L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET L'ÉVALUATION MÉDICALE DU BÉNÉFICIAIRE



CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEUX DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS (LONGUE DURÉE)

Québec ##

CTMSP 85

Un système d'évaluation des besoins pour un réseau d'organisation offrant des services prolongés

L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire

Adressez toute correspondance à :

EROS - Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé Département d'administration de la santé Université de Montréal C.P. 6128, succursale A Montréal (Québec) CANADA H3C 3J7

Téléphone: (514) 343-5973

(514) 985-0949

Télécopieur : (514) 985-0948

ou

Ministère de la Santé et des Services sociaux Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée Direction des services de longue durée 1075, chemin Sainte-Foy Québec (Québec) CANADA G1S 2M1

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Québec Bibliothèque nationale du Canada 4° trimestre 1985 ISBN 2-9800435-1-6

Copyright ©, 1985 par S.S.M. 80 Inc. Ce document tombe sous la protection des lois canadiennes sur les droits d'auteurs et de la convention sur les droits de reproduction.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être traduite, reproduite ou transmise d'aucune façon et par aucun moyen électronique ou mécanique incluant photocopie et microfiches, tout système d'enregistrement y compris diaporama et vidéo, tout système de stockage et de sortie de l'information.

Reproduit par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec avec l'autorisation de EROS.

CTMSP 85

L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire

Charles Tilquin Johanne Fournier

avec la collaboration des Comités de révision des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale

TABLE DES MATIÈRES

		Page
	Liste	e des figuresIX
	Liste	e des annexesXI
	Liste	e des siglesXIII
	Préfa	ace à la première éditionXV
	Préfa	ace à la seconde édition
1.	INT	RODUCTION1
2.	PRÉ	SENTATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME CTMSP2
	2.1	Critères encadrant le développement du protocole d'évaluation des besoins3
	2.2	L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale
	2.3	La détermination des services requis
	2.4	La mesure des ressources requises
	2.5	La définition des programmes

3.		NTEXTE DE L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE VALUATION MÉDICALE DANS LE SYSTÈME CTMSP	12
4.		ESENTATION DES FORMULAIRES RÉVISÉS D'ÉVALUATION L'AUTONOMIE ET D'ÉVALUATION MÉDICALE ET DE LEURS	
		DALITÉS D'UTILISATION	20
	4.1	Le Formulaire d'évaluation de l'autonomie pour les milieux: domicile, CHSCD et programmes intermédiaires ou institutionnels	22
	4.2	Le Formulaire complémentaire de l'évaluation de l'autonomie, complété auprès de la personne-significative, pour les milieux: CHSCD et domici1e	25
	4.3	Le Formulaire d'évaluation médica1e	27

5.	LE F	PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE	28
	5.1	L'évaluateur et son(ses) collaborateur(s)	28
	5.2	Déroulement et contexte de(s) l'entrevue(s) d'évaluation	28
	5.3	Entrevue non réalisable avec le bénéficiaire	30
	5.4	Unité et intégrité du processus d'évaluation	32
	5.5	Fond et forme des questions	33
	5.6	Biais introduits par la relation évaluateur-évalué	34
	5.7	Gestion des évaluations de l'autonomie et médicale	37
	5.8	Uniformisation de la procédure d'évaluation	42
ANNI	EXES		45

LISTE DES FIGURES

		<u>Page</u>
Figure 1 :	Schéma de classification des programmes	10
Figure 2 :	Concept de service	14
Figure 3:	Concepts de service potentiel et réel	15
Figure 4 :	Les deux premières étapes du processus d'évaluation des besoins	16
Figure 5 :	Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale issus de la révision	20
Figure 6:	Thèmes couverts dans le Formulaire d'évaluation de l'autonomie, versions: domicile, CHSCD et programmes intermédiaires ou institutionnels	23

|--|

Figure 7:	Thèmes couverts dans le Formulaire complémentaire	
	d'évaluation de l'autonomie réalisée auprès de la	
	personne-significative, versions: domicile et CHSCD	26
Figure 8:	Thèmes couverts dans le Formulaire d'évaluation médicale	27
Figure 9:	Procédure d'évaluation, selon les milieux, dans un cas	
	d'entrevue non réalisable avec le bénéficiaire	31
Figure 10:	Procédure d'évaluation des besoins des bénéficiaires	
	résidant à domici1e	40

LISTE DES ANNEXES

I.	Révision des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale
	A. Historique du dossier au M.S.S.S. et ententes avec les concepteurs du système
	B. Le processus de révision du CTMSP-81
	C. L'expérimentation des formulaires révisés:
	C.1 Les objectifs
	C.2 Les modalités
	C.3 Les résultats
	D. Les travaux des comités après l'expérimentation
II.	Composition du Comité de révision du Formulaire d'évaluation de l'autonomie
III.	Composition du Comité de révision du Formulaire d'évaluation médicale
IV.	Liste des rapports soumis aux Comités de révision des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale
	et d'evaluation medicare

- V. Formulaire d'évaluation de l'autonomie, version "programmes intermédiaires ou institutionnels" (avec mini-guide)
- VI. Formulaire d'évaluation de l'autonomie, version "centre hospitalier de soins de courte durée CHSCD" (avec mini-guide)
- VII. Formulaire complémentaire d'évaluation de l'autonomie, complété auprès de la personnesignificative; version "centre hospitalier de soins de courte durée - CHSCD"
- VIII. Formulaire d'évaluation de l'autonomie, version "domicile" (avec mini-guide)
- IX. Formulaire complémentaire d'évaluation de l'autonomie, complété auprès de la personnesignificative; version "domicile"
- X. Formulaire d'évaluation médicale (avec mini-guide)

LISTE DES SIGLES

CAH: Centre d'accueil d'hébergement

CH: Centre hospitalier

CHSCD: Centre hospitalier de soins de courte durée

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

CLSC: Centre local de services communautaires

CRSSS: Conseil régional de la santé et des services sociaux

CSS: Centre des services sociaux

CTMSP: Classification par types en milieu de soins et services prolongés

DSC : Département de santé communautaire

EROS: Équipe de recherche opérationnelle en santé

F.C.E.A.: Formulaire complémentaire d'évaluation de l'autonomie

F.E.A.: Formulaire d'évaluation de l'autonomie

F.E.M.: Formulaire d'évaluation médicale

M.A.D.: Maintien à domicile

M.A.S.: Ministère des affaires sociales (ancienne appellation du M.S.S.S.)

M.S.S.S.: Ministère de la santé et des services sociaux

O.M.S.: Organisation mondiale de la santé

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

L'équipe EROS a entrepris le projet CTMSP en réponse à une double préoccupation du réseau des organisations offrant des services prolongés au Québec: l'orientation des bénéficiaires vers le programme institutionnel ou à domicile le mieux à même de répondre à leurs besoins de services prolongés, et la planification d'un réseau de programmes de services prolongés. Ce sont en particulier le Conseil Régional des Services de Santé et des Services Sociaux (CRSSS) de la région 6 C (Sud de Montréal) et le Ministère des Affaires Sociales du Québec qui nous ont incités à entreprendre ce projet. Nous avons ainsi pu compter sur la collaboration de Pierre Provencher et Hung Nguyen du CRSSS-6 C, de Nicole Martin. Jacques Pigeon et ensuite de Paul Lamarche et Pierre Boyle du Ministère des Affaires Sociales du Québec.

La recherche dont le système CTMSP est issu a commencé en 1976. L'objectif a d'abord été de construire un système d'évaluation et de mesure des besoins des bénéficiaires en vue de fonder l'allocation des ressources dans le réseau. On a privilégié, dans le développement du CTMSP, le recours systématique aux avis et jugements d'experts, la consultation continuelle des intervenants du réseau, le processus "implantation pilote - feedback - révision", répété sans cesse pendant cinq ans.

Dans un second temps, et pour répondre aux deux préoccupations énoncées ci-dessus, il s'agissait d'une part de définir, à partir du système d'évaluation des besoins, un processus structuré d'orientation du bénéficiaire dans le réseau de programmes de services prolongés à domicile et en établissement, en fonction de ses besoins et, d'autre part de concevoir et réaliser un système de planification du réseau utilisant les données produites par le module d'évaluation des besoins et celles issues du processus d'orientation. La recherche concernant ces deux préoccupations qui sont à l'origine du système CTMSP, est toujours en cours. Nous ferons donc rapport à ce sujet dans un futur plus ou moins proche.

La conception et le développement du système CTMSP 77 ont été financés par le Ministère des Affaires Sociales du Québec, par le Programme National de Recherche et Développement en Matière de Santé (PNRDS) de Santé Bien-Être Social Canada. L'implantation pilote du système a été financée par le Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier de Verdun et l'I.N.S.A. (Institut National de Systématique Appliquée). La révision du système CTMSP 77 et la mise au point du système CTMSP 81 ont été financées par l'I.N.S.A.

Nous publions ici la première version de la procédure d'évaluation d'autonomie et d'évaluation médicale propre au système CTMSP 81 tout en sachant bien qu'elle est susceptible de requérir certaines améliorations dans le futur.

Nos expériences d'utilisation du système CTMSP 77 depuis cinq ans, nous ont cependant permis de roder suffisamment celui-ci pour que sa version révisée puisse maintenant être diffusée et implantée pour l'évaluation des besoins des bénéficiaires du réseau. Dans les mois qui viennent, nous recueillerons systématiquement les commentaires, critiques et suggestions des utilisateurs du système et nous réviserons en conséquence le protocole d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale du système.

Pour assurer la crédibilité et la validité à long terme du système CTMSP, il est essentiel que le processus de révision soit réalisé de façon ordonnée et unifiée. Cette tâche sera assurée par l'Institut National de Systématique Appliquée (INSA) Inc., Corporation à but non lucratif qui assure déjà la même fonction dans le cas d'autres systèmes. Nous comptons sur la collaboration des utilisateurs du système CTMSP pour nous aider à l'améliorer.

Montréal, le 1^{er} décembre 1981.

Charles Tilquin, Ing., Ph. D. Investigateur principal du projet CTMSP

Directeur Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS)

Professeur agrégé Département d'administration de la santé Université de Montréal

Président Institut National de Systématique Appliquée (INSA)

PRÉFACE À LA SECONDE ÉDITION

Depuis 1977, le protocole d'évaluation propre au système CTMSP a été utilisé pour des milliers de bénéficiaires. Au fil des années, il a été l'objet de constantes révisions et améliorations.

Après plus de deux années d'implantation et d'expérimentation sur une grande échelle, une révision systématique des instruments d'évaluation vient d'être réalisée. Cette révision a été menée conjointement par les investigateurs du système et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, qui en décembre 1983 retenait le CTMSP comme outil standard d'évaluation des bénéficiaires en perte d'autonomie.

Des améliorations substantielles ont été apportées aux Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale et leurs modalités d'utilisation ont été mieux définies. Bien que les changements introduits l'aient été en tenant compte des recommandations des utilisateurs du système, nous sommes conscients qu'ils ne sauront répondre à toutes les attentes de ceux-ci. Les recommandations exprimées ayant été très nombreuses et trop souvent non concordantes, il a été nécessaire de procéder à des choix. Il reste certes possible d'améliorer encore les nouveaux instruments mais nous sommes convaincus que tels que présentés ici, ils sont opérationnels. Ils devront être utilisés pendant un certain temps avant d'être une nouvelle fois soumis à un réexamen à la lumière des commentaires, suggestions et recommandations des utilisateurs. Une révision périodique et structurée du CTMSP ne peut qu'assurer, à long terme, sa crédibilité et sa validité.

La révision du CTMSP 81, menée en 1984-85, a été rendue possible grâce au travail soutenu des membres des Comités de révision des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale. Ces derniers ont su être attentifs aux attentes des intervenants du réseau et mettre à profit leur propre expérience de professionnel ou d'administrateur et d'utilisateur du système. Ils ont su dépasser les divergences d'école, de philosophie, d'approche pour trouver les consensus qui leur ont permis d'aller jusqu'au bout dans la réalisation de leur mandat. Nous tenons à remercier tout spécialement Madame Odile Bédard et le Dr. Pierre St-Georges qui ont coordonné de façon exceptionnelle les travaux des comités.

Merci aussi à Johanne Fournier qui a assuré la permanence de la révision pour le compte de l'équipe EROS. Elle a nourri les Comités avec les synthèses des recommandations reçues des utilisateurs et des membres de l'équipe EROS impliqués dans l'implantation du CTMSP. Elle a fait profiter le Comité des enseignements issus de la littérature et des analyses des banques de données CTMSP qu'elle a effectuées durant la période 1978-1984. Elle a préparé les différentes versions des formulaires, des mini-guides et du présent texte. Depuis plus d'un an, elle consacre tout son temps et ses énergies à la révision.

Merci, encore à Micheline Mathieu, Evelyne Amar et Serge Chevalier qui ont dactylographié et édité les multiples versions des différents documents issus du processus de révision.

Charles Tilquin, Ph.D. Août 1985

1. INTRODUCTION

Le protocole d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale présenté ici est le résultat des travaux de révision du CTMSP 81 réalisés en 1984-85. Des améliorations notables ont été apportées à la version précédente du système. Il reste cependant qu'aussi bon qu'il puisse être, ce protocole ne sera jamais qu'un outil et qu'à ce titre, les informations qu'il contiendra ne seront jamais meilleures que celle que l'évaluateur de l'autonomie et le médecin auront recueillies en l'utilisant. On ne saurait donc insister sur le fait que l'élément-clé dans ce protocole d'évaluation comme dans tout autre, ce n'est pas d'abord le protocole lui-même, mais plutôt son utilisateur.

Ce texte est conçu pour aider l'évaluateur dans sa tâche. Il ne peut cependant se substituer à l'expérience et à la compétence, ainsi qu'à l'empathie pour l'évalué. Il ne fait que les compléter au niveau technique. La démarche évaluative dont il traite étant relativement différente de celle qui se pratique actuellement, il est important que l'évaluateur de l'autonomie et le médecin en soient avertis pour qu'ils sachent le plus précisément possible le type et la qualité de l'information qui est attendue d'eux.

Dans la première partie du texte, nous présentons, de façon synthétique, le cadre conceptuel sousjacent au système d'évaluation et d'orientation CTMSP. Dans un second temps, nous traitons de la
façon dont l'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale s'intègrent dans la démarche globale
d'évaluation des besoins du bénéficiaire propre au système CTMSP. Cette partie est suivie de la
présentation des Formulaires révisés d'évaluation de l'autonomie (de base et complémentaire) et
d'évaluation médicale et de leurs modalités d'utilisation. Enfin, la dernière partie expose un certain
nombre de principes et de remarques relatifs à l'entrevue d'évaluation de l'autonomie. Le lecteur
trouvera en annexes, les Formulaires révisés d'évaluation de l'autonomie (de base et complémentaire) et
d'évaluation médicale dont il est question dans le présent document. Les ententes conclues entre le
Ministère de la Santé et des Services Sociaux et les concepteurs du système de même que le processus
de révision et d'expérimentation du CTMSP réalisé en 1984-85 sont également présentés en annexes.

Note: La forme masculine utilisée dans ce texte désigne autant les femmes que les hommes.

2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME CTMSP

Cette section théorique présente, de façon synthétique, le cadre conceptuel sur la base duquel a été développé le système d'évaluation et d'orientation CTSMP (Classification par types en milieu de soins et services prolongés).

Depuis une bonne décennie, le vieillissement de la population semble poser de grandes difficultés au réseau des services sociaux et de santé. Si l'on compare notre situation démographique à celle d'autres pays industrialisés, il est clair que le Québec détient une position relativement favorable de ce point de vue. Comment alors expliquer que le réseau ne puisse s'ajuster et répondre aux besoins de la population? Comment expliquer que le taux d'occupation par les personnes âgées, des lits en milieu hospitalier ou d'hébergement soit environ deux fois plus élevé que celui des pays européens?

En 1976, lors de la conception du système CTMSP, les investigateurs du projet ont fait l'hypothèse que les problèmes du réseau ne provenaient pas tant du vieillissement de la population que de l'incapacité de le gérer adéquatement. Globalement, les chercheurs ont formulé l'hypothèse que les problèmes réels étaient les suivants:

- le système de soins et services prolongés n'était ni planifié, ni programmé, ni budgété en fonction des besoins de ses bénéficiaires;
- l'utilisation des ressources de ce système n'était ni contrôlée, ni coordonnée.

Ainsi donc, la perception de la situation que les auteurs avaient développée à la suite de multiples contacts avec les professionnels et les administrateurs du système, était que le problème n'en était pas d'abord un de manque de ressources mais plutôt que la plupart des disfonctionalités manifestées par le système disparaîtraient si on admettait le bon bénéficiaire dans le bon programme au bon moment.

La démarche logique qui fut alors proposée pour atteindre cet objectif fut la suivante:

- 1. développer des outils/protocoles fiables et valides d'évaluation des besoins pour être capable de bien cerner qui était le bénéficiaire;
- 2. développer des critères d'admission fiables permettant de déterminer quel programme répondait le mieux aux besoins du bénéficiaire;
- 3. coordonner les admissions et les inscriptions pour permettre leur contrôle et pour les accélérer tout en assurant une interprétation uniforme et neutre des besoins du bénéficiaire en regard des critères d'admission;
- 4. budgéter les programmes en fonction des besoins des bénéficiaires qu'ils avaient pour mission d'accueillir;

5. s'assurer que le réseau de chaque région offre tous les programmes requis pour répondre aux besoins de ses bénéficiaires en terme de quantité de ressources humaines et de moment où elles sont offertes (planification-programmation en fonction des besoins).

En 1976-77, les concepteurs développèrent un protocole et des outils d'évaluation des besoins. Par la suite, ces outils furent utilisés au niveau du contrôle de l'utilisation des ressources et de la planification-programmation-budgétisation. Après sept années d'expérimentations diverses, le système CTMSP a été choisi en 1984 par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec (*) comme système unique d'évaluation des besoins pour les personnes en perte d'autonomie requérant des soins et services prolongés. (**)

2.1 Critères encadrant le développement du protocole d'évaluation des besoins

Le protocole d'évaluation des besoins devait:

- 1. pour satisfaire aux exigences de la planification/programmation/budgétisation, lorsqu'utilisé dans le cadre d'enquêtes sur les besoins d'une population:
 - permettre de définir la variété des programmes, donc d'identifier tous les programmes différents requis pour répondre aux besoins de cette population;
 - permettre de déterminer le nombre exact de places requises à un moment donné ou sur un horizon donné dans chaque programme pour répondre aux besoins de cette population;
 - permettre de déterminer les quantités de ressources humaines: médicales, paramédicales (infirmiers, ergothérapeutes, intervenants sociaux, physiothérapeutes) et non professionnelles requises par le bénéficiaire moyen de chaque programme.

^(*) En juin 1985, le Ministère des Affaires Sociales (M.A.S.) changea son appellation pour celui de le Ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.).

^(**) Nous prêtons au concept de soins et services prolongés un sens très large. En fait, ces soins et services recouvrent les prestations de professionnels aussi différents que les infirmières, les intervenants sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les médecins, ainsi que les services d'aide à domicile (aide familiale, préparation des repas, transport, etc.). La caractéristique commune de ces services est qu'ils sont requis pour de longues périodes. Ces services sont fournis par des organisations intermédiaires, institutionnelles (famille d'accueil, CAH, CH, etc.) ou de maintien à domicile (CLSC, centre de jour, etc.). Il est à noter cependant que la nouvelle version du protocole d'évaluation de l'autonomie à domicile permet, de part sa structure d'évaluation par étapes, d'identifier des besoins de services ponctuels ou à court terme.

- 2. pour satisfaire aux exigences du contrôle de l'utilisation des ressources, lorsqu'utilisé pour évaluer les besoins d'un bénéficiaire particulier:
 - permettre de déterminer le programme requis par ce bénéficiaire tenant ou non compte de l'aide pouvant lui être apportée par son réseau naturel;
 - permettre de sélectionner l'organisation la mieux à même de répondre aux besoins du bénéficiaire, c.à.d. offrant le programme qui répond le mieux à ses besoins;
 - permettre de mesurer l'écart entre le programme offert au bénéficiaire par l'organisation et le programme requis par celui-ci.

Étant donné toutes ces exigences, il apparaissait insuffisant de limiter le protocole à une évaluation traditionnelle des besoins, c'est-à-dire une évaluation des fonctions bio-psycho-sociales couplée à une évaluation médicale. Le protocole devait aussi permettre d'identifier les services élémentaires requis par le bénéficiaire et de mesurer les quantités de ressources (humaines) requises pour donner ces services pour déboucher sur l'identification du programme requis par celui-ci et sur celle de l'organisation pouvant lui offrir ce programme.

L'évaluation fut donc opérationnalisée selon quatre paliers:

2.2 <u>L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale</u>

Cette partie de l'évaluation a été articulée autour des concepts de maladie - déficiences - incapacités et désavantages tels que proposés par l'OMS (*). L'évaluation médicale fait le focus sur les maladies/déficiences du bénéficiaire, l'évaluation de l'autonomie sur ses incapacités et handicaps. Dans les deux évaluations, on met, dans la mesure du possible, l'emphase sur le potentiel du bénéficiaire. Dans le cas où le bénéficiaire possède un réseau naturel (socio-familial), on vise également à évaluer la capacité d'aide de celui-ci.

2.3 La détermination des services requis

L'objectif de cette partie de l'évaluation est d'identifier les éléments de services requis par le bénéficiaire dans les secteurs suivants :

^(*) Wood, P. <u>International Classification of Impairments</u>, <u>Disabilities and Handicaps</u>, OMS/WHO, Genève, 1980, 200 pages.

- services de support, à savoir: préparation des repas, entretien ménager et emplettes, surveillance (non professionnelle), socialisation (activités communautaires, visites d'amitié, etc.)
- soins infirmiers et d'assistance professionnels et non professionnels pour l'alimentation, l'hydratation, l'élimination, la respiration, l'hygiène, le confort, la communication, la médication, les autres traitements (pansements, etc...), la surveillance et le diagnostic;
- services de thérapie occupationnelle (ergothérapie) à orientation psychique aussi bien que physique;
- services de physiothérapie;
- services sociaux;
- services médicaux.

Des listes d'éléments de services ont été construites pour chacun de ces secteurs par des professionnels des différentes disciplines concernées. Ensemble, les listes comprennent deux cent vingt éléments de services regroupés dans six formulaires correspondant aux six catégories de services énumérées ci-dessus.

La tâche de détermination des services requis par un bénéficiaire est confiée à une équipe multidisciplinaire, formée à cette fin, composée d'un médecin, d'un travailleur social, d'un infirmier, d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute. L'équipe ne rencontre pas le bénéficiaire; elle le connaît à travers l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation médicale. Après avoir analysé les besoins du bénéficiaire et être parvenu à un consensus relativement à ceux-ci, chacun des membres de l'équipe remplit le formulaire de détermination des services requis correspondant à sa spécialité. Ensuite, il y a mise en commun, élimination des duplications éventuelles, et identification d'éléments de services supplémentaires requis pour répondre aux besoins auxquels aucun des membres de l'équipe n'aurait prêté attention.

On notera encore que les membres de l'équipe multidisciplinaire sont non seulement appelés à identifier quels services sont requis, mais qu'ils doivent aussi spécifier la **fréquence** (par semaine en soins infirmiers, par mois en service social, etc.) à laquelle les éléments de services identifiés sont requis.

Enfin, dans le cas des bénéficiaires pouvant compter sur l'aide d'un réseau naturel, l'équipe multidisciplinaire identifie à la fois l'**ensemble** des services requis par le bénéficiaire (**services potentiels**) et les services qui ne peuvent lui être offerts par son réseau naturel (**services réels**).

2.3 La mesure des ressources requises

L'objectif de cette partie de l'évaluation CTMSP est de mesurer les quantités de ressources humaines nécessaires pour donner les services requis au bénéficiaire.

Les listes de services requis dont il a été question plus haut sont pondérées: une valeur a été attribuée à chaque élément de service pour rendre compte du temps requis pour offrir l'élément de service. Dès lors, connaissant la **fréquence** à laquelle est requis un élément de service, on peut en multipliant celle-ci par la valeur de l'élément de service, obtenir le **temps** moyen requis pour offrir cet élément durant la période sur laquelle est calculée la fréquence (an, mois, semaine ou jour). En additionnant tous les temps ainsi calculés en regard des éléments de services propres à une ressource (par exemples ergothérapie), on peut obtenir la quantité de cette ressource requise par le bénéficiaire par unité de temps.

On peut ainsi calculer les normes suivantes de ressources requises par le bénéficiaire:

- heures de soins infirmiers/jour
- heures de soins infirmiers professionnels/jour
- heures de soins infirmiers non professionnels/jour
- heures de soins infirmiers d'alimentation et hydratation/jour
- heures de soins infirmiers d'élimination/jour ...etc.
- heures d'ergothérapie/semaine
- heures d'ergothérapie intervention physique/semaine
- heures d'ergothérapie intervention psychique/semaine ...etc.
- heures de physiothérapie/semaine
- heures de physiothérapie requérant installation spécialisée/semaine ...etc
- heures de service social/mois
- heures de service social intervention psychique/mois
- heures de service social thérapie familiale/mois
- heures de service social information/mois ... etc.

Cette liste a été fournie seulement à titre d'exemple. Elle n'est pas exhaustive.

Seules les ressources de support et les ressources médicales requises ne sont pas mesurées en terme de temps. Les ressources de support sont mesurées par le nombre de **contacts** requis annuellement. Les ressources médicales sont caractérisées en terme de du **type et de la fréquence des visites** requises annuellement.

Une fois les services requis déterminés par l'équipe multidisciplinaire, la mesure des ressources requises pour donner ces services obéit donc à des règles purement arithmétiques.

Dans le cas des bénéficiaires pouvant compter sur l'aide d'un réseau naturel et donc, pour lesquels l'équipe multidisciplinaire identifie à la fois les services potentiels et les services réels requis, on mesure respectivement les ressources potentielles et les ressources réelles requises pour donner ces services.

2.5 La définition des programmes

Le protocole qui vient d'être décrit (3 premières phases) a été utilisé pour évaluer les besoins de deux échantillons de personnes âgées de plus de 65 ans: l'un de 1,500 bénéficiaires vivant en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins de longue durée; l'autre de 600 personnes âgées choisies au hasard à domicile. Les échantillons furent tirés en contrôlant le sexe et l'âge (trois groupes d'âge: 65-74; 75-84; 85 +) pour assurer une égale représentation dans chacune de ces six cellules (par rapport à la population générale, les hommes et les plus âgés furent donc surreprésentés dans cet échantillon). Cette stratégie fut retenue parce qu'a priori la plus susceptible de mettre en évidence l'éventail des besoins, donc de conduire à l'identification de toute la gamme des programmes requis.

Ces opérations ont permis de constituer une banque de profils d'autonomie - services - ressources de 2,100 personnes âgées.

Les 2,100 profils de **ressources** ont été analysés en utilisant les techniques de clustering (logiciel CLUSTAN) (*) et d'analyse statistique en composantes principales. **Ces analyses ont conduit à l'identification de quatre variables de ressources** (parmi les 39 variables qui constituent le profil de ressources du client - une liste partielle de ces variables a été donnée plus haut) **discriminantes**, c'est-à-dire permettant de circonscrire des groupes homogènes quant à leurs membres mais hétérogènes entre eux.

Les quatre variables (et leurs niveaux) qui ont permis de cerner les groupes sont les suivantes:

1. Surveillance non professionnelle (SURV)

Il s'agit de la surveillance d'un tiers (non professionnel) dont fait l'objet la personne pour sa sécurité ou celle des autres. (Il ne s'agit pas de l'observation systématique de l'infirmière ou du médecin).

Cette variable peut prendre quatre (4) valeurs:

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	Surveillance non requise
1	Surveillance requise pendant quelques périodes durant la semaine (gardiennage)
2	Surveillance constante ou quasi-constante requise (excluant les cas couverts par le niveau 3)
3	Surveillance constante ou quasi-constante requise en raison de problèmes importants de comportement

^(*) Wishart, D., <u>CLUSTAN – User Manual</u>, third edition, Program Library Unit, Edimburgh University, St-Andrews, Scotland, 1978.

2. Organisation matérielle (ORMAT)

Il s'agit de l'aide pour la préparation des repas, les emplettes et l'entretien ménager routinier.

Cette variable peut prendre trois (3) valeurs:

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	Organisation matérielle non requise
1	Organisation matérielle requise mais seulement pour les emplettes, l'entretien ménager (et éventuellement la préparation des repas mais seulement une ou deux fois/semaine)
2	Préparation des repas requise trois fois ou plus par semaine.

3. Soins infirmiers totaux: professionnels et non professionnels (SIT)

Cette variable rend compte du temps des soins infirmiers professionnels et non professionnels (directs et indirects) de respiration, alimentation et hydratation, élimination, communication, traitement et diagnostic, requis par le bénéficiaire.

Les temps sont exprimés en heures soins/24 heures.

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	x = 0 heure soins/24 heures
1	$0 < x \le 0.625$
2	$0.625 < x \le 1.375$
3	$1.375 < x \le 2.125$
4	$2.125 < x \le 2.875$
5	$2.875 < x \le 3.625$
6	$3.625 < x \le 4.375$
7	4.375 < x

4. <u>Réadaptation</u> (READ)

Cette variable rend compte des heures de physiothérapie et d'ergothérapie requises par la personne.

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	Ni physio., ni ergo. requis
1	Ergo. requis; physio. non requis
2	Ergo. non requis; physio. requis
3	Ergo. et physio. requis

Il existerait ainsi théoriquement autant de groupes distincts de bénéficiaires qu'il existe de combinaisons des niveaux de ces variables, à savoir:

$$4 (SURV) \times 3 (ORMAT) \times 8 (SIT) \times 4 (READ) = 384$$

Certaines de ces combinaisons sont cependant impossibles (par exemple, ORMAT = 0, SIT = 7) et certains sont si rares (i.e.: très peu de bénéficiaires y correspondent) qu'il est nécessaire de les regrouper pour des raisons strictement opérationnelles. Des experts ont été appelés à opérer ces regroupements.

On en est ainsi arrivé à identifier **37 groupes ou classes** parmi les 384 possibles. La figure 1 les représentent sous la forme d'un arbre de décision. Chaque branche de l'arbre correspond à une classe dont le numéro apparaît dans le nœud terminal de la branche:

- la classe 1 regroupe les bénéficiaires qui ne requièrent pas de services d'organisation matérielle (ORMAT=0) mais qui peuvent éventuellement requérir, soit des soins infirmiers, soit de la réadaptation, soit encore deux de ces ressources ou les trois. Pour leur très grande majorité, les bénéficiaires ne requièrent en fait que très peu de services.
- les classes 2, 3 et 4 regroupent les bénéficiaires
 - qui ne requièrent pas de surveillance ou requièrent seulement de la surveillance épisodique de la part du réseau (service réel de gardiennage)
 - et qui requièrent de l'organisation matérielle mais pas la préparation des repas.

Ces classes font la distinction entre les bénéficiaires qui ne requièrent pas de soins infirmiers ni de réadaptation, ceux qui requièrent des soins infirmiers mais pas de réadaptation et ceux qui requièrent des soins infirmiers et de la réadaptation.

- les classes 5 à 11 regroupent les bénéficiaires
 - qui ne requièrent pas de surveillance ou requièrent seulement de la surveillance épisodique de la part du réseau (service réel de gardiennage)
 - et qui requièrent de l'organisation matérielle y compris la préparation des repas.

Ces classes regroupent les bénéficiaires selon leur lourdeur en soins infirmiers et le fait qu'ils requièrent ou non de la réadaptation.

- la classe 12 regroupe les bénéficiaires
 - qui requièrent de l'organisation matérielle
 - qui requièrent une surveillance constante ou presque constante
 - qui ne requièrent pas de soins infirmiers ou en requièrent moins de 0.625 heure/jour
- les classes 13 à 32 regroupent les bénéficiaires
 - qui requièrent de l'organisation matérielle (dans 90% des cas, il s'agit d'organisation matérielle de niveau 2)
 - qui requièrent une surveillance constante ou presque constante.

Ces bénéficiaires sont regroupés selon leur classe en soins infirmiers (de 2 à 6) et leur classe en réadaptation (de 0 à 3)

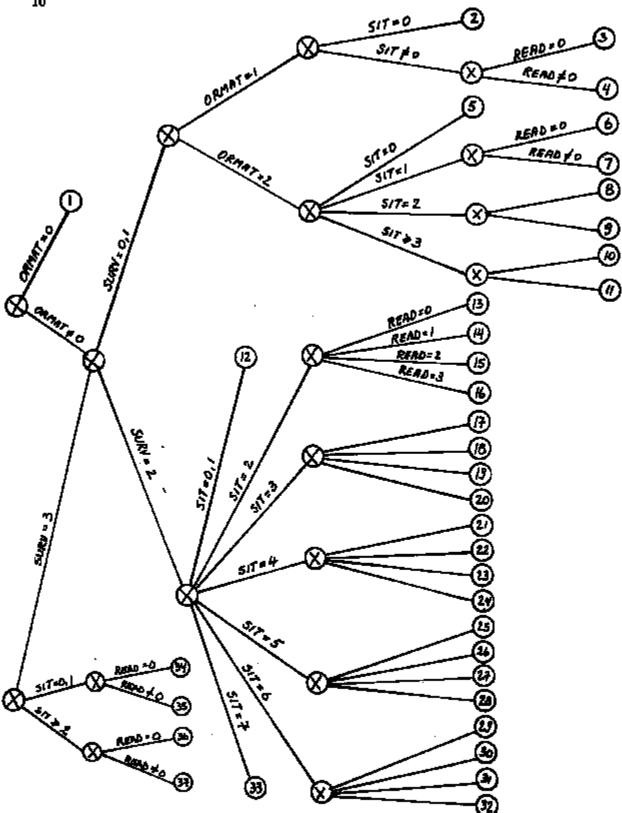


Figure 1: Schéma de classification des programmes.

- la classe 33 regroupe les bénéficiaires
 - qui requièrent de l'organisation matérielle
 - qui requièrent une surveillance constante ou presque constante
 - qui sont en classe 7 en soins infirmiers
- les classes 34 à 37 regroupent les bénéficiaires
 - qui requièrent de l'organisation matérielle
 - qui requièrent une surveillance constante ou quasi-constante en raison de **problèmes importants de comportement**.

Ces bénéficiaires sont regroupés selon leur classe en soins infirmiers (0, 1 ou > 2) et selon qu'ils requièrent ou non de la réadaptation.

Aux 37 classes ainsi construites correspondent les **37 programmes** que devrait offrir le système de soins et services pour les personnes en perte d'autonomie et qui sont susceptibles d'être requis par les bénéficiaires de ce système. Chaque programme regroupe ainsi des bénéficiaires très semblables quant à leur besoin de ressources humaines en surveillance, organisation matérielle, soins infirmiers et réadaptation. On a aussi vérifié que les profils d'autonomie des bénéficiaires étaient voisins à l'intérieur d'un même groupe et sensiblement différents d'un groupe à l'autre.

Les 37 programmes ont donc été définis empiriquement à partir des profils de besoin de ressources humaines d'un échantillon de personnes en perte d'autonomie.

Nous avons résumé dans ce chapitre le cadre conceptuel sous-jacent au système CTMSP. Le reste du document se concentre essentiellement sur le premier volet du système qui est l'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale de la personne en perte d'autonomie. Les lecteurs qui désireraient de plus amples explications quant à la détermination des services requis, la mesure des ressources requises et la définition des programmes consulteront avec profit les documents décrivant les deux autres composantes du système (*).

^(*) Tilquin, C., Sicotte, C., et al: <u>CTMSP: La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire</u>, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1982, 220 pages.

Tilquin, C.. Sicotte, C., et al.: <u>CTMSP: L'orientation du bénéficiaire dans le réseau</u>, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1983, 110 pages.

3. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE L'ÉVALUATION MÉDICALE DANS LE SYSTÈME CTMSP

Le protocole d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale que nous allons décrire est, dans le système CTMSP, l'élément sur lequel se fonde toute la procédure d'orientation du bénéficiaire. Il n'est sans doute pas sans intérêt pour les personnes qui seront appelées à l'utiliser pour évaluer les bénéficiaires, de savoir pourquoi elles recueillent de l'information, comment celle-ci va être utilisée et par qui. C'est ce que nous nous proposons d'expliquer dans ce chapitre.

Tout processus d'évaluation procède d'une fin dans laquelle il trouve sa motivation et sa légitimité. Les procédures et contenus évaluatifs présentés ici ont d'abord été conçus pour acquérir la meilleure connaissance possible (compte tenu d'évidentes contraintes de "faisabilité") du bénéficiaire actuel ou potentiel d'un réseau de services prolongés, en vue de son orientation vers les ressources (de maintien à domicile, intermédiaire ou institutionnelle) les mieux à même de répondre à ses besoins d'aide (*). Ils sont nécessairement teintés par l'objectif poursuivi et auraient été très différents s'il s'était agi plutôt de recueillir l'information nécessaire à l'établissement d'un plan de traitement pour le bénéficiaire, ou encore si le but avait été de développer des instruments pour évaluer l'efficacité et l'efficience des programmes du réseau de services prolongés.

Tel que présenté dans le chapitre précédent, le module d'évaluation des besoins d'une personne en perte d'autonomie est, dans le système CTMSP, structuré et fonctionne comme suit:

on procède d'abord à l'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire (c'est là le sujet de ce texte). L'évaluation de l'autonomie est réalisée par un professionnel (ex: infirmier, intervenant social, ergothérapeute ...) en entrevue avec le bénéficiaire et, si nécessaire, avec une personne significative ou le soignant. L'évaluateur peut s'adjoindre, au besoin, un(des) collaborateur(s) professionnel(s) mais il demeure responsable de tout le processus d'évaluation. L'évaluation médicale doit être réalisée à peu près **simultanément** par un médecin qui rencontre le bénéficiaire.

_

^(*) Les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie forment la clientèle visée par le système CTMSP. Par ailleurs, pour les bénéficiaires présentant une problématique complexe (ex: handicaps multiples, problèmes psychiatriques, problèmes de comportement, etc.) et dans le cas où l'application du protocole évaluatif du CTMSP n'est pas suffisant, il est demandé de joindre un complément d'évaluation plus spécifique au dossier.

- les Formulaires d'évaluation d'autonomie et d'évaluation médicale complétés à la première étape sont envoyés à une équipe multidisciplinaire composée d'un intervenant social, d'un infirmier, d'un médecin et, au moins sur référence, d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute. Cette équipe réalise sur la base de l'information qui lui est ainsi fournie, une synthèse de l'autonomie bio-psycho-sociale du bénéficiaire et décide, par consensus, des services (de soutien, infirmiers, médicaux, sociaux, de réadaptation) requis par le bénéficiaire.
- dans une troisième étape, on infère (mathématiquement, par simples additions et multiplications) les ressources humaines requises (en type et en quantité) par le bénéficiaire, à partir de l'évaluation des services requis par celui-ci telle que réalisée par l'équipe multidisciplinaire.
- les données issues de cette démarche évaluative à trois paliers sont ensuite utilisées dans le module d'orientation du bénéficiaire, en conjonction avec des données sur les ressources du réseau pour décider de l'organisation (de maintien à domicile, intermédiaire ou institutionnelle) qui est le mieux à même de répondre aux besoins du bénéficiaire.

Ce qu'on retiendra essentiellement de ceci, c'est que l'information recueillie au cours de(des) l'entrevue(s) d'évaluation de l'autonomie et de l'entrevue médicale est transmise à une équipe multidisciplinaire, qui ne rencontre pas le bénéficiaire (ni la personne significative ou le soignant) et doit décider - à un niveau de détail assez élevé (puisque l'ensemble des listes de services qui sont à sa disposition comptent approximativement 220 éléments de services distincts) - des services requis par le bénéficiaires (*). Les données recueillies lors de la première étape d'évaluation dont il est question ici doivent donc être **pertinentes**, **exhaustives**, **cohérentes** et **fiables** puisque la qualité de l'évaluation des services requis par l'équipe multidisciplinaire repose d'abord et avant tout sur elles.

Pour essayer de mieux saisir ce qui est attendu des évaluations d'autonomie et médicale, il n'est donc pas sans intérêt de les analyser dans la perspective de l'évaluation des services requis par le bénéficiaire. Pour ce faire, nous partirons des notions de besoins et besoins d'aide. Ces deux concepts étant discutés dans de nombreux volumes, nous nous contenterons de quelques rappels.

-

^(*) Il ne s'agit cependant pas d'établir un plan d'intervention pour le bénéficiaire. L'identification des services requis est seulement réalisée pour obtenir des **indicateurs** qui aideront dans la prise de décision quant à l'orientation du bénéficiaire. Le plan d'intervention du bénéficiaire sera déterminé, une fois la décision d'orientation prise, par les professionnels de l'organisation appelée à donner des services au bénéficiaire.

On définira simplement un **besoin** comme quelque chose qui est nécessaire pour le bien-être physique et/ou social. On appellera **besoin spécifique** de l'individu, chaque besoin de celui-ci qui peut être différencié, cerné, isolé, défini de façon telle qu'il ne puisse être confondu avec un autre besoin. La satisfaction d'un besoin spécifique appelle une **action spécifique**. Si l'individu est à même d'accomplir cette action lui-même, celle-ci est appelée une **action spécifique autonome** (Figure 2).

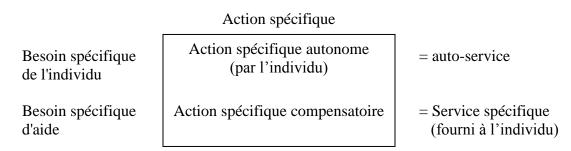


Figure 2 : Concept de service

Les personnes en perte d'autonomie requièrent généralement de l'aide pour combler leurs besoins spécifiques; on dira alors qu'elles ont des besoins spécifiques d'aide. Cette aide se concrétise dans ce que nous appelerons une **action spécifique compensatoire**. Ainsi selon que le bénéficiaire est plus ou moins autonome(*), un même besoin spécifique pourra être comblé par une action autonome, une combinaison en diverses "proportions" d'une action autonome et d'une action compensatoire, ou enfin, totalement par une action compensatoire. **Les actions compensatoires sont ce que dans le langage courant nous appelons des services**. Ainsi, on parlera de service de physiothérapie quand l'action compensatoire est faite par un physiothérapeute.

^(*) Nous voyons donc le degré d'autonomie de l'individu comme le degré d'adaptation de ses **capacités** (fonctionnelles, économiques, etc.) à ses **besoins**, c'est-à-dire aux exigences des actions spécifiques, physiques, psychiques et sociales qu'il doit accomplir pour maintenir sa santé et son bien-être. De nombreux **facteurs** sont susceptibles de perturber l'autonomie d'une personne. Ils agissent essentiellement comme agents réducteurs des capacités: la diminution de performance de l'organisme, la morbidité, la perte de son intégrité physique, la mise à la retraite, la diminution des revenus, la perte ou le départ d'êtres chers, ... etc. sont autant de facteurs qui font régresser les capacités physiques ou psychiques ou sociales de la personne.

Les actions compensatoire ou services peuvent être "exécutés" par le personnel du réseau de services prolongés ou par l'entourage de l'individu : conjoint, père, mère, enfants, parenté, voisins, amis... Cette distinction est très importante car elle permet de mettre en évidence les concepts de besoins potentiels et besoins réels d'aide (Figure 3). Les besoins potentiels d'aide recouvrent 1'ensemble des besoins d'aide du bénéficiaire, indépendamment de qui les satisfait: réseau de services prolongés ou entourage. Les besoins réels d'aide correspondent quant à eux aux besoins d'aide du bénéficiaire qui doivent être satisfaits par le réseau de services prolongés. Ils s'obtiennent donc en "soustrayant" des besoins potentiels, les besoins d'aide qui sont comblés par les proches. Étant donné la relation établie précédemment entre besoin spécifique d'aide, action spécifique compensatoire et service, nous nous permettrons similairement de parler de services potentiels et de services réels : les premiers étant tous les services requis par le bénéficiaire, les seconds étant seulement ceux qui sont requis du réseau de services prolongés (Figure 3).

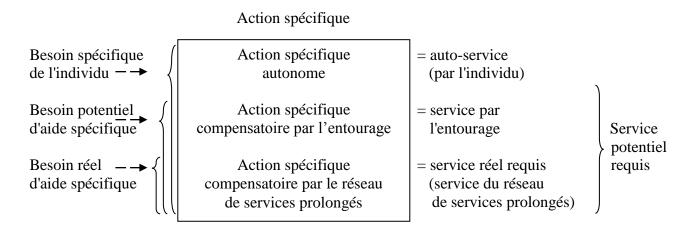


Figure 3: Concepts de service potentiel et réel

Il est pratique d'associer à la notion de services, potentiels ou réels, la notion de **profil** global de service d'un bénéficiaire et celle de profil de services associés à une ressource donnée: par exemple, le profil de services infirmiers. Un profil de services n'est rien d'autre qu'une liste de services requis à un moment donné. Le profil de services infirmiers d'un bénéficiaire est donc la liste de tous les services infirmiers qu'il requiert, potentiellement ou réellement, selon ce que l'on veut mesurer. Le profil global de services est la liste de tous les services requis en regard de toutes les ressources du réseau de services prolongés.

Les développements qui précèdent, suggèrent qu'une manière logique et structurée de procéder à l'identification du profil global de services pour un bénéficiaire est de dégager d'abord ses **besoins d'aide**, considérant ses capacités et ses besoins, donc son autonomie et les facteurs qui diminuent celleci.

Dans le cas du bénéficiaire résidant à domicile et qui peut ou pourrait éventuellement compter sur une certaine aide de son entourage, l'énoncé précédant se complique quelque peu puisqu'un demande à l'équipe multidisciplinaire de détermination de services requis de distinguer entre profil de services potentiels et profil de services réels. Il s'agit dès lors non seulement de dégager les besoins d'aide du bénéficiaire, considérant ses capacités et ses besoins (ce qui permet d'identifier le profil de services potentiels), mais de plus d'évaluer les **capacités d'aide de son entourage**, pour être en mesure d'identifier le profil de services réels du bénéficiaire.

La figure 4 schématise ce processus:

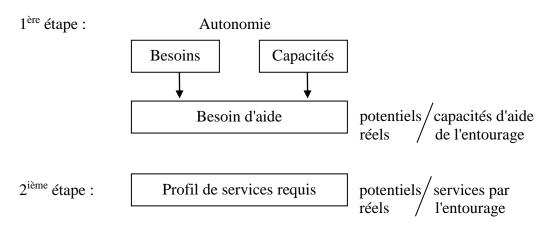


Figure 4: Les deux premières étapes du processus d'évaluation des besoins

Pour évaluer correctement les services requis par le bénéficiaire, il faut même aller plus loin comme on va le voir en clarifiant le concept de **capacité d'aide** de l'entourage. On parlera de **capacité d'aide actualisée** de l'entourage, lorsqu'on voudra faire référence à l'aide qui est réellement fournie par l'entourage au moment de l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Trois situations non nécessairement mutuellement exclusives peuvent correspondre à cet état de fait:

- 1. l'entourage "en fait trop" compte tenu de ses capacités; l'aide qu'il apporte au bénéficiaire taxe l'entourage indûment et, à plus ou moins long terme, cela pourrait avoir des effets négatifs irréversibles sur la santé et le bien-être bio-psycho-social de l'entourage. On dira alors que l'entourage fait montre d'une "trop grande" capacité d'aide et qu'une partie de celle-ci doit être désactivée: on l'appellera la capacité d'aide à désactualiser.
- 2. l'entourage fait juste ce qui correspond à ses possibilités.
- 3. l'entourage pourrait en faire plus mais ne le fait pas pour diverses raisons. Dans ce cas, on dira que l'entourage fait montre d'une trop faible capacité d'aide et qu'il faut augmenter celle-ci: on appellera cet accroissement la **capacité d'aide actualisable**.

En général, on observera l'une ou l'autre de ces trois situations. Mais rien n'empêche que dans certains cas, celles-ci coexistent, l'entourage faisant ce qu'il faut et peut dans un domaine, en faisant trop dans un autre et pas assez dans un troisième.

En pratique, au niveau de l'évaluation de l'autonomie, on mettra donc en évidence la capacité d'aide actualisée, la capacité d'aide à désactualiser ou la capacité d'aide actualisable de l'entourage du bénéficiaire.

Ensuite, l'équipe multidisciplinaire de détermination des services requis, identifiera quels sont les services **réels** requis par le bénéficiaire à partir des services **potentiels** que celui-ci requiert, par la relation:

services réels = services potentiels - services actualisés de l'entourage + service de l'entourage à désactualiser

Simultanément, dans ses recommandations, l'équipe multidisciplinaire fera part au comité d'orientation de son opinion sur les résultats qui pourraient être attendus (en termes de services supplémentaires offerts par l'entourage) d'une tentative d'actualisation des capacités de l'entourage. L'équipe multidisciplinaire, si elle l'estime nécessaire, peut demander une évaluation plus poussée des capacités de l'entourage; elle le fera rarement puisque normalement elle trouvera dans l'évaluation d'autonomie suffisamment d'information pour se faire une idée sur ce que qualitativement et quantitativement pourrait apporter l'actualisation.

Alors, de deux choses l'une, le comité d'orientation qui reçoit ces informations de l'équipe multidisciplinaire:

- soit décide que de toute façon, compte tenu seulement des services actualisés de l'entourage, le bénéficiaire peut rester à domicile. Il peut néanmoins, à ce moment là, décider de faire une tentative d'actualisation supplémentaire qui aboutira éventuellement à alléger totalement ou partiellement le fardeau du programme de maintien à domicile.
- soit constate que le bénéficiaire, compte tenu des services actualisés, ne peut plus rester à domicile; alors de deux choses l'une:
 - le comité constate que même une tentative d'actualisation couronnée de succès ne permettrait pas de maintenir le bénéficiaire à domicile. Dans ce cas, la seule solution est l'admission dans une ressource intermédiaire ou institutionnelle.
 - le comité constate qu'une tentative d'actualisation couronnée de succès pourrait permettre d'éviter "l'institutionnalisation". Dans ce cas, il décide de maintenir provisoirement le bénéficiaire à domicile (cas en suspens) et de tenter l'actualisation. Le comité d'orientation reçoit les résultats de cette tentative d'actualisation et, à leur lumière, prend sa décision finale d'orientation.

Que retenir de tout ceci? L'évaluation des besoins telle qu'entendue dans le système CTMSP doit déboucher sur la détermination des services requis par le bénéficiaire.

Cette tâche est assumée par une équipe multidisciplinaire. Pour être en mesure de procéder, celleci doit être informée ou disposer des informations nécessaires pour évaluer:

- les besoins du bénéficiaire
- ses capacités
- les facteurs affectant ses capacités
- son autonomie
- ses besoins d'aide
- les capacités d'aide de son entourage
 - actualisées
 - à désactualiser
 - actualisables

C'est cette information que doivent produire l'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire.

Ce n'est pas tout. Les besoins, capacités et besoins d'aide de l'individu sont différents selon que c'est l'individu lui-même qui les perçoit et les exprime, ou divers observateurs externes, fournisseurs de services ou non (évaluateur, médecin, bénévole, famille, etc.). Il en va de même des capacités de l'entourage du bénéficiaire. Dès lors, le processus d'évaluation doit être tel qu'il met en évidence ces différentes visions des besoins, capacités et besoins d'aide. L'équipe multidisciplinaire fera la synthèse de cette information à facettes multiples pour dégager les services requis par l'individu, en accordant une attention toute particulière aux préférences et souhaits exprimés par celui-ci lors de(des) l'entrevue(s) d'évaluation d'autonomie, et susceptibles d'influencer le choix des services.

L'évaluation des besoins débouche sur l'allocation de ressources pour suppléer aux carences (besoins d'aide) du bénéficiaire, mais aussi pour diminuer (*) si possible, ces carences jusqu'au point où éventuellement, le bénéficiaire retrouverait son autonomie complète (adaptation et réadaptation), ou encore pour freiner au maximum la détérioration de son autonomie (maintien, prévention). Ces deux derniers objectifs montrent que le statut d'autonomie du bénéficiaire n'est pas considéré ici comme quelque chose de fixé définitivement. On admet que ce statut puisse s'améliorer, se maintenir ou se détériorer, donc en fait que les besoins d'aide du bénéficiaire changent éventuellement. Ceci implique que le processus d'évaluation des besoins doit être **dynamique**, que l'évaluation doit être reprise, en tout ou en partie, chaque fois que l'état d'autonomie du bénéficiaire change de façon significative et pour un laps de temps que l'on peut présumer lui aussi significatif.

^(*) Il existe deux façons de diminuer les carences, c'est-à-dire l'écart entre besoins et capacités : la première est d'augmenter les capacités (réadaptation), la seconde est d'amener l'individu à réajuster ses besoins à ses capacités (adaptation).

Vue sous cet angle, l'évaluation des besoins acquiert une dimension supplémentaire. Il n'est pas seulement question d'évaluer les besoins d aide de l'individu, les services et les ressources requises; il s'agit aussi d'évaluer les résultats des actions compensatoires qui ont été prises et de spécifier les résultats attendus des actions suggérées. Dès lors, l'évaluation des besoins ne doit pas se limiter à l'énumération des capacités, besoins d'aide et services, elle doit expliciter les liens entre besoins/capacités/besoins d'aide d'une part et services d'autre part (justification par l'équipe multidisciplinaire des interventions). Ainsi, l'évaluation des besoins doit rendre explicite le pourquoi de chaque service ou groupe de services et les résultats attendus (pronostic) en donnant les services. Elle doit enfin inclure une spécification du(des) moment(s) où ces résultats devraient être atteints. Ce(s) moment(s), ainsi que ceux qui correspondent à ces changements significatifs et imprévus de l'autonomie du bénéficiaire ou des capacités d'aide de son entourage constituent les jalons du processus dynamique d'évaluation des besoins. C'est à ces instants que les professionnels qui s'occupent du bénéficiaire doivent se demander s'il y a lieu de réévaluer ses besoins d'aide potentiels ou réels. Puisque l'évaluation des besoins telle qu'envisagée dans ce texte est réalisée aux fins de l'orientation optimale du bénéficiaire, la réponse à la question ci-dessus sera positive s'il y a présomption que les besoins d'aide, potentiels ou réels, du bénéficiaire ne correspondent plus aux ressources qui peuvent lui être allouées dans le programme dont il reçoit actuellement des services.

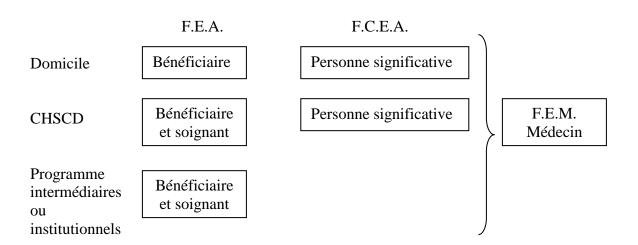
Si on analyse du point de vue des évaluations de l'autonomie et médicale, ces considérations qui concernent le processus d'évaluation des besoins dans sa globalité, on retiendra essentiellement que ces deux évaluations doivent contenir (a) les données nécessaires pour permettre de juger des résultats des interventions précédentes (seulement pour les bénéficiaires ayant déjà reçu des services) (b) les données dont l'équipe multidisciplinaire a besoin pour spécifier les résultats attendus d'une allocation de services. Une autre façon de le dire serait que l'équipe multidisciplinaire ne peut identifier un service comme requis que si elle peut en fournir la **justification** à partir des données de l'évaluation de l'autonomie ou de l'évaluation médicale; les résultats atteints et les résultats appréhendés faisant partie de cette justification, l'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale doivent permettre de mesurer les premiers et d'estimer les seconds.

4. PRÉSENTATION DES FORMULAIRES RÉVISÉS D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET D'ÉVALUATION MÉDICALE, ET DE LEURS MODALITÉS D'UTILISATION

La révision des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale a été réalisée en 1984-85 par deux comités de travail (autonomie et médical). Dans leurs travaux de révision, les membres de ces comités se sont largement inspirés des commentaires, critiques et recommandations des utilisateurs du système(*). Les instruments issus de cette révision se présentent comme suit:

Pour assurer la crédibilité et la validité du système CTMSP, il est essentiel que celui-ci soit révisé périodiquement et de façon ordonnée et unifiée. Depuis la conception du système CTMSP en 1976 et jusqu'au 1984, les investigateurs de celui-ci ont assumé seuls cette tâche. Leur travail de révision s'est inspiré des résultats d'expérimentations et d'implantations du système, des commentaires, critiques et suggestions des utilisateurs et enfin des résultats des recherches récentes dans le domaine de l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie.

Préoccupé par la nécessité d'avoir un outil standard d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires dans le réseau, le M.S.S.S. a porté son choix, en décembre 1983, sur le système CTMSP. Dès lors, des négociations quant aux droits et privilèges d'utilisation du système furent engagées entre les concepteurs et le ministère. Une des ententes issues de celles-ci prévoyait une révision du CTMSP, réalisée conjointement par les deux parties.



<u>Figure 5</u>: Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale issus de la révision

^(*) Pour de plus amples renseignements sur le processus de révision et d'expérimentation des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale mené en 1984-85, le lecteur consultera l'annexe I.

Qui dit formulaires et règles d'utilisation de ceux-ci, dit **formalisation**; le type d'évaluation d'autonomie pour lequel nous avons opté est en effet formel. On postule qu'une évaluation formelle a plus de chances d'être **exhaustive**, c'est-à-dire de recueillir toutes les données factuelles et perceptuelles nécessaires à l'équipe multidisciplinaire pour évaluer les services requis par le bénéficiaire; on risque moins d'oublier des éléments clés d'information en procédant de façon formelle. On croit aussi qu'une évaluation formelle présente les meilleures garanties quant à la **pertinence** (1a validité) des informations recueillies. L'évaluateur court moins le risque de se laisser entraîner dans des détails dont le recueil présente peu ou pas d'intérêt en regard de l'objectif poursuivi. On croit encore que la formalisation de l'évaluation favorise la **fiabilité** de celle-ci, en ce qu'elle impose un schéma et un contenu d'entrevue uniforme (1e même pour tous les évaluateurs et tous les bénéficiaires), en ce qu'elle permet de proposer des formulations et des séquences de questions conçues pour minimiser les risques de non fiabilité. Il est extrêmement difficile d'éviter, en entrevue informelle, les formulations de question et les formats de recueil de l'information qui prêtent à confusion. Enfin, la formalisation de l'évaluation, permet de parsemer systématiquement celle-ci de questions interreliées qui permettent après coup de vérifier la **cohérence** de l'information recueillie.

En fait, la formalisation de l'évaluation, en facilitant l'atteinte de l'exhaustivité, la fiabilité et la pertinence du recueil de données, permet à l'évaluateur de se concentrer sur l'établissement d'une bonne relation avec le bénéficiaire, puis sur le contenu de chaque question.

On a par ailleurs évité le piège de la formalisation à outrance en faisant place aux questions ouvertes et aux commentaires. Il s'agit par là de permettre l'apport d'informations supplémentaires éclairantes sur la situation du bénéficiaire, l'introduction de nuances, l'expression d'interrogations, de réflexions, d'impressions et observations.

La forme retenue pour l'évaluation est celle d'une suite de questions adressées directement au bénéficiaire. On s'attend d'ailleurs à ce que l'évaluateur rapporte les réponses de celui-ci de la façon la plus complète et la plus fidèle possible, dans les propres termes du bénéficiaire. Il ne s'agit donc pas pour l'évaluateur de s'entretenir de différents sujets avec le bénéficiaire, et ensuite de fournir sa réponse à lui évaluateur, aux questions posées. Les questions ont d'ailleurs, chaque fois que cela était possible, été orientées vers le factuel, le comportemental. Elles visent essentiellement à cerner les capacités/incapacités bio-psycho-sociales de tous les jours. On reconnaît cependant aux objets, faits, comportements, un côté subjectif et dès lors, pour essayer d'avoir une vision complète de ceux-ci, on demande chaque fois que cela est possible, à la fois au bénéficiaire et à une autre personne (soignant ou personne significative) de présenter leur façon de voir les choses. L'évaluateur est lui aussi amené à prendre position par ses commentaires, en cours d'entrevue et à la fin de celle-ci.

On notera enfin qu'on a essayé de "déprofessionnaliser" l'évaluation en évitant dans la formulation des questions les termes techniques et spécialisés, propres à une profession, pour faciliter la communication évaluateur – bénéficiaire, et ensuite, entre les différents professionnels et non professionnels concernés, au niveau de l'équipe multidisciplinaire et plus tard du comité d'orientation dans le réseau.

4.1 <u>Le Formulaire d'évaluation de l'autonomie pour les milieux : domicile, CHSCD et programmes intermédiaires ou institutionnels</u>

Dans le CTMSP 81, le Formulaire d'évaluation de l'autonomie existait en deux versions: la première pour les bénéficiaires résidant dans un "établissement" du réseau de services prolongés; la seconde pour les personnes vivant à domicile. Ces deux versions existent toujours dans le CTMSP révisé. Par ailleurs, considérant le fort pourcentage (*) d'évaluations réalisées dans le milieu de soins de courte durée et les particularités propres à ce contexte de résidence (temporaire et transitoire), le Comité de révision a développé une troisième version du formulaire qui sera dorénavant utilisé pour les bénéficiaires hospitalisés en CHSCD.

La nécessité de créer des formulaires distincts selon le milieu où vit le bénéficiaire au moment de son évaluation procède du fait que les différents thèmes ne peuvent pas toujours être abordés de la même façon selon le milieu de vie ou encore par le fait que l'approfondissement d'un thème justifié dans un milieu, ne l'est pas dans un autre. Par exemple, à domicile, on mettra l'emphase sur les capacités actualisées et actualisables de l'entourage alors qu'en CHSCD, on évaluera les capacités de l'entourage dans la perspective de la nouvelle condition du bénéficiaire (résultant de la crise qui a amené son hospitalisation et en tenant compte des capacités actualisées antérieurement à l'hospitalisation). La réalisation de trois versions distinctes se justifie aussi par le fait que certains thèmes ne s'appliquent pas ou ne sont pas pertinents dans tel ou tel milieu. Par exemple, l'utilisation des services médicaux et para-médicaux, le support du réseau naturel, les conditions de logement sont des thèmes qui ne sont pas investigués lorsque le bénéficiaire vit dans un programme intermédiaire ou institutionnel mais qui le sont dans les autres situations (i.e. en CHSCD ou à domicile).

Mis à part les quelques éléments relatifs au milieu de vie, les contenus des trois versions du Formulaire d'évaluation de l'autonomie diffèrent cependant peu comme en témoigne la figure 6 qui donne la liste des thèmes le composant.

Dans le CTMSP 81, les questions s'adressant à la personne significative et au soignant étaient intégrées au formulaire. Dans le formulaire révisé, les questions réservées au soignant demeurent dans le questionnaire de base (programmes intermédiaires ou institutionnels et CHSCD) mais celles adressées à la personne significative ont été regroupées dans un formulaire complémentaire distinct (CHSCD et domicile). Celui-ci est présenté dans la section 4.2 suivante.

^(*) Dans certaines régions, le nombre d'évaluations réalisées en CHSCD atteint plus de 50%. Cette situation serait dûe, entre autres, aux problèmes existant actuellement au niveau de l'accueil, l'évaluation, l'orientation et l'admission des bénéficiaires dans le réseau. Étant donné l'engorgement des programmes de maintien à domicile (attribuable à insuffisance des ressources) et les délais d'admission dans les programmes d'hébergement et d'hospitalisation prolongée, une personne en perte d'autonomie vivant une situation de crise va donc faire appel au CHSCD qui est alors perçu comme ressource ultime.

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE POUR LES BÉNÉFICIAIRES :

		K LLS DENLITCIAIRE	ъ.
THÈMES	Hébergés, hospitalisés, en programme interm. ou institut.	Hospitalisés en CHSCD	Vivant à domicile
	(Le X indique que le thème n'a pa	s été retenu).	
Identification			
Caractéristiques			
socio-démographiques			
Contexte de résidence			
Raison de l'admission			X
Contexte de la demande			
Capacité de voir,			
d'entendre et de parler			
Mobilité physique			
Autonomie fonctionnelle Élimination			
Soins particuliers requis			
Médication	X	X	
Habitudes de vie			
Utilisation des services médicaux et	X		
paramédicaux			
Relations familiales et			
sociales			
Support du réseau naturel	X		
Responsabilités du bénéficiaire	X		
Activités personnelles et communautaires			
Conditions économiques			
et administration du			
budget			
Conditions de logement	X		
Opinion du bénéficiaire			
face à sa situation et à son orientation			
Aptitudes intellectuelles,			
état affectif et			
comportement			
Contexte de l'évaluation			
Synthèse des problèmes et			
recommandations			
Autorisation du			
bénéficiaire			
Denenciane			

N.B. À l'intérieur des thèmes communs aux trois versions du formulaire peuvent apparaître des différences liées aux particularités des trois contextes.

<u>Figure 6</u>: Thèmes couverts dans le Formulaire d'évaluation de l'autonomie, versions: domicile, CHSCD et programmes intermédiaires ou institutionnels.

L'expérimentation a confirmé l'utilité d'intégrer au formulaire des consignes globales d'utilisation et un mini-guide explicatif. On les retrouvera dorénavant dans chacune des versions du formulaire.

Les consignes suivantes ont été formulées pour guider le choix de la version du formulaire à utiliser dans le cas d'un bénéficiaire particulier, en fonction du milieu de vie de celui-ci:

Milieu : bénéficiaire hébergé ou hospitalisé dans un programme intermédiaire ou institutionnel

Ce formulaire est utilisé pour le bénéficiaire déjà hébergé dans un programme intermédiaire (famille d'accueil, pavillon, etc.) ou bien hébergé ou hospitalisé dans un programme institutionnel (CAH, CHSLD, etc.). L'information est recueillie auprès du bénéficiaire et du soignant (*).

Milieu : bénéficiaire hospitalisé en centre hospitalier de soins de courte durée

Ce formulaire est utilisé pour le bénéficiaire qui occupe un lit de courte durée(**) et pour lequel les traitements **actifs** sont **terminés**; l'information est recueillie auprès du bénéficiaire et auprès du soignant. Le Formulaire complémentaire doit être rempli auprès d'une personne significative dans tous les cas où il y a présomption de changement de milieu de vie (i.e. le bénéficiaire ne retournera pas à domicile). Son utilisation est facultative (décision de l'évaluateur) dans tous les autres cas.

Nous avons constaté, lors de l'expérimentation, que l'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire en perte d'autonomie hospitalisé en CHSCD est effectuée à l'aide du formulaire du système CTMSP, uniquement lorsqu'il y a une présomption d'institutionnalisation. Les besoins des autres personnes en perte d'autonomie ne sont pas évalués à l'aide de ce même formulaire lorsque celles-ci peuvent retourner à domicile ou bénéficier d'un programme intermédiaire.

Or, nous croyons important que toute personne **en perte d'autonomie** qui doit quitter le centre hospitalier de soins de courte durée pour retourner à domicile, soit évaluée à l'aide du CTMSP en CHSCD ou, selon les circonstances, référée au CLSC de son territoire pour une évaluation CTMSP s'il y a présomption ou nécessité d'un support à domicile. Des mécanismes de référence systématiques devraient donc être établis avec les partenaires du réseau afin d'assurer la continuité des services. Ces références pourraient avoir pour effet, entre autres, de diminuer ou d'éviter la (ré)hospitalisation. Il revient à chacune des régions d'établir ces mécanismes.

^(*) Par soignant, on entend un membre du personnel de l'établissement où est hébergé ou hospitalisé le bénéficiaire, qui connait bien ce dernier et qui peut agir comme informateur-clé dans l'évaluation de son autonomie.

^(**) Pour les bénéficiaires des unités de soins de longue durée des CHSCD, on utilise la version pour bénéficiaire hébergé ou hospitalisé dans un programme intermédiaire ou institutionnel.

Milieu : bénéficiaire résidant à domicile

Ce formulaire est utilisé pour les bénéficiaires vivant à domicile qui adressent une demande de services à quelconque programme de maintien à domicile(*). Cet instrument a été scindé en cinq parties pour s'adapter à la réalité et au fonctionnement de l'ensemble des programmes de maintien à domicile soit:

- A. Réception et enregistrement de la demande
- B. Évaluation préliminaire de l'autonomie
- C. Évaluation de l'autonomie du bénéficiaire
- D. Évaluation complémentaire de l'autonomie du bénéficiaire, réalisée auprès de la personne significative
- E. Réévaluation

La partie A, réception et enregistrement de la demande, permet d'acheminer aux intervenants concernés les demandes reçues.

La partie B, évaluation préliminaire de l'autonomie, permet, soit;

- de refuser la demande
- d'orienter la personne vers une autre ressource
- d'accorder des services à court terme
- de poursuivre l'évaluation

La partie C, évaluation de l'autonomie du bénéficiaire, débute par une liste des thèmes compris dans l'évaluation. L'évaluateur coche les thèmes de cette liste qu'il retient pour investigation. L'évaluation peut être effectuée suivant une séquence temporelle plus ou moins longue selon la situation du bénéficiaire. Tous les thèmes doivent être couverts lorsqu'un changement de milieu de vie est envisagé ou pour un bénéficiaire présentant des facteurs de risque importants.

La partie D, évaluation complémentaire de l'autonomie du bénéficiaire, doit être réalisée dans tous les cas de présomption de changement de milieu et est facultative dans tous les autres cas.

La partie E, réévaluation, permet d'indiquer les thèmes réévalués ainsi que les dates de réévaluation.

4.2 <u>Le Formulaire complémentaire de l'évaluation de l'autonomie complété auprès de la personne significative pour les milieux: CHSCD et domicile</u>

Tel que mentionné précédemment, les questions adressées à la personne significative ont été retranchées du Formulaire de base d'évaluation de l'autonomie pour être regroupées dans un document distinct. Ce nouveau formulaire complémentaire reprend certains des thèmes abordés dans le formulaire de base d'évaluation de l'autonomie mais de façon plus globale, sous forme de questions ouvertes.

^(*) Il peut s'agir d'un programme de soins ou d'aide à domicile, d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

Le Formulaire complémentaire d'évaluation de l'autonomie réalisée auprès de la personne significative est utilisé pour les bénéficiaires hospitalisés en CHSCD ou vivant à domicile. L'élaboration de deux versions de ce formulaire se justifie, tout comme pour le formulaire de base complété avec le bénéficiaire, par les particularités propres au milieu de vie de ce dernier. Cependant, les seuls éléments qui distinguent les deux versions du formulaire se situent au niveau de la formulation des questions. Pour le reste, on aborde exactement les mêmes thèmes. La liste de ceux-ci est présentée à la Figure 7.

- Contexte de la demande
- Autonomie fonctionnelle du bénéficiaire à domicile (*)
- Dynamique familiale et sociale
- Support du réseau naturel
- Aptitudes intellectuelles, comportement et état affectif
- Opinion de la personne significative quant à la situation et à l'orientation du bénéficiaire
- Contexte de l'évaluation

<u>Figure 7</u>: Thèmes couverts dans le Formulaire complémentaire d'évaluation de l'autonomie réalisée auprès de la personne significative, versions: domicile et CHSCD.

Les modalités d'utilisation du formulaire complémentaire, quelque soit le milieu (CHSCD ou domicile) veulent que celui-ci soit rempli auprès d'une personne significative dans tous les cas où il y a présomption de changement de milieu de vie pour le bénéficiaire. Pour toute autre situation, son emploi demeure facultatif. L'évaluateur y aura recours s'il le juge nécessaire.

Par personne significative, on entend si possible une personne avec que le bénéficiaire habite (ou habitait) tel le conjoint, un enfant ... ou alors une personne qui le connaît bien et qui a des relations familières avec lui.

Même si la formule d'évaluation que nous avons retenue privilégie globalement les informations fournies par le bénéficiaire, il apparaissait important, sur certains sujets, d'obtenir les perceptions d'une personne significative. L'évaluateur, lors de son entrevue avec cette dernière, gardera à l'esprit le fait que, si les personnes en perte d'autonomie peuvent avoir tendance à se surévaluer, les proches ont quant à eux, tendance à les sous-estimer. A priori, l'évaluateur évitera de privilégier l'une ou l'autre source mais en cas de divergence, il devra essayer, à partir de tous les éléments qu'il possède,

^(*) Dans la version "domicile" du formulaire, ce thème est développé de façon plus exhaustive que dans la version "CHSCD". Cette distinction s'explique, entre autres, par le fait qu'en CHSCD, un troisième informateur, à savoir le soignant, est appelé à fournir des informations détaillées sur plusieurs aspects de l'autonomie fonctionnelle du bénéficiaire.

d'émettre un avis sur ce qui lui paraît le mieux refléter la réalité du bénéficiaire (*).

4.3 Le formulaire d'évaluation médicale

L'évaluation de l'autonomie bio-psycho-sociale du bénéficiaire est complétée par une évaluation médicale de celui-ci. A cette fin, le médecin traitant ou, dans le cas où la personne ne serait pas suivie médicalement, un médecin désigné remplira le Formulaire d'évaluation médicale.

Le Comité de révision du Formulaire d'évaluation médicale a opéré des changements significatifs dans le contenu de celui-ci. Entre autres, des améliorations notables ont été apportées au niveau de l'examen tant des habitudes de vie du bénéficiaire que de son autonomie fonctionnelle. Les thèmes retenus pour évaluation sont présentés à la figure 8.

- Identification
- Situation actuelle
- Maladies ou problèmes de santé
- Données complémentaires (inclut les habitudes de vie)
- Évaluation sommaire de l'autonomie fonctionnelle
- Rapports pertinents d'examens complémentaires ou de consultation
- Interventions proposées
- Pronostic
- Opinion du médecin quant à l'orientation du bénéficiaire
- Autre(s) information(s) jugée(s) importante(s) ou recommandation(s) particulière(s) du médecin
- Autorisation du bénéficiaire

Figure 8: Thèmes couverts dans le Formulaire d'évaluation médicale

Le Formulaire d'évaluation médicale doit être complété dans tous les cas où l'évaluation complète de l'autonomie est requise ou à l'initiative de l'organisme recevant la demande de service.

^(*) Ce commentaire s'applique tout autant au soignant qui est lui aussi appelé, en CHSCD ou en programme intermédiaire ou institutionnel, à fournir des informations complémentaires quant à l'autonomie du bénéficiaire.

5. LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

5.1 <u>L'évaluateur et son(ses) collaborateur(s)</u>

Le Formulaire d'évaluation de l'autonomie a été conçu de façon à tracer le portrait bio-psycho-social d'une personne en perte d'autonomie. Quoique l'approche CTMSP de l'évaluation de l'autonomie soit globale, le comité de révision a accepté, à la demande des intervenants sociaux, de regrouper les rubriques contenues dans le formulaire selon deux volets, le premier se rapportant à l'aspect physique et le second à l'aspect psycho-social. Ce regroupement n'a pas été effectué avec l'intention de créer deux parties distinctes relevant de deux évaluateurs différents. Compte tenu du fait que l'évaluation du bénéficiaire doit se réaliser dans les meilleures conditions pour celui-ci, on privilégie le recours à un seul évaluateur, celui qui semble le plus apte à assumer la responsabilité de l'évaluation. Il peut s'agir d'un infirmier, d'un intervenant social, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute ... Cet évaluateur responsable du processus d'évaluation peut cependant s'adjoindre d'autres professionnels qui fournissent leur expertise sur des aspects particuliers, avec l'objectif d'obtenir un meilleur profil de l'autonomie du bénéficiaire. Il est à souligner, par ailleurs, que le formulaire a été conçu de façon à ce qu'un intervenant, quelque soit sa profession, puisse effectuer l'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire.

5.2 <u>Déroulement et contexte de(s) l'entrevue(s) d'évaluation</u>

Une évaluation-type peut se dérouler selon les étapes suivantes:

- prise de contact avec le bénéficiaire
- entrevue(s) avec le bénéficiaire.

La séquence des thèmes contenus dans le Formulaire d'évaluation de l'autonomie a été conçue de façon à permettre une entrevue continue et fluide (regroupement de l'aspect physique et de l'aspect psycho-social, graduation des niveaux d'information à l'aide de sousquestions à l'intérieur de chaque thème, etc.). Cependant, l'évaluateur n'est pas tenu de respecter à la lettre la séquence proposée. Il peut, selon l'état du bénéficiaire ou selon le contexte d'évaluation, aborder les thèmes dans une séquence différente.

Selon l'état du bénéficiaire, l'urgence de la situation, la disponibilité du(des) répondant(s), etc., la démarche d'évaluation s'étendra sur une période plus ou moins longue et impliquera un nombre plus ou moins grand de contacts. Dans tout processus d'évaluation, il est important de distinguer la démarche professionnelle d'évaluation des exigences de la transcription des résultats d'une telle démarche à travers un médium comme le Formulaire d'évaluation de l'autonomie CTMSP. Il demeure donc à l'évaluateur de choisir le(s) moment(s) opportun(s) pour réaliser l'évaluation, de définir le nombre de contact(s) à faire avec le(s) répondant(s) et de déterminer à quel moment il remplira le questionnaire et mettra fin au processus d'évaluation. L'essentiel est d'aller chercher l'ensemble des

informations requises selon le formulaire dans les meilleures conditions possibles pour le bénéficiaire.

- l'évaluateur note ses observations et impressions concernant le bénéficiaire dans les espaces réservés à cet effet.
- entrevue(s) avec:
 - le soignant (en CHSCD ou en programmes intermédiaires ou institutionnels).
 L'évaluateur complète avec lui les sections ombragées du Formulaire d'évaluation de l'autonomie

et si nécessaire, avec:

- la personne significative (en CHSCD ou à domicile). L'évaluateur utilise, dans ce cas, le Formulaire complémentaire d'évaluation de l'autonomie approprié selon le milieu où réside le bénéficiaire au moment de l'évaluation.
- l'évaluateur relit attentivement 1e(s) formulaire(s) complété(s) et fait le bilan global de l'évaluation qu'il transcrit à la section "Synthèse des problèmes et recommandations". Il s'agit de la section:
 - (C.16) du F.E.A., version "domicile"
 - (23) du F.E.A., version "CHSCD"
 - (17) du F.E.A., version "programmes intermédiaires ou institutionnels"

L'ordre qui vient d'être décrit rend compte du processus habituel d'évaluation. Par ailleurs, même si nous considérons le bénéficiaire comme étant la première et "meilleure" source d'information, nous sommes conscients que dans certaines situations, l'évaluateur pourra juger plus à propos de consulter d'abord le soignant ou 1a personne significative. Quelle que soit la procédure retenue, il devra, néanmoins, prendre soin de toujours noter ses commentaires et impressions à la suite de rencontres avec un répondant (bénéficiaire, soignant ou personne significative) avant de procéder à une entrevue avec un autre répondant pour éviter d'être influencé par ce dernier.

L'entrevue de l'évaluateur avec le bénéficiaire est au cœur du processus d'évaluation. Elle doit se dérouler dans un endroit intime, dans la mesure du possible confortable. Personne ne devrait pouvoir entendre les propos échangés. A moins que le bénéficiaire ne réclame expressément la présence d'un tiers, l'évaluateur a la responsabilité de mener une entrevue privée et de prendre les moyens pour y parvenir.

L'entrevue de l'évaluateur avec le soignant ou la personne significative doit, elle aussi, être privée. Avant, pendant ou après cette même entrevue, le soignant ou la personne significative ne doit pas avoir accès aux données que l'évaluateur a recueillies en entrevue avec le bénéficiaire.

5.3 Entrevue non réalisable avec le bénéficiaire

Nous venons de décrire le déroulement d'une évaluation normale où le bénéficiaire est capable de répondre aux questions de l'évaluateur. Quoiqu'en majorité, les personnes en perte d'autonomie soient en mesure de passer l'entrevue, on rencontre un certain nombre de bénéficiaires avec lesquels une entrevue est tout à fait impossible (inconscient, très malade, etc.) ou non souhaitable (pour cause de débilité, confusion, refus, etc.). Dans de telles circonstances, on demande à l'évaluateur de constater l'incapacité du bénéficiaire de participer à l'entrevue. Si l'état du bénéficiaire rend impossible toute entrevue, ou même une tentative d'entrevue, l'évaluateur notera, dans la section "Contexte de l'entrevue" du formulaire, que la personne interviewée sera autre que le bénéficiaire et l'identifiera (ex: soignant). Ensuite, il inscrira, dans cette même section, les motifs expliquant l'impossibilité d'effectuer l'entrevue avec le bénéficiaire.

Dans le cas de personnes présentant des problèmes d'ordre psychologique (confusion, désorientation, mutisme, déficience mentale ...), l'évaluateur est invité à tenter une amorce d'entrevue pour bien vérifier l'impossibilité de la mener. Il est tout à fait inutile de s'acharner à poursuivre l'entrevue et de continuer d'inscrire dans le formulaire les réponses du bénéficiaire si l'on constate des incohérences, des illogismes dans les informations fournies. Dans un tel cas, l'évaluateur mettra fin à l'entrevue et expliquera dans le formulaire la situation en respectant la démarche citée précédemment. Par contre, si le bénéficiaire est capable, avec ou sans l'assistance d'une autre personne, de fournir des informations logiques et cohérentes, il poursuivra l'entrevue selon la procédure normale.

Lorsqu'un constat d'impossibilité d'effectuer une entrevue aura été posé et que les détails relatifs à l'identification du répondant et aux raisons justifiant la décision auront été notés dans le formulaire, l'évaluateur s'en remettra alors à une personne substitut pour obtenir les informations qu'aurait dû normalement lui fournir le bénéficiaire. De façon générale, toutes les sections du formulaire normalement destinée au bénéficiaire doivent être complétées, soit par les informations fournies par la personne substitut, soit par une note indiquant l'incapacité de celle-ci à fournir une réponse (ne sait pas, ne peut porter un jugement, etc.). Ce faisant, le Comité de détermination des services requis sera en mesure d'évaluer correctement la situation sans se questionner sur le pourquoi d'un manque d'information.

La figure 9 présente la procédure d'évaluation selon les milieux, dans un cas d'entrevue non réalisable avec le bénéficiaire. L'informateur substitut peut être la personne significative, le soignant ou une autre personne qui connaît bien le bénéficiaire, et selon la version du formulaire utilisée, la démarche variera. La règle générale sous-jacente à celle-ci consiste à compléter avec l'informateur substitut et ce, dans la mesure du possible, les sections du formulaire normalement réservées au bénéficiaire. Si l'informateur substitut n'est ni le soignant, ni la personne significative (en CHSD ou à domicile), la procédure habituelle est respectée en ce qui concerne ces répondants (personne significative ou soignant). Inversement, si l'informateur substitut est la personne significative ou le soignant, il ne sera pas nécessaire de reprendre avec l'un ou l'autre les thèmes qui leur sont normalement réservés (sections soignant du F.E.A. ou F.C.E.A. pour la personne significative) et qui auraient déjà été couverts dans la partie "bénéficiaire" du formulaire.

MILIEU	INFORMATEUR- SUBSTITUT	FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE	F.C.E.A.
DOMICILE	- personne-significative	- compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire	- ne pas compléter
	- autre personne	 compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire 	- le compléter, si nécessaire avec la personne-significative
CHSCD	- personne-significative	- compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire puis compléter avec le soignant les sections (ombragées) qui lui sont réservées	- ne pas le compléter
	- soignant	- compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire plus les autres sections qui ne couvrent pas les mêmes thèmes et qui sont habituellement réservées au soignant	- le compléter, si nécessaire avec la personne-significative
	- autre personne	- compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire puis compléter avec le soignant les sections ombragées qui lui sont réservées	- le compléter, si nécessaire avec la personne-significative
PROGRAMMES INTERM. OU INSTITUT.	- soignant	- compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire plus les autres sections qui ne couvrent pas les mêmes thèmes et qui sont habituellement réservées au soignant	
	- autre personne	- compléter les sections du F.E.A. normalement réservées au bénéficiaire puis compléter avec le soignant les sections (ombragées) qui lui sont réservées.	

<u>Figure 9</u>: Procédure d'évaluation, selon les milieux, dans un cas d'entrevue non réalisable avec le bénéficiaire

5.4 Unité et intégrité du processus d'évaluation

Il n'existe pas dans le questionnaire d'entrevue tel que conçu de sections importantes et de sections moins importantes, de temps forts et de temps faibles, de questions de fond et de questions de détail. Chaque section devrait recevoir la même attention de la part de l'évaluateur. Le questionnaire est en fait un ensemble d'articles **interreliés, complémentaires** s'enrichissant mutuellement. Une cueillette de données exhaustive contient beaucoup plus d'information que l'addition pure et simple des réponses apportées à chaque question en particulier. On ne doit donc pas juger de l'importance d'une quelconque question sans faire référence à toutes celles qui l'entourent puisque la réponse fournie à une seule question est souvent aussi un complément de réponses à de nombreuses autres questions.

Tout évaluateur de par sa formation, son expérience, son vécu, sa connaissance du bénéficiaire, sa subjectivité aura tendance à privilégier naturellement certaines sections du formulaire. Il devra donc se garder contre ce penchant qui peut conduire à une distorsion de l'information. Il est parfois plus facile d'interroger le bénéficiaire sur certains aspects de son vécu que sur d'autres. L'évaluateur devra cependant se contraindre à aller chercher la même "quantité" et la même "qualité" d'information relativement aux questions qui lui apparaissent difficiles qu'en regard des questions qui lui semblent faciles.

D'autre part, la séquence des questions dans le formulaire procède d'une certaine logique qui vise plus à optimiser la relation évaluateur-bénéficiaire qu'à organiser les données selon une suite de thèmes étroitement définis et bien délimités. Par exemple, des sujets très connexes pourront être abordés à des moments différents de l'entrevue. Ceci peut certes compliquer quelque peu la tâche de l'équipe multidisciplinaire qui devra faire subséquemment la synthèse de l'information recueillie pour évaluer les services requis par le bénéficiaire. Cela se justifie cependant dans la mesure où on admet l'hypothèse que pour obtenir la meilleure information possible, il faut avant tout structurer l'entrevue de façon à créer un climat de confiance, une certaine connivence entre l'évaluateur et le bénéficiaire même si cela doit se faire aux dépens de la stricte ordonnance des rubriques par thème.

Dans la même perspective, les sections "Identification" et "Caractéristiques sociodémographiques", quoiqu'apparaissant au début du formulaire, pourront être complétées en cours de processus d'évaluation ou à la fin de celui-ci plutôt qu'au début. À ce moment, le bénéficiaire devrait se sentir en confiance et aura moins le sentiment d'être "fiché" lorsque ces questions lui seront posées, surtout si l'évaluateur prend la peine de lui faire comprendre qu'il est contraint de recueillir cette information pour satisfaire à certaines exigences administratives. La tâche de l'évaluateur consiste donc à s'adapter à chaque situation d'entrevue. Si un bénéficiaire volubile a tendance à enrober sa réponse à une question particulière de détails importants en regard d'une autre question, l'évaluateur évitera de couper la conversation sous prétexte qu'''on reviendra sur ce point plus tard". Il devrait plutôt essayer de noter mentalement l'information pertinente et le moment venu, il pourra sauter la question correspondante ou rechercher seulement les quelques éléments d'information qui lui manquent.

5.5 Fond et forme des questions

On s'attend en général à ce que l'évaluateur pose au bénéficiaire les questions dans la forme sous laquelle elles sont formulées dans le Formulaire d'évaluation de l'autonomie. Cependant, la nécessité de conserver au formulaire un caractère général et de réserver le maximum d'espace pour les réponses, nous a contraints à formuler certaines questions de manière compacte ou elliptique. Si une telle formulation permet de fournir un aide-mémoire adéquat à l'évaluateur, par contre elle ne favorise pas nécessairement la bonne compréhension des questions par le bénéficiaire, le soignant ou la personne significative, ni l'établissement de bonnes relations avec l'évaluateur. Dans le cas de telles formulations, on ne s'attend pas à ce que l'évaluateur répète mot pour mot les questions telles qu'elles apparaissent dans le formulaire. Son premier objectif sera toujours de poser les questions de façon à ce que son interlocuteur en saisisse bien le sens. Lorsque cela sera possible, il s'attachera aussi à "actualiser" les questions: par exemple, au lieu de demander à la personne significative si "le bénéficiaire ... ", l'évaluateur demandera si "Monsieur Berichon ...". De plus, dans les cas où de toute évidence une question ne s'applique pas au bénéficiaire, l'évaluateur évitera de la poser et notera NA (non applicable) dans les espaces correspondants du formulaire.

Si l'évaluateur dispose de latitude quant à la manière de présenter certaines questions au bénéficiaire, au soignant, ou à la personne significative, il se doit par ailleurs de respecter **intégralement** le sens des questions. Il ne s'agit pas pour l'évaluateur de poser les questions qu'il aimerait poser au lieu de celles que le protocole d'évaluation lui demande de poser. Cette rigidité n'est pas gratuite. L'évaluateur professionnel ne la verra d'ailleurs pas comme une contrainte puisqu'il sait qu'elle est garante de la **fiabilité** des évaluations.

Lorsque l'évaluateur aura un doute sur le sens d'une question, il se référera au mini-guide qui fournit des explications quant aux objectifs et sens des thèmes abordés dans le formulaire.

Questions ouvertes, fermées et commentaires

Le questionnaire comporte un certain nombre de cases qu'il est seulement nécessaire de cocher. Ceci ne constitue pas l'essentiel de l'exercice de recueil de l'information demandé à l'évaluateur. Celuici est appelé à éclairer, nuancer, préciser, compléter cette information dans les nombreux espaces (questions ouvertes, commentaires) prévus à cet effet dans le formulaire. S'il estime ces espaces insuffisants pour rapporter toute l'information pertinente avec les nuances nécessaires, l'évaluateur utilisera une(des) page(s) supplémentaire(s) qu'il joindra au formulaire.

Il est, en particulier, de première importance que l'évaluateur commente les contradictions qui pourront apparaître entre les diverses réponses du bénéficiaire, ou entre les réponses du bénéficiaire et de(s) l'informateur(s)-clé.

Il est aussi important que l'évaluateur note quelque chose dans toutes les sections même s'il n'a rien de substantiel à relever; par exemple, il notera: "impossible d'obtenir l'information" ou "pas de problème" lorsque cela est pertinent plutôt que de laisser un blanc que l'équipe multidisciplinaire ne saurait trop comment interpréter.

5.6 Biais introduits par la relation évaluateur-évalué

Pour l'évaluateur et l'évalué, l'entrevue n'est qu'un acte de communication parmi tant d'autres, voulu par l'évaluateur mais plus ou moins désiré par l'évalué. Les facteurs qui ont tendance à bloquer ou dévier les communications de chacune de ces deux personnes dans les autres circonstances de leur vie, vont jouer aussi lors de l'évaluation. C'est à l'évaluateur de prendre les moyens pour annuler ou du moins, diminuer leur influence sur le processus de communication. Pour cela, l'évaluateur doit bien comprendre la dynamique relationnelle qui soustend toute entrevue d'évaluation et avoir connaissance des sources potentielles d'erreurs susceptibles de s'inscrire dans cette dynamique. Nous n'avons pas la possibilité ici d'aller très loin dans le traitement d'un sujet beaucoup trop vaste pour être couvert en quelques pages. Nous nous contenterons de quelques rappels importants, laissant au lecteur qui en éprouverait le besoin, le soin de consulter les sources qui nous ont inspirées(*) ou l'un ou l'autre des nombreux autres textes que les chercheurs ont publiés sur ce sujet. On notera cependant que lecture et formation théorique, si elles peuvent aider à maîtriser la situation d'entrevue, ne donneront jamais à quelqu'un une formation complète et définitive en évaluation. En fait, on apprend à évaluer "sur le tas" en étant attentif à découvrir et analyser sa façon d'interréagir avec les autres. L'évaluation est plus un art qu'une science et la maîtrise de cet art s'acquiert seulement par la pratique.

Nous allons maintenant analyser brièvement les problèmes et les sources d'erreurs les plus communément observés dans le rapport évaluateur-évalué.

^(*) Grawitz, M.: Méthodes des Sciences sociales, Précis Dalloz, Paris, 1979.

Mucchielli, R.: Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, Éditions Sociales françaises, Paris, 1968.

Hyman, H.H.: Interviewing in Social Research, Chicago, University Press, 1954.

Kahn, R.C., Cannell, C.F.: Dynamics of interviewing, John Wiley, New York, 1957.

Problèmes et erreurs attribuables à l'évalué

Selon Grawitz, l'entretien déclenche une série d'interactions entre l'évaluateur et le bénéficiaire. Non seulement l'idée que chacun a de l'autre intervient mais aussi ce que chacun pense que l'autre va penser de lui. Dans cette relation, ce sont surtout les mécanismes de défense du bénéficiaire qui vont jouer (*).

En premier lieu, ces mécanismes vont jouer au niveau de la décision de l'évalué d'accepter ou non d'être évalué. Dans la situation qui nous occupe, l'évaluateur risque moins qu'en cas d'enquêtes d'opinion publique, d'apparaître comme un indésirable à l'évalué. Ce dernier acceptera plus facilement l'entrevue parce qu'en quelque sorte c'est lui qui en général l'aura suscitée en faisant une demande de services au réseau. Il convient cependant de noter qu'il ne s'agit en général, de la part de l'évalué, que d'un compromis pour obtenir de l'aide. S'il pouvait obtenir celle-ci sans passer par l'évaluation, dans la grande majorité des cas, il choisirait cette voie. Ainsi, malgré tout, la plupart du temps, l'évaluateur apparaîtra a priori à l'évalué comme un enquêteur avec tout ce que cela suscite d'inquiétude légitime chez les gens, prompts à craindre inquisition et jugement, résolus à défendre leur vie privée. Ce phénomène risque d'être plus marqué dans le cas d'enquêtes réalisées auprès d'un échantillon d'individus pour définir les besoins d'une population, que dans le cas d'une évaluation individuelle des besoins réalisée en vue de l'orientation d'un bénéficiaire dans le réseau. Dans le premier cas, en effet, le bénéficiaire verra moins les avantages qu'il peut tirer d'une évaluation qu'il n'a pas suscitée, surtout si au moment de celle-ci il ne reçoit pas de services du réseau.

L'évalué acceptera donc avec réticence l'évaluation et, dans une même mesure, ses mécanismes de défense vont jouer. Ceux-ci sont différents et vont exercer un rôle plus ou moins important d'une personne à l'autre. Pour certains, il s'agira de fuir dans le mensonge, dans la rationalisation déconnectée de la réalité, dans l'oubli. Cependant, le mécanisme de défense le plus dangereux est l'**identification**; tout se passe alors comme si l'individu évalué cherchait activement (et inconsciemment) quelle est l'opinion de l'évaluateur, ce qu'il veut qu'on lui dise. Le répondant essaie de ressembler à l'idée qu'il s'imagine être celle que l'évaluateur se fait de lui. On notera que l'attitude inverse encore que plus rare existe aussi; dans un tel cas, l'évalué essaie de discerner l'image que l'évaluateur se fait de lui pour projeter systématiquement une image contraire.

Pour diminuer les réactions de défense en début d'entrevue et éviter de provoquer les mécanismes de défense en cours d'entrevue, l'évaluateur dispose de différents moyens. Le premier est d'exploiter tout ce qui peut motiver l'évalué à lui répondre correctement: la nécessité que celui-ci ressent d'être poli avec un étranger (même s'il a éventuellement envie de le mettre à la porte), le désir d'obtenir une amélioration de sa situation, et tout simplement le besoin de parler. Ainsi, l'évaluateur procède au début et en cours d'entrevue au **renforcement** systématique de tout ce qui lui apparaît pousser le bénéficiaire à lui répondre. Simultanément, il essaie d'éliminer ou de diminuer les réactions de défense en se

^(*) Grawitz, M.; Opus Cite.

montrant rassurant : en s'identifiant, en garantissant la confidentialité des réponses, en informant le répondant de la façon dont les résultats de l'entrevue seront utilisés, en l'assurant qu'il n'y a pas de "bonnes" et de "mauvaises" réponses. L'évaluateur manifeste aussi de la sympathie pour l'évalué, de l'intérêt pour ses problèmes. Il projette l'image de quelqu'un de compréhensif, à qui on peut tout dire sans être jugé. Cette dernière attitude est fondamentale; si le bénéficiaire ne la perçoit pas, le mécanisme d'identification mentionné plus haut, aura tendance à jouer et ce d'autant plus que l'évaluateur sera chaleureux avec le bénéficiaire: celui-ci tiraillé par le désir de plaire et celui d'être approuvé, déformera inconsciemment mais systématiquement la réalité.

Problèmes et erreurs attribuables à l'évaluateur

Tout ce qui chez l'évaluateur a tendance à augmenter les réactions de défense de l'évalué ou à diminuer les réactions positives de l'évalué, peut être considéré comme une source potentielle de biais.

La recherche a longuement documenté le fait que le sexe, l'âge, l'apparence de l'évaluateur jouent un rôle non négligeable dans la relation d'entrevue et a un effet certain sur les réponses fournies par l'évalué. Dans un contexte où les entrevues sont faites par le personnel du réseau sur une base routinière et font partie intégrante de leur charge de travail, on a relativement peu de contrôle sur ces facteurs. Il en va autrement quand les évaluations sont faites par des évaluateurs sélectionnés, dans le cadre d'une opération ponctuelle d'évaluation des besoins d'une population.

Cependant, ce qui peut être le plus préjudiciable pour les résultats de l'évaluation, c'est plutôt l'induction de réponses par l'évaluateur, ses prévisions des réponses de l'évalué et sa façon de retranscrire les réponses. Dans sa forme la plus évidente, l'induction consiste dans la suggestion directe des réponses par l'évaluateur; on notera cependant que la mimique, le ton, l'attitude générale, les regards, l'esquisse de gestes peuvent tous être des facteurs inducteurs. L'induction sera d'autant plus efficace que le bénéficiaire y est réceptif, qu'il est à la recherche d'indices lui permettant de se conformer à l'image qu'il croit être celle que l'évaluateur se fait de lui. En particulier, comme déjà mentionné ci-dessus, une attitude trop chaleureuse de l'évaluateur (sous prétexte de créer une bonne relation) dans le cas de bénéficiaires adoptant le mécanisme de défense d'identification pour plaire à l'évaluateur, est nécessairement agent inducteur de réponses "conformes" (dans l'esprit de l'évalué).

Par ailleurs, ce ne sont pas tellement les opinions et valeurs de l'évaluateur qui peuvent conduire celui-ci à biaiser les résultats de l'évaluation, mais plutôt l'idée qu'il se fait de l'évalué. Cette idée, l'évaluateur peut la tirer de l'impression générale que lui a laissé le bénéficiaire au moment du premier contact, ou il peut la construire petit à petit en cours d'entrevues sur la base des réponses que lui donne le bénéficiaire. Dans les deux cas, l'évaluateur aura tendance à prévoir, sur la base de cette idée, la réponse que va lui faire le bénéficiaire, au point qu'éventuellement, il en arrivera à "entendre ce qu'il a prévu" plutôt qu'à entendre ce que lui dit le bénéficiaire. Il passera ainsi à côté des réponses possiblement les plus intéressantes et les plus originales, parce qu'impossibles à prévoir.

Enfin, les tendances de l'évaluateur à aller chercher les réponses qu'il souhaite (induction) et déchiffrer le bénéficiaire à l'avance (prévision) se répercutent nécessairement sur la façon dont il retranscrit les réponses du bénéficiaire. L'évaluateur inducteur ou prédicteur retranscrira ses réponses de préférence à celles du bénéficiaire.

5.7 <u>Gestion des évaluations de l'autonomie et médicale</u>

Les outils d'évaluation présentés ici sont destinés à être utilisés pour l'évaluation des besoins des bénéficiaires en perte d'autonomie en vue de **leur orientation** dans le réseau de services prolongés. Ils peuvent aussi être (et ont déjà été à plusieurs reprises) utilisés pour évaluer les besoins des bénéficiaires dans le cadre d'enquêtes conduites principalement aux fins de **planification** du réseau de services prolongés. Cette utilisation est très importante mais elle dépasse le sujet de ce texte. Ici, nous ne traiterons donc que de l'évaluation en vue de l'orientation.

L'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire est entreprise lorsque le bénéficiaire demande des services ou une augmentation/modification des services qu'il reçoit déjà. Elle peut aussi être réalisée à la demande d'une organisation du réseau qui croit que les services requis par le bénéficiaire dont elle a la charge ont changé de **façon significative**.

Comme on l'a vu, dans la démarche propre au système CTMSP, l'évaluation comprend trois étapes bien distinctes:

- l'évaluation de l'autonomie (incluant l'évaluation complémentaire réalisée auprès de la personne significative en CHSCD ou à domicile);
- l'évaluation médicale;
- la détermination des services requis (par une équipe multidisciplinaire).

La procédure **normale** implique la réalisation de ces trois étapes. L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale doivent être réalisées avec un écart de temps très petit. L'ordre dans lequel elles sont faites importe peu mais il est fondamental qu'elles soient réalisées presque simultanément pour que l'état du bénéficiaire n'ait pas le temps de changer entre les deux. La détermination des services requis et l'orientation du bénéficiaire devraient suivre de peu pour les mêmes raisons. Il est inacceptable que des écarts de plusieurs semaines interviennent entre les étapes de la procédure d'évaluation/orientation car de tels écarts peuvent causer un net préjudice au bénéficiaire et à son entourage.

La procédure **normale** s'applique à **tous** les bénéficiaires des programmes intermédiaires ou institutionnels (ex: famille d'accueil, pavillon, centre d'accueil, centre hospitalier de soins de longue durée, unité de soins prolongés dans un CHSCD) lorsqu'il s'agit de procéder à l'(1a) (ré)évaluation de leurs besoins.

En ce qui concerne les bénéficiaires hospitalisés en centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD), la stratégie d'évaluation/orientation se présente comme suit. Toute personne en **perte d'autonomie** qui quitte le CHSCD pour retourner à domicile et pour lequel il y a présomption ou nécessité d'un support à domicile devrait être évaluée à l'aide du Formulaire d'évaluation de l'autonomie (version CHSCD) ou, du moins, être référée au CLSC de son territoire pour évaluation(*). Celui-ci se charge alors d'évaluer sa situation et d'intervenir s'il y a lieu. D'autre part, s'il y a présomption de changement de milieu de vie pour le bénéficiaire (relocalisation dans un autre domicile, hébergement ou hospitalisation dans un programme intermédiaire ou institutionnel), il est alors requis de suivre la procédure normale, à savoir: évaluation de l'autonomie (auprès du bénéficiaire et du soignant), évaluation complémentaire de l'autonomie (auprès de la personne significative), évaluation médicale et détermination des services requis.

Dans le cas de bénéficiaires vivant à domicile qui formulent une demande au programme de maintien à domicile, la stratégie consiste, dans un premier temps, à utiliser le Formulaire d'évaluation de l'autonomie (version domicile) qui est séquencé de façon à répondre à diverses situations. Tel que précisé au chapitre précédent, la version "domicile" du Formulaire d'évaluation de l'autonomie se divise en cinq parties (A à E) correspondant chacune à des étapes différentes du processus d'évaluation.

- La partie A "réception et enregistrement de la demande" est complétée pour toute demande faite au programme de maintien à domicile puis acheminée aux intervenants concernés.
- **La partie B** "évaluation préliminaire de l'autonomie" permet, soit de refuser la demande, d'orienter le bénéficiaire vers une autre ressource, de lui accorder des services à court terme ou alors de poursuivre l'évaluation.

Par exemple, dans le cas d'un bénéficiaire qui formule une demande de service à caractère ponctuel, on peut donner les services demandés sans passer par les autres étapes (i.e., C, D, E) de la procédure d'évaluation si le bénéficiaire réunit les conditions requises (telles que définies par le programme de maintien à domicile) pour recevoir ces services. Par services à caractère ponctuel, on entend un service qui n'est demandé qu'une fois, ou éventuellement demandé de manière répétitive mais de façon soit irrégulière et à une fréquence peu élevée, soit pour une courte période; par exemple: un grand ménage, une réparation ou une modification du logement, des injections, un pansement, etc.

^(*) À ce sujet, des efforts devraient être déployés pour que soient développés, entre partenaires du réseau, des mécanismes de référence systématiques permettant d'assurer une continuité dans les services.

La partie C du Formulaire d'évaluation de l'autonomie (version domicile) est utilisée dans le cas où un bénéficiaire (ou autre médiateur) fait une demande de services (soins ou aide) prolongés ou, que l'intervenant juge pertinent de procéder à une évaluation plus poussée ou selon les directives d'évaluation du programme de maintien à domicile.

Cette partie débute par la liste des thèmes couverts dans l'évaluation. Selon la situation du bénéficiaire, l'évaluateur retiendra le(les) thème(s) pertinent(s) à investiguer (ex : mobilité physique, autonomie fonctionnelle, support du réseau naturel). L'évaluation peut être effectuée suivant une séquence temporelle plus ou moins longue.

Lorsqu'un bénéficiaire présente des facteurs de risque importants ou qu'un changement de milieu de vie est envisagé, il est alors requis de couvrir l'ensemble des thèmes contenus dans la partie C du formulaire.

Une fois complété, le Formulaire d'évaluation de l'autonomie (parties A, B et C) est alors transmis à une équipe multidisciplinaire de détermination des services requis (qui appartient au Programme de maintien à domicile). Cette équipe doit décider sur la base des informations recueillies auprès du bénéficiaire si elle accepte ce dernier dans un programme de maintien à domicile ou si elle demande la procédure normale d'évaluation.

A ce stade-ci, l'équipe peut ou non avoir en main **la partie D** "évaluation complémentaire de l'autonomie du bénéficiaire", réalisée avec la personne significative et l'évaluation médicale. Tel que souligné précédemment, celles-ci doivent nécessairement être complétées s'il y a présomption de changement de milieu de vie (ou à l'initiative de l'organisme receveur de la demande) mais demeurent facultatives dans toute autre situation.

Si, après une étude du dossier, l'équipe de maintien à domicile envisage l'hébergement ou l'hospitalisation prolongée pour le bénéficiaire, elle doit alors adopter la procédure normale d'évaluation. Dans ce cas, on procède à l'évaluation complémentaire de l'autonomie et à l'évaluation médicale (si elles n'ont pas déjà été réalisées). Tout le dossier (parties A-B-C-D et l'évaluation médicale) est alors acheminé à une équipe multidisciplinaire à un niveau régional ou sous-régional qui procède à son tour à l'évaluation des services requis. C'est alors au comité d'orientation de prendre une décision quant au programme qui sera proposé au bénéficiaire. Ceci est représenté à la figure 10.

- La partie E du Formulaire d'évaluation de l'autonomie sert, lorsqu'un bénéficiaire reçoit sur une longue période des services de maintien à domicile, à mettre à jour les données relatives à son autonomie pour éventuellement réajuster les services qui lui sont alloués.

Cette procédure permet d'alléger et d'adapter la démarche d'évaluation dans le cas des bénéficiaires résidant à domicile.

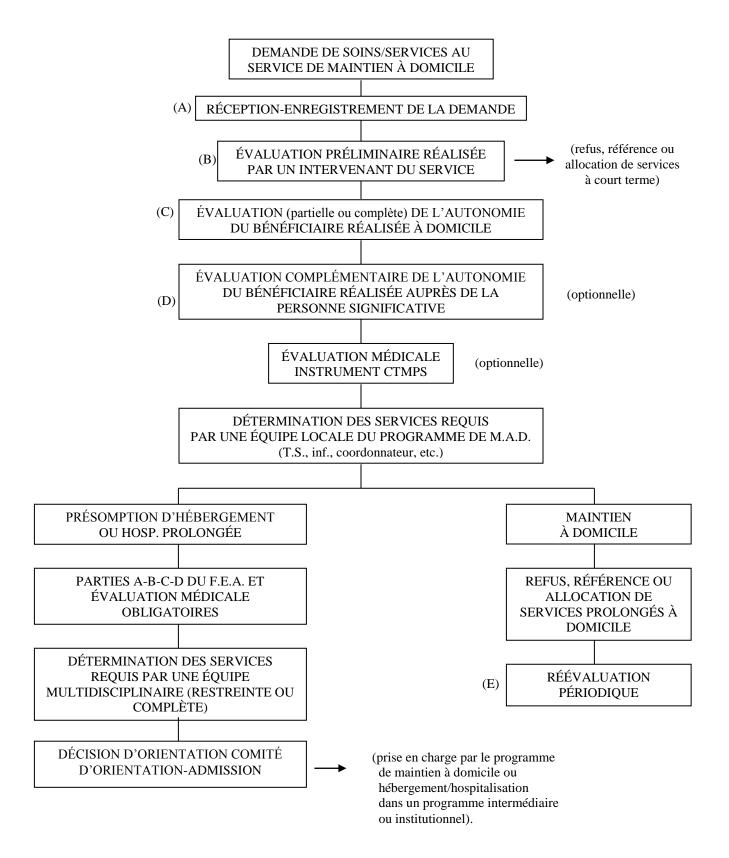


Figure 10: Procédure d'évaluation des besoins des bénéficiaires résidant à domicile

Il arrivera que l'équipe multidisciplinaire considère que sont "insuffisantes" les données qui lui sont fournies à travers les Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale. Les données peuvent être insuffisantes pour deux raisons:

- a) parce que les données de l'évaluation de l'autonomie et de l'évaluation médicale sont peu claires, imprécises, ambiguës ;
- b) parce que les besoins/capacités/incapacités du bénéficiaire, ainsi que les capacités de son entourage (si applicable) n'ont pu être évaluées avec la précision, l'exhaustivité, la cohérence souhaitable et ce pour des raisons indépendantes de la volonté de l'évaluateur ou du médecin, essentiellement parce que celui-ci ou celui-là ne disposait ni du temps ni des moyens pour trouver l'information requise.

Dans les cas où elle juge insuffisante l'information qui lui est fournie, l'équipe multidisciplinaire de détermination des services requis a deux possibilités:

- soit qu'elle procède quand même à l'évaluation des services parce qu'elle considère que les insuffisances qu'elle a relevées ne sont pas de nature à entacher la qualité de son évaluation des services requis, à un point tel que cela pourrait avoir une influence déterminante sur l'orientation subséquente du bénéficiaire. L'équipe multidisciplinaire se contente alors d'informer le comité d'orientation de certaines lacunes dans l'évaluation d'autonomie/médicale et dans sa propre détermination des services requis.
- soit qu'elle considère qu'elle est dans l'impossibilité de procéder à la détermination des services requis. Dans ce cas, deux choses peuvent se passer selon la source des insuffisances notées.
 - Si celles-ci sont imputables à la qualité de l'évaluation, l'équipe multidisciplinaire demande alors de compléter l'information fournie.
 - Si par contre les insuffisances relevées sont attribuables aux limites de la procédure d'évaluation, l'équipe multidisciplinaire demande une **évaluation plus poussée** avant de procéder. L'évaluation plus poussée peut prendre diverses formes selon les problèmes posés par le cas à l'étude: visite chez un spécialiste, tests, examens, admission dans une unité d'évaluation, évaluation en profondeur des capacités de l'entourage, évaluation par un physiothérapeute ou un ergothérapeute, etc.

Dans les deux cas, l'équipe multidisciplinaire procédera à la détermination des services requis par le bénéficiaire lorsqu'elle aura reçu les informations complémentaires qu'elle a demandées.

5.8 Uniformisation de la procédure d'évaluation

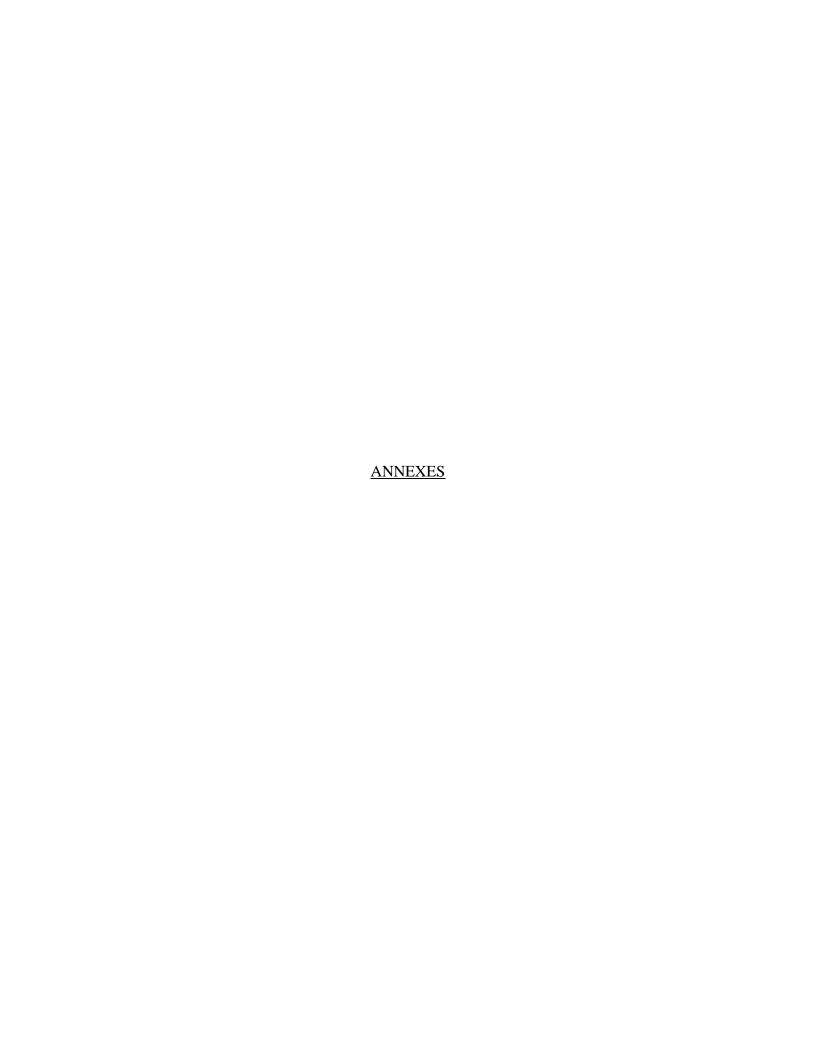
Il est légitime d'examiner un protocole d'évaluation des besoins du point de vue de sa lourdeur, en fait du temps que requiert l'évaluation (on notera ici en passant que le nombre de pages du questionnaire d'évaluation n'est pas toujours un très bon indicateur de ce temps). La lourdeur de l'évaluation ne peut être jugée dans l'abstrait. On ne peut la mesurer qu'en référence à l'information qu'elle apporte: ce peut être beaucoup trop que de payer une demi-heure pour acquérir un certain quantum d'information alors que consacrer trois heures à l'acquisition d'un autre quantum d'information pourrait parfaitement se justifier. Il appartient finalement aux experts de se prononcer en se fondant sur la **pertinence** et la **fiabilité** de l'information acquise à travers l'évaluation, ou du point de vue inverse sur son **inutilité**, sa **redondance**, son **peu de crédibilité**. Le problème est de savoir si l'information dont le recueil est l'objectif du processus d'évaluation des besoins, pourrait être acquise, au même niveau de "qualité", d'une autre façon à moindre coût.

On ne peut ignorer en répondant à cette question les contraintes qui sont imposées à une procédure d'évaluation des besoins par l'exigence **d'uniformité** de celle-ci. Il est en effet assez évident si on examine l'évaluation du point de vue d'un bénéficiaire particulier, qu'il est toujours possible de trouver un protocole individuel d'évaluation qui est moins lourd, à qualité égale, que le protocole unique proposé pour tous. Ce gain se fait malheureusement aux dépens de l'uniformisation de la procédure d'évaluation. Comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est un prix trop lourd à payer dans le genre de situation qui nous occupe.

Tout en adhérant au principe de l'uniformité, on pourrait cependant se laisser tenter, toujours pour des raisons de diminution de la lourdeur du protocole d'évaluation, par une non-uniformité limitée dans le sens qu'on appliquerait différents protocoles à différentes catégories de bénéficiaires. Une telle approche pose un problème méthodologique très difficile à résoudre, celui de l'identification a priori (c'est-à-dire avant l'évaluation des besoins) de la catégorie à laquelle appartient le bénéficiaire. Comme indiqué ci-dessus, nous n'y adhérons que pour une catégorie très particulière de bénéficiaires assez facile à cerner, celle des bénéficiaires "exceptionnels", de ceux qui demandent peu de services de façon ponctuelle, des bénéficiaires en fait qui ne constituent pas la clientèle régulière d'un réseau de soins et services **prolongés**. En ce qui concerne la clientèle "régulière" du réseau, il nous semble dangereux de prétendre à une catégorisation a priori des individus en vue de sélectionner le protocole d'évaluation qui sera appliqué à chacun. Une telle catégorisation est en général proposée sur la base de la **demande de** soins ou services formulés par le bénéficiaire. Or cette demande est un mauvais indicateur des besoins réels du bénéficiaire. La demande n'est souvent, d'abord et avant tout, qu'un appel au secours; la forme qu'elle prend (ce qui est demandé) ne signifie souvent rien d'autre que: "j'ai besoin d'aide". On risque de se fourvoyer en accordant un sens précis à un appel qui dans le fond est indifférencié. Bien plus, la littérature ne laisse guère de doute sur le fait que les personnes âgées (principaux clients du réseau de soins et services prolongés) ont tendance à sous-estimer leur état, à négliger leur santé sous prétexte que les maux dont elles souffrent font partie du fardeau normal de la vieillesse. Or, la littérature ne laisse guère de doute non plus sur le fait qu'on peut beaucoup aujourd'hui pour améliorer ou maintenir

la santé et la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie et en particulier, des personnes âgées.

Dès lors, si on admet qu'un processus systématique d'évaluation des besoins est la première étape de toute stratégie de **prévention**, on peut difficilement accepter une catégorisation des bénéficiaires avant évaluation sur la base des demandes qu'ils formulent, des conditions qu'ils rapportent. C'est donc pour des raisons d'équité (liées au problème méthodologique posé plus haut) mais surtout de fiabilité, et compte tenu de l'impact que cela a du point de vue prévention, que nous pensons que tous les bénéficiaires doivent être soumis â la même procédure d'évaluation des besoins.



ANNEXE I

RÉVISION DES FORMULAIRES D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET D'ÉVALUATION MÉDICALE

Dans la présente annexe sont détaillées les ententes conclues entre le M.S.S.S. et les concepteurs du système et le processus de révision et d'expérimentation du CTMSP mené en 1984-85.

A- <u>Historique du dossier au M.S.S.S. et ententes avec les concepteurs du système</u>

Depuis de nombreuses années, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux s'est préoccupé de la normalisation des procédures d'admission dans les ressources d'hébergement et de soins de longue durée. En 1974, le M.S.S.S. adoptait la formule AH-250 pour l'admission de bénéficiaires dans les établissements de soins de longue durée. Un peu plus tard, en 1976, il reconnaissait la fiche d'information comme outil d'évaluation pour l'admission dans les ressources d'hébergement.

En 1979, suite à une recommandation des représentants du réseau, une évaluation de plus de 1519 bénéficiaires hébergés en Centre d'accueil d'hébergement et en Centre hospitalier de soins de longue durée répartis à travers le Québec fut décidée par le M.S.S.S. et réalisée avec l'outil d'évaluation CTMSP.

Depuis longtemps par ailleurs, différents représentants du réseau (CRSSS - associations d'établissements, corporations, intervenants, etc.) revendiquaient auprès du M.S.S.S. la reconnaissance d'un outil standard d'évaluation et d'orientation plus valide et fiable que les outils existants.

A l'été 1983, le Ministère forma un Groupe de coordination des services aux personnes âgées réunissant des représentants des directions concernées du M.S.S.S. et un représentant des CRSSS. Le choix d'un outil standard d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires comptait au nombre des dossiers prioritaires de ce groupe.

A cet effet, un Comité de travail formé de professionnels du M.S.S.S. et d'un représentant des CRSSS a analysé un certain nombre d'outils d'évaluation des besoins et a recommandé au Groupe de coordination de reconnaître le système CTMSP comme outil standard d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires dans le réseau. Cet outil fut ainsi reconnu comme celui pouvant le mieux répondre aux objectifs poursuivis par le M.S.S.S., tant par le Groupe de coordination des services aux personnes âgées que par le Comité des sous-ministres.

Suite à cette recommandation, le Comité des sous-ministres confia au Groupe de coordination des services aux personnes âgées le mandat suivant:

- négocier avec l'investigateur principal du système, une entente afin que l'outil CTMSP soit disponible aux régions du Québec;

- procéder à la révision du système CTMSP avec les concepteurs et y associer le Comité de normalisation des formules du M.S.S.S.

L'entente conclue à l'été 84 entre les concepteurs et le M.S.S.S. prévoit :

- l'acquisition par le M.S.S.S., pour la somme symbolique de un dollar, de certains des attributs et intérêts du système, à savoir l'ensemble des droits quant à l'exploitation littéraire de l'œuvre (impression, publication, distribution, etc.), à la traduction en anglais et à la transcription de l'œuvre sous les formes et supports suivants (microfilms, vidéos, etc.) et ceci dans les limites territoriales de la province de Québec;
- la révision du système CTMSP réalisée conjointement par le M.S.S.S. et les concepteurs.

Bien que le M.S.S.S. ait retenu le système CTMSP comme outil standard, le projet de "règlement sur l'organisation et l'administration des établissements" stipule que le choix d'un outil d'évaluation doit être effectué par les régions. Actuellement, le système est largement implanté dans le réseau (Québec, Montréal, Gaspésie). Au moment de la rédaction du présent document, les autres régions, à l'exception d'une seule, ont confirmé leur choix du système CTMSP. Le système y sera implanté en 1985-86.

B - <u>Le processus de révision du CTMSP (version 1981)</u>

En avril 1984, le processus de révision du CTMSP (version 1981) est amorcé. La responsabilité de celui-ci est confiée à Monsieur Pierre-André Bernier, président du Groupe de coordination des services aux personnes âgées (*), au Docteur Pierre St-Georges, président du Comité de normalisation des formules du M.S.S.S., et au professeur Charles Tilquin, investigateur principal du CTMSP consultant principal et scientifique de la révision du système.

Deux comités de révision sont alors formés, un pour le Formulaire d'évaluation de l'autonomie et l'autre pour le Formulaire d'évaluation médicale. Ceux-ci ont aussi comme mandat de revoir le guide d'utilisation accompagnant les formulaires. Il est convenu à ce moment que la révision des Formulaires de détermination des services requis sera effectuée ultérieurement, si nécessaire, à la lumière des résultats de la révision des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et médicale.

Les Comités de révision (autonomie et médicale) regroupaient des personnes ressources du réseau, utilisatrices du système et représentants de différentes professions et établissements. Celles-ci furent choisies, soit par le Comité de normalisation des formules du M.S.S.S., soit par le Groupe de coordination des services aux personnes âgées du M.S.S.S. Le comité formé pour la révision du Formulaire d'évaluation de l'autonomie était donc composé d'un représentant de cinq corporations professionnelles, à savoir travailleur social, médecin, infirmier, ergothérapeute, physiothérapeute;

^(*) À la suite du départ de Monsieur Pierre-André Bernier, Madame Odile Bédard assuma la co-responsabilité du processus de révision du CTMSP-81.

les autres membres représentaient des régions utilisant déjà le système CTMSP (Montréal, Québec, Gaspésie) de même que les types d'établissements (C.L.S.C, C.S.S, C.H, C.A.). Au niveau du Comité de révision du Formulaire d'évaluation médicale, on retrouvait quatre médecins, une infirmière et une représentante d'une région utilisatrice. Les concepteurs du système étaient représentés dans les deux comités. La liste des membres des deux comités est présentée aux annexes II et III.

La tâche principale des deux comités consistait à bonifier le système afin qu'il réponde davantage aux objectifs du M.S.S.S. et aux besoins du réseau et des bénéficiaires.

Les objectifs de la révision étaient les suivants:

- 1) améliorer les Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale (CTMSP-81) et le guide les accompagnant dans leur **forme**, leur **structure** et leur **contenu** afin de permettre de mieux cerner les maladies, déficiences, capacités et incapacités et désavantages du bénéficiaire (*). Des instruments améliorés offriraient une meilleure base à l'équipe multidisciplinaire de détermination des services requis et au comité d'orientation-admission du bénéficiaire pour réaliser leur tâche;
- 2) maintenir le caractère multi-dimensionnel de l'évaluation de l'autonomie en s'assurant que toutes les dimensions de la personne et leurs zones d'intersection soient couvertes par l'outil;
- 3) s'assurer que le Formulaire d'évaluation de l'autonomie et, le cas échéant, le Formulaire d'évaluation médicale permettent, dans la mesure du possible, l'orientation des personnes vers l'ensemble des programmes (i.e. du maintien à domicile à l'institutionnalisation).

Les travaux des comités ont pris appui sur différents avis ou rapports venant des concepteurs et utilisateurs du système CTMSP et sur divers documents couvrant le domaine de l'évaluation des personnes en perte d'autonomie.

À la demande du Ministère, les instances concernées du réseau (Conseils régionaux, associations d'établissements, etc.) ont nourri les Comités de leurs critiques et recommandations quant à l'outil CTMSP. Cette consultation a permis aux Comités de révision d'établissements (annexe IV) en provenance de Conseils Régionaux (3), d'association d'établissements (4), de corporations professionnelles (3), d'établissements (5) ainsi qu'un dernier rapport déposé par l'Équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS). Ces rapports totalisent plus de quatre cents pages de commentaires, suggestions, recommandations, à la fois sur les formulaires du système CTMSP et sur l'utilisation dudit système, de même que sur l'organisation des services du réseau.

^(*) Le lecteur qui serait intéressé à prendre connaissance des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale développés en 1981 ainsi que du guide les accompagnant peut se référer à l'ouvrage suivant: Tilquin, C., Sicotte, C., et al: CTMSP-81: L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1981, 115 pages.

Les comités ont largement débattu les éléments critiques, suggestions et recommandations contenus dans les divers rapports qui leur ont été remis. Parmi les thèmes les plus discutés, on retrouve entre autres:

- la lourdeur de instrument CTMSP (on souhaite un formulaire plus court mais à la fois plus exhaustif);
- le volet psycho-social que certains considèrent comme "faible" et que d'aucuns souhaitent voir dissocié du reste du Formulaire d'évaluation de l'autonomie pour constituer un formulaire distinct;
- la pertinence du recours à une information-clé, i.e. la personne significative ou le soignant (on voudrait que le rôle de celui-ci soit précisé);
- la question de l'utilisation du Formulaire d'évaluation de l'autonomie pour les personnes hospitalisées en CHSCD (les formulaires existant dans la version 81 étant, soit destinés à l'évaluation des personnes hospitalisées à long terme ou hébergées, soit résidant à domicile);
- la question de l'utilisation du Formulaire d'évaluation de l'autonomie pour les demandes de services à domicile (i.e. il était souhaité que soit facilitée l'utilisation de l'outil dès la réception de la demande de services et rendu plus simple le processus d'orientation vers les programmes de maintien à domicile);
- le manque d'information relative à la réadaptation;
- la réalisation de l'évaluation par un intervenant ou plus;
- l'information et la formation des intervenants utilisateurs du système CTMSP;
- la faisabilité d'un instrument unique (tronc commun) pour tous les milieux avec fascicules divers utilisés au besoin;
- la définition d'un protocole d'utilisation plus souple (relaxation des consignes adressées à l'évaluateur);
- le développement d'outils permettant la réévaluation de l'autonomie de la personne dans le temps (dynamique du processus d'évaluation);

Comme on peut le constater, les discussions ont non seulement porté sur le contenu et la forme des formulaires mais aussi sur les modalités d'utilisation des instruments, l'adaptation du processus d'évaluation aux divers milieux dans lesquels on retrouve le bénéficiaire à évaluer, la formation des intervenants, etc. Les décisions issues de ces discussions ont été prises par consensus.

En août 84, une première version amendée des Formulaires d'évaluation de l'autonomie (domicile et établissement) et d'évaluation médicale est déposée aux comités.

La fusion des deux formulaires (domicile et établissement) en un seul (tronc commun avec fascicules spécifiques) ne fut pas retenue par le Comité de révision (autonomie) car cela présentait d'énormes inconvénients au niveau de la présentation (ex: la formulation des questions devant être différente selon les milieux) et de l'utilisation (ex: multiples fascicules à manipuler).

Suite à l'examen de la première version amendée, les membres des comités proposèrent de nouvelles modifications (ex: regroupement par thème, changement de la séquence des thèmes, reformulation de certaines questions). En plus des changements demandés au niveau du contenu et de la forme, les débats se concentrèrent à ce stade-là sur quatre points précis:

- la nécessité d'élaborer un Formulaire d'évaluation de l'autonomie distinct adapté au contexte CHSCD;
- la meilleure adaptation du Formulaire d'évaluation de l'autonomie "Domicile" aux besoins des programmes de maintien à domicile;
- l'intégration d'un mini-guide explicatif à l'endos des formulaires permettant une meilleure compréhension et une utilisation uniforme de ces instruments;
- l'expérimentation des formulaires modifiés et la consultation des milieux utilisateurs.

En octobre 84, les changements souhaités furent apportés aux formulaires (domicile et établissement), un troisième formulaire fut développé pour répondre aux exigences des évaluations réalisées en CHSCD et un mini-guide fut intégré au verso de chacun d'eux. Les membres des comités décidèrent alors d'aller de l'avant en expérimentant ces nouveaux instruments auprès des utilisateurs du système.

C- L'expérimentation des formulaires révisés

C.1 Les objectifs

Les principaux objectifs visés par l'expérimentation des formulaires révisés étaient les suivants:

- 1) vérifier le contenu, la forme et la structure (séquence, organisation) du nouveau Formulaire d'évaluation de l'autonomie (à domicile, en CHSCD et dans les programmes intermédiaires ou institutionnels) et du Formulaire révisé d'évaluation médicale;
- 2) vérifier si les nouveaux formulaires fournissent au programme de maintien à domicile les données dont ils ont besoin pour allouer des services;

- 3) vérifier si les nouveaux formulaires fournissent aux équipes multidisciplinaires les données dont elles ont besoin pour évaluer les services requis (amélioration par rapport à l'ancienne version du point de vue des équipes multidisciplinaires);
- 4) vérifier si les nouveaux formulaires fournissent aux Comités d'orientation-admission les données dont ils ont besoin pour effectuer leur tâche (amélioration par rapport à l'ancienne version du point de vue des Comités d'orientation-admission).

C.2 <u>Les modalités</u>

L'expérimentation a été rendue possible grâce à la collaboration des Conseils Régionaux désignés pour participer à l'opération (Montréal (06A), Québec (03), Laurentides-Lanaudière (06B) et Bas St-Laurent-Gaspésie (01)). À la fin de décembre 84, les représentants de ces Conseils Régionaux ont été rencontrés et informés du protocole de l'expérimentation.

Ce protocole prévoyait que les Conseils Régionaux devaient effectuer avec l'aide des établissements participants, la sélection des évaluateurs déjà familiers avec le système CTMSP (*). Cette sélection devait, dans la mesure du possible, être représentative des professions et établissements impliqués. Aussi, devaient-ils s'assurer que les évaluations médicales soient réalisées (avec le médecin traitant de préférence) et que les dossiers soient acheminés aux équipes multidisciplinaires et aux comités d'orientation-admission. Les rencontres d'information sur l'expérimentation et les rencontres d'évaluation de cette opération étaient également de leur ressort.

En janvier 85, six séances d'information réunissant les évaluateurs désignés, les coordonnateurs impliqués ainsi que des représentants des équipes multidisciplinaires de détermination des services et des comités d'orientation-admission ont été tenues dans chacune des régions retenues (**). Celles-ci avaient pour but de présenter globalement le cheminement du dossier au M.S.S.S., les travaux effectués par les comités de révision, les objectifs et les modalités de l'expérimentation et les nouveaux formulaires. Par la suite, des séances de formation ont été données aux évaluateurs de l'autonomie et aux coordonnateurs pour les familiariser avec l'utilisation des formulaires révisés.

Au terme de l'expérimentation, tous les évaluateurs impliqués, tous les coordonnateurs, des représentants de chaque équipe multidisciplinaire de détermination des services requis et de chaque comité d'orientation-admission devaient fournir leurs commentaires à l'aide d'un questionnaire préparé à cet effet ou bien verbalement lors des séances tenues dans chacune des régions.

^(*) Dans chacune des sous-régions (14 au total pour les 4 Conseils Régionaux), 5 évaluateurs devaient réaliser 23 évaluations réparties comme suit: 10 à domicile, 10 en CHSCD et 3 en ressource intermédiaire ou institutionnelle. Au total, 70 évaluateurs devaient prendre part à l'expérimentation et 322 évaluations devaient être réalisées.

^(**) L'expérimentation n'a débuté qu'en janvier 85 en raison du délai occasionné par la mise en page et l'impression des nouveaux formulaires.

C.3 Les résultats

En mars 1985, donc après deux mois d'expérimentation, les intervenants ont été invités à des rencontres d'évaluation de l'expérimentation. Ces rencontres ont permis au comité de rejoindre environ soixante-dix (70) évaluateurs qui ont effectué près de deux cents (200) évaluations.

Les principaux commentaires recueillis auprès des exprimentateurs ont porté sur le contenu, la forme et le mini-guide des Formulaires d'évaluation de l'autonomie et d'évaluation médicale.

Le contenu:

- la majorité des intervenants conviennent que le Formulaire d'évaluation de l'autonomie est amélioré au plan du contenu. On le qualifie même de **complet**, tout en déplorant qu'il soit **trop long**;
- le regroupement des thèmes psycho-sociaux a été apprécié. Il est aussi fait mention de ce que l'aspect "réadaptation" est mieux développé;
- certains intervenants suggèrent de questionner la personne soignante et la personne significative pour un bénéficiaire hospitalisé en CHSCD;
- il est demandé que le rôle des personnes significatives et soignante dans le processus de l'évaluation soit précisé;
- lors de l'expérimentation, le Formulaire d'évaluation de l'autonomie a été peu utilisé dans le cadre des programmes de maintien à domicile et les rares commentaires des professionnels furent divergents sur la question de la pertinence du contenu du formulaire;
- certains professionnels sont d'avis qu'un certificat médical bien complété serait dans plusieurs cas suffisant à l'orientation;
- on considère que le Formulaire d'évaluation médicale est fort amélioré; on souhaite seulement qu'il soit bien complété à l'avenir;
- il est recommandé qu'une formation approfondie soit donnée aux utilisateurs (évaluateurs, médecin, membres des équipes multidisciplinaires, etc.) pour une meilleure compréhension du système.

La forme:

- certains professionnels demandent à ce que la séquence des thèmes permette de diviser le Formulaire d'évaluation de l'autonomie en deux parties distinctes: l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et l'évaluation dite psycho-sociale;
- l'aspect visuel des formulaires est critiqué: les outils apparaissent lourds, difficiles à manipuler, les caractères d'imprimerie sont trop petits, etc.

Le mini-guide:

- le mini-guide intégré aux formulaires est apprécié. Toutefois, des consignes additionnelles sont souhaitées concernant entre autres le choix du Formulaire d'évaluation de l'autonomie (domicile, établissement, CHSCD) de même qu'en regard de la démarche à suivre dans les cas où le bénéficiaire ne peut participer à l'évaluation.

À la suite de l'expérimentation, les comités ont aussi constaté, à la lecture des commentaires formulés par les expérimentateurs et aux rencontres avec ces derniers:

- le manque de connaissance de la démarche à l'évaluation globale;
- le manque d'information sur le système CTMSP et de formation à l'utilisation de ses instruments;
- le manque d'information des intervenants sur les structures organisationnelles des régions, en particulier en ce qui concerne les mécanismes d'évaluation et d'orientationadmission.

Jusqu'au 84, le système CTMSP à été presqu'exclusivement utilisé par les régions pour l'évaluation et l'orientation des bénéficiaires vers les ressources institutionnelles. L'expérimentation voulait aussi rejoindre les intervenants des programmes de maintien à domicile. A ce chapitre, les résultats ne sont toutefois pas significatifs, compte tenu du nombre restreint d'évaluations réalisées dans ce dernier programme et du caractère contradictoire des résultats obtenus (*).

D - Les travaux des comités après l'expérimentation

Après l'expérimentation, le Comité de révision du Formulaire d'évaluation de l'autonomie s'est réuni à cinq reprises pour finaliser le document. Celui-ci se présente dorénavant en trois versions adaptées selon le milieu où se trouve le bénéficiaire au moment de l'évaluation, soit:

- hébergé ou hospitalisé dans un programme intermédiaire (famille d'accueil, pavillon) ou institutionnel (CAH ou CHSLD);
- hospitalisé en centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD);
- à domicile.

(*) Étant donné que le formulaire n'a jamais été utilisé systématiquement dans le cadre du Programme de maintien à domicile, la révision n'a pu s'appuyer sur une expérimentation-terrain. Il est donc suggéré que le M.S.S.S. suive de près l'implantation du système CTMSP dans les programmes de maintien à domicile et éventuellement mette en branle une révision de la version correspondante du formulaire si l'évidence de sa nécessité se manifestait.

Le Formulaire d'évaluation de l'autonomie "domicile" a subi des changements majeurs dans sa forme de façon à coller davantage aux réalités du processus d'évaluation dans les programmes de maintien à domicile (*). Les questions abordées auprès de la personne significative furent retranchées des Formulaires d'évaluation de l'autonomie (domicile et CHSCD) et regroupées dans un formulaire complémentaire distinct. Les questions adressées au soignant demeurent cependant intégrées au Formulaire d'évaluation de l'autonomie pour les milieux "CHSCD" et "programmes intermédiaires ou institutionnels". Enfin, des corrections furent apportées au contenu même du formulaire et à sa forme (ex: plus d'espaces de réponse, plus gros caractères, ...).

Le comité de révision du Formulaire d'évaluation médicale a pu, quant à lui, finaliser ses travaux en une seule rencontre à la suite de l'expérimentation.

Les travaux effectués par les Comités de révision se sont échelonnés sur une période de temps beaucoup plus longue que prévu (14 mois au lieu de 6), notamment parce que la consultation effectuée par le M.S.S.S., en avril 1984, a apporté aux comités une quantité de commentaires qui ont obligé ces derniers à discuter plus d'une fois les mêmes thèmes, les recommandations formulées n'étant pas unanimes, voire même fréquemment contradictoires. De plus, les objectifs poursuivis par les différents intervenants du réseau ne sont pas nécessairement concordants.

Malgré les améliorations apportées aux formulaires et aux consignes d'utilisation, les membres des comités sont conscients qu'ils n'auront pu satisfaire toutes les demandes qui leur ont été adressées. Ils demeurent cependant convaincus que les nouveaux instruments, issus de la révision 84-85, sont opérationnels et devront être expérimentés sur une longue période avant qu'on ne puisse entreprendre une nouvelle révision avec profit (**).

^(*) Le Formulaire révisé d'évaluation de l'autonomie "domicile" a été présenté lors du colloque tenu le 20 février 1985 sur le thème "Grille commune d'évaluation en maintien à domicile" et organisé par la direction des Services Communautaires du CRSSS de Montréal. Les commentaires des participants à ce colloque de même que ceux des intervenants ayant pris part à l'expérimentation des formulaires CTMSP révisés ont été unanimes sur la nécessité d'avoir un protocole évaluatif séquencé pour les Services de maintien à domicile.

^(**) Pour de plus amples détails sur le processus de révision du CTMSP réalisée en 1984-85, le lecteur pourra consulter le "Rapport du Comité de révision du Formulaire d'évaluation de l'autonomie, Système CTMSP" déposé au M.S.S.S. en juin 1985 par les Comités de révision.

ANNEXE II

<u>COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DU FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE</u>

1. Désignés par le groupe de coordination des services aux personnes âgées

Bédard, Odile Groupe de coordination des services aux personnes âgées, M.S.S.S. -

responsable du Comité de révision

Bilodeau, Claude Directeur des ressources du Troisième âge - Centre de services sociaux du

Montréal Métropolitain, désigné par le C.R.S.S.S. de Montréal

Boulet, Ginette Directrice des soins infirmiers - Foyer de Loretteville

Desgagnés, Janine Coordonnatrice régionale du programme d'évaluation et de coordination des

admissions (PECA) - CRSSS-03 (Québec)

Lemasson, Mireille Responsable du programme de gérontologie et de maintien à domicile - DSC

Maisonneuve-Rosemont (Montréal)

Poulin, Chantale Intervenante sociale - CLSC Malauze, Gaspésie

2. Désignés par le Comité de normalisation des formules du M.S.S.S.

Bouffard, Louiselle Comité de normalisation des formules - Ordre des infirmières et infirmiers du

Québec

Dionne, Claire Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, responsable du

service social du CH Notre-Dame de Montréal

Drolet, Dr. Michel Omnipraticien, responsable de l'unité de soins de longue durée - Hôpital du St-

Sacrement

Dubé, Annie Corporation des ergothérapeutes - CH Henri Charbonneau, Montréal

Lavoie, Agathe Corporation des physiothérapeutes, DSC - CH de l'Université Laval, Québec

Lemay, Louise F. Ordre des Infirmières et infirmiers - CLSC La Sources, Québec

3. Représentants de l'Équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS), Département d'administration de la Santé, Université de Montréal

Tilquin, Charles Investigateur du CTMSP et consultant scientifique

Fournier, Johanne Agent de recherche

ANNEXE III

COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DU FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

1. Désignés par le Groupe de coordination des services aux personnes âgées

Desgagnés, Janine Coordonnatrice régionale du programme d'évaluation et de coordination

des admissions (PECA) - CRSSS-03 (Québec)

Drolet, Dr. Michel Omnipraticien, responsable de l'unité de soins de longue durée - Hôpital du

St-Sacrement

Lambert, Louise Membre d'une équipe multidisciplinaire, Infirmière de liaison - Hôpital

Maisonneuve-Rosemont

2. Désignés par le Comité de normalisation des formules du M.S.S.S.

Grand'Maison, Dr. Yvon Représentant de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Patry, Dr. Paul-Émile Représentant de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

St-Georges, Dr. Pierre Président du Comité de normalisation des formules du M.S.S.S. -

responsable du Comité de révision

ANNEXE IV

LISTE DES RAPPORTS SOUMIS AUX COMITÉS DE RÉVISION DES FORMULAIRES D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET D'ÉVALUATION MÉDICALE

- Conseils de la santé et des services sociaux (3)
 - de la région de Québec
 - de la région du Montréal Métropolitain:
 - Direction de l'hébergement
 - Direction des services communautaires (juin 1985)
- Associations d'établissements (4)
 - Fédération des CLSC du Québec
 - Association des centres d'accueil du Québec
 - Association des hôpitaux du Québec
 - Association des centres de services sociaux du Québec
- Corporations professionnelles (3)
 - des ergothérapeutes
 - des physiothérapeutes
 - des orthophonistes et audiologistes (février 1985)
- Établissements (5)
 - Centre de services sociaux de Québec
 - Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain
 - Centre de services sociaux Laurentides-Lanaudière
 - Sous-région Baie des Chaleurs (CH- Baie des Chaleurs et Pavillon Benoît-Martin (CHSP) - CAH, Résidence St-Joseph - CA- de la Baie, CLSC Malauze, CLSC Chaleurs, CSS- GIM succursale de Bonaventure)
 - Comité de liaison de la sous-région Maisonneuve-Rosemont, Montréal
- Équipe de recherche opérationnelle en santé de l'Université de Montréal



ANNEXE V

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

(Milieu : ressources intermédiaires ou institutionnelles)

AS-526-(07-85)



MINI-GUIDE

Note: La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne autant les femmes que les hommes.

Les quatre premières sections permettent de recueillir des éléments d'information d'ordre général concernant le bénéficiaire.

1. La première section sert à identifier le bénéficiaire, la personne-ressource, le soignant, l'(les) autre(s) professionnel(s) qui collabore(nt) à l'évaluation et enfin, l'évaluateur.

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE ET NOM DU CONJOINT.

Si la bénéficiaire est séparée, divorcée ou veuve mais utilise toujours le nom de son conjoint, il est important d'inscrire ce dernier afin d'obtenir le nom usuel.

La **PERSONNE-RESSOURCE** est définie comme la personne à laquelle le bénéficiaire peut faire appel en cas de besoin (ex.: un enfant, un ami, un voisin, etc...). Au cours du processus d'évaluation et d'orientation, cette personne peut aussi servir d'intermédiaire entre l'évaluateur ou l'intervenant et le bénéficiaire.

LE SOIGNANT est un membre du personnel de l'établissement où est hébergé le bénéficiaire, qui connaît bien ce dernier et qui peut, lui aussi, agir comme informateur-clé dans l'évaluation de l'autonomie. Le soignant est appelé à fournir des informations relatives à la capacité sensori-motrice du bénéficiaire, à son autonomie fonctionnelle aux soins particuliers qu'il requiert, à ses habitudes de vie, à ses aptitudes intellectuelles, à son état affectif et enfin, à son comportement.

Au cours du processus d'évaluation, l'évaluateur responsable du dossier peut s'adjoindre, au besoin, un(des) **COLLABORATEUR(S) PROFRESSIONNEL(S)**. Si tel est le cas, l'évaluateur doit alors indiquer son(leurs) nom(s) et profession(s).

L'ÉVALUATEUR est la personne responsable du processus d'évaluation du bénéficiaire. Il doit inscrire son nom, spécifier à quel établissement il est rattaché, préciser son numéro de téléphone au travail et fournir la date de l'évaluation.

La DATE DE L'ÉVALUATION correspond à la date de la fin du processus d'évaluation, plus précisément à la date à laquelle est complété le formulaire. Il est très important que l'ensemble des informations alors inscrites au formulaire rende compte de l'état actuel du bénéficiaire.

1

Nom et prénom du bénéficiaire à la naissance		Nom du conjoint				
Nº d'assurance-maladie	Nº d'assu	rance-sociale (si di	sponible)			
			T			
Nom de l'établissement			Date d'admission			
Personne-ressource :						
Adresse:						
Nº de téléphone : (résidence) :						
Lien avec le bénéficiaire :						
Commentaires :						
Soignant:		Téléphone: .				
Professionnel(s), autre que l'évaluateur et le soignant, qu	ui a(ont) collabor	ré à l'évaluation de	l'autonomie du bénéficiaire :			
Nom :	Professio	on:				
Nom:	FTOTESSIC	Л				
Évaluateur :						
Établissement :		Téléphone: .				
Date de l'évaluation :						

2.	Il est demandé, dans le cas d'un bénéficiaire qui n'a AUCUNE SCOLARITÉ d'indiquer s'il sait lire et écrire.
	L'évaluateur précise quelles sont l' ORIGINE ETHNIQUE et la RELIGION du bénéficiaire lorsqu'il juge ces informations pertinentes à l'évaluation et à l'éventuelle orientation. Au besoin, il détaille ces aspects s'il croit que ceux-ci peuvent avoir un impact important sur l'orientation.
	Par OCCUPATION(S) PRINCIPALE(S) on entend l'activité (rémunérée ou non) à laquelle le bénéficiaire a consacré (ou consacre), la majeure partie de son temps.
antér	ection 3 rassemble les informations relatives à la résidence actuelle du bénéficiaire et à sa résidence rieure. Dans la partie A, l'évaluateur indique le type de résidence actuelle du bénéficiaire, les raisons qui,
	nce dernier, ont motivé son hébergement et enfin, les raisons de l'admission selon l'établissement. La nde partie est dévolue aux données relatives à la résidence antérieure du bénéficiaire.
	ce dernier, ont motivé son hébergement et enfin, les raisons de l'admission selon l'établissement. La
	ce dernier, ont motivé son hébergement et enfin, les raisons de l'admission selon l'établissement. La
	ce dernier, ont motivé son hébergement et enfin, les raisons de l'admission selon l'établissement. La
	ce dernier, ont motivé son hébergement et enfin, les raisons de l'admission selon l'établissement. La

3B- À la question "...cet **ENDROIT** est-il encore **SIGNIFICATIF** pour vous?", on cherche à savoir si le bénéficiaire est toujours attaché à l'endroit où il a vécu le plus longtemps, qu'il y vive encore ou non (ex.: liens d'amitié ou familiaux, sentiment d'appartenance, goût pour l'environnement, etc.). Cette

information peut être pertinente lors de l'orientation du bénéficiaire.

Date de naissance	an	mois	jour	Âge	Sexe	□М	Lieu de naissance
ÉTAT CIVI	IL [] céliba	ntaire [ivorcé(e) union libr	□ séparé(e) □ religieux(se) excluant le(la) célibataire, depuis combien d'années?
LANGUE U	JSUELI	LE \Box	frança	ais 🗆 aı	nglais [autre, pi	réciser
NIVEAU D SCOLARIT							□ non sait-il écrire? □ oui □ non □ métier/technique □ collégial/classique □ universitaire
Origine ethr	nique (si	i pertin	ent)				Religion (si pertinent)
Occupation((s) princ	ipale(s)				
3 – TYPE I	DE DÉ(SIDEN	OE/D	A ISONI	P DE L	A DMICC	NON!
A – RÉSIDI				AISUNS	S DE L	ADIVIDO	Depuis combien de
							d'hébergement □ Centre d'accueil de réadaptation temps êtes- durée □ C.H. de soins de longue durée
RAISON(S) avez-vous é			SSION	SELON	I LE BÉ	NÉFICIA	IRE : selon vous, pour quelles raisons (de santé ou sociales)
RAISON(S) DE L'ADMISSION SELON L'ÉTABLISSEMENT :							
B – RÉSIDI	ENCE A	- NTÉR	IEURI	<u>—</u> Е			
Où habi	tiez-voi	ıs avan	t de rés	sider ici	?		
□ domi	icile priv	vé		□ ins	titution,		
lieu :	:			lie	u:		durée :
							le plus longtemps ?r vous ? \square oui \square non
Si oui, pour	quoi ? _						

4- Le **MÉDIATEUR DE LA DEMANDE** est la personne qui fait la demande de service. Il peut s'agir du bénéficiaire lui-même ou d'une personne de sa famille (ex.: conjoint, enfant, ...), de son entourage (ex.: ami, voisin...) ou d'un organisme (ex.: CLSC, CSS, CH, ...).

FACTEURS DÉCLANCHANT LA DEMANDE DE SERVICE OU PROBLÈMES TELS QUE DÉCRITS PAR LE BÉNÉFICIAIRE.

L'évaluateur rend compte des éléments qui, selon le bénéficiaire, l'ont amené à faire une demande de service. Ces facteurs peuvent être d'ordre de santé (ex.: problèmes physiques ou psychiques) ou d'ordre social (ex.: problème familial, avec le personnel, etc.).

Si le médiateur n'est pas le bénéficiaire, l'évaluateur complète la rubrique, RAISONS INVOQUÉES PAR LE MÉDIATEUR, AUTRE QUE LE BÉNÉFICIAIRE, À L'APPUI DE LA DEMANDE DE SERVICE.

La section 5 est dévolue au recueil d'informations sur la capacité sensorielle du bénéficiaire entendue ici comme sa ''Capacité de voir, d'entendre et de parler''. L'évaluateur est invité, dans le cas d'un problème sensoriel particulier à annexer tout rapport d'examen spécifique disponible (ex.: orthophonie).

5- Par LIMITATION MINEURE, on entend une réduction de la capacité qui n'affecte pas ou très peu l'exécution des activités usuelles du bénéficiaire. On retient la catégorie LIMITATION MAJEURE lorsque l'atteinte est suffisamment grande pour nuire au bénéficiaire dans l'accomplissement d'activités courantes et nécessaires à son bien-être.

Exemples de TYPE DE COMPENSATIONS/SUBSTITUTIONS

- la vue: lunettes, verres de contact, loupe, gros caractère, etc.
- l'ouie: voix forte, cris, appareil auditif, lecture sur les lèvres, amplificateur de téléphone, décodeur T.V., etc.
- la parole: communication écrite, geste, langage formel (signes), cris, gémissements, etc.

4- CONTEXTE DE LA DEMANDE

Médiateur de la demande	Nom :	Téléphone :						
	Lien avec le bénéficiaire :							
☐ bénéficiaire ☐ autre								
personne								
Date de la demande	□ non, pourquoi ?							
	, 1 1 <u></u>							
Facteur(s) déclenchant(s) la dem	ande de service ou problème(s) (santé ou sociaux,) tel(s) que décrit(s) par le bénéficiaire :						
Raison(s) invoquée(s) par le méd	iateur, autre que le bénéficiaire, à l'appui de la de	emande de service :						
Service(s) demandé(s) par le méd	liateur :							

5- CAPACITÉ <u>DE VOIR, D'ENTENDRE ET DE PARLER</u>

		Faisant abstraction		Compensation(s)/substitution(s)?								
Avez-vous (a-t-il) des		de la(des) compensation(s) /substitution(s) utilisée(s)						ADÉQUATE?	ATE?	Types de		
problèmes			LIMIT	ATION			OUI	DU AUS	30U	compensation(s)/substitution(s)?		
		Adéquat	Mineure	Majeure Perte totale		NON		ADÉ	INADÉQUATE?	Commentaires		
VOIR?	Bénéficiaire											
Soignant Soignant												
	Bénéficiaire											
ENTENDRE?	Soignant											
DADI ED9	Bénéficiaire											
PARLER? Soignant												
Commentaires	:											

La section 6 permet d'obtenir des informations détaillées quant à la "Mobilité physique" du bénéficiaire. Celle-ci est évaluée en regard de trois aspects : la limitation ou perte d'un(de) membre(s) ou partie(s) du corps, la réadaptation et l'aire de déplacement. Le premier aspect (6A) concerne les atteintes physiques qui limitent le bénéficiaire dans ses mouvements. Le second aspect (6B) précise toute démarche de réadaptation déjà entreprise en rapport avec les problèmes de mobilité identifiés. Enfin, le dernier aspect (6C) permet d'évaluer la capacité du bénéficiaire de se déplacer efficacement dans son environnement et de façon autonome, i.e. sans l'aide d'autrui mais en tenant compte de la (des) compensation(s) utilisée(s).

6A- Pour chaque partie du corps touchée d'une **LIMITATION**, une description de la nature du problème doit être faite (ex.: tremblements, difficultés de préhension, douleurs, etc.) Il est aussi requis d'indiquer **DEPUIS QUAND** le bénéficiaire présente le problème identifié. Étant donné qu'une bonne partie des problèmes de mobilité est de nature évolutive, il n'est pas toujours possible d'indiquer une date précise. Dans ce cas, une indication approximative du moment de l'apparition du problème doit être fournie.

La question "Êtes-vous... (le bénéficiaire est...) **DROITIER OU GAUCHER?**" fournit une donnée essentielle aux intervenants du domaine de l'adaptation et de la réadaptation. Une fois associée aux données relatives aux atteintes, cette information permet de mieux cerner la gravité de la perte d'autonomie et conséquemment, de mieux évaluer le type d'intervention requis. Par exemple, une personne droitière aux prises avec une hémiplégie droite ne rencontre pas le même type de difficultés qu'une personne gauchère ayant la même atteinte et peut donc, par le fait même, requérir des services de nature différente.

À la rubrique **COMPENSATION(S) UTILISÉE(S)**, il est important de n'indiquer que celle(s) réellement utilisée(s) par le bénéficiaire. Par exemple, ce dernier peut posséder une marchette mais ne jamais en faire usage.

Aussi, lorsque le bénéficiaire utilise une **ORTHÈSE** ou une **PROTHÈSE**, on demande à l'évaluateur d'en spécifier le type.

Une **ORTHÈSE** est un appareil ou dispositif qui corrige un membre ou partie du corps atteint d'une limitation (ex.: soulier orthopédique).

Une **PROTHÈSE**, quant à elle, a pour objet le remplacement partiel ou total d'un membre ou d'un organe (ex.: jambe artificielle).

Lorsque le bénéficiaire utilise une(des) compensation(s), on doit indiquer s'il a **BESOIN D'AIDE** pour s'en servir. Il peut s'agir d'un support:

- à l'installation (ex.: mettre, enlever, attacher, ajuster, une orthèse ou une prothèse, etc.)
- au transfert (ex.: du fauteuil roulant au lit, au bain, à la toilette, à l'automobile, etc.)
- au déplacement (ex.: soutenir, pousser le fauteuil roulant, etc.)

6- MOBILITÉ PHYSIQUE

A – Limitation ou perte d'un(de) membre(s) ou partie(s) du corps							
AU BÉNÉFICIAIRE : Avez-vous de la difficulté à faire certains mouvements ? □ oui □ non							
AU SOIGNANT : Le bénéficiaire a-t-il de la difficulté à faire certains mouvements ? □ oui □ non							
Partie(s)	Description de la limitation pour chaque partie du corps atteinte; depuis quand ?						
du corps	Bénéficiaire Soignant						
Main gauche	2 statistical confirmation of the confirmation						
ou droite							
Bras gauche							
ou droit							
Hanche gauche							
ou droite							
Jambe gauche							
ou droite							
Pied gauche							
ou droit							
Côté du corps							
gauche/droit							
Région cervicale							
Colonne							
vertébrale							
Généralisé							
	B. S. B. S. gaucher? □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						
Si une(des) comp	Si une(des) compensation(s) est(sont) utilisée(s) : avez-vous (a-t-il) besoin d'aide pour vous(s') en servir ?						
	(ex. : déplacements, transferts, installations, etc.) B. S. □ □ non □ oui, préciser le type d'aide requis :						
Commentaires :							

6B- Cette partie couvre l'aspect **RÉADAPTATION**. L'évaluateur annexe tout rapport de réadaptation pertinent

6C- L'AIRE DE DÉPLACEMENT d'un bénéficiaire correspond à "la distance" à laquelle il peut s'éloigner d'un point de référence, en l'occurrence son lit. L'aire de déplacement d'une personne peut varier avec son âge. On considère alors comme aire de déplacement normale, l'aire de déplacement habituelle des personnes du même groupe d'âge. Dans l'échelle présentée, les trois premières catégories rendent compte d'une aire de déplacement normale alors que les catégories suivantes correspondent à une aire de déplacement allant en se rétrécissant progressivement.

Les catégories étant mutuellement exclusives, on en retient une seule pour chacun des deux répondants. Si la catégorie "pleine mobilité" est retenue (pour l'un ou l'autre des répondants), l'évaluateur passe directement à la section 7 (avec le répondant concerné), sinon il complète les autres questions de la section 6C.

Les catégories se définissent comme suit :

- Pleine mobilité: cette catégorie concerne les personnes ayant une aire de déplacement normale.
- Pleine mobilité avec restrictions occasionnelles: cette catégorie concerne les personnes présentant des incapacités intermittentes (cours fluctuant de la maladie, par exemple, dans le cas d'arthrite rhumatoïde ou d'ostéo-arthrose, personnes bronchitiques limitées dans leur mobilité en raison de contraintes climatiques temporaires, personnes souffrant d'asthme sévère,...) Sauf en périodes d'incapacité temporaire, ces personnes ont une aire de déplacement normale.
- Pleine mobilité mais lenteur: cette catégorie inclut les personnes dont l'aire de déplacement est normale, sinon qu'elles sont plus lentes dans leurs déplacements en raison, par exemple, de mauvaise vision, d'insécurité, ou en milieu urbain, en raison de difficultés à utiliser les transports publics, difficultés que la personne parvient néanmoins à surmonter sans l'aide d'autrui dans toutes les circonstances.
- Pleine mobilité aire réduite: cette catégorie regroupe les personnes dont la mobilité est réduite en raison, par exemple, de problèmes visuels, d'insécurité, de fragilité, de déficiences cardiaques ou respiratoires; ou dans une société urbanisée, en raison de leur incapacité de faire usage des transports publics dans toutes les circonstances. Ces personnes peuvent donc se déplacer sans l'aide d'autrui à l'extérieur du voisinage de leur résidence mais elles ne peuvent aller partout "sans l'aide d'autrui". Leur aire de déplacement est donc plus restreinte que l'aire normale.
- Mobilité restreinte au voisinage de l'établissement: cette catégorie regroupe les personnes dont les déplacements sont ordinairement limités au voisinage de l'établissement.
- **Mobilité restreinte à l'établissement**: cette catégorie regroupe les personnes qui ne circulent ordinairement qu'à l'intérieur de l'établissement.
- Mobilité restreinte à l'étage de la chambre: cette catégorie regroupe les personnes dont les déplacements sont ordinairement limités à l'étage de la chambre.
- Mobilité restreinte à la chambre: cette catégorie regroupe les personnes confinées à leur chambre.
- Mobilité restreinte au fauteuil: cette catégorie regroupe les personnes confinées à leur fauteuil.
- Mobilité nulle: cette catégorie concerne les personnes confinées au lit.

Note: l'échelle précédente a été adaptée à partir de la C.I.D.I.H. - OMS - 1980

Les FACTEURS LIMITANT LES DÉPLACEMENTS désignent des indicateurs permettant de comprendre ce qui limite le bénéficiaire dans ses déplacements. Les facteurs inhérents au bénéficiaire ne correspondent pas nécessairement à un diagnostic médical établi.

6- MOBILITÉ PHYSIQUE (suite)

B – RÉADAPTATION (si problèmes de mobilité précéden	nment énoncés)
Avez-vous (a-t-il) déjà entrepris de la réadaptation en rapp	port avec vos(ses) problèmes de mobilité ?
Bénéficiaire	Soignant
□ oui, préciser :	□ oui, préciser :
□ non, pourquoi ?	□ non, pourquoi ?
Commentaires :	
C – AIRE DE DÉPLACEMENT	
	ciaire : jusqu'où pouvez-vous vous déplacer ?
	nt : jusqu'où le bénéficiaire peut-il se déplacer ?
B. S. □ □ pleine mobilité – Passer à 7	B. S. □ □ mobilité restreinte à l'établissement
☐ ☐ pleine mobilité avec restrictions occasionnelles	☐ ☐ mobilité restreinte à l'étage de la chambre
□ □ pleine mobilité avec lenteur□ □ pleine mobilité – aire réduite	 □ mobilité restreinte à la chambre □ mobilité restreinte au fauteuil
☐ ☐ mobilité restreinte au voisinage de l'établissement	
Préciser le(s) facteur(s) limitant les déplacements	
Inhérents(s) au bénéficiaire	
B. S.	B. S.
☐ ☐ limitation de la mobilité d'un(de) membre(s) ☐ ☐ amputation d'un(de) membre(s)	□ □ obésité□ □ problèmes cardiaques
□ □ troubles d'équilibre	☐ ☐ problèmes cardiaques ☐ ☐ problèmes respiratoires
 □ problèmes d'ordre psychologique □ cécité 	□ □ inactivité, hypoactivité □ □ autre, préciser :
(Extérieur(s) au bénéficiaire	
B. S. □ □ barrières architecturales, préciser :	
manque de ressources matérielles, préciser : autre, préciser :	
Si le(s) facteur(s) est(sont) extérieur(s) au bénéficiaire lui- l'absence d'un(de) tel(s) obstacles(s) :	-même, préciser quelle pourrait-être son aire de déplacement en
1 absence d unique) ter(s) obstacles(s).	
Commentaires :	

La section 7 "Autonomie fonctionnelle" vise à évaluer les capacités du bénéficiaire à accomplir certains actes de la vie quotidienne. Le choix des activités listées dans cette section a été dicté par la préoccupation d'être représentatif de l'ensemble des actes qu'une personne est amenée à faire régulièrement pour le maintien de sa santé et de son bien-être. Elles sont ici regroupées par thème.

- 7- Pour chaque activité, on situe le bénéficiaire selon un des quatre niveaux d'autonomie suivant:
 - Le bénéficiaire réalise **SEUL** l'activité
 - Le bénéficiaire exécute l'activité moyennant l'AIDE D'AUTRUI.

Il peut s'agir de supervision, de surveillance, d'aide partielle, etc. Dans tous ces cas, l'évaluateur doit s'enquérir, auprès du soignant, des informations relatives au type d'aide apportée.

- Le bénéficiaire ne fait pas l'activité mais quelqu'un d'autre le fait à sa place, c'est donc dire que l'activité est exécutée **PAR AUTRUI**.
- La catégorie **ACTIVITÉ NON EXÉCUTÉE** rend compte d'une situation ou l'activité n'est tout simplement pas exécutée, ni par le bénéficiaire, ni par autrui. (ex.: sortir à l'extérieur l'hiver)

Tel que spécifié dans la partie droite du tableau, si une activité est **EXÉCUTÉE PAR AUTRUI ou NON EXÉCUTÉE**, il est important que l'évaluateur s'enquière, auprès du soignant, des raisons expliquant une telle situation. Si ces raisons sont extérieures au bénéficiaire (ex.: règlements de l'établissement, barrières architecturales. etc.), le soignant doit alors fournir des indications quant au POTENTIEL de celui-ci à réaliser l'activité en question.

Les activités investiguées se définissent comme suit:

Se servir à manger: préparer son assiette ou cabaret, s'installer pour manger.

Manger: couper ou piler les aliments, manger et boire durant chaque repas ou collation.

Préparer des repas légers: préparer des casse-croûtes, collations, déjeuners...

Préparer des repas complets: préparer des mets substantiels et adéquats (rassembler, mélanger, cuire... les aliments).

S'occuper de ses médicaments: suivre les directives de la(des) prescription(s), ouvrir le(s) contenant(s) et prendre le(s) médicament(s).

Se laver: préparer le bassin ou l'évier, les articles de toilette et faire sa toilette quotidienne normale.

Se raser: raser la barbe, rincer le visage.

Prendre bain/douche: faire couler le bain, entrer dans la baignoire (ou douche), se laver le corps, sortir de la baignoire (ou douche), s'essuyer.

Se laver la tête: préparer les accessoires, se laver les cheveux, les faire sécher et ranger les accessoires.

Se vêtir/dévêtir: préparer ses vêtements pour l'habillage, enfiler et attacher ses vêtements et souliers, mettre des accessoires, se déshabiller et ranger ses vêtements.

Utiliser les toilettes: se dévêtir (selon les besoins), s'installer sur la toilette ou chaise d'aisance, se nettoyer, se relever, se revêtir.

Se lever/coucher: passer de la position couchée à la position debout et se remettre au lit.

Marcher: aller d'un endroit à l'autre, se déplacer à pied (avec ou sans compensation mécanique) (à l'exclusion de monter/descendre les escaliers et de se déplacer en fauteuil roulant).

Sortir à l'extérieur - l'été: effectuer au moins une courte marche à l'extérieur l'été et en revenir sans trop de difficultés.

Sortir à l'extérieur - l'hiver: effectuer au moins une courte marche à l'extérieur l'hiver et en revenir sans trop de difficultés.

Monter/descendre les escaliers: utiliser les escaliers soit pour monter, soit pour descendre.

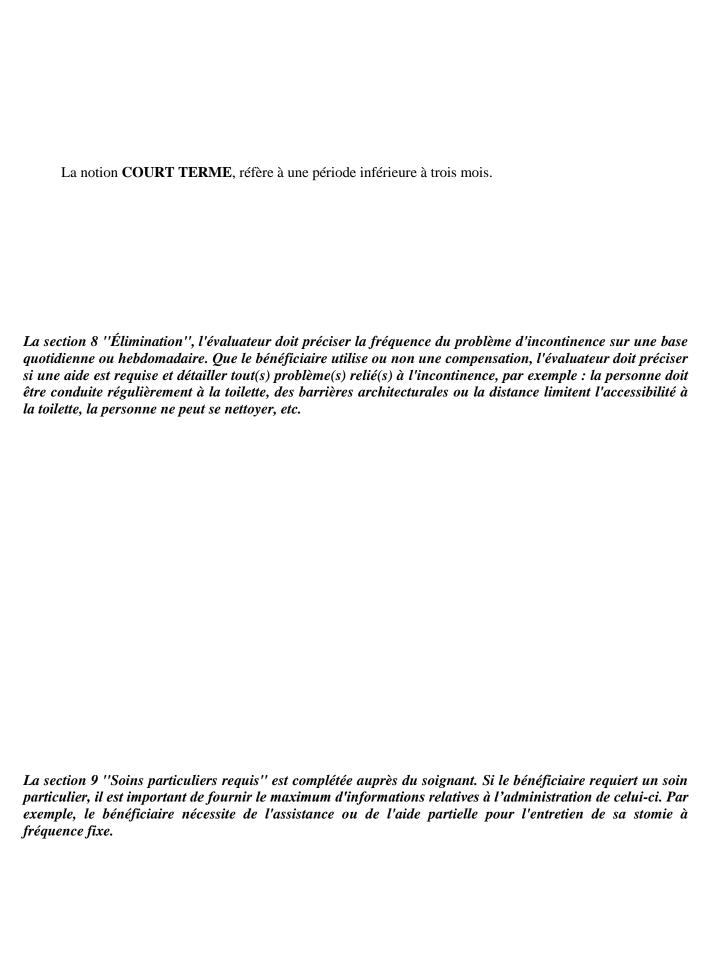
Faire les emplettes: sortir à l'extérieur pour y faire ses achats.

Utiliser le téléphone: prendre et tenir le récepteur, composer le numéro et communiquer.

Faire l'entretien ménager régulier: accomplir les tâches domestiques usuelles telles que l'époussetage, le repassage, etc.

7- AUTONOMIE FONCTIONNELLE

	BÉNÉFICIAIRE				SOIGNANT				Si Avec aide d'autrui , préciser le
	Ac	t. exéc	utée	.e.	Ac	t. exécu	ıtée	, o	type d'aide apportée. Si Activité
Faites-vous (fait-il) les activités suivantes?		Avec aide d'autrui	Par autrui	Activité non exécutée	Seul	Avec aide d'autrui	Par autrui	Activité non exécutée	exécutée par autrui ou non exécutée, indiquer la (les) raison(s) et si extérieure(s) au bénéficiaire, préciser son potentiel à réaliser l'A.V.Q.
- vous servir à manger									
- manger									
- préparer des repas légers (déjeuners)									
- préparer des repas complets									
 vous occuper de vos médicaments 									
- vous laver									
- vous raser									
- prendre un bain/douche									
- vous laver la tête									
- vous vêtir, dévêtir									
- utiliser les toilettes									
- vous lever/coucher									
- marcher									
- sortir à l'extérieur – l'été									
- sortir à l'extérieur – l'hiver									
- monter/descendre les escaliers									
- faire vos emplettes									
- utiliser le téléphone									
 faire l'entretien ménager régulier 									
- autre									
-									
-									
Commentaires:									



7- AUTONOMIE FONCTION	IELLE (suite)		
Au bénéficiaire et au soignant	•		
5		Expliquer:	
Durant la dernière année, votre capacité d'accomplir	I		
ces différentes activités	a diminué		
Au soignant	(a forteniem ammide		
À court terme, prévovez-vous	une amélioration de la capa	cité du bénéficiaire à réaliser ces ac	tivités ? □ oui □ non
Si oui, préciser :			
Commentaires :			
			
8 - ÉLIMINATION			
Au bénéficiaire Avez-vous des problèmes d'i	ncontinence?	Au soignant Le bénéficiaire a-t-il des probl	èmes d'incontinence?
Urinaire □ non □ oui → fréquence : _	□ diurne □ nocturne	Urinaire □ non □ oui → fréquence :	☐ diurne ☐ nocturne
□ aucune compensation □ condom □ sonde □ couche/culotte de continence	☐ aucune aide requise ☐ aide requise, préciser :	□ aucune compensation □ condom □ sonde □ couche/culotte de continence	☐ aucune aide requise ☐ aide requise, préciser :
Fécale □ non □ oui → fréquence : _	☐ diurne ☐ nocturne		☐ diurne ☐ nocturne
 □ aucune compensation □ colostomie □ couche/culotte de continence 	☐ aucune aide requise ☐ aide requise, préciser :	,	☐ aucune aide requise ☐ aide requise, préciser :
Détailler tout problème :		Détailler tout problème :	
Commentaires :			
0 00M0 B4BTIG:::::=====	50110 (2) 2 2		
9 – SOINS PARTICULIERS R Au soignant	EQUIS (si pertinent)		
Indiquer les soins particuliers requ	spiration des sécrétions	lement (<i>joindre le rapport infirmier</i> , insuline □ stomie □ curage rec	
		vpe d'aide, fréquence, etc.)	
	ou a vesoin a aiue, ty		

La section 10 explore des "Habitudes de vie" du bénéficiaire. La qualité du sommeil, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'alimentation et les événements qui y sont associés sont des facettes importantes du vécu quotidien. Les opinions du bénéficiaire sur ces aspects sont indicatrices de son état de bien-être et, mises en relation avec d'autres informations de l'évaluation de l'autonomie, sont révélatrices de l'ampleur de certains de ses problèmes ou de leurs conséquences sur sa santé (ex.: la qualité du sommeil versus la prise de somnifères, le type d'alimentation versus les problèmes financiers, etc.).

10- TABAC-ALCOOL

Si le bénéficiaire fume ou consomme de l'alcool, l'évaluateur porte une attention particulière aux problèmes qui peuvent être associés à ces habitudes de vie.

TABAC: "UNE SURVEILLANCE est-elle requise lorsque le bénéficiaire fume?"

Par surveillance, on entend la présence ou l'aide d'autrui ou tout moyen de protection (ex.: tablier protecteur).

L'ALIMENTATION du bénéficiaire est enregistrée selon les grandes catégories d'aliments. Cette information devrait permettre le dépistage d'éventuelles carences par rapport aux catégories d'aliments essentiels à une alimentation équilibrée.

Les **SUBSTITUTS** regroupent, entre autres, les oeufs, le fromage et les légumineuses (ex.: pois chiches).

La catégorie **PAIN ET CÉRÉALES** englobe aussi les féculents (ex.: riz, pâtes alimentaires).

10- HABITUDES DE VIE

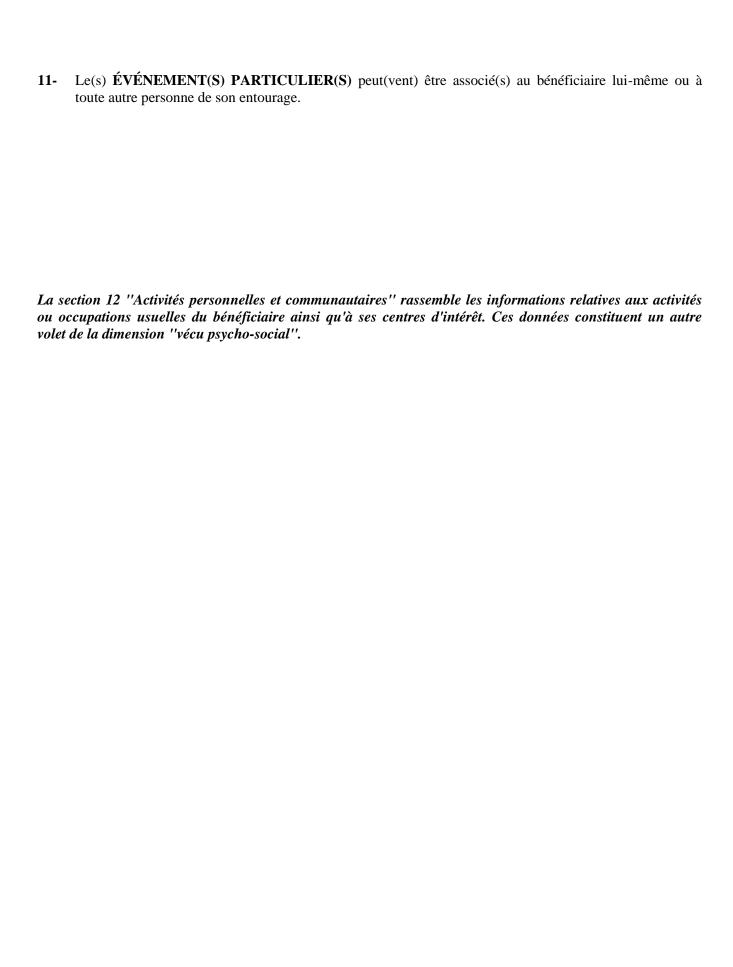
Bénéficiaire	Soignant			
SOMMEIL-REPOS De façon générale, êtes-vous satisfait de votre sommeil ?	SOMMEIL-REPOS Le bénéficiaire, dort-il bien ?			
Si non, pourquoi ?	□ oui □ non Si non, pourquoi ?			
faites-vous la sieste durant la journée ? □ oui □ non	fait-il la sieste durant la journée ? □ oui □ non			
TABAC-ALCOOL Est-ce que vous fumez ? □ oui □ non Commentaires ? □ oui □ non Est-ce que vous consommez □ oui de l'alcool (bière, vin, fort) ? □ non Commentaires : □ oui APPÉTIT − ALIMENTATION − DIÈTE Manger-vous HABITUELLEMENT avec appétit ? □ oui □ non	TABAC-ALCOOL Est-ce que le bénéficiaire fume ? □ oui □ non Si ou, une surveillance est-elle requise ? □ non □ oui, type de surveillance et pourquoi : □ oui Est-ce que le bénéficiaire consomme de l'alcool ? □ oui □ non Si oui, une surveillance est-elle requise ? □ non □ oui, type de surveillance et pourquoi : □ oui			
Où mangez-vous habituellement ? cafétéria	APPÉTIT – ALIMENTATION – DIÈTE Le bénéficiaire mange-t-il □ oui habituellement avec appétit ? □ non Le bénéficiaire suit-il une diète actuellement ? □ oui □ non Si oui, quel genre de diète suit-il ? □ oui □ non			
vous a-t-elle été prescrite par un médecin □ oui □ non DENTITION	lui a-t-elle été prescrite par un médecin ? □ oui □ non ——————————————————————————————————			
Avez-vous des problèmes avec vos dents (naturelles ou prothèses) ? □ oui □ non Si oui, préciser :	Le bénéficiaire a-t-il des problèmes avec ses dents (naturelles ou prothèses) ? □ oui □ non Si oui, préciser :			
Commentaires :				

La section 11 couvre les "Relations familiales et sociales" du bénéficiaire, volet important de son vécu psycho-social. L'évaluateur aborde cet aspect avec le bénéficiaire selon les thèmes énoncés et rapporte les réponses, impressions et commentaires de celui-ci aux endroits appropriés.

Il est demandé à l'évaluateur d'accorder une attention particulière à la vie affective et sexuelle du bénéficiaire. De plus, il doit être vigilant pour dépister tout problème de violence, d'exploitation, etc.

11- RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

TI- KELATIONS I AMILIA	LLU L	1 00017	
Avez-vous:	Non	Oui	Préciser la fréquence et le type de contacts (visites, appels)
• des enfants?	11011	Nb.	Treeiser in frequence et le type de contacts (visites, appeis)
• des petits-enfants?		Nb.	
• de la parenté?			
• des amis			
Préciser la nature des relation	s qu'ent ir égalei	tretient le ment son	FACTION DU BÉNÉFICIAIRE bénéficiaire avec sa famille d'une part et avec les autres personnes de son opinion sur la satisfaction qu'il retire de ces contacts. renté)
Autres relations sociales (ami	is, résido	ents, pers	onnel, etc.)
			LLE À L'ÉGARD DE SON ENTOURAGE act de sa perte d'autonomie sur son entourage.



11 - RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES (suite)
Le bénéficiaire a-t-il vécu un(des) ÉVÉNEMENT(S) PARTICULIER(S) qui ait(ent) encore un impact sur sa situation actuelle ? □ oui □ non
Si oui, préciser lequel(lesquels), quand cela s'est passé et comment le bénéficiaire réagit face à cet(ces) événement(s).
Commentaires :
12 – ACTIVITÉS PERSONNELLES ET COMMUNAUTAIRES
À quoi vous occupez-vous durant la journée ?
Sortez-vous à l'extérieur pour ces activités (personnelles de loisirs, sociales, etc.) ?
□ oui, préciser pour quelles activités :
□ non, pourquoi ?
Êtes-vous satisfait de la façon dont vous occupez vos journées □ oui □ non
Y a-t-il une (des) activité(s) que vous aimeriez faire et qui vous manque(nt) ? □ oui □ non
Si oui, laquelle(lesquelles) ?
qu'est-ce qui vous empêche actuellement de la(les) faire (ex. : problèmes monétaires, barrières architecturales, etc.)
SOIGNANT
À quoi le bénéficiaire occupe-t-il généralement ses journées ?
Selon vous est-ce que les activités usuelles du bénéficiaire soulèvent des problèmes pour lui-même (ex. : isolement, désintérêt, etc.) ou pour son entourage (ex. : demande beaucoup de temps, d'attention, etc.) ?
Commentaires :

La section 13 touche la situation économique du bénéficiaire où une attention particulière est accordée à l'aspect ''Administration du budget''. En regard du budget, il est important, lorsque le bénéficiaire ne l'administre pas lui-même, de bien identifier qui (nom de la personne, curatelle publique ou privé) assume cette responsabilité à sa place.

13- Au niveau du **BUDGET**, il est important, lorsque le bénéficiaire ne l'administre pas lui-même, de bien identifier qui (nom de la personne, **CURATELLE PRIVÉE ou PUBLIQUE**) assume cette responsabilité à sa place.

La **CURATELLE PRIVÉE** s'obtient pour une personne qui est jugée incapable d'administrer ses biens. La requête en interdiction doit être demandée par un membre de la famille, puis soumise au conseil de famille et confirmée par un juge.

La **CURATELLE PUBLIQUE** s'obtient pour une personne qui est jugée incapable d'administrer ses biens suite à l'émission par un psychiatre d'un certificat médical d'incapacité mentale.

La section 14 recueille "l'Opinion du bénéficiaire face à sa situation et à son orientation et les remarques de l'évaluateur". Ce dernier fournit des indications quant aux réactions éventuelles du bénéficiaire vis-à-vis d'une (ou de plusieurs) possibilité(s) d'orientation (retour à domicile, autre ressource intermédiaire ou institutionnelle).

13- ADMINISTRATION DU BUDGET

Administrez-vous vous-même votre budget ? □ oui □ non
Si non, qui l'administre pour vous ? □ conjoint □ enfant □ parent □ ami □ curatelle publique □ curatelle privée □ autre Nom :
êtes-vous satisfait de la façon dont on administre votre budget ? □ oui □ non si non, pourquoi ?
Quelle(s) est(sont) votre(vos) principale(s) source(s) de revenu(s) ?
Avez-vous de l'argent à votre disposition pour vos menues dépenses ? □ oui □ non
Commentaires :
14- OPINION DU BÉNÉFICIAIRE FACE À SA SITUATION ET À SON ORIENTATION ET REMARQUES DE L'ÉVALUATEUR
Actuellement, quel(s) est(sont) le(s) problème(s) principal(aux) que vous aimeriez voir se régler en priorité ?
Avez-vous auparavant entrepris des démarches pour tenter de solutionner ce(s) problème(s) ? □ oui □ non
Avez-vous auparavant entrepris des démarches pour tenter de solutionner ce(s) problème(s) ? □ oui □ non Si oui, lesquelles et quels furent les résultats ?
Si oui, lesquelles et quels furent les résultats ?
Si oui, lesquelles et quels furent les résultats ?

La section 15 regroupe une série d'informations relatives aux "Aptitudes intellectuelles du bénéficiaire, à son état affectif et enfin, à son comportement".

Les dimensions psychologique et comportementale sont déterminantes dans l'évaluation de l'autonomie d'un bénéficiaire. À ce titre, il est demandé à l'évaluateur de documenter le plus possible tout problème observé.

15A- APTITUDES INTELLECTUELLES

- **ORIENTATION TEMPS**: capacité de se situer dans le temps, c'est-à-dire de dissocier le passé, le présent, le futur, le jour et la nuit, l'après-midi et l'avant-midi, etc.
- ORIENTATION ESPACE: capacité de se situer dans l'espace, c'est-à-dire de savoir où physiquement il se trouve.
- **ORIENTATION AUX PERSONNES**: capacité d'avoir un bon contact avec les personnes et la réalité, c'est-à-dire de différencier les événements imaginaires ou désirés des faits réels.
- **MÉMOIRE ANCIENNE**: capacité de se rappeler des événements passés et de ce qui s'y trouve associé.
- **MÉMOIRE RÉCENTE**: capacité de se rappeler des événements récents et de ce qui s'y trouve associé.
- **ATTENTION**: capacité de se concentrer sur un objet ou une information déterminés.
- **COMPRÉHENSION**: capacité de recevoir de l'information et de la traiter (saisir et interpréter le sens).
- **JUGEMENT**: capacité de prendre position, de statuer vis-à-vis d'une information, d'un événement.
- **CAPACITÉ D'ADAPTATION**: capacité de s'acclimater, de s'habituer à un nouvel environnement ou entourage, à des situations nouvelles.

			À SON ORIENTATION ET REMARQUES DE L'ÉVALUATEUR(suite à l'éventualité d'un changement de milieu de vie ?		
Si le bénéficiaire doit change	er de	milieu, spéci	fier, s'il y a lieu, ses souhaits et les raisons de ce choix.		
15- APTITUDES INTELLE	ECTU	JELLES, É	TAT AFFECTIF ET COMPORTEMENT		
(À l'évaluateur et au soignant)		Aucun	Problème		
A – APTITUDES INTELLECTUELLES	;	problème	Comment se manifeste le problème chez le bénéficiaire et depuis quand ?		
	S				
Orientation – temps	Е				
	S				
Orientation – espace	Е				
0: 4:	S				
Orientation aux personnes	Е				
Mémoire récente	S				
viemone recente	Е				
Mémoire ancienne	S				
viemone ancienne	Е				
Attention	S				
Attention	Е				
Compréhension	S				
Comprenension	Е				
Jugement	S				
rugement	Е				
Capacité d'adaptation	S				
	Е				
Commentaires :					

•	

et C- L'évaluateur complète les volets "ÉTAT AFFECTIF" et "COMPORTEMENT" à partir de ses propres observations et des informations recueillies auprès du soignant.

La section 16 "Contexte de l'évaluation" permet d'identifier la(les) personne(s) interrogée(s) lors de l'évaluation et de commenter sur les conditions dans lesquelles celle-ci s'est réalisée (ex: bonne collaboration du bénéficiaire).

16- BÉNÉFICIAIRE SEUL: indique que seul le bénéficiaire a fourni les informations recueillies en regard des questions qui lui sont adressées en propre.

BÉNÉFICIAIRE SEUL EN PRÉSENCE D'UNE AUTRE PERSONNE: indique que seul le bénéficiaire a fourni les informations recueillies en regard des questions qui lui sont adressées en propre, mais qu'il a répondu en présence d'une autre personne.

BÉNÉFICIAIRE AVEC ASSISTANCE D'UNE AUTRE PERSONNE: indique qu'une autre personne a participé à(aux) l'entrevue(s) d'évaluation avec le bénéficiaire et qu'elle l'a assisté dans ses réponses.

Si cette catégorie est retenue, l'évaluateur doit préciser les nom, numéro de téléphone de la personne qui a assisté le bénéficiaire, son lien avec celui-ci et la(les) raison(s) principale(s) justifiant cette situation.

AUTRE PERSONNE QUE LE BÉNÉFICIAIRE: indique que le bénéficiaire n'a pas participé à(aux) l'entrevue(s) d'évaluation et qu'une autre personne a répondu aux questions qui lui sont normalement adressées.

Si cette catégorie est retenue, l'évaluateur doit préciser les nom, numéro de téléphone de la personne substitut qui a remplacé le bénéficiaire, son lien avec celui-ci de même que la(les) raison(s) principale(s) expliquant cette situation.

15- APTITUDES INTELLECTUELLES, ÉTAT AFFECTIF ET COMPORTEMENT (suite)

À L'ÉVALUATEUR
B – ÉTAT AFFECTIF Décrire ce qui caractérise le mieux l'état affectif du bénéficiaire (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation, etc.)
<u> </u>
C - COMPORTEMENT
Le bénéficiaire présente-t-il un(des) problème(s) de comportement ? □ oui □ non → Passer à 16
Si oui, fournir une description de son(ses) problème(s) (manifestations, relations avec autrui, attitudes vis-à-vis des objets, etc.)
identifier les éléments déclenchant ce comportement inadéquat chez le bénéficiaire.
identifier les moyens qui apparaissent les plus efficaces pour contrôler ce comportement inadéquat
le bénéficiaire nécessite-t-il un(des) moyens(s) de protection physique ? □ oui □ non
Si oui, préciser :
Commentaires :
16- CONTEXTE DE L'ÉVALUATION
Identifier la(les) personne(s) interrogée(s) au cours du processus d'évaluation
□ bénéficiaire seul □ bénéficiaire seul EN PRÉSENCE d'une autre personne, qui ? □ bénéficiaire avec ASSISTANCE d'une autre personne □ AUTRE PERSONNE que le bénéficiaire Raison(s) principale(s):
Raison(s) principale(s) : Répondant assistant ou substitut, Nom :Téléphone :
Lien avec le bénéficiaire :
Contexte de l'évaluation (climat, attitude du bénéficiaire, difficultés rencontrées)

La section 17 "Synthèse des problèmes et recommandations" permet à l'évaluateur de faire la synthèse de son(ses) entrevue(s) d'évaluation avec le bénéficiaire et ce, en identifiant le(s) problème(s) majeur(s) de celuici, les action(s) déjà entreprise(s) et leur(s) résultat(s) et en formulant certaines recommandations.

Le rôle de l'évaluateur est ici de première importance. En effet, de par sa position privilégiée (contact direct avec le bénéficiaire), l'évaluateur est en mesure de faire ressortir les principaux éléments d'information que l'équipe multidisciplinaire d'évaluation des services requis doit prendre en considération lors de l'étude du dossier du bénéficiaire, ceux auxquels elle devrait apporter une attention plus particulière.

À cette fin, il est demandé à l'évaluateur de procéder par PROBLÈME, indiquant pour chacun si des actions ont été entreprises pour les régler, si oui, par qui (réseau, ou hors réseau), quels ont été les résultats et enfin, de suggérer des moyens qui devraient être utilisés pour tenter de solutionner le(s) problème(s) observé(s).

17. SYNTHÈSE DES PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS

Problèmes bio-psycho-sociaux majeurs	e, quelles seraient vos recommandations ? B – Actions entreprises et résultats	C - Recommandations
	[,-	

18- AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE

J'autoriseNom de l'évaluateur	_ désigné par Nom de l'établissement référant
à fournir les renseignements c	ontenus dans le présent formulaire aux personnes responsables de
l'étude de ma demande de ser	ices, de même qu'à l'établissement vers lequel je pourrais être
orienté(e) ultérieurement.	
Signature du bénéficiaire	Signature de la personne autorisée si le bénéficiaire ne peut agir
	À QUEL TITRE LE FAIT-ELLE? □ parent/responsable □ curateur public □ curateur privé □ personne légalement autorisée
	Date de l'autorisation



ANNEXE VI

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

(Milieu : centre hospitalier de courte durée)

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

(Milieu : Centre hospitalier de courte durée)

A: Évaluation de l'autonomie du bénéficiaire

B: Évaluation complémentaire de l'autonomie du bénéficiaire réalisée auprès de la personne significative

UTILISATION DES FORMULAIRES A ET B

Situation 1 Toute personne pour qui il y a présomption de changement de milieu de vie

• Formulaire A et B : obligatoire

Situation 2 Toute personne présentant des facteurs de risque importants

• Formulaire A : recommandé

• Formulaire B : facultatif

Consignes spéciales : dans tous les cas ou le bénéficiaire ne peut répondre en raison de son état (confusion)

• Le formulaire A est complété avec l'aide du soignant

MINI-GUIDE

Note: La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne autant les femmes que les hommes.

Les cinq premières sections permettent de recueillir des éléments d'information d'ordre général concernant le bénéficiaire.

1- La première section sert à identifier le bénéficiaire, la personne-ressource, le soignant, l'(les) autre(s) professionnel(s) qui collabore(nt) à l'évaluation et enfin, l'évaluateur.

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE À LA NAISSANCE ET NOM DU CONJOINT.

Si la bénéficiaire est séparée, divorcée ou veuve mais utilise toujours le nom de son conjoint, il est important d'inscrire ce dernier afin d'obtenir de nom usuel.

La **PERSONNE-RESSOURCE** est définie comme la personne à laquelle le bénéficiaire peut faire appel en cas de besoin (ex.: un enfant, un ami, un voisin, etc.). Au cours du processus d'évaluation et d'orientation, cette personne peut aussi servir d'intermédiaire entre l'évaluateur ou l'intervenant et le bénéficiaire.

Le **SOIGNANT** est un membre du personnel de l'établissement où est hospitalisé le bénéficiaire, qui connaît bien ce dernier et qui peut, lui aussi, agir comme informateur-clé dans l'évaluation de l'autonomie. Le soignant est appelé à fournir des informations relatives à la capacité sensori-motrice du bénéficiaire, à son autonomie fonctionnelle, aux soins particuliers qu'il requiert, à ses habitudes de vie, à ses aptitudes intellectuelles, à son état affectif et enfin, à son comportement.

Au cours du processus d'évaluation, l'évaluateur responsable du dossier peut s'adjoindre, au besoin, un(des) collaborateur(s) professionnel(s). Si tel est le cas, l'évaluateur doit alors indiquer son(leur) nom et profession.

L'ÉVALUATEUR est la personne responsable du processus d'évaluation du bénéficiaire. Il doit inscrire son nom, spécifier à quel établissement il est rattaché, préciser son numéro de téléphone au travail et fournir la date de l'évaluation.

La DATE DE L'ÉVALUATION correspond à la date de la fin du processus d'évaluation, plus précisément à la date à laquelle est complété le formulaire. Il est très important que l'ensemble des informations alors inscrites au formulaire rende compte de l'état actuel du bénéficiaire.

1

Nom et prénom du bénéficiaire à la naissance		Nom du conjoint	
Nº d'assurance-maladie	Nº d'assu	rance-sociale (si di	sponible)
			I
Nom du CHSCD			Date d'admission
Personne-ressource:			
Adresse:			
Nº de téléphone : (résidence) :			
Lien avec le bénéficiaire :			
Commentaires:			
Soignant:		Téléphone: .	
Professionnel(s), autre que l'évaluateur et le soignant, qu	ui a(ont) collabor	ré à l'évaluation de	l'autonomie du bénéficiaire :
Nom:	Profession	on:	
Nom:	Profession	on:	
Évaluateur :			
Établissement :			
Date de l'évaluation :	•••••		

2- Il est demandé, dans le cas d'un bénéficiaire qui n'a **AUCUNE SCOLARITÉ** d'indiquer s'il sait lire et écrire.

L'évaluateur précise quelles sont l'**ORIGINE ETHNIQUE** et la **RELIGION** du bénéficiaire lorsqu'il juge ces informations pertinentes à l'évaluation et à l'éventuelle orientation. Au besoin, il détaille ces aspects s'il croit que ceux-ci peuvent avoir un impact important sur l'orientation.

Par **OCCUPATION(S) PRINCIPALE(S)** on entend l'activité (rémunérée ou non) à laquelle le bénéficiaire a consacré (ou consacre), la majeure partie de son temps.

3- La **RÉSIDENCE HABITUELLE** correspond au domicile permanent du bénéficiaire.

Généralement, on distingue un **APPARTEMENT** d'un logement du fait que ce premier appartient à un immeuble (à plusieurs appartements) ayant une entrée commune pour l'ensemble de ses résidents. Le **LOGEMENT**, quant à lui, possède une entrée privée réservée au seul occupant de celui-ci.

La **RÉSIDENCE TEMPORAIRE** est le lieu où résidait provisoirement le bénéficiaire lors de son admission au CHSCD, tout en ayant toujours à sa disposition son domicile personnel. À titre d'exemple, une personne vivant dans son propre domicile se voit confrontée à certaines difficultés et décide d'aller s'installer temporairement chez un parent. L'admission en CHSCD se fait lors de son séjour chez celui-ci. On inscrit donc l'adresse personnelle du bénéficiaire dans la partie "**résidence habituelle**" et l'adresse du parent dans la partie "**résidence temporaire**".

La **RÉSIDENCE ANTÉRIEURE** fait référence à l'endroit où le bénéficiaire a vécu le plus longtemps. Il se peut que cet endroit corresponde au lieu de résidence actuelle.

À la question "... cet **ENDROIT** est-il encore **SIGNIFICATIF** pour vous?", on cherche à savoir si le bénéficiaire est toujours attaché à l'endroit où il a vécu le plus longtemps, qu'il y vive encore ou non (ex.: liens d'amitié ou familiaux, sentiment d'appartenance, goût pour l'environnement, etc). Cette information peut être pertinente lors de l'orientation du bénéficiaire.

La section 4 précise les raisons qui, selon le bénéficiaire, ont engendré son hospitalisation au CHSCD. Il est tout à fait possible que ces informations diffèrent de celles enregistrées par l'établissement au dossier du bénéficiaire. On recueille ici la version du bénéficiaire.

Date de an mois jour naissance	_	Sexe □ F	□М	Lieu de naissance
_			vorcé(e) union libr	□ séparé(e) □ religieux(se) e
LANGUE USUELLE 🗆 françai	s □ ang	glais □	autre, pi	réciser
				l lire? □ oui □ non sait-il écrire? □ oui □ non laire □ métier/technique □ collégial/classique □ universitaire
Origine ethnique (si pertinent)				Religion (si pertinent)
Occupation(s) principales(s)				<u> </u>
3 – LIEU DE RÉSIDENCE ACT	TUEL			
A – RÉSIDENCE HABITUELL Adresse du domicile permaner	E nt:			Code postal
				Code postal
TYPE ☐ appartement ☐ loger STATUT ☐ propriétaire ☐ locat				□ maison de chambre □ HLM □ autre :
Vous y viviez ? □ seul(e) □ a	avec d'au	utre(s).	Qui ?	
Depuis combien de temps habitez-	vous ce	quartie	r (cette m	nunicipalité) ?
B – RÉSIDENCE TEMPORAIR	RE			
Lors de votre admission ici, habitie	ez-vous	votre d	omicile h	abituel ? \square oui \rightarrow Passer à 3C \square non
Si non, où habitiez-vous ? adresse				
	domicil raison(s		?	depuis combien de temps ?
C – RÉSIDENCE ANTÉRIEUR Dans quelle ville (région, municipa À l'heure actuelle, cet endroit est-i Si oui, pourquoi ?	alité) ave l encore	signifi	catif pour	
4 - RAISONS DE L'ADMISSIO	N AU C	CHSCE)	
Selon vous, pour quelles raisons (d	le santé o	ou soci	ales) avez	z-vous été hospitalisé ici ?

5- Le MÉDIATEUR DE LA DEMANDE est la personne qui fait la demande de service. Il peut s'agir du bénéficiaire lui-même ou d'une personne de sa famille (ex.: conjoint, enfant,...), de son entourage (ex.: ami, voisin...) ou d'un organisme (ex.: CLSC, CSS, CH,...).

FACTEURS DÉCLENCHANT LA DEMANDE DE SERVICE OU PROBLÈMES TELS QUE DÉCRITS PAR LE BÉNÉFICIAIRE.

L'évaluateur rend compte des éléments qui, selon le bénéficiaire, l'ont amené à faire une demande de service en vue d'obtenir un service particulier. Ces facteurs peuvent être d'ordre de santé (ex.: problèmes physiques ou psychiques) ou d'ordre social (ex.: problème familial, de logement, etc.) et peuvent être différents de ceux qui ont suscité l'hospitalisation.

Si le médiateur n'est pas le bénéficiaire, l'évaluateur complète la rubrique RAISONS INVOQUÉES PAR LE MÉDIATEUR, AUTRE QUE LE BÉNÉFICIAIRE, À L'APPUI DE LA DEMANDE DE SERVICE.

La section 6 est dévolue au recueil d'informations sur la capacité sensorielle du bénéficiaire entendu ici comme sa "Capacité de voir, d'entendre et de parler". L'évaluateur est invité, dans le cas d'un problème sensoriel particulier à annexer tout rapport d'examen spécifique disponible (ex.: orthophonie).

6- Par **LIMITATION MINEURE** on entend une réduction de la capacité qui n'affecte pas ou très peu l'exécution des activités usuelles du bénéficiaire. On retient la catégorie **LIMITATION MAJEURE** lorsque l'atteinte est suffisamment grande pour nuire au bénéficiaire dans l'accomplissement d'activités courantes et nécessaires à son bien-être.

Exemples de TYPE DE COMPENSATIONS/SUBSTITUTIONS :

- la vue: lunettes, verres de contact, loupe, gros caractère, etc.
- l'ouie: voix forte, cris, appareil auditif, lecture sur les lèvres, amplificateur de téléphone, décodeur T.V., etc.
- la parole: communication écrite, geste, langage formel (signes), cris, gémissements, etc.

5- CONTEXTE DE LA DEMANDE

Médiateur de la demande	Nom:	Téléphone :
		re :
	Le bénéficiaire est-il in	nformé de la demande faite pour lui ?
☐ bénéficiaire ☐ autre	☐ oui, est-il en accord	?
personne		
Date de la demande		
racteur(s) decienciant la demand	te de service ou problem	e(s) (santé ou sociaux) tel(s) que décrit(s) par le bénéficiaire :
Raison(s) invoquée(s) par le méd	iateur, autre que le bénéf	iciaire, à l'appui de la demande de service :
Service(s) demandé(s) par le méd	liateur :	

5- CAPACITÉ DE VOIR, D'ENTENDRE ET DE PARLER

		Faisant abstraction			Compensation(s)/substitution(s) ?							
Avez-vous ((a-t-il) des	de la(des) compensation(s) /substitution(s) utilisée(s)					ATE?	Types de				
problèmes			LIMIT	ATION	D.	NON	OUI	OUI ADÉQUATE?	NADÉQUATE?	compensation		tution(s)?
		Adéquat	Mineure	Majeure	Perte totale					Co	mmentaires	3
VOIR?	Bénéficiaire											
VOIK!	Soignant											
ENTENDRE?	Bénéficiaire											
ENTENDRE!	Soignant											
PARLER?	Bénéficiaire											
FARLER:	Soignant											
Commentaires												

La section 7 permet d'obtenir des informations détaillées quant à la "Mobilité physique "du bénéficiaire. Celle-ci est évaluée en regard de trois aspects: la limitation ou perte d'un(de) membre(s) ou partie(s) du corps, la réadaptation et l'aire de déplacement. Le premier aspect (7A) concerne les atteintes physiques qui limitent le bénéficiaire dans ses mouvements. Le second aspect (7B) précise toute démarche de réadaptation déjà entreprise en rapport avec les problèmes de mobilité identifiés. Enfin, le dernier aspect (7C) permet d'évaluer la capacité du bénéficiaire de se déplacer efficacement dans son environnement et de façon autonome, i.e. sans l'aide d'autrui mais en tenant compte de la(des) compensation(s) utilisée(s).

7A- Pour chaque partie du corps touchée par une **LIMITATION**, une description de la nature du problème doit être faite (ex.: tremblements, difficultés de préhension, douleurs, etc.). Il est aussi requis d'indiquer **DEPUIS QUAND** le bénéficiaire présente le problème identifié. Étant donné qu'une bonne partie des problèmes de mobilité est de nature évolutive, il n'est pas toujours possible d'indiquer une date précise. Dans ce cas, une indication approximative du moment de l'apparition du problème doit être fournie.

La question "Êtes-vous... (le bénéficiaire est...) **DROITIER OU GAUCHER?**" fournit une donnée essentielle aux intervenants du domaine de l'adaptation et de la réadaptation. Une fois associée, aux données relatives aux atteintes, cette information permet de mieux cerner la gravité de la perte d'autonomie et conséquemment, de mieux évaluer le type d'intervention requis. Par exemple, une personne droitière aux prises avec une hémiplégie droite ne rencontre pas le même type de difficultés qu'une personne gauchère ayant la même atteinte et peut donc, par le fait même, requérir des services de nature différente.

À la rubrique **COMPENSATION(S) UTILISÉE(S)**, il est important de n'indiquer que celle(s) réellement utilisée(s) par le bénéficiaire. Par exemple, ce dernier, peut posséder une marchette mais ne jamais en faire usage.

Aussi, lorsque le bénéficiaire utilise une **ORTHÈSE ou une PROTHÈSE** on demande à l'évaluateur d'en spécifier le type.

Une **ORTHÈSE** est un appareil ou dispositif qui corrige un membre ou partie du corps atteint d'une limitation (ex.: soulier orthopédique).

Une **PROTHÈSE**, quant à elle, a pour objet le remplacement partiel ou total d'un membre ou d'un organe (ex.: jambe artificielle).

Lorsque le bénéficiaire utilise une(des) compensation(s), on doit indiquer s'il a **BESOIN D'AIDE** pour s'en servir. Il peut s'agir d'un support:

- à l'installation (ex.: mettre, enlever, attacher, ajuster, une orthose ou une prothèse etc.)
- au transfert (ex.: du fauteuil roulant au lit, au bain, à la toilette, à l'automobile, etc...)
- au déplacement (ex.: soutenir, pousser le fauteuil roulant, etc.)
- etc.

7- MOBILITÉ PHYSIQUE

A – Limitation o	u perte d'un (de) membre(s) ou partie(s) du corps
AU BÉNÉFIC	CIAIRE : Avez-vous de la difficulté à faire certains mouvements ? □ oui □ non
AU SOIGNAI	NT : Le bénéficiaire a-t-il de la difficulté à faire certains mouvements ? □ oui □ non
Partie(s)	Description de la limitation pour chaque partie du corps atteinte ; depuis quand ?
du corps	Bénéficiaire Soignant
Main gauche	
ou droite	
Bras gauche	
ou droit	
Hanche gauche	
ou droite	
Jambe gauche	
ou droite	
Pied gauche ou droit	
Côté du corps	
gauche/droit	
Région	
cervicale	
Colonne	
vertébrale	
Généralisé	
	B. S. B. S. gaucher? \square \square
	B. S. B. S. □ □ aucune □ □ orthèse :
	□ aucune □ orthèse : □ canne □ prothèse :
	□ □ marchette □ □ fauteuil roulant non motorisé
	\square tripode, quadripode \square fauteuil roulant motorisé \square B. S. B. S.
	□ □ rampes, barres d'appui □ □ autre : □ □ Oui □ □ Non
Si une(des) compo	ensation(s) est(sont) utilisée(s) : avez-vous (a-t-il) besoin d'aide pour vous(s') en servir ? (ex. : déplacements, transferts, installations, etc.)
	B. S.
	□ □ oui, préciser le type d'aide requis :
Commentaires :	
Commentanes:	

7B- Cette partie couvre l'aspect **RÉADAPTATION**. L'évaluateur annexe tout rapport de réadaptation pertinent.

7C- L'AIRE DE DÉPLACEMENT d'un bénéficiaire correspond à "la distance" à laquelle il peut s'éloigner d'un point de référence, en l'occurence son lit. L'aire de déplacement d'une personne peut varier avec son âge. On considère alors comme aire de déplacement normale, l'aire de déplacement habituelle des personnes du même groupe d'âge. Dans l'échelle présentée, les trois premières catégories rendent compte d'une aire de déplacement normale alors que les catégories suivantes correspondent à une aire de déplacement allant en se rétrécissant progressivement.

Les catégories étant mutuellement exclusives, on en retient une seule pour chacun des deux répondants. Si la catégorie "pleine mobilité" est retenue (pour l'un ou l'autre des répondants), l'évaluateur passe directement à la section 8 (avec le répondant concerné), sinon il complète les autres questions de la section 7C.

Les catégories se définissent comme suit:

- Pleine mobilité: cette catégorie concerne les personnes ayant une aire de déplacement normale.
- Pleine mobilité avec restrictions occasionnelles: cette catégorie concerne les personnes présentant des incapacités intermittentes (cours fluctuant de la maladie, par exemple, dans le cas d'arthrite rhumatoïde ou d'ostéo-arthrose, personnes bronchitiques limitées dans leur mobilité en raison de contraintes climatiques temporaires, personnes souffrant d'asthme sévère,...) Sauf en périodes d'incapacité temporaire, ces personnes ont une aire de déplacement normale.
- Pleine mobilité mais lenteur: cette catégorie inclut les personnes dont l'aire de déplacement est normale, sinon qu'elles sont plus lentes dans leurs déplacements en raison, par exemple, de mauvaise vision, d'insécurité, ou en milieu urbain, en raison de difficultés à utiliser les transports publics, difficultés que la personne parvient néanmoins à surmonter sans l'aide d'autrui dans toutes les circonstances.
- Pleine mobilité aire réduite: cette catégorie regroupe les personnes dont la mobilité est réduite en raison, par exemple, de problèmes visuels, d'insécurité, de fragilité, de débilité, de déficiences cardiaques ou respiratoires; ou dans une société urbanisée, en raison de leur incapacité de faire usage des transports publics dans toutes les circonstances. Ces personnes peuvent donc se déplacer sans l'aide d'autrui à l'extérieur du voisinage de leur lieu de résidence mais elles ne peuvent aller partout "sans l'aide d'autrui". Leur aire de déplacement est donc plus restreinte que l'aire normale.
- Mobilité restreinte au voisinage de l'établissement: cette catégorie regroupe les personnes dont les déplacements sont ordinairement limités au voisinage de l'établissement.
- Mobilité restreinte à l'établissement: cette catégorie regroupe les personnes qui ne circulent ordinairement qu'à l'intérieur de l'établissement.
- Mobilité restreinte à l'étage de la chambre; cette catégorie regroupe les personnes dont les déplacements sont ordinairement limités à l'étage de la chambre.
- Mobilité restreinte à la chambre: cette catégorie regroupe les personnes confinées à leur chambre.
- Mobilité restreinte au fauteuil: cette catégorie regroupe les personnes confinées à leur fauteuil.
- Mobilité nulle: cette catégorie concerne les personnes confinées au lit.

Note: l'échelle précédente a été adaptée à partir de la C.I.D.I.H. - OMS - 1980

Les FACTEURS LIMITANT LES DÉPLACEMENTS désignent des indicateurs permettant de comprendre ce qui limite le bénéficiaire dans ses déplacements. Les facteurs inhérents au bénéficiaire ne correspondent pas nécessairement à un diagnostic médical établi.

7-. MOBILITÉ PHYSIQUE (suite)

7 ; medicite i medica (cano)	
B – RÉADAPTATION (si problèmes de mobilité précéden	nment énoncés)
Avez-vous (a-t-il) déjà entrepris de la réadaptation en rapp	ort avec vos(ses) problèmes de mobilité ?
Bénéficiaire	Soignant
□ oui, préciser :	□ oui, préciser :
□ non, pourquoi ?	□ non, pourquoi ?
Commentaires :	
C – AIRE DE DÉPLACEMENT	
	iaire : jusqu'où pouvez-vous vous déplacer ? nt : jusqu'où le bénéficiaire peut-il se déplacer ?
B. S. □ pleine mobilité – Passer à 8 □ pleine mobilité avec restrictions occasionnelles □ pleine mobilité avec lenteur □ pleine mobilité – aire réduite □ mobilité restreinte au voisinage de l'établissement	B. S. mobilité restreinte à l'établissement mobilité restreinte à l'étage de la chambre mobilité restreinte à la chambre mobilité restreinte au fauteuil mobilité nulle/confiné au lit
Préciser le(s) facteur(s) limitant les déplacements	
Inhérents(s) au bénéficiaire	
B. S. □ □ limitation de la mobilité d'un(de) membre(s) □ □ amputation d'un(de) membre(s) □ □ troubles d'équilibre □ □ problèmes d'ordre psychologique □ □ cécité	B. S. □ obésité □ problèmes cardiaques □ problèmes respiratoires □ inactivité, hypoactivité □ autre, préciser :
Extérieur(s) au bénéficiaire B. S.	
déplacement en l'absence d'un(de) tel(s) obstacles(s) : _	
Commentaires :	

La section 8 "Autonomie fonctionnelle" vise à évaluer les capacités du bénéficiaire à accomplir certains actes de la vie quotidienne. Le choix des activités listées dans cette section a été dicté par la préoccupation d'être représentatif de l'ensemble des actes qu'une personne est amenée à faire régulièrement pour le maintien de sa santé et de son bien-être.

- 8- Pour chaque activité, on situe le bénéficiaire selon un des quatre niveaux d'autonomie suivant:
 - Le bénéficiaire réalise l'activité **SANS L'AIDE D'AUTRUI**, il peut utiliser néanmoins une aide mécanique
 - Le bénéficiaire exécute l'activité moyennant l'**AIDE D'AUTRUI**.

Il peut s'agir de supervision, de surveillance, d'aide partielle, etc. Dans tous ces cas l'évaluateur doit s'enquérir, auprès du soignant, des informations relatives au type d'aide apportée.

- Le bénéficiaire ne fait pas l'activité mais quelqu'un d'autre le fait à sa place, c'est donc dire que l'activité est exécutée **PAR AUTRUI**.
- La catégorie **ACTIVITÉ NON EXÉCUTÉE** rend compte d'une situation ou l'activité n'est tout simplement pas exécutée, ni par le bénéficiaire, ni par autrui. (ex.: sortir à l'extérieur l'hiver)

Tel que spécifié dans la partie droite du tableau, si une activité est **EXÉCUTÉE PAR AUTRUI ou NON EXÉCUTÉE**, il est important que l'évaluateur s'enquiert, auprès du soignant, des raisons expliquant une telle situation. Si ces raisons sont extérieures au bénéficiaire (ex.: règlements du C.H., barrières architecturales, etc.), le soignant doit alors fournir des indications quant au POTENTIEL de celui-ci à réaliser l'activité en question.

Les activités investiguées se définissent comme suit:

Se servir à manger: préparer son assiette ou plateau, s'installer pour manger.

Manger: couper ou piler les aliments, manger et boire durant chaque repas ou collation.

Préparer des repas légers: préparer des casse-croûtes, collations, déjeuners...

Préparer des repas complets: préparer des mets substantiels et adéquats (rassembler, mélanger, cuire... les aliments).

S'occuper de ses médicaments: suivre les directives de la(des) prescription(s), ouvrir le(s) contenant(s) et prendre le(s) médicament(s).

Se laver: préparer le bassin ou l'évier, les articles de toilette et faire sa toilette quotidienne normale.

Se raser: raser la barbe, rincer le visage.

Prendre bain/douche: faire couler le bain, entrer dans la baignoire (ou douche), se laver le corps, sortir de la baignoire (ou douche), s'essuyer.

Se laver la tête : préparer les accessoires, se laver les cheveux, les faire sécher et ranger les accessoires.

Se vêtir/dévêtir: préparer ses vêtements pour l'habillage, enfiler et attacher ses vêtements et souliers, mettre des accessoires, se déshabiller et ranger ses vêtements.

Utiliser les toilettes: se dévêtir (selon les besoins), s'installer sur la toilette ou chaise d'aisance, se nettoyer, se relever, se revêtir.

Se lever/coucher: passer d'une position couchée à la position debout et se remettre au lit.

Marcher: aller d'un endroit à l'autre, se déplacer à pied (avec ou sans compensation mécanique) à l'exclusion de monter/descendre les escaliers et de se déplacer en fauteuil roulant).

Sortir à l'extérieur - l'été : effectuer au moins une courte marche à l'extérieur l'été et en revenir sans trop de difficultés.

Sortir à l'extérieur - l'hiver: effectuer au moins une courte marche à l'extérieur l'hiver et en revenir sans trop de difficultés.

Faire ses emplettes: sortir à l'extérieur pour y faire ses achats.

Monter/descendre les escaliers : utiliser les escaliers soit pour monter, soit pour descendre.

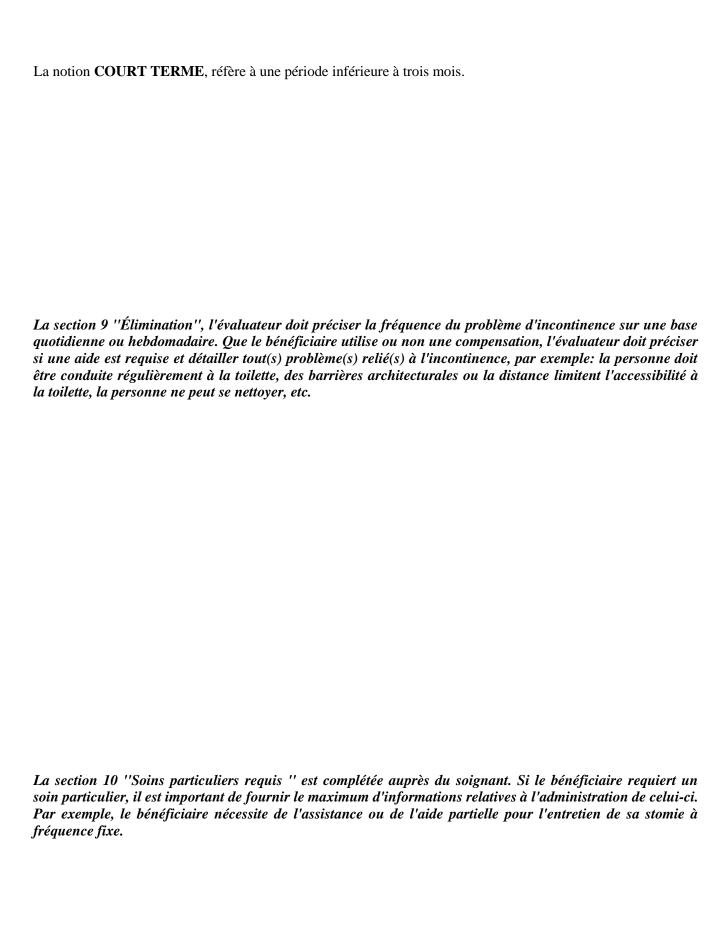
Utiliser le téléphone: prendre et tenir le récepteur, composer le numéro et communiquer.

Faire l'entretien ménager régulier: accomplir les tâches domestiques usuelles telles que l'époussettage, le repassage, etc.

Faire la lessive: rassembler, trier, mettre les vêtements dans la machine, la faire fonctionner, etc.

8- AUTONOMIE FONCTIONNELLE

5 7.6161.6mi2161.61	BÉNÉFICIAIRE		SOIGNANT			T	Si Avec aide d'autrui , préciser le type d'aide apportée. Si Activité		
	Act exécutée			Ac	A et exécutée				
Faites-vous (fait-il) les activités suivantes?	Seul	Avec aide d'autrui	Par autrui	Activité non exécutée	Seul	Avec aide d'autrui	Par autrui	Activité non exécutée	exécutée par autrui ou non exécutée, indiquer la (les) raison(s) et si extérieure(s) au bénéficiaire, préciser son potentiel à réaliser l'A.V.Q.
- vous servir à manger								_	
- manger									
- préparer des repas légers (déjeuners)									
- préparer des repas complets									
 vous occuper de vos médicaments 									
- vous laver									
- vous raser									
- prendre un bain/douche									
- vous laver la tête									
- vous vêtir, dévêtir									
- utiliser les toilettes									
- vous lever/coucher									
- marcher									
- sortir à l'extérieur – l'été									
- sortir à l'extérieur – l'hiver									
- monter/descendre les escaliers									
- faire vos emplettes									
- utiliser le téléphone									
- faire l'entretien ménager régulier									
- faire la lessive									
- autre									
-									
Commentaires:									



8- AUTONOMIE FONCTIONNELLE (suite)	
Au bénéficiaire et au soignant	
Durant la dernière année votre capacité d'accomplir ces différentes activités s'est amélioré est restée stable a diminué	B. S. Expliquer :
Au soignant	
À court terme, prévoyez-vous une amélioration de la cap Si oui, préciser :	acité du bénéficiaire à réaliser ces activités ? □ oui □ non
Commentaires :	
9 - ÉLIMINATION	_
Au bénéficiaire Avez-vous des problèmes d'incontinence?	Au soignant Le bénéficiaire a-t-il des problèmes d'incontinence?
Urinaire □ non □ oui → □ diurne □ nocturne fréquence :	Urinaire □ non □ oui → □ diurne □ nocturne fréquence :
□ aucune compensation □ condom □ sonde □ couche/culotte de continence □ aucune aide requise □ aide requise, préciser □ aide requise, préciser	□ aucune compensation □ condom □ sonde □ couche/culotte de continence □ aucune aide requise □ aide requise, préciser : □ aucune aide requise
Fécale □ non □ oui → □ diurne □ nocturne fréquence :	Fécale □ non □ oui → □ diurne □ nocturne fréquence :
□ aucune compensation □ colostomie □ couche/culotte de continence □ aucune aide requise □ aide requise, préciser	,
Détailler tout problème :	Détailler tout problème :
Commentaires :	_
10 – SOINS PARTICULIERS REQUIS (si pertinent)	
Au soignant Indiquer les soins particuliers requis par le bénéficiaire actue	□ insuline $□$ stomie $□$ curage rectal $□$ pansement(s)
Remarques (ex. : bénéficiaire autonome ou a besoin d'aide, u	type d'aide, fréquence, etc.)

La section 11 explore des "Habitudes de vie" du bénéficiaire. La qualité du sommeil, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'alimentation et les événements qui y sont associés sont des facettes importantes du vécu quotidien. Les opinions du bénéficiaire sur ces aspects sont indicatrices de son état de bien-être et, mises en relation avec d'autres informations de l'évaluation de l'autonomie, sont révélatrices de l'ampleur de certains de ses problèmes ou de leurs conséquences sur sa santé (ex. : la qualité du sommeil versus la prise de somnifères, le type d'alimentation versus les problèmes financiers, etc.).

11- TABAC-ALCOOL Si le bénéficiaire fume ou consomme de l'alcool, l'évaluateur porte une attention particulière aux problèmes qui peuvent être associés à ces habitudes de vie.

TABAC: "Une **SURVEILLANCE**" est-elle requise lorsque le bénéficiaire fume ? Par surveillance, on entend la présence ou l'aide d'autrui ou tout moyen de protection (ex.: tablier protecteur).

L'ALIMENTATION du bénéficiaire est enregistrée selon les grandes catégories d'aliments. Cette information devrait permettre le dépistage d'éventuelles carences par rapport aux catégories d'aliments essentiels à une alimentation équilibrée.

Les **SUBSTITUTS** regroupent, entre autres, les oeufs, le fromage et les légumineuses (ex.: pois chiches).

La catégorie PAIN ET CÉRÉALES englobe aussi les féculents (ex.: riz, pâtes alimentaires).

11- HABITUDES DE VIE

Bénéficiaire	Soignant
SOMMEIL-REPOS	SOMMEIL-REPOS
De façon générale, êtes-vous satisfait de votre sommeil ?	Le bénéficiaire, dort-il bien ?
□ oui □ non	□ oui □ non
Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?
faites-vous la sieste durant la journée ? ☐ oui ☐ non	fait-il la sieste durant la journée ? □ oui □ non
TABAC-ALCOOL	TABAC-ALCOOL
Est-ce que vous fumez ? □ oui □ non	Est-ce que le bénéficiaire fume ? ☐ oui ☐ non
Commentaires ?	Si ou, une surveillance est-elle requise ? □ non
Est-ce que vous consommez	☐ oui, type de surveillance et pourquoi :
de l'alcool (bière, vin, fort)?	
Commentaires :	Est-ce que le bénéficiaire consomme de l'alcool ? □ oui
	□ non
,	Si oui, une surveillance est-elle requise ? ☐ non
APPÉTIT – ALIMENTATION – DIÈTE	☐ oui, type de surveillance et pourquoi :
Manger-vous HABITUELLEMENT avec appétit ? ☐ oui	
□ non	
Chez vous mangiez-vous ? ☐ seul ☐ avec d'autres	APPÉTIT – ALIMENTATION – DIÈTE
Chez vous mangrez vous : E seur E avec a danes	
Où mangiez-vous habituellement ?	Le bénéficiaire mange-t-il □ oui
☐ salle à manger/cuisine ☐ fauteuil ☐ lit	habituellement avec appétit ? ☐ non
□ hors de chez vous, où ?	
Committee of the Commit	
Consommiez-vous? Jr. Sem. Rarement ou jamais	
• lait et produits laitiers \square \square	
• viande et substituts	
• fruits/légumes \square \square	
pain et céréales □ □ □ □	
• sucreries, desserts, liqueurs \square \square	
• eau \square \square	
• thé, café	
• autres	
D	Le bénéficiaire suit-il une diète actuellement ? □ oui □ non
Remarques :	Si oui, quel genre de diète suit-il ?
Si oui, quel genre de diète suivez-vous ?	
vous a-t-elle été prescrite par un médecin □ oui □ non	lui a-t-elle été prescrite par un médecin ? ☐ oui ☐ non
DENTITION	DENTITION
Avez-vous des problèmes avec vos dents (naturelles ou	Le bénéficiaire a-t-il des problèmes avec ses dents
prothèses) ? □ oui □ non Si oui, préciser :	(naturelles ou prothèses) ? ☐ oui ☐ non Si oui, préciser :
Commentaires :	

La section 12 "Utilisation des services" traite des services que recevait le bénéficiaire lorsqu'il était à domicile et de l'accessibilité aux ressources médicales.

12- Les SERVICES D'AIDE réfèrent aux services d'entretien ménager, de repas, d'accompagnement, etc.

La catégorie AUTRE comprend: les services de podiâtrie, de nutrition, d'orthophonie, etc.

Les **ORGANISMES** susceptibles d'offrir les services ou soins ici énoncés sont: les CLSC, CSS, centres de jour, organismes bénévoles, organismes privés, etc.

Lorsque vous étiez à				OUI	
domicile, profitiez-vous de ?	NON	OÙ domicile	J? extérieur	de quel(s) organisme(s)	préciser la nature et la fréquenc des services/soins reçus
services d'aide					
soins infirmiers					
services sociaux					
physiothérapie					
ergothérapie					
autre					
médecin) la date de la d					ci (i.e. à domicile ou au bureau du
4.	(1)	1	. 1:		
Étiez-vous suivi par une Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	-ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	-ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	-ci (i.e. à domicile ou au bureau di
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	-ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	-ci (i.e. à domicile ou au bureau di
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	ci (i.e. à domicile ou au bureau di
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m	nédecin(s), la	a fréquence	des visites, le lieu de celles-	-ci (i.e. à domicile ou au bureau di
Si oui, fournir le nom d	lu(des) m lernière c	nédecin(s), la consultation	a fréquence et les raison	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau di
Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d Avez-vous été hospitali	lu(des) m lernière c	nédecin(s), la consultation	a fréquence et les raison	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d Avez-vous été hospitali	lu(des) m lernière c	nédecin(s), la consultation	a fréquence et les raison	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d Avez-vous été hospitali Si oui, pourquoi ?	lu(des) m lernière c	urs des trois	dernières a	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d Avez-vous été hospitali	lu(des) m lernière c	urs des trois	dernières a	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d Avez-vous été hospitali Si oui, pourquoi ?	lu(des) m lernière c	urs des trois	dernières a	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Si oui, fournir le nom d médecin) la date de la d Avez-vous été hospitali Si oui, pourquoi ? Où ?	lu(des) m lernière c	urs des trois	dernières a	des visites, le lieu de celles- ns du suivi.	ci (i.e. à domicile ou au bureau di

La section 13 couvre les "Relations familiales et sociales" du bénéficiaire, volet important de son vécu psycho-social. L'évaluateur aborde cet aspect avec le bénéficiaire selon les thèmes énoncés et rapporte les réponses, impressions et commentaires de celui-ci aux endroits appropriés.

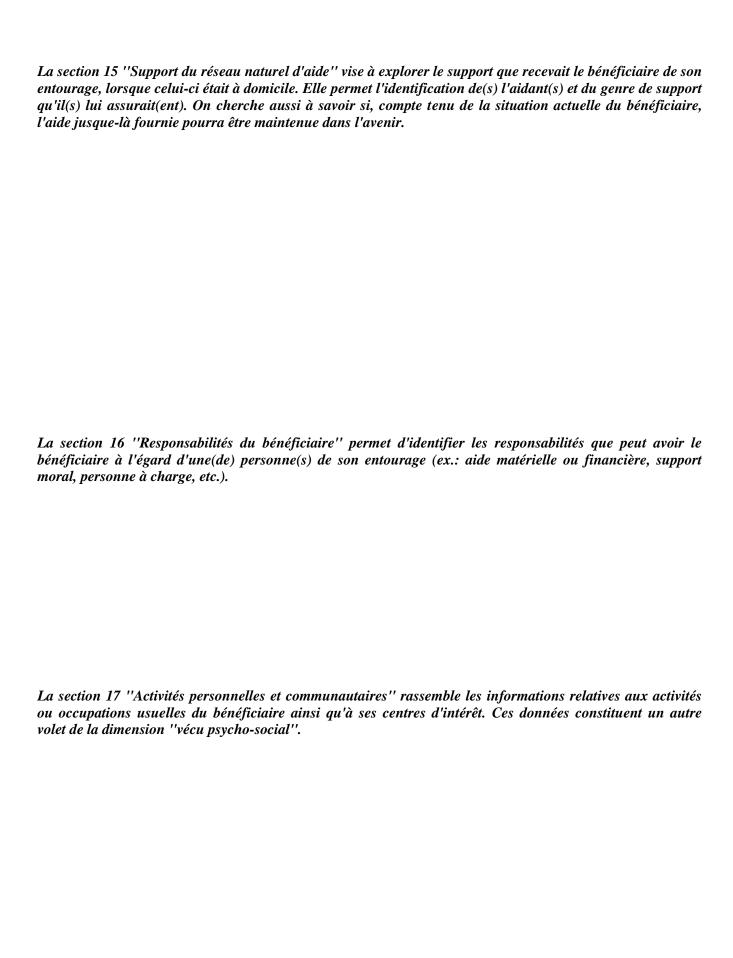
Il est demandé à l'évaluateur d'accorder une attention particulière à la vie affective et sexuelle du bénéficiaire. De plus, il doit être vigilant pour dépister tout problème, de violence, d'exploitation, etc.

13- RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

13- KLLATIONS I AMILIA	LLO L	1 00017	TELO .
Avez-vous:	Non	l Oui	Préciser la fréquence et le type de contacts (visites, appels)
• des enfants?	14011	Nb.	Treeiser in frequence et le type de contacts (visites, appeis)
• des petits-enfants?		Nb.	
• de la parenté?			
• des amis			
Préciser la nature des relation	ıs qu'ent	tretient le	FACTION DU BÉNÉFICIAIRE bénéficiaire avec sa famille d'une part et avec les autres personnes de son opinion sur la satisfaction qu'il retire de ces contacts.
Relations avec la famille (cor	njoint, en	nfants, pa	renté)
-			
= <u>————————————————————————————————————</u>			
-			
Autres relations sociales (ami	is, voisir	ıs, etc.)	
= <u>————————————————————————————————————</u>			
			
-			

13-	Le(s) ÉVÉNEMENT(S) PARTICULIER(S) peut(vent) être associé(s) au bénéficiaire lui-même ou à toute autre personne de son entourage.
une(ection 14 "Présence de l'entourage" permet de savoir si le bénéficiaire a des contacts soutenus avec des) personne(s) de son entourage ou s'il est plus ou moins isolé. Elle permet aussi de connaître ses ions vis-à-vis sa situation particulière. L'évaluateur doit être attentif à déceler les facteurs de risque.
14-	Par DOMICILE on entend ici la résidence habituelle du bénéficiaire.
	Par ENTOURAGE on entend l'ensemble des personnes qui entourent le bénéficiaire et qui partagent des relations de familiarité avec lui.
	SITUATION IMPRÉVUE est entendue au sens large, couvrant tous les événements inattendus qui susciteraient un besoin d'aide matérielle ou humaine chez le bénéficiaire.

13 - RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES (suite) PERCEPTION DE SA SITUATION ACTUELLE À L'ÉGARD DE SON ENTOURAGE Préciser comment le bénéficiaire perçoit l'impact de sa perte d'autonomie sur son entourage. Le bénéficiaire a-t-il vécu un(des) ÉVÉNEMENT(S) PARTICULIER(S) qui ait(ent) encore un impact sur sa situation actuelle? □ oui □ non Si oui, préciser lequel(lesquels), quand cela s'est passée et comment le bénéficiaire réagit face à cet(ces) événement(s). Commentaires: 14 – PRÉSENCE DE L'ENTOURAGE Lorsque vous étiez à domicile, étiez-vous habituellement (laissé) seul durant...? le jour □ non □ oui, préciser _____ le soir □ non □ oui, préciser _____ la nuit □ non □ oui, préciser _____ Attitude de la personne face à cette situation (peur, insécurité, etc.) Advenant une situation imprévue, sur qui pouviez-vous compter ? lien(s) □ pouvait compter sur... nom(s) ___ ☐ ne pouvait compter sur personne _____ Commentaires : _____



15- SUPPORT DU RÉSEAU NATUREL

Lorsque vous étiez à domicile, receviez-vous de l'aide de votre entourage pour vos activités quotidiennes?
□ oui □ non → Passer à 16
de quelle(s) personne(s) ?
de quelle(s) personne(s) ?que faisait(ent) elle(s) pour vous ?
Compte tenu de votre situation actuelle, pensez-vous que cette(ces) personne(s) pourrait(ent) continuer à vous aider dans l'avenir ?
\square oui, cette aide serait-elle suffisante ? \square oui \square non
Si non, de quelle aide supplémentaire auriez-vous alors besoin ?
Connaissez-vous une(d') autre(s) personne(s) qui pourrait(ent) vous apporter cette aide ? □ oui, préciser qui et comment ?
□ non, expliquer :
Commentaires :
AC DECRONOADULTÉG DU DÉNÉGICIAIDE
16- RESPONSABILITÉS DU BÉNÉFICIAIRE Avez-vous des responsabilités vis-à-vis d'une(de) personne(s) de votre entourage (familial ou autre)?
□ oui □ non → Passer à 17
Si oui, vis-à-vis de qui ? nom(s) lien(s) lien(s) âge(s) quel type de responsabilités (matérielles financières, etc.) ?
quel type de responsabilités (matérielles financières, etc.) ?
croyez-vous pouvoir continuer à assumer ces responsabilités ? □ oui □ non
Si non, pourquoi ?
Commentaires :
<u>,</u>
17- ACTIVITÉS PERSONNELLES ET COMMUNAUTAIRES
Lorsque vous étiez à domicile, à quoi occupiez-vous vos journées ?
Est-ce qu'il y avait des activités qui vous intéressaient tout particulièrement ? □ oui □ non
Si oui, lesquelles ?
les faisiez-vous ? □ oui □ non, pour quelles raisons ?
·
Commentaires :

La section 18 aborde les ''Condition économique du bénéficiaire'', facteur déterminant de ses conditions de vie. Dans un premier temps, l'évaluateur questionne le bénéficiaire sur des points d'ordre général (satisfaction, administration du budget, principale(s) source(s) de revenu et obligations rencontrées). Ce n'est que dans le cas où le bénéficiaire avoue une difficulté à rencontrer ses obligations que l'évaluateur procède à l'évaluation plus détaillée de l'aspect économique.

18- Au niveau du **BUDGET**, il est important, lorsque le bénéficiaire ne l'administre pas lui-même, de bien identifier qui (nom de la personne, **CURATELLE PRIVÉE ou PUBLIQUE**) assume cette responsabilité à sa place.

La curatelle privée s'obtient pour une personne qui est jugée incapable d'administrer ses biens. La requête en interdiction doit être demandée par un membre de la famille, puis soumise au conseil de famille et confirmée par un juge.

La curatelle publique s'obtient pour une personne qui est jugée incapable d'administrer ses biens suite à l'émission par un psychiatre d'un certificat médical d'incapacité mentale.

La section 19 aborde les questions relatives aux "Conditions de logement du bénéficiaire", si celui-ci possède toujours son domicile, on y recueille des informations objectives sur l'état du logement (nombre de pièces, accès, agencement des lieux et des meubles, installations sanitaires) de même que les perceptions du bénéficiaire sur son domicile, son quartier et, lorsqu'applicable sur le fait de partager son logement avec d'autres. Ces données sont indicatrices de la qualité de vie du bénéficiaire.

18- CONDITION ÉCONOMIQUE Trouvez-vous que vos revenus vous permettent de vivre à votre satisfaction ? ☐ oui ☐ non Administrez-vous vous-même votre budget ? ☐ oui ☐ non Si non, qui l'administre pour vous ? □ conjoint □ enfant □ parent □ ami □ curatelle publique □ curatelle privée □ autre raison(s): __ êtes-vous satisfait de la façon dont on administre votre budget ? ☐ oui ☐ non Si non, pourquoi ? Quelle(s) est (sont) votre(vos) principale(s) source(s) de revenu (pension, supplément, rente, aide sociale, etc.)? Vos revenus actuels vous permettent-ils de rencontrer vos obligations (loyer, nourriture, habillement, médication, etc.)? \square oui \rightarrow Passer à 19 □ non Si non, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ? à combien évaluez-vous votre revenu mensuel ? _____ \$ est-il augmenté par le revenu d'une (d')autre(s) personne(s) ? □ oui _____ \$ / mois \square non avez-vous des possessions (immeubles, épargnes) ? □ oui, préciser ____ \square non Combien vous en coûte-t-il par mois pour...? - loyer Ces dépenses sont-elles partagées avec une - nourriture (d') autre(s) personne(s) ? \square oui \square non - ou pension complète - <u>autre(s) dépense(s) régulière(s)</u> Total Commentaires: ___ 19- CONDITIONS DE LOGEMENT - (si le bénéficiaire possède toujours son domicile) Êtes-vous satisfait de votre logement ? □ oui □ non Si non, qu'aimeriez-vous voir améliorer ? ∫□ rez-de-chaussée (1^{er} étage) Combien de pièces contient ☐ escalier extérieur → accès par □ escalier intérieur Est-ce que les pièces sont fonctionnelles pour vous (i.e. accessibles et utilisables pour vous)? ☐ oui ☐ non, détailler le problème : _____

La section 20 recueille ''l'Opinion du bénéficiaire face à sa situation et à son orientation et les remarques de l'évaluateur''. Ce dernier fournit des indications quant aux réactions éventuelles du bénéficiaire vis-à-vis d'une (ou de plusieurs) possibilité(s) d'orientation (retour à domicile, ressource intermédiaire ou institutionnelle).

Etiez-vous satisfait de	votre milieu (environnement, services, transport, sécurité, etc.) ? □ oui □ non
Si non, pourquoi?	
Commentaires (ex.: re	lation propriétaire-locataire, coût du logement, salubrité, environnement, etc.) :
N.B. : Questions à ne	poser qu'aux personnes vivant à plusieurs dans un même logement
Est-ce que le fait de pa	artager le logement avec d'autres personnes vous incommode ? □ oui □ non
Si oui, expliquer :	
Pensez-vous que l'arra	angement actuel pour le logement est durable ? ☐ oui ☐ non envisagez-vous un changement ? ☐ oui
	□ non
quand ?	
Commentaires :	
20- OPINION DU BI L'ÉVALUATEU	ÉNÉFICIAIRE FACE À SA SITUATION ET À SON ORIENTATION ET REMARQUES DE R
Actuellement, quel(s)	est(sont) le(s) problème(s) principal(aux) que vous aimeriez voir se régler en priorité ?
Avez-vous auparavant Si oui, lesquelles et qu	entrepris des démarches pour tenter de solutionner ce(s) problème(s) ? \square oui \square non lels furent les résultats ?
	nvisagez-vous actuellement pour améliorer votre situation ? Énoncer les opinions du bénéficiaire su savantages de la(des) solution(s) envisagé(s) et d'un éventuel recours aux services du réseau).

La section 21 regroupe une série d'informations relatives aux ''Aptitudes intellectuelles du bénéficiaire, à son état affectif et enfin, à son comportement''.

Les dimensions psychologique et comportementale sont déterminantes dans l'évaluation de l'autonomie d'un bénéficiaire. À ce titre, il est demandé à l'évaluateur de documenter le plus possible tout problème observé.

21A- APTITUDES INTELLECTUELLES

- **ORIENTATION TEMPS**: capacité de se situer dans le temps, c'est-à-dire de dissocier le passé, le présent et le futur, le jour et la nuit, l'après-midi et l'avant-midi, etc.
- ORIENTATION ESPACE: capacité de se situer dans l'espace, c'est-à-dire de savoir où physiquement on se trouve.
- **ORIENTATION AUX PERSONNES** : capacité d'avoir un bon contact avec les personnes et la réalité, c'est-à-dire de différencier les événements imaginaires ou désirés des faits réels.
- **MÉMOIRE ANCIENNE** : capacité de se rappeler des événements passés et de ce qui s'y trouve associé.
- **MÉMOIRE RÉCENTE** : capacité de se rappeler des événements récents et de ce qui s'y trouve associé.
- **ATTENTION**: capacité de se concentrer sur un objet ou une information déterminés.
- **COMPRÉHENSION**: capacité de recevoir de l'information et de la traiter (saisir et interpréter le sens).
- **JUGEMENT** : capacité de prendre position, de statuer vis-à-vis d'une information, d'un événement.
- **CAPACITÉ D'ADAPTATION** : capacité de s'acclimater, de s'habituer à un nouvel environnement ou entourage, à des situations nouvelles.

			à l'éventualité d'un recours à des services à domicile, à des services d'un l'hébergement, etc. ?
Si le bénéficiaire doit chang	er de	milieu, spéci	fier, s'il y a lieu, ses souhaits et les raisons de ce choix.
21- APTITUDES INTELL	ECT	JELLES. É	TAT AFFECTIF ET COMPORTEMENT
(À l'évaluateur et au soignant		Aucun	Problème
A – APTITUDES INTELLECTUELLES	S	problème	Comment se manifeste le problème chez le bénéficiaire et depuis quand
	S		
Orientation – temps	Е		
0-:	S		
Orientation – espace	Е		
Orientation aux personnes	S		
Orientation aux personnes	Е		
Mémoire récente	S		
Wemone recent	Е		
Mémoire ancienne	S		
	Е		
Attention	S		
	Е		
Compréhension	S		
	Е		
Jugement	S		
	Е		
Capacité d'adaptation	S		
	Е		
Commentaires :			

A 1	T
· , .	к

et C- L'évaluateur complète les volets "États affectif et comportement" à partir de ses propres observations et des informations recueillies auprès du soignant.

La section 22 "Contexte de l'évaluation" permet d'identifier la(les) personne(s) interrogée(s) lors de l'évaluation et de commenter sur les conditions dans lesquelles celle-ci s'est réalisée (ex.: bonne collaboration du bénéficiaire).

22- BÉNÉFICIAIRE SEUL: indique que seul le bénéficiaire a fourni les informations recueillies en regard des questions qui lui sont adressées en propre.

BÉNÉFICIAIRE SEUL EN PRÉSENCE D'UNE AUTRE PERSONNE: indique que seul le bénéficiaire a fourni les informations recueillies en regard des questions qui lui sont adressées en propre, mais qu'il a répondu en présence d'une autre personne.

BÉNÉFICIAIRE AVEC ASSISTANCE D'UNE AUTRE PERSONNE: indique qu'une autre personne a participé à(aux) l'entrevue(s) d'évaluation avec le bénéficiaire et qu'elle l'a assisté dans ses réponses.

Si cette catégorie est retenue, l'évaluateur doit préciser les nom, numéro de téléphone de la personne qui a assisté le bénéficiaire, son lien avec celui-ci, et la(les) raison(s) principale(s) justifiant cette situation.

AUTRE PERSONNE QUE LE BÉNÉFICIAIRE: indique que le bénéficiaire n'a pas participé à (aux) l'entrevue(s) d'évaluation et qu'une autre personne a répondu aux questions qui lui sont normalement adressées.

Si cette catégorie est retenue, l'évaluateur doit préciser les noms, numéro de téléphone de la personne substitut qui a remplacé le bénéficiaire, son lien avec celui-ci, de même que la(les) raison(s) principale(s) expliquant cette situation.

21- APTITUDES INTELLECTUELLES, ÉTAT AFFECTIF ET COMPORTEMENT (suite)

À L'ÉVALUATEUR
B – ÉTAT AFFECTIF Décrire ce qui caractérise le mieux l'état affectif du bénéficiaire (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation, etc.)
C - COMPORTEMENT Le bénéficiaire présente-t-il un(des) problème(s) de comportement ? □ oui □ non → Passer à 22
Si oui, fournir une description de son(ses) problème(s) (manifestations, relations avec autrui, attitudes vis-à-vis des objets, etc.)
identifier les éléments déclenchant ce comportement inadéquat chez le bénéficiaire.
identifier les moyens qui apparaissent les plus efficaces pour contrôler ce comportement inadéquat.
le bénéficiaire nécessite-t-il un(des) moyens(s) de protection physique ? □ oui □ non
Si oui, préciser :
Commentaires :
22- CONTEXTE DE L'ÉVALUATION
Identifier la(les) personne(s) interrogée(s) au cours du processus d'évaluation
☐ bénéficiaire seul ☐ bénéficiaire seul EN PRÉSENCE d'une autre personne, qui ? ∫ ☐ bénéficiaire avec ASSISTANCE d'une autre personne ☐ AUTRE PERSONNE que le bénéficiaire
Raison(s) principale(s) :
Répondant assistant ou substitut, Nom :
Lien avec le bénéficiaire : Téléphone :
Contexte de l'évaluation (climat, attitude du bénéficiaire, difficultés rencontrées)

La section 23 "Synthèse des problèmes et recommandations" permet à l'évaluateur de faire la synthèse de son(ses) entrevue(s) d'évaluation avec le bénéficiaire et ce, en identifiant le(s) problème(s) majeur(s) de celuici, les action(s) déjà entreprise(s) et leur(s) résultat(s) et en formulant certaines recommandations.

Le rôle de l'évaluateur est ici de première importance. En effet, de par sa position privilégiée (contact direct avec le bénéficiaire), l'évaluateur est en mesure de faire ressortir les principaux éléments d'information que l'équipe multidisciplinaire d'évaluation des services requis doit prendre en considération lors de l'étude du dossier du bénéficiaire, ceux auxquels elle devrait apporter une attention plus particulière.

À cette fin, il est demandé à l'évaluateur de procéder par PROBLÈME, indiquant pour chacun si des actions ont été entreprises pour les régler, si oui, par qui (réseau ou hors réseau), quels ont été les résultats et enfin, de suggérer des moyens qui devraient être utilisés pour tenter de solutionner le(s) problème(s) observé(s).

23- SYNTHÈSE DES PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS

Compte tenu de la situation actuelle du bénéficiair	été entreprises pour tenter de remédier à ceux-ci ? Si oui, le, quelles seraient vos recommandations ?	esquelles ? Quelles en sont (furent) les résu
- Problèmes bio-psycho-sociaux majeurs	B – Actions entreprises et résultats	C - Recommandations
·		

24- AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE

J'autorise désign	né parNom de l'établissement référant			
à fournir les renseignements contenus	dans le présent formulaire aux personnes responsables de			
l'étude de ma demande de services, de même qu'à l'établissement vers lequel je pourrais être				
orienté(e) ultérieurement.				
Signature du bénéficiaire	Signature de la personne autorisée si le bénéficiaire ne peut agir			
	À QUEL TITRE LE FAIT-ELLE? □ parent ou responsable □ curateur public □ curateur privé □ personne légalement autorisée			
	Date de l'autorisation			



ANNEXE VII

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE Complété auprès de la personne-significative

(Milieu : centre hospitalier de courte durée)

	Nom du bénéficiaire :	Date de l'évaluation
	Nom de l'évaluateur :	
1- CONTEXTE DE LA DEMANDE		
	cteur(s) qui a(ont) suscité une demande de service	es de la part du bénéficiaire (ou autre
	LE DU BÉNÉFICIAIRE À DOMICILE	
	ile, comment s'organisait-il au niveau des activité intretien de la maison, emplettes, sorties à l'extérion	
Présentait-il des problèmes particulie vie qui pouvaient réduire son autonor	rs en regard de sa capacité sensorielle, de sa mol nie fonctionnelle ?	bilité physique et de ses habitudes de
		<u></u>
Durant la dernière année, la capacité o	du bénéficiaire d'accomplir les différentes activité	és de la vie quotidienne?
☐ s'est amélioré ☐ est res	stée stable 🛘 a diminué 🔻 a fortement dimin	nué
Expliquer:		

DYNAMIQUE FAMILIALE ET SOCIALE

Relations avec la fa	mille (conjoint, enfants, pare	enté)		
Autres relations soc	iales (amis, voisins)			
ment l'entourage d	ı bénéficiaire perçoit-il la sit	uation de perte d'aut	onomie de celui-ci ?	

SUPPORT DU RÉSEAU NATUREL

						ne(s) qui lui apportait(ent) du support é, support moral, sécurisation, etc.)?
	□ oui	\rightarrow	Compléter 4A		\square non \rightarrow	Compléter 4B
4A – SUPPORT	Γ DE L'EN	TOUR.	AGE			
Quelle(s) person	nne(s) appo	ortait(en	t) du support au bénéfi	iciaire et que fa	aisait(ent)-elle(s) pour lui ?
- <u></u>						
Compte tenu de maintenu à l'ave		ΓΙΟΝ A	CTUELLE du bénéfic	ciaire, pensez-v	vous que le supp	ort décrit ci-dessus pourra être
□ pou	□ sera s	suffisant		de quelle aide :	supplémentaire a	aurait-il besoin ? (puis passer à 4B)
□ ne j	pourra être	mainter	nu : dans ce cas, expliq	quer pourquoi '	? (puis passer à	4B)
- <u></u>						

4- SUPPORT DU RÉSEAU NATUREL (suite) 4B – ABSENCE OU INSUFFISANCE DE SUPPORT DE L'ENTOURAGE Connaissez-vous une(des) personne(s) qui pourrait(ent) et accepterait(ent) de combler l'absence ou l'insuffisance de support à laquelle fera éventuellement face la bénéficiaire ? ☐ oui, préciser qui et ce qu'elle(s) pourrait(ent) faire pour lui \square non Commentaires : _____ 5- APTITUDES INTELLECTUELLES, COMPORTEMENT ET ÉTAT AFFECTIF Est-ce que le bénéficiaire présente un problème quant aux aspects suivants ? Non Oui Si oui, comment se manifeste le problème chez le bénéficiaire et depuis quand ? Orientation (temps-espace-personne) Mémoire (ancienne - récente) Jugement Capacité d'adaptation Comportement Décrire ce qui caractérise le mieux L'ÉTAT AFFECTIF du bénéficiaire (sentiments, humeur, volonté...) Commentaires : _____

Actuellem	nent, quel(s) est(sont), selon vous, le(s) problème(s) principal(aux) du bénéficiaire ?
	t les réactions du bénéficiaire et celles de son entourage face à l'éventualité d'un recours aux services à domicile ces d'un centre de jour, à un changement de domicile ou à l'hébergement ?
Réact	tions du bénéficiaire :
Réact	tions de l'entourage :
~ .	
Comment	aires:
7- CONT	EXTE DE L'ÉVALUATION
ÉVALUA	TION COMPLÉMENTAIRE RÉALISÉE :
	ſ .
D	Nom de l'évaluateur
Par	Établissement Tél. :
	Nom de la personne-significative
	Adresse
Avec	Tél. (rés.)(trav.)
	Lien avec le bénéficiaire
Commont	aires:
Comment	



ANNEXE VIII

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

(Milieu: domicile)

AS-525

CONSIGNES D'UTILISATION

La **Partie** A, réception et enregistrement de la demande, permet d'acheminer aux intervenants concernés les demandes reçues.

La **Partie B**, évaluation préliminaire de l'autonomie permet, soit:

- de refuser la demande
- d'orienter la personne vers une autre ressource
- d'accorder des services à court terme
- de poursuivre l'évaluation

La **Partie** C, évaluation de l'autonomie du bénéficiaire, débute par une liste des thèmes couverts dans l'évaluation. L'évaluateur coche les thèmes de cette liste qu'il retient pour investigation. L'évaluation peut être effectuée selon une séquence temporelle plus ou moins longue selon la situation du bénéficiaire. Tous les thèmes doivent être couverts lorsqu'un changement de milieu de vie est envisagé ou pour un bénéficiaire présentant des facteurs de risque importants.

La **Partie D**, évaluation complémentaire de l'autonomie du bénéficiaire, doit être complétée dans tous les cas de présomption de changement de milieu et est facultative dans tous les autres cas.

La **Partie** E, réévaluation, permet d'indiquer les thèmes réévalués ainsi que les dates de réévaluation.

MINI-GUIDE

Note: La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne autant les femmes que les hommes.

La rubrique **NO DU DOSSIER** permet l'enregistrement d'un code qui identifie le bénéficiaire. Ce code est habituellement attribué par l'organisme qui reçoit la demande de service.

Le **MÉDIATEUR DE LA DEMANDE** est la personne qui fait la demande de services. Il peut s'agir du bénéficiaire lui-même, d'un de ses proches (ex.: conjoint, enfant, ami, voisin...) ou d'un intervenant social du réseau (ex.: intervenant social, infirmier...). Dans les deux premiers cas, il est demandé d'indiquer qui l'a référé à l'organisme qui reçoit la demande.

Lorsque la demande est jugée recevable, la personne à l'accueil complète la section **IDENTIFICATION**.

- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE À LA NAISSANCE ET NOM DU CONJOINT. Si la bénéficiaire est séparée, divorcée ou veuve mais utilise toujours le nom de son conjoint, il est important d'inscrire ce dernier afin d'obtenir le nom usuel.
- Les rubriques Nº D'ASSURANCE-MALADIE ET Nº D'ASSURANCE-SOCIALE peuvent être complétées lors de l'enregistrement de la demande ou lors de contacts ultérieurs avec le bénéficiaire (ou autre médiateur).
- L'adresse permanente du bénéficiaire correspond au lieu de son domicile personnel. Il est possible que, lors de la demande de services, le bénéficiaire soit logé provisoirement chez une autre personne (ex. : parent, amis, ...) tout en ayant à sa disposition son domicile personnel. Dans un tel cas, on indique les deux adresses, la **PERMANENTE** et la **TEMPORAIRE**.

RÉCEPTION ET ENREGISTREMENT **DE LA DEMANDE**

Nom du bénéficiaire :	N° de dossier :
Date du contact :	

LA DEMANDE	
Médiateur de la demande :	
☐ bénéficiaire lui-même, ┐	référé par :
proche	□ intervenant du réseau
Nom:	Nom :
Nº de tél. :	Nº de tél. :
Lien :	Établissement :
Nature de la demande (telle qu'exprimée po	ar le médiateur de celle-ci)
S'il s'agit de votre(la) première demande fa	aite à notre organisme (pour le bénéficiaire) ? □ oui □ non
Si non, à quand remonte la dernière demand	de ?
☐ services donnés ☐ services non o	donnés
IDENTIFICATION (Si la demande est	recevable)
	Prénom :
Nom du conjoint :	
Nº d'assurance-maladie :	Nº d'assurance sociale (si disponible) :
Date de naissance :	\hat{A} ge: Sexe: \square F \square M
Adresse permanente :	
Code postal :	Téléphone :
Adresse temporaire (s'il y a lieu) :	
	Téléphone :
DÉCISION	
Décision à l'accueil	
☐ demande non retenue, sans orientation	on ; préciser pourquoi
☐ demande non retenue, orientation ve	ers une autre ressource ; préciser laquelle et pourquoi ?
☐ demande retenue pour évaluation ☐	préliminaire □ complète



ANNEXE VIII

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

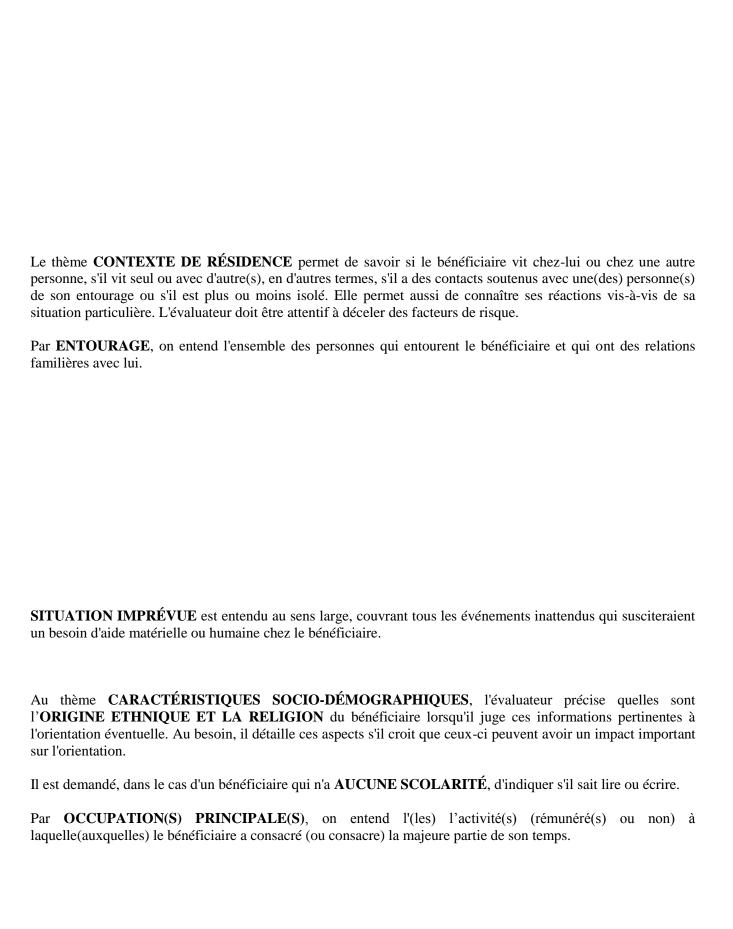
(Milieu: domicile)

PARTIE "B"

,	,
FUALIMATION	PRÉLIMINAIRE
LIADUATION	I INDIDIMINATION

Nom du bénéficiaire :	Nº de dossier :
Date de l'évaluation :	
Nom de l'évaluateur :	

CONTEXTE DE LA DEMANDE		
AU BÉNÉFICIAIRE (OU AUTRE MÉDIATEUR DE LA DEMANDE)		
Quels sont les facteurs ou problèmes (de santé ou sociaux) qui vous ont amené à faire une demande de services ?		
TYPE D'AIDE DEMANDÉ		
Préciser les attentes du bénéficiaire ou du répondant		



AUTRES DÉMARCHES ENTREPRISES

Avez-vous entrepris d'autres démarches pour tenter de résoudre votre	e problème ?
T médicar la cavallar cumba da qui ou qual organismo et les	-Contests obtonue
☐ oui, préciser lesquelles, auprès de qui ou quel organisme et les r	résultats obtenus :
□ non, pourquoi ?	
CONTEXTE DE RÉSIDENCE	
Où habitez-vous actuellement?	
Ou habitez vous actuenement.	
☐ résidence personnelle	
☐ chez une autre personne, préciser :	T tom.
Nom :Raison(s)	Lien:
Tuison(s)	Depuis quand ?
(À votre résidence personnelle) Vivez-vous? □ seul	
Vivez-vous? \square seul \square avec d'autre(s) (indiquer le nombre) \rightarrow	□ conjoint
avec a auto(s) (marquet te nomote)	\Box enfant(s) \Box ami(e)
	□ parent(s)
	•
Habituellement, étiez-vous seul durant?	
le jour □ non □ oui, préciser :	
Attitude de la personne face à cette situation (peur, insécurité, etc.)	
Advenant une situation imprévue, sur qui pouvez-vous compter ?	
peut compter sur nom(s)	lien(s):
☐ ne peut compter sur personne	
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	
CANACTERIOTING EG GOOIG-DEMOCINA TINGGES	
ÉTAT CIVIL : □ célibataire □ veuf(ve) □ séparé(e)/divorcé(e)	
	\square religieux(se)
(C) (C) ODIONE ETIMIQUE	PELICION :
(Si pertinent) ORIGINE ETHNIQUE	RELIGION:
SCOLARITÉ : □ aucune scolarité → sait-il lire ? □ oui □ non □ élémentaire/primaire □ secondaire □ métier/tech	
OCCUPATION(S) PRINCIPALE(S) :	

Au thème DÉCISION , les deux dernières catégories ne sont pas mutuellement exclusives.	

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
Nom:
Adresse:
Nº téléphone : (résidence) : (travail) :
Lien avec le bénéficiaire :
RÉPONDANT
Évaluation préliminaire réalisée avec :
☐ le bénéficiaire lui-même
□ autre personne, qui ?
lien ou statut :
le bénéficiaire est-il informé de la demande faite pour lui ?
□ oui, est-il en accord ?
□ non, pourquoi ?
DÉCISION
Décision de l'évaluateur
Decision de l'évaluateur
☐ demande non retenue, sans orientation, préciser pourquoi
_
☐ demande non retenue, orientation vers une autre ressource, préciser laquelle et pourquoi
☐ demande retenue, service requis à court terme, préciser :
☐ demande retenue pour évaluation de l'autonomie du bénéficiaire prévue le :
Signature de l'évaluateur :



ANNEXE VIII

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

(Milieu: domicile)

PARTIE "C"

La Partie C, ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE, débute par une liste des thèmes couverts dans l'évaluation. L'évaluateur coche les thèmes de cette liste qu'il retient pour investigation. L'évaluation peut être effectuée selon une séquence temporelle plus ou moins longue selon la situation du bénéficiaire.

L'espace **REMARQUES** est réservé aux commentaires que l'évaluateur voudrait émettre relativement à sa décision d'investiguer ou non un thème.

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE

Nom du bénéficiaire :	Nº de dossier :
Nom de l'évaluateur :	

	\neg \leftarrow .	
☐ Évaluation complète	1 Evaluation	narfielle
- L'araation complete	_ Lvaluation	particine

THÈMES		Oui	Non	Remarques	Section complétée le
Capacité de voir, d'entendre et de parler	(C.2)				
Mobilité physique	(C.2, C.3)				
Autonomie fonctionnelle	(C.4)				
Élimination, soins particulie requis, médication	ers (C.5)				
Habitudes de vie	(C.6)				
Utilisation des services	(C.7)				
Relations familiales et sociales	(C.8, C.9)				
Support du réseau naturel	(C.9)				
Responsabilités du bénéficiaire	(C.10)				
Activités personnelles et communautaires	(C.10)				
Conditions économiques	(C.11)				
Conditions de logement	(C.12)				
Opinion du bénéficiaire face à sa situation et à son orientation	(C.13)				
Aptitudes intellectuelles, état affectif et comportement	et (C.14)				
son orientationAptitudes intellectuelles,	nt (C.14)	thème(s) i	investigué(s) et les pages C. 15 et C. 16.	

CAPACITÉ DE VOIR, D'ENTENDRE ET DE PARLER du bénéficiaire. Dans le cas d'un problème sensoriel particulier, l'évaluateur est invité à annexer tout rapport d'examen spécifique particulier (ex.: orthophonie).

- Par LIMITATION MINEURE, on entend une réduction de capacité sensorielle qui n'affecte pas ou très peu l'exécution des activités usuelles du bénéficiaire. On retient la catégorie LIMITATION MAJEURE lorsque l'atteinte est suffisamment grande pour réduire au bénéficiaire dans l'accomplissement d'activités courantes et nécessaires et son bien-être.
- Exemples de TYPES DE COMPENSATIONS/SUBSTITUTIONS
 - la vue: lunettes, verres de contact, loupe, gros caractère, etc.
 - l'ouie: voix forte, cris, appareil auditif, lecture sur les lèvres, amplificateur de téléphone, décodeur T.V., etc.
 - la parole: communication écrite, geste, langage formel (signes), cris, gémissements, etc.

La MOBILITÉ PHYSIQUE du bénéficiaire est évaluée en regard de trois aspects: la limitation ou perte d'un(de) membre(s) ou partie(s) du corps, la réadaptation et l'aire de déplacement. Le premier aspect (A) concerne les atteintes physiques qui limitent le bénéficiaire dans ses mouvements. Le second aspect (B) précise toute démarche de réadaptation déjà entreprise en rapport avec les problèmes de mobilité identifiés. Enfin, le dernier aspect (C) permet d'évaluer la capacité du bénéficiaire de se déplacer efficacement dans son environnement et de façon autonome, i.e. sans l'aide d'autrui mais en tenant compte de la(des) compensation(s) utilisée(s).

- Pour chaque partie du corps touchée par une LIMITATION, une description de la nature du problème doit être faite (ex.: tremblements, difficultés de préhension, douleur, etc.). Il est aussi requis d'inscrire DEPUIS QUAND le bénéficiaire présente le problème identifié. Étant donné qu'une bonne partie des problèmes de mobilité est de nature évolutive, il n'est pas toujours possible d'indiquer une date précise. Dans ce cas, une indication approximative du moment de l'apparition du problème doit être fournie.
- La question "Êtes-vous... **DROITIER OU GAUCHER?** fournit une donnée essentielle aux intervenants du domaine de l'adaptation et de la réadaptation. Une fois associée aux données relatives, aux atteintes, cette information permet de mieux cerner la gravité de la perte d'autonomie et conséquemment, de mieux évaluer le type d'intervention requis. Par exemple, une personne droitière aux prises avec une hémiplégie droite ne rencontre pas le même type de difficultés qu'une personne gauchère ayant la même atteinte et peut donc, par le fait même, requérir des services de nature différente.
- À la rubrique **COMPENSATION(S) UTILISÉE(S)**, il est important de n'indiquer que celle(s) réellement utilisée(s) par le bénéficiaire. Par exemple, ce denier peut posséder une marchette mais ne jamais en faire usage. Aussi, lorsque le bénéficiaire utilise une **ORTHÈSE** ou une **PROTHÈSE**, on demande à l'évaluateur d'en spécifier le type.
 - Une **ORTHÈSE** est un appareil ou dispositif qui corrige un membre ou partie du corps atteint d'une limitation (ex.: soulier orthopédique).
 - Une **PROTHÈSE**, quant à elle, a pour objet le remplacement partiel ou total d'un membre ou d'un organe (ex.: jambe artificielle).
- Lorsque le bénéficiaire utilise une(des) compensation(s), on doit indiquer s'il a **BESOIN D'AIDE** pour s'en servir. Il peut s'agir d'un support:
 - à l'installation (ex.: de l'orthèse, de la prothèse, au fauteuil roulant...)
 - au transfert (ex.: du fauteuil roulant au lit, au bain, à la toilette, à l'auto...)
 - au déplacement (ex.: soutenir, pousser le fauteuil roulant...), etc.
- À la rubrique **COMMENTAIRES**, l'évaluateur peut traiter de sujets tels: l'acceptation par le bénéficiaire de sa situation, son potentiel de recouvrement, la justesse ou non de la compensation, etc.

CAPACITÉ DE VOIR, D'ENTENDRE ET DE PARLER Compensation(s)/substitution(s)? **Faisant abstraction** de la(des) compensation(s) Avez-vous ADÉQUATE? /substitution(s) utilisée(s) Types de des problèmes NON LIMITATION OUI compensation(s)/substitution(s) pour... Perte Commentaires Adéquat

NADÉQUATES Mineure Majeure totale VOIR? ENTENDRE? PARLER? Commentaires **MOBILITÉ PHYSIQUE** A – LIMITATION OU PERTE D'UN(DE) MEMBRE(S) OU PARTIE(S) DU CORPS Avez-vous de la difficulté à faire certains mouvements ? ☐ oui ☐ non Partie(s) du corps Description de la limitation pour chaque partie du corps atteinte : depuis quand ? Main gauche ou droite Bras gauche ou droit Hanche gauche ou droite Jambe gauche ou droite Pied gauche ou droit Côté du corps gauche/droit Région cervicale Colonne vertébrale Généralisé droitier ? \square **Êtes-vous...** gaucher? Utilisez-vous une(des) compensation(s)? \square aucune □ orthèse □ canne □ prothèse ☐ marchette ☐ fauteuil roulant non motorisé Vous appartient-il? ☐ tripode, quadripode ☐ fauteuil roulant motorisé \square oui \square non ☐ rampes, barres d'appui \square autre : _ Si une(des) compensation(s) est(sont) utilisée(s): avez-vous (a-t-il) besoin d'aide pour vous(s') en servir ?

Si oui, préciser : __ Commentaires:

B- Réadaptation

L'évaluateur annexe tout rapport de réadaptation pertinent.

C - L'AIRE DE DÉPLACEMENT d'un bénéficiaire correspond à "la distance" à laquelle il peut s'éloigner d'un point de référence, en l'occurence son lit. L'aire de déplacement d'une personne peut varier avec son âge. On considère alors comme aire de déplacement normale, l'aire de déplacement habituelle des personnes du même groupe d'âge. Dans l'échelle présentée, les trois premières catégories rendent compte d'une aire de déplacement normale alors que les catégories suivantes correspondent à une aire de déplacement allant en se rétrécissant progressivement.

Les catégories étant mutuellement exclusives, on en retient une seule. Si la catégorie "pleine mobilité" est retenue, l'évaluateur passe directement au thème suivant sinon il complète les autres questions de la section.

Les catégories se définissent comme suit:

- Pleine mobilité: cette catégorie concerne les personnes ayant une aire de déplacement normale.
- Pleine mobilité avec restrictions occasionnelles: cette catégorie concerne les personnes présentant des incapacités intermittentes (cours fluctuant de la maladie, par exemple, dans le cas d'arthrite rhumatoïde ou d'ostéo-arthrose, personnes bronchitiques limitées dans leur mobilité en raison de contraintes climatiques temporaires, personnes souffrant d'asthme sévère, ...). Sauf en périodes d'incapacité temporaire, ces personnes ont une aire de déplacement normale.
- Pleine mobilité mais lenteur: cette catégorie inclut les personnes dont l'aire de déplacement est normale, sinon qu'elles sont plus lentes dans leurs déplacements en raison, par exemple, de mauvaise vision, d'insécurité, ou en milieu urbain, en raison de difficultés à utiliser les transports publics, difficultés que la personne parvient néanmoins à surmonter sans l'aide d'autrui dans toutes les circonstances.
- Pleine mobilité aire réduite: cette catégorie regroupe les personnes dont la mobilité est réduite en raison, par exemple, de problèmes visuels, d'insécurité, de fragilité, de débilité, de déficiences cardiaques ou respiratoires; ou dans une société urbanisée, en raison de leur incapacité de faire usage des transports publics dans toutes les circonstances. Ces personnes peuvent donc se déplacer sans l'aide d'autrui à l'extérieur du voisinage de leur domicile mais elles ne peuvent aller partout "sans l'aide d'autrui". Leur aire de déplacement est donc plus restreint, que l'aire normale.
- Mobilité restreinte au voisinage du domicile: cette catégorie regroupe les personnes dont les déplacements sont ordinairement limités au voisinage de leur domicile.
- Mobilité restreinte au domicile: cette catégorie regroupe les personnes qui ne circulent ordinairement qu'à l'intérieur de leur domicile.
- Mobilité restreinte à la chambre: cette catégorie regroupe les personnes confinées à leur chambre.
- Mobilité restreinte au fauteuil: cette catégorie regroupe les personnes confinées à leur fauteuil.
- Mobilité nulle: cette catégorie concerne les personnes confinées au lit.

Note: L'échelle précédente a été adaptée à partir de la C.I.D.I.H. - O.M.S. 1980.

Les facteurs **LIMITANT LES DÉPLACEMENTS** désignent des indicateurs permettant de comprendre ce qui limite le bénéficiaire dans ses déplacements. Les facteurs inhérents au bénéficiaire, ne correspondant pas nécessairement à un diagnostic médical établi.

MOBILITÉ PHYSIQUE (suite)

inobicite i i i orque (outto)	
B – RÉADAPTATION (si problèmes de mobilité précédemment	énoncés)
Avez-vous déjà entrepris de la réadaptation en rapport avec votre	e(vos) problème(s) de mobilité ?
☐ oui, préciser : type, durée, quand, où, résultats :	
□ non, pourquoi ?	
Commentaires :	
C – AIRE DE DÉPLACEMENT	<u> </u>
Tenant compte de la (des) compensation(s) MAIS EXCLUAN	T L'AIDE D'AUTRUI.
Jusqu'où pouvez-vous vous déplacer ?	
☐ pleine mobilité → Ne pas compléter le reste de la section	!
☐ pleine mobilité avec restrictions occasionnelles	☐ mobilité restreinte au domicile
☐ pleine mobilité avec lenteur	☐ mobilité restreinte à la chambre
☐ pleine mobilité – aire réduite	☐ mobilité restreinte au fauteuil
☐ mobilité restreinte au voisinage du domicile	☐ mobilité nulle
Préciser le(s) facteur(s) limitant les déplacements	l
Inhérents(s) au bénéficiaire	
☐ limitation de la mobilité d'un(de) membre(s)	□ obésité
\square amputation d'un(de) membre(s)	problèmes cardiaques
☐ troubles d'équilibre	problèmes respiratoires
problèmes d'ordre psychologique	☐ inactivité, hypoactivité
□ cécité	□ autre, préciser :
Extérieur(s) au bénéficiaire	
barrières architecturales, préciser :	
r lu manque de ressources matérielles, préciser :	
autre, préciser :	
Si le(s) facteur(s) est(sont) extérieur(s) au bénéficiaire lui-même, l'absence d'un(de) tel(s) obstacles(s) :	
1 ausence a unique) ten(s) oustacres(s).	
Commentaires :	

Le thème **AUTONOMIE FONCTIONNELLE** vise à évaluer les capacités du bénéficiaire d'accomplir certains actes de la vie quotidienne. Le choix des activités listées dans cette section a été dicté par la préoccupation d'être représentatif de l'ensemble des actes qu'une personne est amenée à faire régulièrement pour le maintien de sa santé et de son bien-être. Elles sont ici regroupées par thème.

Pour chaque activité, on situe le bénéficiaire selon un des quatre niveaux d'autonomie suivants:

- le bénéficiaire réalise l'activité SANS AIDE D'AUTRUI
- le bénéficiaire exécute l'activité moyennant l'**AIDE D'AUTRUI**. Il peut s'agir de supervision, de surveillance, d'aide partielle, etc. Dans tous ces cas, l'évaluateur doit détailler les informations relatives au type d'aide apportée.
- le bénéficiaire ne fait pas l'activité mais quelqu'un d'autre le fait à sa place, c'est donc dire que l'activité est exécutée par **AUTRUI**.
- la catégorie **ACTIVITÉ NON EXÉCUTÉE** rend compte d'une situation où l'activité n'est tout simplement pas exécutée, ni par le bénéficiaire, ni par autrui pour lui; par exemple, sortir à l'extérieur l'hiver.

Tel que spécifié dans la partie de droite du tableau, si une activité est exécutée **PAR AUTRUI ou NON EXÉCUTÉE**, il est important que soient fournies les raisons expliquant une telle situation. Si ces raisons sont extérieures au bénéficiaire (ex.: barrières architecturales), il est alors demandé de fournir des indications quant au potentiel de celui-ci à réaliser l'activité en question.

Les activités investiguées se définissent comme suit:

Se servir à manger: préparer son assiette ou plateau, s'installer pour manger.

Manger: couper ou piler les aliments, manger et boire durant chaque repas ou collation.

Préparer des repas légers: préparer des casse-croûtes, collations, déjeuners...

Préparer des repas complets: préparer des mets substantiels et adéquats (rassembler, mélanger, cuire... les aliments).

Se laver: préparer le bassin ou l'évier, les articles de toilette et faire sa toilette quotidienne normale.

Se raser: raser la barbe, rincer le visage.

Prendre bain/douche: faire couler le bain, entrer dans la baignoire (ou douche), se laver le corps, sortir de la baignoire (ou douche), s'essuyer.

Se laver la tête: préparer les accessoires, se laver les cheveux, les faire sécher et ranger les accessoires.

Se vêtir/dévêtir: préparer ses vêtements pour l'habillage, enfiler et attacher ses vêtements et souliers, mettre des accessoires, se déshabiller et ranger ses vêtements.

Utiliser les toilettes: se dévêtir (selon les besoins), s'installer sur la toilette ou chaise d'aisance, se nettoyer, se revêtir.

Se lever/coucher: passer de la position couchée à la position debout et se remettre au lit.

Marcher: aller d'un endroit à l'autre, se déplacer à pied (avec ou sans compensation mécanique) (à l'exclusion de monter/descendre les escaliers et de se déplacer en fauteuil roulant).

Sortir à l'extérieur - l'été: effectuer au moins une courte marche à l'extérieur l'été et en revenir sans trop de difficultés.

Sortir à l'extérieur - l'hiver: effectuer au moins une courte marche à l'extérieur l'hiver et en revenir sans trop de difficultés.

Monter/descendre les escaliers: utiliser les escaliers soit pour monter, soit pour descendre.

Faire ses emplettes: sortir à l'extérieur pour y faire ses achats.

Utiliser les transports en commun - l'été: en été, planifier un trajet, se rendre au point de service, monter et descendre du véhicule (ex.: autobus, métro, train).

Utiliser les transports en commun - l'hiver: en hiver, planifier un trajet, se rendre au point de service, monter et descendre du véhicule (ex.: autobus, métro, train).

Utiliser le téléphone: prendre et tenir le récepteur, composer le numéro et communiquer.

Faire l'entretien ménager régulier: accomplir les tâches domestiques usuelles telles que l'époussettage, le repassage, etc.

Faire la lessive: rassembler, trier, mettre les vêtements dans la machine, la faire fonctionner, etc.

Faire le grand ménage: accomplir des tâches lourdes liées à l'entretien de la maison (laver les planchers, les murs, changer les fenêtres, déplacer les meubles, etc.)

À la rubrique **COMMENTAIRES**, l'évaluateur peut traiter de sujets tels: l'évaluation de la dépendance du bénéficiaire, les dangers auxquels il s'expose, son potentiel, les résultats d'interventions déjà réalisées, etc.

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Act. exécutée			utée	Si activité exécutée sans aide : préciser si le fait d'exécuter l'activité sans aide oblige le bénéficiaire à		
Sans aide	Sans aide Avec aide d'autrui Par autrui		Activité non exécu	faire un effort particulier. Si activité exécutée avec aide d'autrui, préciser le type d'aide apportée et qui l'aide actuellement. Si activité exécutée par autrui ou non exécutée : indiquer la(les) raison(s) et si extérieure(s) au bénéficiaire, préciser son POTENTIEL à réaliser l'activité.		
	Sans aide	Sans aide Avec aide d'autrui	Sans aide Avec aide d'autrui Par autrui	xécuté		

Au thème **ÉLIMINATION**, l'évaluateur doit préciser la fréquence du problème d'incontinence sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Que le bénéficiaire utilise ou non une compensation, l'évaluateur doit préciser si une aide est requise et détailler tout problème relié à l'incontinence, par exemple: la personne doit être conduite régulièrement à la toilette, barrières architecturales ou distance qui limitent l'accessibilité à la toilette, la personne ne peut se nettoyer, etc.

Lorsque le bénéficiaire requiert un(des) **SOIN(S) PARTICULIER(S)**, il est important de fournir le maximum d'informations relatives à l'administration de celui-ci(ceux-ci). Par exemple, le bénéficiaire nécessite de l'assistance ou de l'aide partielle pour l'entretien de sa stomie à fréquence fixe.

Le **GAVAGE** consiste en l'administration d'une formule alimentaire spéciale sous forme liquide au moyen d'un tube gastrique ;

l'administration de **L'OXYGÈNE** peut être continue ou intermittente. Elle s'effectue au moyen d'un masque ou d'une lunette nasale. Les traitements d'aérosolthérapie (médicament par vaporisation) doivent aussi être rapportés;

l'**ASPIRATION DES SÉCRÉTIONS** buccales ou nasales est effectuée au moyen d'un cathéter rattaché à un appareil à succion. L'aspiration des sécrétions trachéales peut être effectuée chez un bénéficiaire trachéostomisé (ouverture chirurgicale dans la trachée);

l'administration de l'**INSULINE** se fait par injection sous-cutanée;

la **STOMIE** est une ouverture chirurgicale créée à l'estomac (gastrostomie), à la trachée (trachéostomie), au colon (colostomie), à la vessie (cystostomie) etc... et nécessitant des soins particuliers;

le CURAGE RECTAL consiste à enlever manuellement les matières fécales se trouvant dans l'ampoule rectale;

le **PANSEMENT** consiste en l'application de matériel protecteur sur une plaie. Lors du changement de pansement, il peut être nécessaire d'appliquer une médication, changer une mèche, tirer un drain, irriguer la plaie, enlever des points, etc...

ÉLIMINATION Avez-vous des problèmes d'incontinence...? Urinaire \square aucune aide requise \square oui \rightarrow \square diurne \square nocturne \square aucune compensation fréquence : _____ ☐ aide requise, assurée par : \square non \square condom \square sonde □ couche/culotte de continence Fécale fréquence : _____ \square diurne \square nocturne \square aucune compensation \square aucune aide requise \square oui \rightarrow ☐ aide requise, assurée par : \square non \square colostomie □ couche/culotte de continence | Détailler tout problème : _____ Commentaires: **SOINS PARTICULIERS REQUIS (si pertinent)** Indiquer les soins particuliers requis par le bénéficiaire actuellement (joindre le rapport infirmier, si pertinent) □ gavage □ oxygène □ aspiration des sécrétions □ insuline □ stomie □ curage rectal □ pansement(s) □ autre Remarques (ex. : bénéficiaire autonome ou a besoin d'aide, type d'aide, fréquence, etc.) MÉDICATION Prenez-vous des médicaments ? \square oui \square non \rightarrow Ne pas compléter le reste de la section Prescrit Nom Dose Pour quels problèmes? Oui Non Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos médicaments ? ☐ oui ☐ non Si oui, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous (ex. : ouvrir le document, identifier le médicament, etc.)? Commentaires:

Le présent thème explore des **HABITUDES DE VIE DU BÉNÉFICIAIRE**. La qualité du sommeil, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'alimentation et les événements qui y sont associés sont des facettes importantes du vécu quotidien. Les opinions du bénéficiaire sur ces aspects sont indicatrices de son état du bienêtre et, mises en relation avec d'autres informations de l'évaluation de l'autonomie peuvent être révélatrices de l'ampleur de certains de ses problèmes ou de leurs conséquences sur sa santé (ex.: la qualité du sommeil versus la prise de somnifères, le type d'alimentation versus les problèmes financiers, etc.).

• TABAC-ALCOOL

Si le bénéficiaire fume ou consomme de l'alcool, l'évaluateur porte une attention particulière aux problèmes qui peuvent être associés à ces habitudes de vie.

TABAC: "Une **Surveillance** est-elle requise lorsque le bénéficiaire fume?"

Par surveillance, on entend la présence ou l'aide d'autrui ou tout moyen de protection (ex.: tablier protecteur).

• L'ALIMENTATION du bénéficiaire est enregistrée selon les grandes catégories d'aliments. Cette information devrait permettre le dépistage d'éventuelles carences par rapport aux catégories d'aliments essentiels à une alimentation équilibrée.

Les **SUBSTITUTS** regroupent, entre autres, les oeufs, le fromage et les légumineuses (ex.: pois chiche).

La catégorie **PAIN ET CÉRÉALES** englobe aussi les féculents (ex.: riz, pâtes alimentaires).

HABITUTES DE VIE

Êtes-vous satisfait de votre								
	SOMMEIL-REPOS Êtes-vous satisfait de votre sommeil ? □ oui □ non							
Si non, pourquoi ?								
			□ non					
TADAC								
TABAC		7						
Est-ce que vous fumez ?								
Commentaires ?								
ALCOOL								
Est-ce que vous consommez								
Commentaires :								
APPÉTIT – ALIMENTATION								
_	_	-	□ non					
Mangez-vous ? □ seul □ avec	d'autres :							
Où mangez-vous habituellemen	ıt ? □ salle à	manger/cuisir	ne □ fauteuil □ lit					
ou mangez vous nuortuenemen			où?					
	·				~			
Consommez-vous?	Jr. Sen	n. Rarement ou jamais		Jr.	Sem.	Rarement ou jamais		
- lait et produits laitiers			- sucreries, desserts, liqueurs					
- viande et substituts			- eau					
			- thé, café					
- fruits/légumes				_				
			- autres	_				
- fruits/légumes			- autres	_				
- fruits/légumes - pain et céréales			- autres	_				
- fruits/légumes - pain et céréales			- autres	_				
- fruits/légumes - pain et céréales			- autres	_				
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	nent ? \square oui		- autres					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	non	- autres					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	non	- autres					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	non	- autres					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques : Suivez-vous une diète actuellen Si oui, quel genre de diète suive vous a-t-elle été prescrite DENTITION	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd	□ non	- autres non					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd vos dents (na	□ non ecin □ oui □	- autres non othèses) ? □ oui □ non					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques : Suivez-vous une diète actuellen Si oui, quel genre de diète suive vous a-t-elle été prescrite DENTITION	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd vos dents (na	□ non ecin □ oui □	- autres non othèses) ? □ oui □ non					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd vos dents (na	□ non ecin □ oui □	- autres non othèses) ? □ oui □ non					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd vos dents (na	□ non ecin □ oui □	- autres non othèses) ? □ oui □ non					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd vos dents (na	□ non ecin □ oui □	- autres non othèses) ? □ oui □ non					
- fruits/légumes - pain et céréales Remarques :	nent ? □ oui ez-vous ? e par un méd vos dents (na	□ non ecin □ oui □	- autres non othèses) ? □ oui □ non					

Le thème **UTILISATION DES SERVICES** traite des services que reçoit le bénéficiaire et de l'accessibilité des ressources médicales.

- Les SERVICES D'AIDE réfèrent aux services d'entretien ménager, de repas, d'accompagnement, etc.
- La catégorie **AUTRE** comprend les services de podiatrie, de nutrition, d'orthophonie, de psychologie, de psychogériatrie, etc.
- Les **ORGANISMES** susceptibles d'offrir les services ou soins ici énoncés sont, par exemple, les CLSC, CSS, centres de jour, organismes bénévoles, organismes privés, etc.

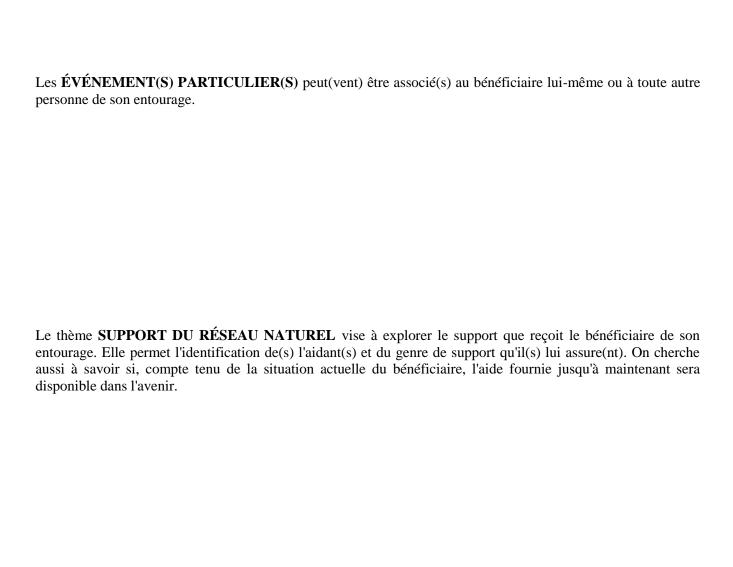
UTILISATION DES	SERVI	CES			
- 0				OUI	
Profitez-vous	NON	N OÙ?			Préciser la nature et la fréquence des
actuellement de?		domicile	extérieur	De quel(s) organisme(s)	services/soins reçus
• services d'aide					
• soins infirmiers					
• services sociaux					
• physiothérapie					
• ergothérapie					
• autre					
•					
Si oui, êtes-vous satis	fait des s	services/soir	ns que vous	recevez (qualité et quantité	7) ?
• Êtes-vous suivi pa Si oui, fournir le n médecin), la date o	om du(d	es) médecir	n(s), la fréqu	ience des visites, le lieu de d	celles-ci (i.e. à domicile ou au bureau du
	om du(d	es) médecir	n(s), la fréqu		celles-ci (i.e. à domicile ou au bureau du
Avez-vous été hos Si oui, pourquoi ? Où ?				ères années ? □ oui □ non	
Commentaires :					

Le thème **RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES** couvre un volet important du vécu psycho-social du bénéficiaire. L'évaluateur aborde cet aspect avec le bénéficiaire selon les rubriques énoncées et rapporte les réponses, impressions et commentaires de celui-ci aux endroits appropriés.

Il est demandé à l'évaluateur d'accorder une attention particulière, s'il y a lieu, à la vie de couple du bénéficiaire dans le but de dépister des problèmes de sexualité, de violence, d'exploitation, etc.

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

Avez vens								
Avez-vous :	NI	0:	Deficients from a statement contests (visites annuls contine)					
1 6 . 3	Non	Oui	Préciser la fréquence et le type de contacts (visites, appels, sorties)					
• des enfants?		Nb.	4					
• des petits-enfants?		Nb.						
• de la parenté?								
• des amis								
DYNAMIQUE DES ÉCHANGES ET SATISFACTION DU BÉNÉFICIAIRE								
			bénéficiaire avec sa famille d'une part et avec les autres personnes de son opinion sur la satisfaction qu'il retire de ses contacts.					
Relations avec la famille (conj	ioint, ei	ıfants, pa	renté)					
- 								
								
Autres relations sociales (amis	voici	is otc)						
Autres relations sociales (umis	, voisii	is, eic.)						
·								
			······································					
PERCEPTION DE SA SITUA	ATION	ACTUEL	LE À L'ÉGARD DE SON ENTOURAGE					
Préciser comment le bénéficia	ire per	coit l'impa	act de sa perte d'autonomie sur son entourage.					
·								



RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES (suite)

ÉVÉNEMENTS PARTICULIERS
Le bénéficiaire a-t-il vécu un(des)ÉVÉNEMENT(S) PARTICULIER(S) qui ait(ent) encore un impact sur sa situation actuelle ?
□ oui □ non
Si oui, préciser lequel(lesquels), quand cela s'est passé et comment le bénéficiaire réagit face à cet(ces) événement(s).
Commentaires :
SUPPORT DU RÉSEAU NATUREL
Le bénéficiaire reçoit-il du support d'une(de) personne(s) de son entourage pour ses activités quotidiennes ? (ex. : aide aux A.V.Q., soins d'hygiène et de santé, contacts d'amitié, support moral, sécurisation, etc.) □ oui → Compléter A □ non → Compléter B A − SUPPORT DE L'ENTOURAGE
A – SUPPORT DE L'ENTOURAGE
Préciser quelle(s) personne(s) lui apporte(nt) du support et ce quelle(s) fait(font) pour lui.
☐ renvoi aux informations inscrites sous le thème "Autonomie fonctionnelle" (C.4) ☐ autres informations, préciser :
L'aide que reçoit le bénéficiaire demeurera-t-elle disponible dans l'avenir ? □ oui □ non
Si oui, le bénéficiaire se sent-il mal à l'aise de demander de l'aide ? □ oui, préciser pourquoi □ non
est-ce que l'aide reçue actuellement est suffisante ? □ oui → Ne pas compléter le reste de la section □ non → Compléter B
Si l'aide disponible ne le demeurera pas dans l'avenir, expliquer pourquoi puis compléter B
B – ABSENCE (ou insuffisance) DE SUPPORT DE L'ENTOURAGE
De quelle aide (supplémentaire) aurait-il besoin ?
Connaît-il une(des) personne(s) qui pourrait(ent) et accepterait(ent) de combler l'absence (ou l'insuffisance) de support ? □ oui, préciser qui et ce qu'elle(s) pourrait(ent) faire pour lui □ non
Commentaires :

Le thème RESPONSA bénéficiaire à l'égard moral, personne à charg	ABILITÉS DU BÉNÉFI d'une(de) personne(s) de ge, etc.).	CIAIRE permet d'e son entourage (e	identifier les respo x.: aides matériel	onsabilités que peu les ou financières	t avoir le , support
	S PERSONNELLES E			e les informations	relatives

RESPONSABILITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Avez-vous des responsabilités vis-à-vis d'une(de) po □ oui □ non → Ne pas complét	ersonne(s) de votre entourage (familial ou autre ter le reste de la section	e) ?
Si oui, vis-à-vis de qui ? nom(s)	lien(s)	âge(s)
quel type de responsabilités (matérielles fina	uncières, etc.) ?	
	s responsabilités ? □ oui □ non	
cette(ces) personne(s) est(sont) elle(s) directe si oui, préciser :	ement concernée(s) par la présente demande ? [□ oui □ non
Commentaires :		
ACTIVITÉS PERSONNELLES ET COMMUNA	UTAIRES	
À quoi vous occupez-vous durant la journée ? Sortez-vous à l'extérieur pour des activités (personne oui, préciser pour quelle(s) activité(s) :	nelles, de loisirs, sociales, etc.) ?	
□ non, pourquoi ?		
Êtes-vous satisfait de la façon dont vous occupe	ez vos journées ? □ oui □ non	
Y –a-t-il une(des) activité(s) que vous aimeriez faire Si oui, laquelle(lesquelles) ?	-	
qu'est-ce qui vous empêche actuellement de le	(s) faire (ex. : problèmes monétaires, barrières	architecturales, etc.)
Commentaires :		

Le présent thème aborde les **CONDITIONS ÉCONOMIQUES DU BÉNÉFICIAIRE**. Dans un premier temps, l'évaluateur questionne le bénéficiaire sur des points d'ordre général (satisfaction, administration du budget, principale(s) source(s) de revenu et obligations rencontrées). Ce n'est que dans le cas où le bénéficiaire avoue une difficulté à rencontrer ses obligations que l'évaluateur procède à l'évaluation plus détaillée de l'aspect économique.

Au niveau du **BUDGET**, il est important, lorsque le bénéficiaire ne l'administre pas lui-même, de bien identifier qui (nom de la personne, curatelle publique ou privée, ...) assume cette responsabilité à sa place.

La **CURATELLE PRIVÉE** s'obtient pour une personne qui est jugée incapable d'administrer ses biens. La requête en interdiction doit être demandée par un membre de la famille, puis soumise au conseil de famille et confirmée par un juge.

La **CURATELLE PUBLIQUE** s'obtient pour une personne qui est jugée incapable d'administrer ses biens suite à l'émission par un psychiatre d'un certificat médical d'incapacité mentale.

CONDITIONS ÉCONOMIQUES Vos revenus vous permettent de vivre à votre satisfaction ? ☐ oui ☐ non Administrez-vous vous-même votre budget ? ☐ oui ☐ non Si non, qui l'administre pour vous ? □ conjoint □ enfant □ parent □ ami □ curatelle publique □ curatelle privée □ autre Nom: _____ Raison(s): Êtes-vous satisfait de la façon dont on administre votre budget ? ☐ oui ☐ non Si non, pourquoi ? Quelle(s) est (sont) votre(vos) principale(s) source(s) de revenu (pension, supplément, rente, aide sociale, etc.)? Vos revenus actuels vous permettent-ils de rencontrer vos obligations (loyer, nourriture, habillement, médication, etc.)? \square oui \rightarrow Ne pas compléter le reste de la section \square non Si non, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ? à combien évaluez-vous votre revenu mensuel ? _____\$ est-il augmenté par le revenu d'une (d')autre(s) personne(s) ? \square oui ______ \$ / mois \square non avez-vous des possessions (immeubles, épargnes) ? \square oui, préciser ______ \square non Combien vous en coûte-t-il par mois pour...? Ces dépenses sont-elles partagées avec une - loyer - chauffage-électricité (d')autre(s) personne(s) ? \square oui \square non - taxes - nourriture - ou pension complète - <u>autre(s) dépense(s) régulière(s)</u> Total Commentaires:

Le thème **CONDITIONS DE LOGEMENT** recueille des informations objectives sur l'état du logement du bénéficiaire (ex.: nombre de pièces, accès, agencement des lieux, des meubles, installations sanitaires, etc.) de même que ses perceptions sur son domicile, son quartier et, lorsqu'applicable, sur le fait de partager son logement avec d'autres.

CONDITIONS DE LOGEMENT

Depuis combien de temps habitez-vous votre logement ?			
Il s'agit d'un(e)□ appartement □ maison privée □ maison de chambre □ HLM □ autre :			
Vous en êtes □ propriétaire □ locataire □ pensionnaire			
Êtes-vous satisfait de votre logement ? \square oui \square non			
Si non, qu'aimeriez-vous voir améliorer ?			
Combien de pièces contient votre logement ?			
Il est situé au \square sous-sol \square rez-de-chaussée (1er étage) \square escalier extérieur \square escalier intérieur \square ascenseur			
Est-ce que les pièces sont fonctionnelles pour vous (i.e. accessibles et utilisables) ? \square oui \square non			
Si non, détailler le problème :			
Depuis combien de temps habitez-vous ce quartier (cette municipalité) ?			
Êtes-vous satisfait de votre milieu (environnement, services, transport, sécurité, etc.) ? □ oui □ non Si non, pourquoi ?			
Où avez-vous vécu le plus longtemps (région, ville) ?			
À l'heure actuelle, cet endroit est-il encore significatif pour vous ? □ oui □ non Si oui, pourquoi ?			
N.B. Questions à ne poser qu'aux personnes vivant à plusieurs dans un même logement			
Est-ce que le fait de loger avec d'autres personnes vous incommode ? □ oui □ non Si oui, expliquer :			
Pensez-vous que l'arrangement actuel pour le logement est durable ? □ oui □ non Si non, envisagez-vous un changement ? □ oui □ non Si oui, lequel ?			
Commentaires : (ex. : relation propriétaire-locataire, coût du logement, salubrité, environnement, etc.) :			

Le présent thème recueille l'**OPINION DU BÉNÉFICIAIRE FACE À SA SITUATION ET À SON ORIENTATION ET LES REMARQUES DE L'ÉVALUATEUR**. Ce dernier fournit des indications quant aux réactions éventuelles du bénéficiaire vis-à-vis d'une (ou de plusieurs) possibilité(s) d'orientation (retour à domicile, ressources intermédiaire ou institutionnelles).

OPINION DU BÉNÉFICIAIRE FACE À SA SITUATION ET À SON ORIENTATION ET REMARQUES DE L'ÉVALUATEUR
Actuellement, quel(s) est(sont) le(s) problème(s) principal(aux) que vous aimeriez voir se régler en priorité ?
Avez-vous auparavant entrepris des démarches pour tenter de solutionner ce(s) problème(s) ? \square oui \square non Si oui, lesquelles et quels furent les résultats ?
Quelle(s) solution(s) envisagez-vous actuellement pour améliorer votre situation ? (Énoncer les opinions du bénéficiaire sur les avantages et les désavantages de la(des) solution(s) envisagée(s) et d'un éventuel recours aux services du réseau).
REMARQUES DE L'ÉVALUATEUR
Quelles sont les réactions du bénéficiaire face à l'éventualité d'un recours aux services à domicile, aux services d'un centre de jour, à un changement de domicile, à l'hébergement, etc. ?
Si le bénéficiaire doit changer de milieu, spécifier, s'il y a lieu, ses souhaits et les raisons de ce choix.

Commentaires :

Le présent thème regroupe une série d'informations relatives aux APTITUDES INTELLECTUELLES DU BÉNÉFICIAIRE, À SON ÉTAT AFFECTIF ET ENFIN À SON COMPORTEMENT.

Les dimensions psychologique et comportementale sont déterminantes dans l'évaluation de l'autonomie d'un bénéficiaire. À ce titre, il est demandé à l'évaluateur de documenter le plus possible tout problème observé.

APTITUDES INTELLECTUELLES

- **ORIENTATION TEMPS**: capacité de se situer dans le temps, c'est-à-dire de dissocier le passé, le présent et le futur, le jour et la nuit, l'après-midi et l'avant-midi, etc.
- **ORIENTATION ESPACE**: capacité de se situer dans l'espace, c'est-à-dire de savoir où physiquement on se trouve.
- **ORIENTATION AUX PERSONNES**: capacité d'avoir un bon contact avec les personnes et la réalité, c'est-à-dire de différencier les événements imaginaires ou désirés des faits réels.
- **MÉMOIRE ANCIENNE:** capacité de se rappeler des événements passés et de ce qui s'y trouve associé.
- **MÉMOIRE RÉCENTE**: capacité de se rappeler des événements récents et de ce qui s'y trouve associé.
- ATTENTION: capacité de se concentrer sur un objet ou une information déterminés.
- **COMPRÉHENSION**: capacité de recevoir de l'information et de la traiter (saisir et interpréter le sens).
- **JUGEMENT**: capacité de prendre position, de statuer vis-à-vis d'une information, d'un événement.
- CAPACITÉ D'ADAPTATION: capacité de s'acclimater, de s'habituer à un nouvel environnement ou entourage, à des situations nouvelles.

L'évaluateur complète les volets "ÉTAT AFFECTIF" et "COMPORTEMENT" à partir de ses propres observations et des informations recueillies possiblement auprès d'une autre personne.

APTITUDES INTELLECTUELLES. ÉTAT AFFECTIF ET COMPORTEMENT

Suivant vos échanges avec le bénéficiaire, fournir votre appréciation en regard des trois aspects suivants :			
APTITUDES	Aucun	Problème	
INTELLECTUELLES	problème	Comment se manifeste le problème chez le bénéficiaire et depuis quand ?	
Orientation – temps			
Orientation – espace			
Orientation aux personnes			
Mémoire ancienne			
Mémoire récente			
Attention			
Compréhension			
Jugement			
Capacité d'adaptation			
Commentaires :			
ÉTAT AFFECTIF			
	eux l'état affe	ctif du bénéficiaire (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation, etc.)	
<u> </u>			
COMPORTEMENT			
Le bénéficiaire présente-t-il un(des) problème(s) de comportement ? □ oui □ non			
Si oui, fournir une description de son(ses) problème(s) (manifestation, relations avec autrui, attitudes vis-à-vis des objets, etc.)			
Commentaires :			

Le thème **CONTEXTE DE L'ÉVALUATION** permet d'identifier l'évaluateur qui réalise l'évaluation, son(ses) éventuel(s) collaborateur(s) et la(les) personne(s) interrogée(s). Il rassemble aussi des commentaires sur les conditions dans lesquelles l'évaluation s'est réalisée (ex.: bonne collaboration du bénéficiaire).

L'ÉVALUATEUR est la personne responsable du processus d'évaluation. Il doit inscrire son nom, sa profession, préciser son numéro de téléphone au travail et spécifier à quel établissement il est rattaché.

Au cours du processus d'évaluation, l'évaluateur responsable du dossier peut s'adjoindre, au besoin, un(des) **COLLABORATEUR(S) PROFESSIONNEL(S)**. Si tel est le cas, l'évaluateur doit alors indiquer son(leur) nom et profession.

Au niveau du(des) répondant(s):

BÉNÉFICIAIRE SEUL: indique que seul le bénéficiaire a fourni les informations recueillies en regard des questions qui lui sont adressées en propre.

BÉNÉFICIAIRE SEUL EN PRÉSENCE D'UNE AUTRE PERSONNE:

indique que seul le bénéficiaire a fourni les informations recueillies en regard des questions qui lui sont adressées en propre, mais qu'il a répondu en présence d'une autre personne.

BÉNÉFICIAIRE AVEC ASSISTANCE D'UNE AUTRE PERSONNE: indique qu'une autre personne a participé à(aux) l'entrevue(s) d'évaluation avec le bénéficiaire et qu'elle l'a assisté dans ses réponses, aux questions qui lui sont adressées en propre.

Si cette catégorie est retenue, l'évaluateur doit préciser le nom et le numéro de téléphone de la personne qui a assisté le bénéficiaire et son lien avec celui-ci, la(les) raison(s) principale(s) justifiant cette situation.

AUTRE PERSONNE QUE LE BÉNÉFICIAIRE: indique que le bénéficiaire n'a pas participé à(aux) l'entrevue(s) d'évaluation et qu'une autre personne a répondu aux questions qui lui sont normalement adressées.

Si cette catégorie est retenue, l'évaluateur doit préciser le nom et le numéro de téléphone de la personne substitut qui a remplacé le bénéficiaire, son lien avec celui-ci de même que la(les) raison(s) principale(s) expliquant cette situation.

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

ÉVALUAT	TION RÉALISÉE :		
	Nom de l'évaluateur :		
	Profession :	Tél. :	
Par .	Organisme :		
rai	Autre(s) professionnel(s) ayant	t COLLABORÉ à l'évaluation	
	Nom:	profession :	
	Nom:	profession :	
	☐ bénéficiaire seul		
		ENCE d'une autre personne, qui ?	
	∫ bénéficiaire avec ASSISTAN		
	☐ AUTRE PERSONNE que le	e bénéficiaire	
Avec	Qui assista la hánáficioira ou rá	épond à sa place lors de l'entrevue d'évaluation ?	
	-	lien :	
Lieu de l'év		1 1	
Contexte de l'évaluation (climat, apparence et attitude du bénéficiaire, difficultés rencontrées)			

Le thème **SYNTHÈSE DES PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS** permet à l'évaluateur de faire la synthèse de son(ses) entrevue(s) d'évaluation avec le bénéficiaire et ce, en identifiant le(s) problème(s) majeur(s) de celui-ci, les actions déjà entreprises et leurs résultats et en formulant certaines recommandations.

Le rôle de l'évaluateur est ici de première importance. En effet, de par sa position privilégiée (contact direct avec le bénéficiaire), l'évaluateur est en mesure de faire ressortir les principaux éléments d'information que l'équipe multidisiplinaire d'évaluation des services requis doit prendre en considération lors de l'étude du dossier du bénéficiaire, ceux auxquels elle devrait apporter une attention plus particulière.

À cette fin, il est demandé à l'évaluateur de procéder par PROBLÈME, indiquant pour chacun si des actions ont été entreprises pour les régler, si oui, par qui (réseau et hors réseau), quels ont été les résultats et enfin, de suggérer des moyens qui devraient être utilisés pour tenter de solutionner le(s) problème(s) observé(s).

SYNTHÈSES DES PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS

À partir des informations recueillies auprès du(des) répondant(s). A – Quels semblent être, selon vous, les problèmes majeurs du bénéficiaire ? B – Y-a-t-il, à votre connaissance, des actions qui ont été entreprises pour tenter de remédier à ceux-ci ? Si oui, lesquelles ? Quelles en sont (furent) les résultats ? C – Compte tenu de la situation actuelle du bénéficiaire, quelles seraient vos recommandations ?			
A – Problèmes bio-psycho-sociaux majeurs	B – Actions entreprises et résultats	C - Recommandations	
Date :	Signature de l'évaluateur :		

AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE

J'autorise	Nom de l'évaluateur	_ désigné par	Nom de l'établissement référant
à fournir les renseignements contenus dans le présent formulaire aux personnes responsables de			
l'étude de ma demande de services, de même qu'à l'établissement vers lequel je pourrais être			
orienté(e) ultérieurement.			
Si	gnature du bénéficiaire		Signature de la personne autorisée si le bénéficiaire ne peut agir
]]]	QUEL TITRE LE FAIT-ELLE? □ parent ou responsable □ curateur public □ curateur privé □ personne légalement autorisée
		Date de l'au	torisation



ANNEXE VIII

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

(Milieu: domicile)

PARTIE "E"

AS-525E

,,			
RÉEV	JAT	TIAT	LIUN
		$\mathbf{c}_{\mathbf{A}}$	

Nom du bénéficiaire :	Nº de dossier :
Date de la réévaluation :	
Nom de l'évaluateur :	
Nº tél. :	

 □ réévaluation périodique (directive du service) □ indication(s) de détérioration de la situation du bénéficiair 						
 □ indication(s) d'amélioration de la situation du bénéficiaire □ demande explicite du bénéficiaire □ autre, préciser :						
•						
Expliquer:						
PORTRAIT GLOBAL DE LA SITUATION DU BÉNÉFICAIF						
Indiquer l'évolution de la situation du bénéficiaire sur chacun des l'évaluation précédente (en date du).	aspects suivants en i	regard de	celle	observ	ée lors de	е
1 evaluation precedente (en date du).						
Indiquer s'il y a stabilité de son état (↔) ou une détérioration (↑) o		(↓) de ce	lui-ci	. Pour c	es deux d	lerniers
cas, préciser s'il y a une nouvelle évaluation de l'aspect concerné	qui a ete realisee.					
THÈMES	(section)	Situation		Réévalué		
		\leftrightarrow	<u> </u>	1	Oui	Non
	(C.2)					
Capacité de voir, d'entendre et de parler	. ,	+		+	<u> </u>	
Mobilité physique	(C.2, C.3)					
	. ,					
Mobilité physique	(C.2, C.3)					
Mobilité physiqueAutonomie fonctionnelle	(C.2, C.3) (C.4)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel Responsabilités du bénéficiaire 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9) (C.10)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel Responsabilités du bénéficiaire Activités personnelles et communautaires 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9) (C.10)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel Responsabilités du bénéficiaire Activités personnelles et communautaires Conditions économiques 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9) (C.10) (C.10)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel Responsabilités du bénéficiaire Activités personnelles et communautaires Conditions économiques Conditions de logement 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9) (C.10) (C.10) (C.11) (C.12)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel Responsabilités du bénéficiaire Activités personnelles et communautaires Conditions économiques Conditions de logement Opinion du bénéficiaire face à sa situation et à son orientation Aptitudes intellectuelles, état affectif et comportement 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9) (C.10) (C.10) (C.11) (C.12) (C.13)					
 Mobilité physique Autonomie fonctionnelle Élimination, soins particuliers requis, médication Habitudes de vie Utilisation des services Relations familiales et sociales Support du réseau naturel Responsabilités du bénéficiaire Activités personnelles et communautaires Conditions économiques Conditions de logement Opinion du bénéficiaire face à sa situation et à son orientation 	(C.2, C.3) (C.4) (C.5) (C.6) (C.7) (C.8, C.9) (C.9) (C.10) (C.10) (C.11) (C.12) (C.13)					

AS.525E



ANNEXE IX

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Complété auprès de la personne-significative

(Milieu: domicile)

PARTIE "D"

	Nom du bénéficiaire :	Date de l'évaluation
	Nom de l'évaluateur :	
1- CONTEXTE DE LA DEMAND	DE	
Quel(s) est(sont), selon vous le(s) femédiateur) ?	Cacteur(s) qui a(ont) suscité une demande de servi	ces de la part du bénéficiaire (ou autre
	LLE DU BÉNÉFICIAIRE À DOMICILE	A VIE OLIOTIDIENNE (au . hugika
	e bénéficiaire au niveau des ACTIVITÉS DE LA entretien de la maison, emplettes, sorties à l'exté	
Durant la dernière année, la capacité	é du bénéficiaire d'accomplir les différentes activi	tés de la vie quotidienne?
☐ s'est amélioré ☐ est r	restée stable \Box a diminué \Box a fortement dim	inué
Expliquer :		

2. AUTONOMIE FONCTIONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE À DOMICILE (suite) Le bénéficiaire présente t-il des problèmes particuliers en regard des aspects suivants : CAPACITÉ SENSORIELLE (vue, ouïe, parole et compensation(s) associée(s)) MOBILITÉ PHYSIQUE (mouvement, déplacement, compensation, réadaptation, etc.) HABITUDES DE VIE (sommeil, usage de tabac ou d'alcool, alimentation, etc.) MÉDICATION (indice de surconsommation, difficultés d'auto-médication, etc.) ÉLIMINATION (incontinence urinaire ou fécale et compensation(s) associée(s)) CONDITION ÉCONOMIQUE (revenus, dépenses, administration du budget, etc.) CONDITIONS DE LOGEMENT (salubrité, fonctionnalité, etc.) Commentaires : _____

3- DYNAMIOUE FAMILIALE ET SOCIALE

	avec la famille (conjoint, e	nfants, parenté)		
Autres re	lations sociales (amis, voisi	s)		
nment l'e	tourage du bénéficiaire per	oit-il la situation de perte	d'autonomie de celui-ci?	
nmentaire	S:			

4- SUPPORT DU RÉSEAU NATUREL

	□ oui	\rightarrow	Compléter 4A	\square non	\rightarrow	Compléter 4B
PPORT	DE L'EN	NTOUR	AGE			
persor	ıne(s) app	orte(nt)	du support au bénéficiaire e	et que fait(font)-elle	es(s) po	ur lui ?
_	rra être m	aintenu, suffisan	ni est actuellement fourni pou , et dans ce cas nt → Passer à 5 suffisant : dans ce cas, de qu			
_	rra être m	aintenu, suffisan	, et dans ce cas nt → Passer à 5			
_	rra être m	aintenu, suffisan	, et dans ce cas nt → Passer à 5			
pou	rra être m ☐ sera ☐ ne se	aintenu, suffisan era pas s	, et dans ce cas nt → Passer à 5	nelle aide suppléme	entaire a	urait-il besoin ? (puis pass
pou	rra être m ☐ sera ☐ ne se	aintenu, suffisan era pas s	, et dans ce cas nt → Passer à 5 suffisant : dans ce cas, de qu	nelle aide suppléme	entaire a	urait-il besoin ? (puis pass
pou	rra être m ☐ sera ☐ ne se	aintenu, suffisan era pas s	, et dans ce cas nt → Passer à 5 suffisant : dans ce cas, de qu	nelle aide suppléme	entaire a	urait-il besoin ? (puis pass

4- SUPPORT DU RES	EAU N	AIUR	EL (Suite)	
4B – ABSENCE OU INS	SUFFISA	ANCE	DE SUPPORT DE L'ENTOUI	RAGE
Connaissez-vous une(des à laquelle fait(fera) face l				ent) de comble l'absence ou l'insuffisance de support
□ oui, préciser qui e	et ce qu'e	elle(s) p	ourrait(ent) faire pour lui	□ non → Passer à 5
Commentaires :				
5- APTITUDES INTEL	LECTU	FLLE:	S, COMPORTEMENT ET É	TAT AFFECTIF
			oblème quant aux aspects suiva	
	L		Lan .	
Orientation	Non	Oui	Si oui, comment se manifeste	e le problème chez le bénéficiaire et depuis quand ?
(temps-espace-personne)				
Mémoire (ancienne - récente)				
Jugement				
Capacité d'adaptation				
Comportement				
Décrire ce qui caractérise	e le mieu	ıx L'É7	AT AFFECTIF du bénéficiair	e (sentiments, humeur, volonté)
Commentaires :				

ctuelleme	ent, quel(s) est(sont), selon vous, le(s) problème(s) principal(aux) du bénéficiaire ?
	les réactions du bénéficiaire et celles de son entourage face à l'éventualité d'un recours à des services à domicile des d'un centre de jour, à un changement de domicile ou à l'hébergement ?
Réactio	ons du bénéficiaire :
Dágatic	ana da l'antouraga i
Reaction	ons de l'entourage :
Commentai	res:
- CONTE	XTE DE L'ÉVALUATION
VALUAT	TION COMPLÉMENTAIRE RÉALISÉE :
	Nom de l'évaluateur
ar	Établissement Tél. :
	Nom de la personne-significative
vec	Adresse
	Lien avec le bénéficiaire
Commentai	res:



ANNEXE X

CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

AS-528(07-85)

MINI-GUIDE

N.B.: Si l'espace prévu pour inscrire la réponse n'est pas suffisant, le médecin est invité à utiliser une feuille supplémentaire qu'il joindra au présent formulaire. Cette remarque s'applique à toutes les sections du formulaire.

La section 1 "Identification"

Permet d'identifier le bénéficiaire et ses principales caractéristiques socio-démographiques. C'est ici que sont aussi enregistrées les coordonnées du médecin qui effectue l'évaluation médicale. Ces informations sont importantes dans l'éventualité où les membres de l'équipe multidisciplinaire auraient besoin de précisions supplémentaires.

La section 2 "Situation actuelle"

Le médecin précise les facteurs bio-psycho-sociaux qui sont à l'origine de la demande de services faite par le bénéficiaire (ou par une autre personne en sa faveur) et qui ont enclenché le processus d'évaluation de son autonomie.

La section 3 "Maladies ou problèmes de santé"

Permet de connaître l'opinion du médecin quant à l'évolution de l'état bio-psycho-social du bénéficiaire. Cette information est indispensable à l'équipe multidisciplinaire pour l'évaluation des services requis.

La section 4 "Données complémentaires"

Concerne les informations relatives au poids du bénéficiaire, à sa taille, à sa pression artérielle, aux éventuelles allergies ou plaies dont il pourrait souffrir et enfin à certaines de ses habitudes de vie. L'usage du tabac, la consommation d'alcool et de médicaments ainsi que la manière de s'alimenter sont des facettes du vécu quotidien révélatrices de l'état de bien-être du bénéficiaire ou, au contraire, mettant en relief des problèmes physiques ou psychologiques. Le médecin portera une attention particulière au problème qui serait associé à ces habitudes de vie.

Nom du bénéficiaire à la										
1	naissance	e	Nº d'assı	urance-maladie	I	Date de	naissa	ance	Sexe	
			an	an mois		jour				
									\Box F	\square M
Nom du conjoint										
Nom du médecin				Téléphone	Nº du	nermis		Date d	e l'éval	uation
Trom ad medeem				Тегерионе	IV du	perms		Date	e i evan	uation
				•	•					
2- SITUATION ACTUE										
Préciser les facteurs bio-	psycho-sc	ociaux qui o	nt déclen	ché la demande de	services actu	elle				
3- MALADIES OU PRO		-C DE CAI	NITÉ							
3- WALADIES OU PRO	OBLEMI	ES DE SAI	NIE							
Énumérer les maladies or	u problàm	sac da contá	MAIELL	DS nor ordra d'imn	ortonoe					
Pour chacun d'eux, pré						talisatio	n ch	iruroi <i>e</i>	physion	héranie
ergothérapie, etc.) et les			vention (литеризе (рат еле	mpie . nospi	iansano	n, cn	ururgic,	physici	петаріс,
	sequences	•								
Année Maladies ou	problèm	es	Inter	ventions		Séquel	les			
4- DONNÉES COMPL	ÉMENT	AIRES								
4- DONNÉES COMPL	<u>ÉMENT</u>	AIRES								
			pproximat	tive :	Allergie	s :				
Masse approximative : _		Taille ap								
Masse approximative : _ T.A. :		Taille ap		Possibilité	d'hypotension	on ortho	statiq	įue : □ α	oui 🗆 n	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation :		Taille ap		Possibilité	d'hypotensio	on ortho du	statiq ırée :	լue : □ α	oui 🗆 n	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation :		Taille ap		Possibilité	d'hypotensio	on ortho du	statiq ırée :	լue : □ α	oui 🗆 n	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation :		Taille ap		Possibilité	d'hypotensio	on ortho du pl	statiq rée : aie su	ue : 🗆 o	oui □ n □ oui	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation :		Taille ap		Possibilité Détailler tout prob	e d'hypotensio	on ortho du pl	statiq rée : aie su	ue : 🗆 o	oui □ n □ oui	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation : description (dime	ension/sév	Taille ap		Possibilité Détailler tout prob	d'hypotensio	on ortho du pl	statiq rée : aie su	ue : 🗆 o	oui □ n □ oui	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation : description (dime Habitudes de vie Usage du tabac	ension/sév	Taille ap		Possibilité Détailler tout prob	e d'hypotensio	on ortho du pl	statiq rée : aie su	ue : 🗆 o	oui □ n □ oui	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation : description (dime Habitudes de vie Usage du tabac Consommation d'alcool	ension/sév	Taille ap		Possibilité Détailler tout prob	e d'hypotensio	on ortho du pl	statiq rée : aie su	ue : 🗆 o	oui □ n □ oui	
Masse approximative : _ T.A. : Plaies : localisation : description (dime Habitudes de vie Usage du tabac	ension/sév	Taille ap		Possibilité Détailler tout prob	e d'hypotensio	on ortho du pl	statiq rée : aie su	ue : 🗆 o	oui □ n □ oui	

La section 5 "Évaluation sommaire de l'autonomie fonctionnelle"

Recueille des informations pertinentes à l'évaluation des services requis par le bénéficiaire et au choix du programme le mieux à même de répondre à ses besoins. Il est demandé au médecin de décrire l'état du bénéficiaire sur chacun des aspects abordés et d'expliciter précisément tout problème identifié.

5- ÉVALUATION SOMMAIRE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Cette section est de toute première importance. Elle fournit des éléments déterminants quant à l'orientation du bénéficiaire vers le programme (à domicile ou autre) le approprié compte tenu de ses besoins. Élaborer en regard de chacun des aspects ci-après en établissant la relation avenaladies et problèmes de santé (étiologie, interventions, pronostic) identifiés.	plus ec les
MOBILITÉ PHYSIQUE (Transfert, déplacement, escalier, endurance, compensations, chute, etc.) et A.V.Q. (se lave vêtir, se nourrir, etc.)	r, se
INCONTINENCE VÉSICALE (Fréquence, transitoire ou permanente, type : regorgement, effort, réflexe)	
INCONTINENCE ANALE (Fréquence, transitoire ou permanente)	
CAPACITÉ DE COMMUNICATION (Préciser le diagnostic associé au handicap) Vue :	
Ouïe:	
Parole :	
FONCTIONS MENTALES Cognitives (orientation, mémoire, jugement, concentration, compréhension):	
Affectives (humeurs, émotions, volonté, etc.)	
COMPORTEMENT (agressivité, violence, tendance à la fugue, exhibitionnisme, etc)	

La section 6 "Rapports pertinents d'examens complémentaires et de consultation"

Il s'agit pour le médecin de rapporter les résultats d'examens qui vont permettre aux membres de l'équipe multidisciplinaire d'évaluation des services requis de se rendre compte du type d'investigation déjà fait et des résultats obtenus, incluant aussi les résultats qui ne montrent aucun problème. Pour avoir une image complète de l'état du bénéficiaire, il est en effet aussi important de connaître les examens qui n'ont décelé aucun problème que ceux qui ont permis d'en déceler. S'il le juge important, le médecin pourra joindre le(s) rapport(s) d'examen au formulaire d'évaluation médicale.

La section 7 "Interventions proposées"

Le médecin fournit les informations relatives

- a) à la médication du bénéficiaire (nom des médicaments, dosage, posologie...),
- b) à son alimentation et ses particularités (diète),
- c) aux soins et services que son état requière et aux restrictions qui y sont associées. Dans la partie c) de la section, la catégorie "autre" renvoie, par exemple, aux services d'aide (repas, accompagnement, etc) et à des services ou soins particuliers (laboratoire, monitoring, etc.).

-			
INTERVENTIONS PROPOS	ÉES		
MÉDICATION Pour chaque r	nédicament nr	rescrit inscrire	
Nom – dosage – posologie – m	ode d'admini	stration – duráe právue	
Nom – dosage – posologie – m	ioue u aummin	stration – duree prevue	
Difficulté d'auto-administratio			
		□ oui □ non	
Si oui, préciser :			
Si oui, préciser :ALIMENTATION			
Si oui, préciser : ALIMENTATION Gequilibrée	e en fibre	□ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION Gequilibrée	e en fibre		□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION équilibrée	e en fibre	□ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION équilibrée	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION Gquilibrée Grich autr SOINS/SERVICES	e en fibre	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION Gquilibrée Grich autr SOINS/SERVICES physiothérapie	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION Gquilibrée Grich autr SOINS/SERVICES physiothérapie	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION dequilibrée de rich autr SOINS/SERVICES physiothérapie ergothérapie	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser : ALIMENTATION dequilibrée dequilibrée autr SOINS/SERVICES physiothérapie ergothérapie inhalothérapie oxygénothérapie	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
ALIMENTATION équilibrée	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
ALIMENTATION équilibrée	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser Non Oui	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser Non Oui	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser Non Oui	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser Non Oui	☐ sans sucre concentré	□ sans salière
Si oui, préciser :	e en fibre e, préciser Non Oui	☐ sans sucre concentré	□ sans salière

La section 8 "Pronostic"

Permet de connaître l'opinion du médecin quant à l'évolution de l'état bio-psycho-social du bénéficiaire. Cette information est indispensable à l'équipe multidisciplinaire pour l'évaluation des services requis.

La section 9 "Opinion du médecin quant à l'orientation du bénéficiaire"

On demande au médecin de fournir son "opinion quant à l'orientation du bénéficiaire" en identifiant quel type de services seraient, selon lui, le plus approprié à répondre aux besoins de ce dernier.

Le médecin doit savoir que son évaluation s'inscrit à l'intérieur d'une procédure d'évaluation globale permettant l'orientation du bénéficiaire. De ce fait, et pour ne pas créer des attentes particulières chez le bénéficiaire, il lui est demandé de ne pas s'engager vis-à-vis ce dernier relativement à son orientation.

La section 10 "Autre information jugée importante ou recommandation(s) particulière(s) du médecin"

Permet au médecin d'inscrire toutes autres données qu'il juge importantes à l'évaluation des services requis par l'équipe multidisciplinaire et à l'orientation du bénéficiaire. Une fois son évaluation complétée, le médecin apposera sa signature et inscrira la date à laquelle il a rempli le formulaire.

La section 11 "Autorisation du bénéficiaire"

Est réservée à la signature du bénéficiaire ou, en cas d'incapacité de ce dernier, à celle d'une personne autorisée. Un témoin à la signature doit aussi s'identifier.

8- PRONOSTIC					
Le bénéficiaire présente un état	bio- psycho- social	☐ stable ☐ stable ☐ stable	☐ instable☐ instable☐ instable		
Établir votre pronostic quant à l'éve	olution de son	état bio-psycho-so	ocial.		
9- OPINION DU MÉDECIN QUA					
Considérant la situation actuelle de services le plus apte à répondre aux			nditions de vie, etc.) quel	serait, selon vo	ous, le type de
maintien (retour) à domi	s (famille d'acc	cueil, pavillon)	our, soins/services à domic	cile, hébergemer	nt temporaire)
Détaillez le type de services		,			
10- AUTRE INFORMATION JUG	ÉE IMPORTA	NTE OU RECOM	MANDATION(S) PARTI	CULIÈRE(S) D	U MÉDECIN
Êtes-vous le médecin traitant du bé Possédiez-vous, pour réaliser votre					?
	Sig	nature du médecin	1	Dat	te
11- AUTORISATION DU BÉNÉ	FICIAIRE				
J'autorise le médecin	Nom		à fournir les	renseignements	contenus
dans le présent formulaire aux pers		-	ma demande de services.		
(E	EN CAS D'INCAP	PACITÉ)Signat	ture de la personne légalement au	ıtorisée	Titre
			Témo	in à la signature	
			Date	de l'autorisation	