le personnel de la Ressource de la Montagne réalise cette pratique (il fait la publicité et sollicite la participation des résidents aux activités). Cela est apprécié. Il est important que les résidents participent aux activités. Il est important pour les résidents de prendre des responsabilités dans la résidence.	Oui, les gens aiment ça. Mais il faut penser à la question des ressources nécessaires pour la supervision.	
29	Jugé pertinent			On ne veut pas favoriser un outil plutôt qu'un autre. C'est plutôt de dire que ces outils existent sans en choisir un. Il faudrait peut-être enlever des exemples précis. Mais on ne veut pas perdre cette information.	
30	Jugé pertinent.				
31				Cette pratique est un POR d'agrément, alors, il est nécessaire de s'identifier. On ne souhaite pas de port d'uniforme, mais le nom doit être identifié.	
33	Jugé pertinent			Ca ne semble pas faisable à cause des allergies. Gros bémol. Cela revient au critère « dans la mesure du possible et dans la limite de la liberté des autres ». Ne pourrait-on pas par exemple réserver un étage à ceux qui ont un	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				animal ?	
34	Jugé pertinent.				
*				On comprend mal. C'est quoi un objectif milieu de vie. C'est de dire que le PAB a un rôle et s'implique auprès du résident ? Est-ce que ça veut dire d'identifier un PAB significatif pour une personne seule ? À préciser si possible si on veut le garder.	
Accueil					
1	Jugé pertinent	La transmission de l'information lors de la préadmission est très importante. Toutefois, ce volet appartient plutôt aux partenaires externes (SAPA du CLSC, programme PHPE, etc.). Ce sont eux qui le font.			
2	Jugé pertinent.	Nous faisons des visites de préadmission pour les personnes en processus d'admission seulement. Toutefois, le respect de la confidentialité limite la possibilité de visiter à l'avance la RI, pour les personnes dont le processus d'admission n'est pas enclenché. De plus, il s'agit souvent de déplacements d'urgence qui rendent une telle visite caduque.		Cette pratique est plus ou moins réaliste, puisque la Ressource a l'obligation de combler une place très rapidement (48 heures).	
*				Cette pratique n'est pas réaliste.	
*		Ce n'est pas possible dans le contexte montréalais des RI.			
3, 3a, 3b,	Jugé pertinent.	Ce sont plutôt les partenaires externes qui effectuent ces rencontres. Il est important de valider le			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		consentement auprès du résident lui-même, mais il faut tenir compte du fait qu'environ 60% des nouveaux résidents sont déments, ce qui n'est donc pas toujours possible.			
3d	Jugé pertinent	Ceci n'est pas fait en placement d'urgence mais il importe d'insister sur cela car les gens ne connaissent pas les coûts et les différences de services avec un CHSLD par exemple. Même les TS de la direction du SAPA ne connaissent pas les détails. Il faut mieux les informer et les outiller.			
5	Jugé pertinent.	Cela serait intéressant mais pas nécessairement réalisable dans le respect de la confidentialité en RI.			
6	Jugé pertinent.				
*		Ce n'est ni réaliste ni utile puisque c'est le CLSC qui le fait.			
*				Cette pratique n'est pas réaliste en ce qui concerne le membre de la direction. De plus, il n'y a habituellement pas de psychologue en ressource intermédiaire. Dans tous les cas, le recours au psychologue n'est pas nécessaire non plus.	
*		Cela doit être fait en amont par nos partenaires externes.			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
7	Jugé pertinent.	Nous avons du matériel prêt à être utilisé mais un tel guide serait intéressant pour les journées où la responsable des admissions est absente.			
8	Jugé pertinent				
9	Jugé pertinent	Cette pratique est souhaitable, malheureusement, nous recevons peu d'information de nos partenaires externes avant l'autorisation d'hébergement. Il y a aussi un enjeu avec les régimes de protection en cours. Le DSQ devrait régler certains de ces problèmes.			
10		On implique peu la famille, il faut le faire davantage. Il faut toutefois considérer qu'il y a peu de familles impliquées et intéressées.		Cette pratique est intéressante. Des ressources devraient être disponibles au besoin (mais pas pour tous les proches). Cette pratique est d'ailleurs incontournable, car si les proches ne sont pas à l'aise, la situation risque d'empirer. La troisième rencontre ne devrait pas avoir lieu une à deux semaines après, mais plutôt quatre à six semaines après, car il est plus facile de mobiliser l'équipe, d'élaborer un calendrier, etc.	
11		Cela est fait en partie mais il faut systématiser. La dernière rencontre se tient un mois après l'admission plutôt qu'une semaine. C'est le PI et le PSIAS qui fait office de projet de vie. Il faut systématiser la participation du résident et de ses proches.		« Élaborer un projet de vie », c'est aller un peu trop loin pour ce qu'une ressource intermédiaire a comme responsabilités.	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		<p>L'approche du projet de vie est positive. Elle dépasse les seuls éléments bio-physiques et permet de mieux comprendre la personne. Cela pourrait contribuer à détendre et à réduire les craintes en orientant les discussions sur quelque chose de positif. On devrait aussi recueillir les craintes et les reprendre 30 jours plus tard pour voir si elles subsistent. Quand la personne est connue du CSSS, c'est plus facile car nous avons accès à son historique, ce qui n'est pas le cas lorsqu'elle arrive d'ailleurs et n'avait pas de dossier au CSSS. Le nouveau résident est très bousculé la première journée. Après c'est plus calme.</p>			
12	Jugé pertinent.	Pratique déjà implantée.			
13	Jugé pertinent.				
14, a,b	Jugé pertinent.				
*	Jugé pertinent.			<p>La distinction entre le personnel soignant ou non-soignant n'est pas importante. Le directeur de la ressource (partenaire privé) a un gros rôle dans l'accueil, ainsi que son personnel. L'idéal est un partenariat serré entre le partenaire privé et le partenaire public pour cette responsabilité.</p>	
16	Jugé pertinent.				

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
17	Jugé pertinent.	Pratique implantée..		Il est important de s'entendre sur les conditions d'aller et venir au moment de l'admission.	
18	Jugé pertinent.			Cette pratique est souhaitable, mais techniquement complexe. À notre ressource, nous travaillons fort sur cet aspect.	
19		Il est très important de donner le bon numéro de téléphone de la personne contact.			
20 a,b, c		En plus du guide d'accueil, il y a une pochette plastifiée d'information dans la chambre du résident pour favoriser sa lecture à divers moments.			
21	Jugé pertinent				
22 a	Jugé pertinent.	Les préposés apprécieraient beaucoup avoir accès à la biographie, ce qui faciliterait l'entrée en relation.		Cette pratique est importante. Il faut documenter le plus d'informations (pertinentes) possible à moins d'avis contraire du résident et rendre ces informations disponibles aux personnes souhaitées par le résident.	
22b	Jugé pertinent	Il est souhaitable de partager les informations que l'on peut avec les préposés (cela leur fournit une base pour les discussions et les échanges), mais tout en respectant les règles de confidentialité qui s'appliquent en contexte de RI. Il faudrait peut-être d'ailleurs revoir ces règles afin qu'elles reflètent mieux le milieu de vie.			
22c		On s'éviterait des problèmes si on le faisait.			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
23	Jugé pertinent.				
*				Cette pratique n'est pas nécessaire. Il n'y a pas d'arrivées chaque mois en ressource intermédiaire.	
25	Jugé pertinent	On le fait naturellement et informellement car une résidente du comité des résidents accueille tous les nouveaux. Il faudrait peut-être toutefois le systématiser.		Cette pratique est pertinente si les deux résidents ont un niveau cognitif semblable et seulement si souhaité par les résidents.	
27		C'est très important de faire participer les autres résidents.			
28, a	Jugé pertinent.			Le personnel joue un rôle important dans les présentations et l'intégration. Si un résident souhaite s'impliquer pour cela c'est ok, mais il n'est pas nécessaire d'avoir une structure formelle.	
29	Jugé pertinent.			Oui, intéressant.	
30	Jugé pertinent.				
31	Jugé pertinent.				
32, a	Jugé pertinent			Oui, intéressant.	
33	Jugé pertinent.				
34	Jugé pertinent.			Attention : gestion de risques. À moins que ce soit non-souhaité.	
35	Jugé pertinent.				
36	Jugé pertinent.				
Alimentation					
1, 20	Jugé pertinent		Les nappes ont été abandonnées car elles glissaient et ce n'était pas sécuritaire. Des efforts sont consentis pour embellir les tables : napperons, condiments, fleurs.	En ce qui concerne les napperons en tissu, cela est nécessaire. Les nappes en tissu peuvent être dangereuses. Des nappes antidérapantes et/ou bien tenues en place à l'aide de pinces pourraient être utilisées. Il faut éviter de décorer la résidence à l'exagération et avec des éléments plus artificiels	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				qu'autre chose (ex : fleurs en plastique).	
2	Jugé pertinent		Des cabarets sont utilisés. La direction de la RI a voulu les retirer, mais les résidents et leurs proches préfèrent ce système qui selon eux est plus propre et structure mieux la prise du repas. Il est utopique de penser d'avoir des environnements divers pour la prise de repas (bistro, resto, etc.). Ce que l'on souhaite c'est un environnement chaleureux et non institutionnel.		
4				On devrait privilégier des tables plus petites afin de favoriser les interactions, la circulation autour des tables, la solitude (partielle) pour ceux qui le souhaitent, etc.	
7			Il y a une certaine flexibilité mais, en général, les résidents sont encouragés à sortir de leur chambre pour prendre leurs repas dans les salles à manger communes afin de socialiser, même s'il arrive que certains mangent dans leur chambre pour différentes raisons. Près de 70 % des résidents n'ont pas accès au rez-de-chaussée. Ceux qui mangent dans la grande salle du rez-de-chaussée sont ceux qui reçoivent de la visite.	Il faudrait laisser la possibilité aux résidents de se placer là où ils le souhaitent, mais les superviser et soutenir les interactions des résidents ayant des pertes cognitives et qui ont tendance à être isolés.	
9	Jugé pertinent			Cette pratique est pertinente et est très appréciée à notre résidence.	
13 a, b	Jugé pertinent		Les opinions concernant la qualité des repas servis et l'adaptation des menus en fonction des demandes diffèrent		

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
			d'une personne à l'autre. Une résidente a demandé et obtenu d'avoir toujours des fruits frais et un œuf pour son déjeuner et un autre de ne pas avoir de légume et d'avoir plus de viande. Il y a une certaine adaptation des repas en fonction des demandes.		
13d	Jugé pertinent			Cette pratique est pertinente.	
13e	Jugé pertinent			Cette pratique est importante. Par exemple, la résidence peut conclure une entente avec des restaurants offrant des repas de diverses origines dans la résidence. Une fois les résidents habitués et s'ils apprécient cette diversité, la cuisine de la résidence peut elle-même intégrer ce type de repas au menu.	Il est recommandé de mettre en place des services alimentaires adaptés en fonction du profil culturel des personnes. Que les repas ethniques soient présents dans la ressource à l'occasion des fêtes importantes des groupes ethniques et culturels présents. Encourager l'implication des popotes ethniques, des communautés de quartier ou des organismes écologiques.
23	Jugé pertinent				
27	Jugé pertinent		Il serait difficile de recruter assez de participants pour créer un conseil de l'alimentation. Le comité des résidents s'est déjà occupé de certaines dimensions liées à l'alimentation et qui relèvent de son mandat. Toutefois, d'autres dimensions liées à l'alimentation ne relèvent pas de son mandat. Il faudrait également éviter l'écueil que chacun ne fasse valoir que sa	C'est une bonne idée de mettre en place un tel conseil, distinct du comité des résidents. Cela aurait notamment pour effet de sensibiliser et d'éduquer davantage et d'augmenter le pouvoir des résidents en matière d'alimentation. Cela dépend aussi du profil de la clientèle (y a-t-il suffisamment de résidents aptes à participer?).	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
			propre opinion. Il pourrait être intéressant de procéder à un sondage pour sonder la satisfaction et considérer les idées.		
31					Penser et placer de petites cuisines au cœur des étages. La préparation de bons repas à proximité et les bonnes odeurs sont associées au sentiment d'être chez soi.
33				Cette pratique peut très bien être faite, sauf pour la distribution des repas (pour éviter les brûlures, etc.).	
34				Cette pratique peut être faite, mais seulement pour des recettes simples (pas les repas) : biscuits, gâteaux, etc.	
34b	Jugé pertinent.				
38				Il est tout à fait pertinent que les préposés participent à la distribution et au soutien pendant les repas. Il serait plus complexe d'impliquer les professionnels, par contre.	
40	Jugé pertinent		Cela est souhaité, mais compliqué à mettre en œuvre pour le personnel. Il y a toutefois déjà une certaine souplesse qui est appliquée. Un résident peut prévenir qu'il sera en retard et son repas lui sera gardé jusqu'à son arrivée. Il est jugé nécessaire de préserver une certaine souplesse.	Il est important que ceux qui en ont besoin puissent manger au minimum quelques collations pendant le jour et la nuit. Par contre, le fait d'avoir trois plages horaires pour les trois repas n'est pas forcément négatif, car cela structure les groupes de résidents. Par exemple, les résidents qui souhaitent socialiser entre les repas préfèrent que leurs voisins aient terminé de manger eux aussi.	Penser et placer de petites cuisines au cœur des étages. La préparation de bons repas à proximité et les bonnes odeurs sont associées au sentiment d'être chez soi.
41	Jugé pertinent		Cela est souhaité, mais compliqué à mettre en œuvre pour le personnel. Il y a toutefois déjà une certaine souplesse qui est	Cette pratique est pertinente.	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
			appliquée. Un résident peut prévenir qu'il sera en retard et son repas lui sera gardé jusqu'à son arrivée. Il est jugé nécessaire de préserver une certaine souplesse.		
47	Jugé pertinent			Cette pratique est pertinente.	
49	Jugé pertinent.			Cette pratique est pertinente.	
52	Jugé pertinent.				
Animation					
1	Jugé pertinent.	Pratique implantée.	Plusieurs résidents ne souhaitent pas (ou ne peuvent pas) participer aux activités, peu importe le type, la nature ou la diversité des activités. Il ne vaut donc pas la peine de mettre trop d'énergie sur ce point.		
2 a,b, c	Jugé pertinent.	Pratique implantée.		Ne pas négliger les soirs et le week-end. Des démarches restent à faire pour les groupes religieux. Actuellement un Père St-Viateur vient pour la messe et la communion.	
3 a	Jugé pertinent.	Pratique implantée.	Il y a des activités de jour, de soir et la fin de semaine à la Ressource de la Montagne. Cela est apprécié.		
4	Jugé pertinent.		Les proches participent un peu aux activités, mais ils semblent manquer de temps et d'intérêt. De plus, ils ont souvent leurs propres activités avec leur proche hébergé.	Oui, mais cela prend une structure et des ressources.	
5	Jugé pertinent.				
6	Jugé pertinent.		Le personnel de la Ressource de la Montagne réalise cette pratique (il respecte le choix des résidents, incluant celui de ne pas participer aux activités, le cas échéant). Cela est apprécié.		

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
7	Jugé pertinent.		Le personnel de la Ressource de la Montagne réalise cette pratique (il respecte le choix des résidents, incluant celui de ne pas participer aux activités, le cas échéant). Cela est apprécié. Quelques célébrations annuelles ont lieu à la Ressource de la Montagne, par exemple une fête grecque.	Valoriser les cultures. Prendre en considération la réalité de la diversité culturelle de la ressource.	La célébration des fêtes culturelles ou religieuses est associée à l'idée d'un milieu de vie.
8a	Jugé pertinent.				
11	Jugé pertinent.				
12	Jugé pertinent.				
13	Jugé pertinent.		Le personnel de la Ressource de la Montagne réalise cette pratique (il fait la publicité et sollicite la participation des résidents aux activités). Cela est apprécié. Il est important que les résidents participent aux activités.		Organiser des activités impliquant les personnes de la ressource (personnes âgées et employés) afin de renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté, à une famille élargie. Ces rencontres peuvent occasionner la valorisation du travail de tous les employés, ce qui peut contribuer à l'instauration d'un milieu de travail harmonieux et sain.
14	Jugé pertinent				
15a	Jugé pertinent				
16	Jugé pertinent.	On aimerait le faire même si ce n'est pas facile. Il serait souhaitable et intéressant d'intégrer des bénévoles pour l'animation d'activités plus nombreuses et		Oui, mais cela prend une personne responsable qui va s'occuper du groupe des bénévoles.	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		diversifiées. C'est difficile à trouver et à gérer. Les efforts passés n'ont pas été fructueux.			
17	Jugé pertinent.	On le fait un peu (Orchestre de la Montagne, Filia). Cela pourrait être élargi.		Oui, c'est important. La chanson, les chants anciens peuvent même être utilisés de façon thérapeutique.	
18,	Jugé pertinent.				
19	Jugé pertinent.			Oui, c'est fondamental.	
20, a	Jugé pertinent.	La récréologue rencontre les nouveaux résidents le jour de leur admission.			
23, a, b	Jugé pertinent.				
25	Jugé pertinent.				
26, a, c	Jugé pertinent.				
27	Jugé pertinent.				
28	Jugé pertinent.				
29	Jugé pertinent.				
30	Jugé pertinent.				
31	Jugé pertinent.				
32, a, b	Jugé pertinent.				
33	Jugé pertinent.	À part le concert des élèves à Noël, il y en a peu et c'est très apprécié.			
35					
36	Jugé pertinent.				Le milieu de vie est associé à l'image des réunions à l'occasion de célébrations familiales et des fêtes culturelles et religieuses.
37	Jugé pertinent.				
38	Jugé pertinent.				
40	Jugé pertinent.				
41,	Jugé pertinent.				

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
a,b					
44	Jugé pertinent.			Oui, on aime.	
46, a, b	Jugé pertinent.			Oui, il faut de plus penser à la langue de projection des films. Pour cela, il faut connaître le profil des résidents.	
47	Jugé pertinent.				
48	Jugé pertinent.	Cela serait intéressant.			
50	Jugé pertinent.				
52	Jugé pertinent.		Cette pratique serait difficile à réaliser, dû au temps et aux efforts nécessaires à sa préparation par les résidents.	Un journal serait intéressant mais est-ce faisable ? Demande de l'encadrement et une ressource.	
53	Jugé pertinent	Une intervenante sociale l'a fait un peu. C'est très intéressant et il serait bien de le formaliser. On pourrait avoir des groupes selon la langue maternelle.		Très intéressant. On peut se servir de la réminiscence pour faire ressortir le vécu des nouveaux résidents afin de mieux les connaître et mieux les introduire les uns aux autres. Il serait intéressant de faire le portrait et présenter un « résident du mois », avec sa photo et des éléments de son vécu.	
55	Jugé pertinent.				
57	Jugé pertinent.				
58	Jugé pertinent.				
59	Jugé pertinent.				
60	Jugé pertinent.				
61				Il faut penser à de petites activités de proximité simples, à peu de frais. Il faut tenter de créer des opportunités. On pourrait avoir recours à des bénévoles. Ex. plutôt que d'aller à la cabane à sucre, on peut faire une cabane à sucre sur place.	
62	Jugé pertinent.				
63	Jugé pertinent.				
65	Jugé pertinent.				
67	Jugé pertinent.				

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
70, c	Jugé pertinent.				
72	Jugé pertinent.	Des stagiaires auxiliaires avaient fait des manucures, ce qui avait plu.			
73	Jugé pertinent.				
74	Jugé pertinent.	Il y a de la zoothérapie à toutes les semaines. C'est l'activité par excellence, la plus appréciée.			
75 a	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
76	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
79	Jugé pertinent.	Pratique implantée.		30min/semaine c'est très peu.	
83, a	Jugé pertinent.	On le fait déjà avec certains résidents (plier le linge, passer le balai, arroser les plantes) mais nous avons l'objectif de réintroduire la responsabilisation aux AVD. Il faut expliquer l'importance car il est arrivé qu'une famille ne soit pas contente, disant que l'on faisait « travailler sa mère ».			
85	Jugé pertinent.				
87				Cela est très important. En organisant une activité qui profite à d'autres activités, on valorise les gens en plus de créer des opportunités et de faire des économies de temps et de ressources.	
Communication					
1	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
2	Jugé pertinent.	Il faut personnaliser ces pratiques, en s'adaptant aux préférences de chaque résident. L'idéal est de			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		demander ce que chacun souhaite dès l'accueil dans la résidence et respecter ce souhait.			
3	Jugé pertinent.	Il faut personnaliser ces pratiques, en s'adaptant aux préférences de chaque résident. L'idéal est de demander ce que chacun souhaite dès l'accueil dans la résidence et respecter ce souhait.			
4	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
5	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
6	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
7	Jugé pertinent.	Cette pratique est en place, mais les intervenants souhaitent le faire plus systématiquement.			
*	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
*	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
8		Pratique implantée.			
9	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
10	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
11	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
12	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
13	Jugé pertinent.				
14	Jugé pertinent.				
15	Jugé pertinent.				
16	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
17	Jugé pertinent.				
18	Jugé pertinent.	Jugé important.			
19	Jugé pertinent.				
20	Jugé pertinent.				
22	Jugé pertinent.				
23	Jugé pertinent.				
24	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
25	Jugé pertinent.	Jugé important.			
26		Il faut personnaliser cette pratique en ne touchant que ceux qui le souhaitent expressément.			
27	Jugé pertinent.	Jugé important.			
*	Jugé pertinent.	Cette pratique peut être souhaitable, mais est plus ou moins réaliste en raison des ressources limitées. Elle pourrait être bénéfique pour certains résidents.			
28	Jugé pertinent.	Jugé important.			
29	Jugé pertinent.	Jugé important.			
30		L'expérience des pictogrammes a été tentée dans la ressource récemment et a été plutôt difficile à réaliser.			
31	Jugé pertinent.				
39	Jugé pertinent.				
40	Jugé pertinent.				
41	Jugé pertinent.				
*		Tous les vendredis soirs, une activité de danse est organisée au 8 ^e étage.			
42	Jugé pertinent.				
43	Jugé pertinent.				
44	Jugé pertinent.				
45	Jugé pertinent.				
48	Jugé pertinent.				
49	Jugé pertinent.				
51	Jugé pertinent.				
52	Jugé pertinent.				

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
Droits des résidents					
Transversale et 18				<p>Commentaire transversal à la dimension Droits : Pour chaque droit, il y a une responsabilité ou une obligation. Il faut faire mention explicitement de ces responsabilités et obligations. Il faut inverser quelque chose dans cette pyramide : si une personne est admise en RI, c'est qu'elle ne peut plus rester à la maison. Ainsi, concernant la pratique 18 sur le droit d'accès : qu'est-ce que ça veut dire ? Quelles sont les responsabilités ? Ce n'est pas clair. Par exemple, concernant l'accès à un médecin, on a produit un « engagement à l'hébergement », qui explique notamment les modalités d'accès à un médecin. La pratique 18 ne devrait pas arriver en dernier car c'est un droit important. On devrait également faire une comparaison entre les droits énoncés dans cette dimension et ce qui est exigé dans le contrat de la RI.</p>	
1, a,b	Jugé pertinent.	Les membres du comité des résidents distribuent et expliquent le code d'éthique. Le commissaire aux plaintes devrait s'impliquer davantage dans la promotion du code d'éthique.			
1a	Jugé pertinent.	Le faire au moment de l'accueil est difficile mais c'est important de le faire. On travaille plutôt à l'homologation des mandats mais il est important de			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		parler du mandat en amont.			
2	Jugé pertinent.	C'est quelque chose d'intéressant à réfléchir plus tard, lorsque le comité des résidents sera complet suite à 3 départs récents.			
3	Jugé pertinent.	C'est fait en partie même si ce n'est pas formalisé. Il est expliqué que le résident doit avoir les moyens de ses demandes (ex. des traitements d'acupuncture).			
4, a	Jugé pertinent.	Cela est fait en partie.			
5	Jugé pertinent.	Cela est fait en partie mais c'est intéressant à mettre en œuvre car c'est une perspective positive.			Placer les règles de sécurité dans une logique de frontière sécuritaire et non pas de barrière et d'interdit.
6	Jugé pertinent.				
7, a, b, c, d	Jugé pertinent.	Un code de vie écrit est en cours de réalisation. Il précisera jusqu'où vont les droits des uns et chacun.			
8	Jugé pertinent.	Le recours à l'éthicien est régulier et fréquent.		Oui, mais qui va lire cela. Question d'efficacité. Il faut demander en premier lieu conseil auprès des personnes de son établissement détenant l'expertise.	
9	Jugé pertinent.				
10	Jugé pertinent.				
11, a, b	Jugé pertinent.	Un bureau de vote est organisé dans la RI lors d'élections.			
12, a	Jugé pertinent.	C'est ce qui est visé dans la mesure du possible. C'est fait dans le respect de la vie en communauté.			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
13, a	Jugé pertinent.	C'est systématique.			
13c	Jugé pertinent.	C'est systématique à moins d'exception.			
13d				Y'a-t-il des exceptions ? On a des passe-partouts ? Ils peuvent barrer mais le personnel a des passe-partouts.	
13f et 17b			Actuellement, il n'y a pas de restriction du temps des visites à la RI. Les résidents peuvent utiliser les petits salons et les aires communes pour recevoir leurs visiteurs. Un résident confie que certaines personnes reçoivent parfois un grand groupe de visiteurs, ce qui obstrue le couloir et cause du désagrément.		
14	Jugé pertinent.	Cela est fait en fonction des capacités des résidents.			
14a à 14r (i, l, o)	Jugé pertinent.				
14b, c				Très importante. Au sein de notre RI, les résidents ont une carte d'accès ou n'en ont pas. S'ils n'en ont pas : ils sont pris sur leur étage. Il y a un malaise à l'effet que les gens ne puissent pas circuler d'un étage à l'autre. N'y a-t-il pas d'entre-deux : les empêcher de sortir dehors mais pas sur les autres étages ? C'est la porte qui devrait avoir un code, pas l'ascenseur.	Placer les règles de sécurité dans une logique de frontière sécuritaire et non pas de barrière et d'interdits.
14i, l				Oui, c'est pertinent.	
15, 15a	Jugé pertinent.				

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
à 15h sau f 15e					
15a	Jugé pertinent.	Cela peut être fait, en passant par les archivistes.		Il le faut, c'est nécessaire. On se le fait dire. C'est tout le défi des communications.	
15b	Jugé pertinent.	Guide d'accueil fait et remis.			
15g	Jugé pertinent.	Cela est fait en partie. Il faudrait impliquer davantage le commissaire aux plaintes.		C'est bien, mais c'est beaucoup pour nos résidents. Il faudrait ajouter les proches. C'est impératif de les renseigner sur les mécanismes de plaintes à l'interne. Pour le reste, il suffit de donner accès. Pas besoin de mettre toute la liste. Seulement le commissaire aux plaintes et le Protecteur du citoyen.	
15h		Très important. Il s'agit d'une recommandation de la « visite ministérielle ».			
16a à 16e	Jugé pertinent.				
17, 17a	Jugé pertinent.				
18, 18c		Nous tentons de le faire dans la mesure du possible.		Préciser des soins de base et des soins curatifs également. Prévention de quoi ? Qu'est-ce qu'on veut dire par « spécialisés » ? Enlever pastorale, psy, etc. Qu'est-ce que veut dire : « assurer » ? On pourrait fondre les 3 lettres : « Respecter le droit des résidents d'avoir les soins appropriés » serait peut-être suffisant. On pourrait aussi laisser les 3 exemples mais enlever la	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				parenthèse.	
18	Jugé pertinent.				
19	Jugé pertinent.				
20	Jugé pertinent.				
21	Jugé pertinent.				
22	Jugé pertinent.				
23	Jugé pertinent.				
Environnement					
1.a	Jugé pertinent.			Cette pratique est importante, mais difficile à réaliser.	
*				Cette pratique devrait être retirée, car infantine.	
3	Jugé pertinent.				L'environnement est associé à l'image du lieu plein de lumière.
5	Jugé pertinent.				
6	Jugé pertinent.				
7	Jugé pertinent.				
10	Jugé pertinent.				L'environnement est associé à l'image du jardin, du lieu vert. Accorder plus d'importance à l'espace vert.
14	Jugé pertinent.				
*				Cette pratique est intéressante. C'est une décision qui appartient au partenaire privé, mais elle est souhaitable pour de petits animaux faciles à « gérer » (ex : oiseaux, lapins).	
15				Cette pratique est pertinente, mais à la limite de la sécurité du résident.	
18 a, e,g					
*				Cette pratique est trop complexe, lourde, coûteuse.	
19	Jugé pertinent.				

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
20	Jugé pertinent.				
26 a,b, c,d	Jugé pertinent.				
27 a,b	Jugé pertinent.				
29	Jugé pertinent.				
34, d	Jugé pertinent.				L'environnement est associé à l'image du jardin, du lieu vert. Accorder plus d'importance à l'espace vert.
34 i.				Il faut être prudent, car cette pratique peut amener des animaux à l'intérieur de la résidence (écureuils, rats, etc.).	
35	Jugé pertinent.				
41	Jugé pertinent.				
45	Jugé pertinent.				
Fin de vie					
1	Jugé pertinent				
2	Jugé pertinent.			Est-ce que statuer clairement sur le niveau de soins attendu en fin de vie serait important à ajouter. Si ça n'a pas été fait avant, il faudrait s'assurer de le faire en fin de vie. Il faudrait toutefois le faire dès l'admission. Il faut l'avis du curateur pour les personnes sous curatelle. L'INESSS serait en train d'élaborer un guide de pratiques sur les niveaux de soins.	
3	Jugé pertinent.				
*				Mais encore ? Trop vague. La loi 2 va tout venir baliser la fin de vie.	
*				Pourquoi cet outil ? On devrait dire utiliser un standard, ...	
6				Enlever le terme « infirmiers ». Utiliser plutôt « les intervenants » doivent respecter...	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
8 a				Disponible en tout temps : ce n'est pas réaliste. On devrait enlever « en tout temps ».	
10	Jugé pertinent.				
11	Jugé pertinent.				
13	Jugé pertinent.				
15				En région, les infirmières assurent leur propre garde. À Montréal, il y a une équipe mobile de soins palliatifs. Équipe mobile 24h/24h.	
16	Jugé pertinent.			Oui, c'est intéressant. De le mettre là, ça peut même engendrer une formation. La pratique pourrait aller plus loin en disant organiser des formations portant sur son attitude face à la mort. (Les formations n'étaient toutefois pas l'objet de l'ETMISSS).	
*				On s'interroge. À vérifier. On devrait même l'enlever.	
21, 22	Jugé pertinent.			Mais oui. Et même des lits pliants. C'est important.	
24	Jugé pertinent.				
27	Jugé pertinent.				
28 a,b	Jugé pertinent			Oui, pertinent.	
35	Jugé pertinent.				
Implication des proches					
1			Actuellement, il n'y a pas de restriction du temps des visites à la RI		
2		Par exemple, les proches ont été invités à la chorale de Noël, à la messe du lundi, à des concerts de musique.	Les proches participent un peu aux activités, mais ils semblent manquer de temps et d'intérêt. De plus, ils ont souvent leurs propres activités avec leur proche hébergé.		
3		Par exemple, une conférence sur la provenance des aliments a			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		été donnée.			
5		Pratique implantée.			
11		Il y a désormais des sofas adaptés pour que les résidents puissent « se coller ».	Les résidents peuvent utiliser les petits salons et les aires communes pour recevoir leurs visiteurs. Un résident confie que certaines personnes reçoivent parfois un grand groupe de visiteurs, ce qui obstrue le couloir et cause du désagrément.	Prévoir des salles avec mode de réservations possibles pour les familles.	
14		Pratique implantée.			
15		Pratique implantée.			
17		Pratique implantée.			
*		Pratique implantée.			
20, 22, 23, 24, 25, 27	Jugé pertinent. (20 à 27, sauf 23)	Jugée important (21-22)	Des proches mentionnent qu'ils aimeraient être plus au courant de l'état de leur proche et de la vie de la résidence. Il y a des échanges avec le personnel au cours de la période suivant l'admission mais après, c'est beaucoup plus difficile. Le personnel est très occupé et est difficile à rejoindre. Les proches ont l'impression de déranger et que le personnel n'a pas de temps pour rencontrer les membres de famille. Il serait souhaitable d'identifier une personne relais qui pourrait répondre aux proches et faciliter l'accès au personnel. La communication du suivi infirmier s'est toutefois améliorée.	Intéressant mais questionnable en fonction des ressources disponibles. Il faudrait peut-être prioriser le soutien aux proches dans les contextes difficiles (maladie, mort, crises, etc.). Ce dont ils ont le plus besoin est de l'information pertinente au moment opportun sur la façon dont les choses se passent. Il serait bien d'avoir une personne dédiée pour donner ce genre d'information. On pourrait s'inspirer de ce qui se fait en CHSLD à cet effet.	
22		Cette pratique est difficilement réalisable vu les ressources limitées (intervenants).			
23		Pratique implantée.			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
24		Pratique implantée.			
25		Pratique implantée.			
29	Jugé pertinent.	Jugée important.		C'est évident.	
30	Jugé pertinent.	Jugée important		Reformulation : »rendre les professionnels disponibles ».	
33	Jugé pertinent.			Essentiel.	
35		Pratique implantée.		Ok.	
36		En voie d'être implanté.			
37	Jugé pertinent.	Pratique implantée.		Ça va de soi.	
38	Jugé pertinent	Pratique implantée. / Jugée important			
43	Jugé pertinent	Jugée important			
51			Il y a des téléphones accessibles sur chaque étage. On ne peut toutefois pas y composer un appel interurbain à moins d'en obtenir l'autorisation au préalable. Les résidents sont libres de faire installer une ligne téléphonique privée dans leur chambre, de même que l'accès internet et le câble télé. Il y a un accès Wifi au rez-de-chaussée. Il est arrivé que le personnel facilite une communication sur Skype pour des résidents possédant une tablette électronique.	Oui, cela devrait être favorisé mais cela exige du soutien qu'il faut prévoir.	
55	Jugé pertinent.	Jugée important			
56	Jugé pertinent.			Bonne idée. Placer ces informations de façon visible et à portée des proches. Utiliser les jeux sur les étages.	
61		Organiser ce genre de soirées aussi pour les couples dont les deux membres sont résidents.			
63		Pratique implantée.			
64				Il faudrait une organisatrice communautaire à temps plein pour encadrer ce type de projets. On peut	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				faire des partenariats avec des organismes existants mais cela est difficile.	
*	Jugé pertinent.	Cette pratique est difficilement réalisable vu les ressources limitées.			
Implication des résidents					
1, a,b	Jugé pertinent.	Jugé important	À la Ressource de la Montagne, cette pratique est à améliorer. La participation du résident dans l'élaboration du plan d'intervention est favorisée lorsque le résident a des besoins particuliers, mais pas nécessairement pour les autres. De plus, les résidents de la Ressource manifestent le besoin de voir leur plan et de s'informer sur leur plan.	Cette pratique va de soi.	
*				Cette pratique est pertinente, mais elle devrait être dans la dimension « Implication des proches ». On pourrait demander aux professionnels d'être présent un soir et une fin de semaine une fois de temps en temps, par exemple.	
2	Jugé pertinent.			Il faudrait que ce document ait un statut et une apparence officielle (ex : document plastifié, placé stratégiquement dans la chambre) et que ce ne soit qu'une copie qui se retrouve dans la chambre (l'original demeure dans les locaux professionnels). Il pourrait être combiné à l'histoire de vie (ex : dans un cartable), toujours dans la chambre du résident.	
3	Jugé pertinent.		À la Ressource de la Montagne,	Cette pratique est pertinente.	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
			cette pratique est à améliorer. La participation du résident dans l'élaboration du plan d'intervention est favorisée lorsque le résident a des besoins particuliers, mais pas nécessairement pour les autres. De plus, les résidents de la Ressource manifestent le besoin de voir leur plan et de s'informer sur leur plan.		
5			À la Ressource de la Montagne, cette pratique est à améliorer. La participation du résident dans l'élaboration du plan d'intervention est favorisée lorsque le résident a des besoins particuliers, mais pas nécessairement pour les autres. De plus, les résidents de la Ressource manifestent le besoin de voir leur plan et de s'informer sur leur plan.	Cette pratique est pertinente. Il faudrait nommer le projet de vie « projet de séjour » et penser ce document en fonction de « qui on est » comme résident et l'adapter en fonction du potentiel, des préoccupations au quotidien.	
6				Cette pratique est très intéressante.	
8	Jugé pertinent.	En voie d'implantation : par exemple, on laisse aux résidents le choix du moment de leur bain ou leur douche.			
9 a	Jugé pertinent.	En voie d'implantation : par exemple, on invite les résidents à participer dans la distribution du courrier, l'entretien des plantes et du jardin extérieur, la préparation des tables à manger, dans la communication du menu du jour, etc.	Il est important pour les résidents de prendre des responsabilités dans la résidence. Le personnel de la Ressource de la Montagne réalise cette pratique (il fait la publicité et sollicite la participation des résidents aux activités). Cela est apprécié. Il est important que les résidents participent aux activités.	Cette pratique est importante. Il faut toutefois assurer une supervision et un encadrement des résidents.	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
10		Pratique implantée.			
11		Par exemple, on laisse au résident tout le temps dont il a besoin pour manger (plus d'une heure si nécessaire).		Cette pratique est importante.	
12		Pratique implantée.			
13		Pratique implantée.			
14		Cependant, la circulation des représentants de partis politiques au 1er étage est limitée.			
15	Jugé pertinent.	Le comité de résidents veille sur la qualité de vie dans la résidence.	Il est plus ou moins nécessaire de créer d'autres comités. Le comité des résidents a beaucoup de travail et peu de membres pour le faire. Les résidents de la Ressource ne sont pas si actifs. Il pourrait toujours y avoir un comité milieu de vie, puisque le comité des résidents a un caractère plus légal (défendre les droits des résidents). D'un autre côté, le comité des résidents se penche également sur les questions reliées à la qualité de vie. Un comité mixte sur lequel siègent des membres du personnel et des résidents pourrait être souhaitable.		
16, a	Jugé pertinent.	Pratique implantée.		Cette pratique est intéressante, mais le comité de résidents peut avoir ce mandat. Le comité des résidents pourrait également être subdivisé en sous-comités qui ont des mandats distincts. L'administration (partenaire privé et établissement) doit collaborer de façon serrée avec le comité des	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				résidents afin de faire un réel suivi des points soulevés. La distinction entre partenaire et établissement dans ce suivi est essentielle. Aussi, il est primordial qu'une ressource (membre du personnel ou bénévole) soit dédiée au comité des résidents pour les soutenir.	
17	Jugé pertinent.				
18	Jugé pertinent.				
19	Jugé pertinent.	Jugé important			
25			Les résidents de la Ressource de la Montagne sont sondés relativement souvent. Cette pratique est appréciée.		
26		Jugé important			
33				Il faudrait impliquer les résidents dans la transmission des informations sur les droits (plaintes et autres).	
Liens avec la communauté					
1	Jugé pertinent			Idéalement, cette pratique devrait être faite. Les résidents devront payer la plus grande part des sorties. Le partenaire privé doit être impliqué (puisque les loisirs sont sous sa responsabilité).	
f	Jugé pertinent.			Cette pratique est souhaitable, mais difficile à mettre en place. Le contexte du CSSS Cavendish favorise cela, mais ce n'est pas évident.	
g	Jugé pertinent.			Cette pratique est intéressante. Une autre idée est de faire venir des représentants de magasins ou boutiques à tour de rôle dans la résidence.	
3		Cette pratique est importante. Un groupe de musique et une chorale sont déjà venus pour un		Cette pratique est souhaitable, mais il y a des questions de sécurité. Il doit y avoir un encadrement par un nombre suffisant de membres du personnel.	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		spectacle à la Ressource, mais il faudrait en faire plus pour dire que la communauté est la bienvenue dans la Ressource.			
4	Jugé pertinent.	Cette pratique est importante. Des sorties à la bibliothèque ou à la mosquée sont organisées. Toutefois, certaines sorties ne sont pas réalisables vu les capacités des résidents et d'autres, en raison des ressources limitées.			
6	Cette pratique est très intéressante.				
9	Jugé pertinent.				
12	Jugé pertinent.				
23	Jugé pertinent.			Cette pratique est très intéressante et importante.	
24	Jugé pertinent.				
26				Cette pratique est intéressante, mais le résident doit pouvoir y aller par lui-même ou avec sa famille. Il n'y a pas suffisamment de ressources pour le transport ou pour l'accompagnement « un pour un ».	
28	Jugé pertinent.				
29	Jugé pertinent.		Cette pratique serait difficile à réaliser, dû au temps et aux efforts nécessaires à sa préparation par les résidents.	Cette pratique est intéressante.	
32	Jugé pertinent.				
Relations interpersonnelles					
1 b	Jugé pertinent.	Cette pratique est courante, mais les intervenants souhaitent le faire encore plus.			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
2 a à i	Jugé pertinent.	Jugé important			Le milieu de vie est associé à l'idée de la famille élargie. L'organisation d'activités auxquelles participent les résidents et les employés peut contribuer à ce sentiment et occasionner la valorisation du travail et contribuer à l'instauration d'un milieu de travail harmonieux et sain.
3	Jugé pertinent.				
5	Jugé pertinent.				
6	Jugé pertinent.				
9	Jugé pertinent.				
12	Jugé pertinent.				
15	Jugé pertinent.				
16	Jugé pertinent.	Cette pratique est souhaitable dans la mesure où elle respecte les exigences de consentement du résident et de confidentialité des informations.			
21		Il y a un groupe de discussion au 7 ^e étage.			
26	Jugé pertinent.	Les intervenants ne croient pas que cette pratique réponde à un besoin des résidents. Les hommes et les femmes aiment se côtoyer et avoir accès à toutes les activités (par exemple, les femmes de la ressource regardent activement le hockey).			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
27	Jugé pertinent.				
*	Jugé pertinent.	Cette pratique est souhaitable, mais certains intervenants sont en désaccord. Il ne faudrait pas qu'elle ait pour effet de rajouter trop de personnes dans la salle à manger et/ou la cuisine. De plus, le personnel soignant n'est pas totalement formé pour préparer les repas.			
32	Jugé pertinent.				Personnaliser les espaces de socialisation afin de les éloigner de leur apparence hospitalière et hôtelière.
Sécurité des résidents					
1	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
2	Jugé pertinent.				
3	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
4	Jugé pertinent.				
5	Jugé pertinent.	Cela serait souhaitable mais ces matelas sont chers, d'où la difficulté d'y recourir. Pourtant, ces lits sont offerts à domicile.		Cette pratique coûterait très cher et est donc utopique. De plus, elle n'est pas nécessaire. Elle est peut-être réalisable pour certains résidents seulement, c'est-à-dire ceux qui ne se lèvent jamais ou presque jamais. Il faudrait en avoir un certain nombre dans la résidence.	
6	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
7		Pratique implantée.			
8	Jugé pertinent.	Pratique implantée.		Vérifier la signification du terme « surveillance ».	
9	Jugé pertinent.	Ce n'est pas encore fait mais c'est en cours.			
10		Les cloches d'appel ont été essayées avec un succès mitigé. Comme elles		Vérifier la signification du terme « modifiée ».	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		sonnaient souvent sans réel motif d'urgence, les préposés n'y accouraient plus.			
11	Jugé pertinent.				
*	Jugé pertinent.	Nous n'utilisons pas de contention.		Mettre cette pratique en « sous-pratique » de la pratique 14. Utiliser plutôt le terme « éviter, dans la mesure du possible ». Idéalement, il ne faudrait jamais utiliser la contention.	
13 a, b	Jugé pertinent.	Le principe appliqué est que tous peuvent circuler et sortir comme ils veulent. Il faut documenter les cas où ce n'est pas possible.			14. Placer les règles de sécurité dans une logique de frontière sécuritaire et non pas de barrière et d'interdit.
15	Jugé pertinent.				
17	Jugé pertinent.			Cette pratique est importante.	
19, a,b	Jugé pertinent.	Le principe appliqué est que tous peuvent circuler et sortir comme ils veulent. Il faut documenter les cas où ce n'est pas possible.			
19c				Cette pratique est floue : signifie-t-elle de verrouiller les clôtures qui donnent accès à l'extérieur de la cour? Il faudrait appliquer les mêmes règles que celles qui gèrent l'accès à l'extérieur de la résidence par la porte principale.	
20	Jugé pertinent.			Il faudrait nuancer cette pratique. On ne peut pas, techniquement, joindre l'entente au PII.	
24	Jugé pertinent.				
26	Jugé pertinent.	Une évaluation est réalisée et une identification visuelle des résidents à risque est effectuée.		Cette pratique est importante.	
*				Cette pratique n'est pas assez précise. Il faudrait songer à l'enlever. Il faudrait	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				élaborer toute une gamme de bonnes pratiques en matière de médicaments. Il faudrait rédiger une note au lecteur si on l'enlève.	
28	Jugé pertinent.	C'est fait.		Harmoniser avec la formulation de cette pratique qui se retrouve dans la politique de gestion des risques. Cette pratique est une obligation.	
Services professionnels et soins infirmiers					
1				Vérifier si cette pratique se retrouve dans d'autres dimensions et l'harmoniser (ou la retirer).	
2	Jugé pertinent.	Cette pratique est relativement courante dans la Ressource. Il serait intéressant de faire jouer de la musique à l'heure du bain ou de la douche également.			
4	Jugé pertinent.	Jugé important.			
8	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
10	Jugé pertinent.	Une personne vient ponctuellement à la Ressource avec un ou des animaux de compagnie.			
12	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
13	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
14	Jugé pertinent.			Ces programmes sont généralement des programmes intensifs. Il faudrait donner plus de détails pour bien comprendre la pratique.	
15	Jugé pertinent.	Plusieurs de ces informations se retrouvent dans le Plan du préposé, qui est centré sur le niveau d'autonomie et les besoins des résidents selon les activités de la vie quotidienne. Il pourrait toutefois être plus			

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
		systematique, plus consulté par les membres du personnel et recourir à des éléments visuels.			
*				Il faudrait faire cette pratique seulement si le résident est à l'aise.	
16	Jugé pertinent.	Jugé important.		Est-ce que cette pratique est possible? Il faudrait en tenir compte, mais on ne pourra jamais tout faire ce qui est demandé.	
17	Jugé pertinent.				
18				Il faudrait peut-être expliquer davantage cette pratique, ou l'expliquer autrement que par la référence à la marque <i>Quiet Care</i> .	
23	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
24	Jugé pertinent.				
24a			(24a à i) À la Ressource de la Montagne, cette pratique est à améliorer. La participation du résident dans l'élaboration du plan d'intervention est favorisée lorsque le résident a des besoins particuliers, mais pas nécessairement pour les autres. De plus, les résidents de la Ressource manifestent le besoin de voir leur plan et de s'informer sur leur plan.	Il n'est pas nécessaire d'inviter les résidents à l'écrit, mais les proches, oui. Il faudrait donc rajouter cette mention.	
24c				Il faudrait rajouter une mention des résidents, car cette pratique s'applique également à ceux-ci.	
24d				Il faudrait rajouter à cette pratique la mention : « Lorsque pertinent au suivi ».	
24e				Si le PII se retrouve dans la chambre du résident, il faudrait que ce soit une copie seulement, mais cela serait tout de même difficile à réaliser, car la mise	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				à jour des PII peut être fréquente. Il faudrait voir comment donner accès au PII par les résidents autrement.	
24h				Il faudrait préciser cette pratique et changer l'appellation des « minorités ethnoculturelles ». En fait, cette pratique est jugée très large et il faudrait songer à l'enlever ou la re-catégoriser.	
26	Jugé pertinent.	Les intervenants souhaiteraient que cette pratique soit mise en place, mais il y a de nombreux obstacles à la liberté d'aller et venir : obstacles environnementaux, difficultés liées aux pertes cognitives, la sécurité des résidents est importante, etc.			
27	Jugé pertinent.				
28	Jugé pertinent.	Pratique implantée. Jugé important.			
29	Jugé pertinent.			Il faudrait rajouter une sous-pratique à cette pratique : « Documenter dans le dossier ».	
30	Jugé pertinent.				
36	Jugé pertinent.				
37.				Il faudrait retirer cette pratique.	
42	Jugé pertinent.		Les résidents de la Ressource de la Montagne sont sondés relativement souvent. Cette pratique est appréciée.		
43.				Cette formulation (« favoriser l'accès ») est adéquate.	
47				Ce n'est pas nécessaire que l'intervenant pivot soit une infirmière. Préciser ce que signifie « objectif milieu de vie ». Il faudrait appliquer cette	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				pratique à tout intervenant pivot.	
48		La réaction par rapport à cette pratique est mitigée. Le personnel a besoin d'espaces confidentiels. De plus, certains croient que si les professionnels n'ont pas leur bureau à la Ressource, la perception sera qu'ils « abandonnent » les autres intervenants. Il est mentionné que d'autres ressources intermédiaires ont choisi de placer leurs bureaux au 1 ^{er} étage, par exemple, ce qui pourrait être un compromis.		Il faudrait prévoir des locaux professionnels dans la résidence, mais pas dans les unités de vie, pas sur chaque étage. Il faut prévoir des locaux moins envahissants, moins institutionnels, mieux intégrés au milieu.	
50				Il faudrait retirer la mention « afin d'éviter... ».	
51				Il faudrait harmoniser cette pratique avec les pratiques dans la dimension Accueil (sur les documents légaux énonçant les souhaits de fin de vie) et dans Fin de vie (sur les niveaux de soins).	
52	Jugé pertinent.				
53				Les rôles mentionnés dans cette pratique devraient également être attribués aux autres professionnels.	
*				Il faudrait retirer la mention « infirmières auxiliaires » et préciser ce que signifie « objectif milieu de vie » (ou retirer la pratique).	
Sexualité					
1	Jugé pertinent.				
2, 2a	Jugé pertinent.			Il faudrait éviter de référer aux couples spécifiquement et plutôt référer à tous ceux souhaitant avoir des relations (sexuelles).	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
3	Jugé pertinent.	Un couple a eu droit à un lit à deux places mais l'expérience n'a pas été concluante. Le lit est toutefois disponible advenant une autre demande réalisable.			
7 et suivantes				Il ne faut intervenir que lorsque les questions de sexualité touchent la santé ou le bien-être du résident. Pour le reste, c'est la vie privée des résidents et il faut la respecter. Ensuite, on peut également intervenir si des problématiques sont engendrées (ex : relation extraconjugale qui mène à des conflits).	
8	Jugé pertinent.	Pratique implantée.			
9	Jugé pertinent.				
10	Jugé pertinent.				
11	Jugé pertinent.	Ce genre d'outils peut être intéressant.		L'application de cette pratique n'est pas claire : est-ce un outil de réflexion? De solution? D'action? Sa pertinence est remise en question.	
12		Ce genre d'outils peut être intéressant.		Il y a un malaise avec cette pratique. Elle pourrait être appliquée pour les résidents ayant des pertes cognitives seulement (notamment l'utilisation de l'outil : <i>Mini mental de Folstein</i>) ou encore seulement lorsqu'il y a des inquiétudes.	
13	Jugé pertinent.	C'est important.			
*				Définir ce qu'est la littératie émotionnelle ou retirer cette mention.	
21	Jugé pertinent.	On le fait et il faut continuer, c'est important, il ne faut pas l'oublier.			
14	Jugé pertinent.	C'est très important.			
23	Jugé pertinent.				
24				Il faudrait retirer l'exemple donné dans	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
				cette pratique.	
25	Jugé pertinent.				
15	Jugé pertinent			Cette pratique est très bien.	
Soutien éthique					
4				Le standard devient de plus en plus un service d'éthique plutôt qu'un comité éthique. C'est la notion d'avoir un mécanisme pour répondre aux enjeux, plutôt qu'un simple comité d'éthique composé de bénévoles qui donnent leur opinion.	
5	Jugé pertinent.				
6	Jugé pertinent.	Un code d'éthique a été réalisé. Il faut toutefois s'assurer d'une cohérence entre le code d'éthique de la RI et celui du CSSS, ce dernier devant prévaloir.		Un code d'éthique qui s'applique à tous est important (résidents, proches, personnel, etc).. Il ne faut pas le confondre avec un code des droits des usagers qui n'irait que dans le sens des droits des usagers. Pico 2 : on pourrait l'enlever pour ne pas s'y cantonner. Pico 3 : ajouter les valeurs.	
6a	Jugé pertinent.	C'est important.			
6b	Jugé pertinent.	C'est important.			
7		C'est intéressant.		Il y a beaucoup plus de démarches. Pourquoi celle-là plus qu'une autre. Un membre du comité de lecture en propose une autre.	
8	Jugé pertinent.	Il n'y a pas de mécanismes formels pour l'instant, outre les discussions de cas et le recours à d'autres professionnels. Il existe toutefois le comité sur la gestion des avoirs au niveau éthique.			
*		C'est fait.		Pourquoi juste l'infirmière spécialisée ? À revoir.	
*	Jugé pertinent.				
Spiritualité					
Gén				Il faudrait reformuler certaines	

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
éral				pratiques pour éviter un biais catholique.	
1	Jugé pertinent.				
2a		Un curé vient à la résidence à chaque semaine pour célébrer la messe. Le dimanche, il y a présentation de la messe télévisée. Ces deux séances sont populaires.			
2c	Jugé pertinent				
5	Jugé pertinent.	Il y a une salle de culte au 4 ^e étage.			
6	Jugé pertinent.				
7	Jugé pertinent.	Jugé important			
8	Jugé pertinent.				
9	Jugé pertinent.				
10	Jugé pertinent.				
11	Jugé pertinent.				
*				Il faudrait retirer cette pratique.	
13				Il faudrait retirer la mention « et psychologique ».	
14				Il faudrait préciser ou retirer l'exemple « renouveau du printemps ».	
Commentaires généraux et transversaux issus des membres des comités de lecture					
<p>Ne pas oublier que les résidents ont une famille. Il est important de travailler à maintenir les liens. Les résidents ont en général peu de visites mais si le milieu est chaleureux, accueillant et dynamique, cela pourrait favoriser des visites en plus grand nombre. Il est important de s'efforcer de bien connaître les résidents pour être sensible à leur réalité. L'approche milieu de vie est un état d'esprit, une question d'attitudes afin de faire vivre un quotidien désinstitutionnalisé. Il importe de sélectionner du personnel qui a choisi de travailler avec les personnes âgées (plutôt que des étudiants de passage).</p> <p>Il faudrait enlever la distinction « soins infirmiers » dans les services professionnels. On devrait parler de « soins » au sens large, ce qui inclut les PAB et les autres professionnels.</p> <p>Quel est le livrable de cette ETMISS ? : Une bible des bonnes pratiques dont on peut s'inspirer dans une RI de grande taille ? Et non pas un guide de bonnes pratiques ? L'idée est de se placer dans un monde idéal, d'imaginer la RI idéale.</p> <p>Nous devrions ajouter les critères-clé suivants en introduction : « Dans la mesure du possible » ou « des ressources disponibles » ainsi que « dans le meilleur intérêt du client » et « dans le contexte des relations communautaires ». Cela s'applique pour toutes les pratiques impliquant la notion de choix. L'hébergement entraîne le fait</p>					

No	Gestionnaires	Personnel de la RI	Comité des résidents	Comités de lecture	Rapport METISS, 2014
<p>que les libertés individuelles sont limitées par les libertés de groupe. Dans l'introduction, il faudrait parler de la loi 90, qui permet aux non-professionnels de réaliser des actes de professionnels (actes confiés). Pour que la démarche soit crédible, il faut énoncer clairement les limites de notre étude.</p>					

Totaux : Pratiques retranchées : 27
 Pratiques modifiées : 77
 Pratiques pertinentes : 435

Annexe 15

Rencontre de validation des recommandations par le comité d'experts

Guide d'animation

Date de la rencontre : 9 février 2015

Objectif de la rencontre :

Valider les recommandations afin de les consigner au rapport final d'évaluation.

Animation :

- Gabrielle Lemieux

Prise de note et enregistrement des votes :

- Ève Gauthier

Déroulement :

- À la suite de l'introduction du document comprenant les recommandations, demander s'il y a des questions générales sur la démarche ayant mené à son élaboration;
- Les recommandations principales seront étudiées une par une. Les recommandations secondaires seront étudiées par section dimension. En fonction du temps disponible, environ (10) minutes seront réservées pour l'étude de chaque section (16) (cette consigne est flexible comme les sections n'ont pas toutes le même poids).
- Une méthode de consensus formalisé sera utilisée.
- Comme chaque proposition de recommandation est issue à la fois de la littérature et de la consultation des parties prenantes, les propositions de recommandations non soulevées demeureront par défaut dans le document final. Les propositions de recommandations pourront faire l'objet de reformulation ou même de retrait en fonction des avis consensuels.
- Présenter les règles de fonctionnement :
 - Utiliser le carton vert pour signifier que l'on est d'accord;
 - Le carton jaune pour signifier un commentaire ou une modification et;
 - Le carton rouge pour signifier un problème majeur ou une demande de retrait.

Les tours de paroles pour les cartons rouges seront d'abord pris, puis ceux pour les cartons jaunes. Limiter les interventions (ex : une minute). Utiliser les cartons pour les votes, le cas échéant.

Annexe 16

Grille-synthèse des avis et des décisions portant sur les recommandations préliminaires

Rencontre du comité d'experts
9 février 2015, Centre administratif du CSSS de la Montagne–IU

Légende :

- **V (vert)** = recommandation acceptée sans commentaire;
- **J (jaune)** = recommandation acceptée avec commentaires;
- **R (rouge)** = problème majeur, recommandation à retirer.

Note : Toutes les recommandations principales sont reproduites dans le tableau ci-contre. Toutefois, seules les recommandations secondaires ayant fait l'objet de commentaires et de modifications sont reproduites en vue d'en réduire l'ampleur. Les recommandations secondaires n'y figurant pas ont été validées telles quelles. La liste complète des recommandations se retrouvent en dernière section du présent rapport final d'ETMISSS.

Recommandations principales :	V	J	R	Commentaires
1. Offrir aux résidents des choix dans leur vie quotidienne et les encourager à prendre des décisions, que ce soit par rapport à l'alimentation, aux activités de loisirs, aux activités de la vie quotidienne ou aux soins et services.	x			Consensus
2. Adapter les horaires (repas, activités de loisirs, soins et services, activités de la vie quotidienne et domestique) aux résidents en s'assurant qu'ils se rapprochent le plus possible de la vie normale d'une personne âgée. S'assurer d'arrimer les différents horaires entre eux.	x			Consensus
3. Développer une attitude et une communication positives, chaleureuses et personnalisées envers les résidents, favorisant une relation respectueuse de proximité et soutenant les interactions sociales entre les résidents. Prendre le temps de communiquer, d'écouter les résidents et de parler avec eux quotidiennement.	x			Consensus
4. Recevoir toute demande formulée par les résidents et y répondre dans la mesure du possible.		x		Cet énoncé semble banal mais dans un contexte de partenariat, il peut devenir difficile de savoir qui est responsable de répondre à quel type de demande. Reformuler l'énoncé comme suit : « Recevoir toute demande formulée par les résidents et en faire un suivi systématique quelque soit la demande ». Consensus avec modification demandée
5. Éviter dans la mesure du possible les restrictions à la liberté des résidents, notamment à leur liberté d'aller et venir. Lorsque des restrictions sont nécessaires, ne les appliquer qu'au(x) résident(s) concerné(s) pour éviter de contraindre les autres résidents.	x			Consensus
6. Promouvoir la participation des résidents dans toutes les sphères de la vie en résidence (élaboration et révision du plan d'intervention, réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique, implication au sein du comité des résidents et d'autres instances, etc.)	x			Consensus

Recommandations principales :	V	J	R	Commentaires
et favoriser sa contribution à la vie de la résidence.				
7. Promouvoir la participation des proches dans la vie des résidents (élaboration de l'histoire de vie, élaboration et révision du plan d'intervention, prestation des soins et des services, visites régulières et enrichissantes, participation aux activités et loisirs, lorsque des risques sont pris, en fin de vie, etc.).	x			Consensus
8. Implanter une stratégie systématique d'information destinée aux résidents et à leurs proches concernant, notamment : l'état de santé et de bien-être des résidents, les interventions prévues et réalisées, les avantages et inconvénients possibles des soins et services, les activités de la résidence, les politiques et règles de fonctionnement de la résidence et les modalités pour joindre le personnel.	x			Consensus
9. Colliger et documenter des informations sur l'histoire de vie des résidents, c'est-à-dire sur : leur vécu, leurs habitudes, leur routine antérieure, leurs préférences, leur objectifs de vie, leurs talents, leurs passions, leurs liens familiaux et leur réseau social, etc. Utiliser ces informations pour personnaliser les soins et services (incluant les services non professionnels).	x			Consensus
10. Informer et éduquer les résidents sur les risques potentiels liés aux décisions qu'ils prennent quant aux soins et services, incluant lorsqu'il s'agit d'un refus. S'assurer qu'ils comprennent les conséquences possibles de leurs décisions en expliquant également celles associées au statut quo. Négocier avec les résidents et chercher des compromis afin de réduire les risques le plus possible. Respecter le droit de refus des résidents (par exemple, les résidents ont le droit de suivre ou non un régime, de refuser un traitement ou un médicament, de participer ou non aux activités qui lui sont proposées, etc. Au besoin, conclure avec les résidents une « entente sur les risques encourus » (<i>Negotiated risk agreement</i>). Documenter la prise de risques et les refus dans le plan d'intervention.		x		<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inclure les proches dans la formulation de l'énoncé. - Ajouter dans la première phrase : « les exigences démesurées » comme étant un autre élément à considérer (en plus du refus et du consentement). La situation est en effet difficile lorsqu'un client ou un proche fait une demande démesurée qui dépassent les ressources disponibles de la RI. - Il est correct d'énoncer le respect du droit de refus mais il faut prévenir le fait que cela soit mal interprété ou cité hors contexte. Il faudrait ajouter les mises en garde sur les demandes démesurées et l'aptitude au consentement au début de l'énoncé. - Les questions de consentement et de refus, c'est un gros bloc. Il faudrait aussi y intégrer la notion de choix. Il faudrait peut-être en faire 2 recommandations distinctes. « Aller chercher le consentement » n'est pas de la même teneur que le reste. Faire un thème prioritaire sur le consentement et le niveau de soin en ferait partie. - Un membre propose de présenter le rapport avec des codes couleurs : ex. rouge; ce qui est incontournable (normes, balises, lois, règles, POR, etc.), et qui fait référence à un cadre spécifique. - En somme, il faudrait faire une proposition en soi sur le niveau de soin. Une autre proposition sur le la négociation du risque (10). Et

Recommandations principales :	V	J	R	Commentaires
				<p>une autre sur le programme de fin de vie (11).</p> <p>Consensus avec les modifications demandées.</p>
11. Élaborer un programme d'accompagnement de fin de vie qui permet notamment de statuer sur le niveau de soins attendu et de soutenir les résidents et leurs proches jusqu'à la fin.		x		<p>Commentaires : le niveau de soins ne devrait pas être associé seulement à la fin de vie. Il s'agit d'un des éléments à discuter dès l'admission. Il faudrait scinder en deux :</p> <p>a) « Élaborer un programme d'accompagnement de fin de vie ».</p> <p>b) Le niveau de soin serait une autre recommandation en soi (voir commentaire précédent du point 10).</p> <p>Consensus avec modification demandée</p>
12. Adopter une approche d'intervention sensible à la diversité culturelle des résidents : recevoir toute demande et y répondre dans la mesure du possible, s'assurer de prendre le temps nécessaire afin d'identifier les besoins des résidents et d'y répondre, et s'assurer de la bonne compréhension des informations (à l'aide notamment de pictogrammes, de services de traduction et d'interprétariat lors des interventions qui le nécessitent, etc.).	x			<p>Déplacer cette recommandation dès les premières énoncées dans la liste.</p> <p>Consensus avec modification demandée</p>
13. Renforcer les liens de la résidence et des résidents avec la communauté afin d'ancrer la résidence dans son milieu et de permettre aux résidents de continuer à avoir des échanges fréquents avec le monde qui les entoure (renforcer les partenariats, ouvrir la résidence à la communauté, etc.).	x			Consensus
14. Recruter des bénévoles (adultes, étudiants ou jeunes) sur une base régulière pour visiter les résidents et faire des activités avec eux, par exemple : faire la lecture aux résidents, leur parler, les écouter raconter leur histoire de vie, jouer à des jeux, etc. Jumeler les résidents avec un bénévole pour des « visites d'amitié ». Favoriser la création d'un service, d'un comité ou d'une association de bénévoles, supervisé par une personne responsable.		x		<p>Ajouter l'accompagnement à l'extérieur de la résidence par un bénévole dans les exemples cités.</p> <p>Consensus avec modification demandée</p>
15. Embellir et rendre plus agréables les espaces physiques en agissant notamment sur la luminosité, le niveau de bruit, la disposition du mobilier et la décoration.	x			Consensus
16. Favoriser la présence de plantes, d'animaux et d'enfants au sein de la résidence pour offrir aux résidents un environnement vivant, chaleureux et naturel.		x		<p>La présence d'enfants serait plus pertinente avec la dimension <i>Liens avec la communauté</i> (activités intergénérationnelles). Il paraît étrange de traiter la présence d'enfants sur le même pied que celle des plantes et des animaux. Joindre le présent énoncé avec la proposition 15 et la présence d'enfants avec la proposition 13.</p> <p>Consensus avec modification demandée</p>
17. Planifier des activités de loisirs diversifiées, régulières, qui respectent le rythme et les habitudes de vie du résident et en ayant recours à différentes modalités (en grand groupe, en petit groupe, un-à-un ou		x		Dans le langage de l'hébergement, le terme « individuel » signifie une intervention entre un intervenant et

Recommandations principales :	V	J	R	Commentaires
individuelles). Établir un horaire d'activités sur sept jours, incluant des activités de jour, de soir et de fin de semaine.				une personne. Donc, plutôt que d'utiliser l'adjectif « individuelle » on devrait utiliser « solitaire ». Consensus avec modification demandée
18. Mettre en place un mécanisme permettant de répondre aux enjeux éthiques (service, comité, département ou autre) et faciliter l'accès à une expertise en matière d'éthique.	x			On devrait placer cette proposition à la suite de la proposition 10 et la remonter dans l'ordre d'importance. Consensus avec modification demandée
19. Évaluer de façon régulière la satisfaction des résidents, la qualité de vie en résidence, la qualité des soins et des services et identifier les moyens d'améliorer ces indicateurs.		x		Ajouter : « et utiliser les résultats de l'évaluation comme levier d'amélioration par un plan d'action ou un plan d'amélioration ». Consensus avec modification demandée

Recommandations secondaires :	V	J	R	Commentaires
ACCUEIL		x		Ajouter le commentaire sur le niveau de soins au point 20. Consensus avec modification demandée.
20. Rencontrer les nouveaux résidents (et leurs proches) en pré-admission (avant leur arrivée dans la résidence) afin de transmettre ou obtenir toute l'information pertinente sur, notamment : les besoins et les attentes des résidents, la préparation au déménagement, la continuité de l'accompagnement, la vie en résidence (par exemple, reconstituer verbalement une journée type de la vie en résidence), les politiques en vigueur, les coûts, les limites des services offerts.				Ajouter le niveau de soins dans les informations discutées lors de la pré-admission.
- Remettre et expliquer aux résidents le contenu d'un « guide d'accueil »;				
- Veiller à la bonne compréhension des informations transmises : reformulation, remise de documents écrits en gros caractères, possibilité de téléphoner après l'entretien pour des questions complémentaires, etc.				
- Établir des relations spécifiques avec les proches notamment pour cerner le rôle des proches dans les demandes d'admission et dans l'accompagnement des résidents au sein de la résidence.				
ALIMENTATION		x		Voir commentaires du point 25. Consensus avec modification demandée.
25. Offrir la possibilité aux résidents de manger en tout temps entre les repas. Pour ce faire, laisser la salle à manger ouverte 24 heures sur 24 pour des goûters et donner la possibilité aux résidents de se servir par eux-mêmes. Utiliser des buffets réfrigérants et des réchauds gardant des aliments prêts à manger à la bonne température sur une certaine période de temps.		x		Une question de sécurité se pose pour les réchauds. On peut aller moins loin dans le niveau de précision sans dénaturer la pratique. Il faut présenter l'utilisation des réchauds comme un exemple plutôt qu'une pratique, avec les mises en garde qui s'imposent (pour les résidents aptes). Consensus avec modification demandée.

Recommandations secondaires :	V	J	R	Commentaires
ANIMATION	x			Consensus
COMMUNICATIONS		x		Voir point 40. Consensus avec modification demandée.
40. Utiliser des techniques et des outils spécifiques favorisant la communication auprès des résidents avec qui il est plus difficile de communiquer, dont ceux ayant des pertes cognitives et / ou dont la langue d'usage n'est ni le français ni l'anglais, par exemple :				
- Utiliser la communication non verbale;				
- Utiliser un tapis avec pictogrammes (« <i>talking mat</i> »), des cartes ou tableaux de langage (par exemple, le « <i>InterpreCare System™</i> ») sur lesquels sont imprimés des mots et des expressions des principales langues parlées par les résidents épelés phonétiquement ou accompagnés de pictogrammes pour un usage et une prononciation facile;		x		Un autre exemple serait d'utiliser des pictogrammes à l'intention des préposés allophones, plutôt qu'un plan de soins long à lire et à intégrer. Consensus avec modification demandée
- Rendre disponibles des services de traduction et d'interprétariat afin de répondre aux besoins des résidents issus de la diversité culturelle et linguistique lors des interventions professionnelles qui le nécessitent.				
DROITS		x		Il faut ajouter la notion de responsabilités et d'obligations en introduction. Voir point 42. Consensus avec modifications demandées.
42. Prévoir des mécanismes et des outils pour respecter les droits des résidents :				
- Règlement de fonctionnement ou code de vie : présente les obligations de tous et chacun ainsi que les règles de la vie en résidence à suivre afin de respecter les droits des résidents;				
- Contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) : élaboré avec la participation du résident, ce document doit être signé par l'ensemble des parties. Le contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Il prévoit les dispositions à suivre dans le cas de changement de situation de la résidence ou du résident. Un exemplaire est remis au résident.		x		Le terme « document individuel de prise en charge » fait lourd et est en contradiction avec la notion d'autodétermination. « Entente de séjour » est mieux, cela fait moins légal et est plus réaliste. Il faut informer le résident des coûts des services et du changement de milieu de vie si la situation se détériore. Consensus avec modification demandée.
ENVIRONNEMENT		x		Voir point 52. Consensus avec modification demandée.
52. Développer une unité particulière pour les résidents ayant des pertes cognitives (par exemple, une unité qui comprend des chambres au rez-de-chaussée avec une ouverture sur un jardin clos).			x	Retirer cette pratique, puisque nous avons un faible niveau de contrôle sur le cadre bâti et que certains courants de pensées se contredisent à cet égard. Consensus sur le retrait de cette pratique.
FIN DE VIE	x			Consensus
IMPLICATION DES PROCHES		x		Voir point 72. Consensus avec modification

Recommandations secondaires :	V	J	R	Commentaires
				demandée.
72. Mettre sur pied un programme d'accompagnement et de soutien pour les proches qui en manifestent le besoin. Ce programme peut inclure, par exemple, un groupe de soutien pour les proches et le recours à un soutien psychosocial si nécessaire.		x		Plutôt que « programme » parler d'accompagnement et de soutien. Consensus avec modification demandée
IMPLICATION DES RÉSIDENTS		x		Voir point 78. Consensus avec modification demandée.
78. Favoriser la participation des résidents au plan d'intervention qui les concerne en leur donnant un certain temps (par exemple, deux à quatre semaines après leur arrivée) avant de les solliciter, en s'assurant de leur présence lors des rencontres interdisciplinaires, en leur offrant des occasions d'exprimer leurs besoins, leurs préoccupations et leurs attentes, en entamant un dialogue avec le résident à partir de son histoire de vie, en faisant valider par les résidents le plan proposé et l'ajuster en fonction de leurs remarques ainsi qu'en le révisant au cours du séjour. En particulier, organiser des rencontres régulières avec les résidents de diverses origines ethnoculturelles afin de s'assurer de bien identifier leurs besoins et y répondre dans la mesure du possible.		x		Attendre 4 à 6 semaines avant de solliciter le résident pour l'élaboration du PI est ce qui est recommandé en hébergement (plutôt que 2 à 4 semaines). Consensus avec modification demandée.
LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ	x			Consensus
RELATIONS INTERPERSONNELLES	x			Consensus
SEXUALITÉ		x		Ajouter une note en introduction à l'effet que la sexualité implique également des couples de même sexe. Il faut également retrouver la notion de consentement. Consensus avec les modifications demandées.
SOINS, SERVICES ET ASSISTANCE	x			Consensus
SOUTIEN ÉTHIQUE	x			Consensus
SPIRITUALITÉ	x			Consensus

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



Institut universitaire

LEMIEUX, Gabrielle et Ève GAUTHIER (2015). « Rapport final d'évaluation du mode d'intervention en ressource intermédiaire de grande taille », CSSS de la Montagne – Institut universitaire, Montréal, QC, 210 p.

© CSSS de la Montagne, 2015. Tous droits réservés