



Comité aviseur sur l'adoption

d'un outil d'évaluation

intégré des besoins des

personnes en perte d'autonomie

et de détermination des services requis

notamment en institution ou à domicile

Québec

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Comité aviseur sur l'adoption

d'un **outil d'évaluation**

intégré des besoins des

personnes en perte d'autonomie

et de détermination des services requis

notamment en institution ou à domicile

Septembre 2000

Québec

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36718-9

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

**Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré
des besoins des personnes en perte d'autonomie
et de détermination des services
requis, notamment en institution ou à domicile**

PRÉAMBULE

Le présent rapport fait état des résultats des travaux du Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile, mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport intègre également les éléments du rapport d'étape produit en février 1999.

Le rapport débute en précisant notamment la démarche suivie par le comité, à savoir : à quelle population s'adresse principalement l'outil d'évaluation intégré. On y traite ensuite des objectifs poursuivis et du cadre théorique utilisé.

L'informatisation de l'outil, ainsi que certains commentaires sur le processus d'utilisation de l'outil dans le réseau intégré et les réseaux connexes, sont ensuite abordés.

Le texte se termine par une liste des travaux à réaliser et par les recommandations jugées les plus pertinentes pour permettre d'implanter dans le réseau un système d'évaluation intégré et de détermination des interventions requises qui soit applicable pour la population en perte d'autonomie.*

* La différence entre la « détermination des services requis » et « détermination des interventions requises » est expliquée au point 5.7.1

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
1. BUT ET MANDAT DU COMITÉ.....	9
1.1. But	9
1.2. Mandat	9
2. PLAN DE TRAVAIL.....	11
3. PARAMÈTRES DE L'OUTIL D'ÉVALUATION INTÉGRÉ	13
3.1 Clientèles visées	13
3.2. Champ d'application de l'outil d'évaluation intégré	13
3.2.1. Utilisateurs du réseau intégré.....	14
3.2.2. Utilisateurs des réseaux connexes.....	14
3.2.3. Observations	14
3.2.4. Définition de l'outil d'évaluation intégré	15
4. PRINCIPES ET OBJECTIFS.....	17
4.1. Principes.....	17
4.2. Objectifs.....	17
4.3. Avantages souhaités	18
4.4. Lignes directrices.....	19
5. CONTENU DE L'OUTIL D'ÉVALUATION INTÉGRÉ	21
5.1. Inventaire des outils existants au Québec et ailleurs	21
5.2. Données minimales	21
5.3. Approche préconisée	22
5.4. Analyse des outils d'évaluation	24
5.5. Utilisation d'outils complémentaires.....	25
5.6. Avantages cliniques.....	26
5.6.1. Rapidité d'intervention.....	26
5.6.2. Mécanismes d'accès : orientation – inscription et orientation – admission	27
5.7. Avantages sur le plan organisationnel	27
5.7.1. Détermination des interventions requises, au lieu de services requis	27
5.7.2. Profils types	28
5.7.3. Systèmes d'information clientèles.....	28
5.8. Sommaire du contenu de l'outil d'évaluation intégré	28
6. INFORMATISATION.....	29
7. ASPECTS OPÉRATIONNELS RELIÉS AU PROCESSUS D'IMPLANTATION.....	31
7.1. Validation et formation.....	31
7.2. Adaptation et évolution de l'outil d'évaluation intégré.....	31
7.2.1. Comité scientifique	31
7.2.2. Outils existant ailleurs qu'au Québec.....	32
7.3. Droits d'auteurs et d'utilisation	33

8. TRAVAUX À RÉALISER POUR QUE L'OUTIL PUISSE ÊTRE UTILISÉ	35
8.1. Mise à jour de l'outil d'évaluation Multiclientèle	35
8.2. Harmonisation des cadres normatifs	35
8.3. Définition des marqueurs	35
8.4. Choix des outils d'évaluation complémentaires	36
8.5. Simulation	36
8.6. Détermination des interventions requises	37
8.7. Implantation de l'outil	37
8.8. Coordination de l'application des recommandations	37
8.9. Période transitoire	38
CONCLUSION	39
LISTE DES RECOMMANDATIONS	41
ANNEXE 1	45
Membres du Comité aviseur	45
ANNEXE 2	49
Liste des sigles et des acronymes, des principaux outils et logiciels analysés et des experts et intervenants rencontrés	49
ANNEXE 3	53
Liste des données minimales essentielles	55
ANNEXE 4	65
Rapport sur les modifications à apporter à l'outil d'évaluation multiclientèle en services à domicile	67

INTRODUCTION

Vers le milieu des années 1980, un outil pour évaluer les besoins des personnes qui faisaient une demande d'admission dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée a été adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et implanté partout au Québec. Cet outil d'évaluation, appelé CTMSP¹, a été implanté par l'entremise des comités régionaux d'orientation-admission. Quant aux personnes résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans des ressources intermédiaires et dans des ressources de type familial, plusieurs outils d'évaluation, propres aux milieux concernés, furent utilisés à l'intérieur du réseau sociosanitaire, bien qu'aucune décision officielle n'ait été prise au sujet de ces outils.

En 1994, le MSSS adoptait le Cadre de référence des services à domicile. Dans ses grandes lignes, on y faisait mention du besoin de choisir un outil d'évaluation unique pour les services à domicile offerts par les CLSC de la province. À la fin mars 1997, le réseau de la santé et des services sociaux était officiellement informé du choix du Ministère quant à l'adoption d'un outil d'évaluation des besoins dans le domaine des services à domicile. Ce choix s'est arrêté sur l'outil d'évaluation Multiclientèle, déjà utilisé dans plusieurs régions à cause de sa facilité d'application et de sa compatibilité avec les modèles employés pour l'évaluation des besoins. Par la suite, cet outil a été informatisé.

Pour donner suite à ces décisions, le besoin de recourir à un outil d'évaluation intégré s'est fait de plus en plus sentir. Compte tenu de l'existence d'une multitude d'outils plus ou moins adaptés à certains groupes cibles et à certains milieux, le Ministère appuyait ainsi le souhait que soient intégrés les outils en matière d'évaluation des usagers. Il reconnaissait dans cette démarche l'importance d'atteindre une plus grande homogénéité dans l'évaluation des besoins de la population. Un tel outil pourrait permettre d'uniformiser les données demandées, favoriser leur échange et ainsi éviter qu'il y ait plus d'une collecte des mêmes données pour le même usager. Cet outil assurerait également une meilleure continuité des services au fur et à mesure de l'évolution des besoins de la personne. L'outil souhaité permettrait enfin l'évaluation des personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente et la détermination des interventions requises, notamment en ce qui a trait aux services à domicile et aux services d'hébergement et de soins de longue durée.

Un comité aviseur a donc été créé pour examiner les différents outils et pour recommander une solution unique ou du moins compatible avec les outils existants. Les comparaisons que permettrait l'outil recommandé devraient également faciliter la répartition des ressources de même que l'utilisation efficiente de celles-ci, tout en maintenant une certaine équité dans le traitement d'un même besoin.

1. CTMSP : Classification par type en milieu de soins prolongés. Voir l'annexe 2 pour tous les sigles et acronymes.

1. BUT ET MANDAT DU COMITÉ

1.1. But

Le comité avait pour but :

De faciliter l'adoption, à court terme, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, d'un outil unique d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente et de détermination des services requis, notamment des services à domicile et des services relatifs à l'hébergement et aux soins de longue durée.

1.2. Mandat

Le comité avait pour mandat :

- d'examiner les différents outils en usage à la lumière des avantages et des limites de chacun sur les plans clinique et administratif, dans le but d'intégrer et d'informatiser les renseignements sur les usagers, à l'heure de l'autoroute de l'information ;
- de recommander une solution unique ou, à défaut, toute autre solution compatible avec les moyens actuellement utilisés, et de déterminer les moyens pour rendre cette solution opérationnelle dans les meilleurs délais, en fonction des besoins d'intégration et d'informatisation.

2. PLAN DE TRAVAIL

Le comité a déterminé son plan de travail en fonction de principes et d'objectifs fixés au début de son mandat. Il considérait également l'outil unique d'évaluation intégré des besoins et de détermination des services requis comme un instrument susceptible de faciliter l'implantation d'un réseau intégré de services.

À certaines phases de ses travaux, le comité a d'ailleurs tenu à consulter des experts et des utilisateurs ayant une bonne connaissance du domaine (annexe 2). Le but de cette démarche était d'examiner la question sous tous ses angles et de chercher la méthode la plus adaptée à la réalité.

Dans cette optique, le comité a établi le plan de travail suivant, comportant neuf étapes réparties en quatre blocs :

- Bloc I** État de la situation
- Bloc II** Détermination des besoins des utilisateurs en ce qui a trait aux outils
Détermination des objectifs (généraux et particuliers) et des critères d'analyse de l'outil
- Bloc III** Inventaire des outils utilisés ou potentiels
Collecte d'information sur les outils
Sélection des outils pour analyse
Analyse des outils sélectionnés
- Bloc IV** Élaboration des recommandations
Détermination et analyse des répercussions (impacts)
Rédaction du rapport final

Le rapport final reprend les diverses discussions et décisions du comité aviseur au cours des quatre blocs de travail, mais les présente dans un format de nature à faciliter la compréhension par le lecteur.

3. PARAMÈTRES DE L'OUTIL D'ÉVALUATION INTÉGRÉ

3.1. Clientèles visées

L'outil d'évaluation intégré doit servir aux personnes en perte d'autonomie (temporaire ou permanente), mais le comité considère que les personnes âgées et certains groupes d'adultes en perte d'autonomie sont principalement visés. À moyen terme, le comité n'écarte pas son utilisation pour d'autres clientèles.

Ainsi, le comité estime que l'outil d'évaluation intégré devrait viser les groupes suivants :

- *les personnes âgées de 65 ans ou plus ;*
- *les adultes de 18 ans à 64 ans en perte d'autonomie temporaire ou permanente sauf, pour l'instant, les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou les personnes suivies par le réseau de la santé mentale ou le réseau des centres de réadaptation en déficience physique, pour lesquelles l'utilisation de l'outil serait facultative ;*
- *les personnes de 17 ans ou moins en perte d'autonomie pour lesquelles l'utilisation de l'outil serait facultative.*

3.2. Champ d'application de l'outil d'évaluation intégré

Le réseau sociosanitaire est constitué de l'ensemble des établissements définis dans la loi en vigueur (CLSC, CH, CHSLD, CR et CPEJ), ainsi que des ressources intermédiaires (RI) et de celles de type familial (RTF) qui offrent des services à l'ensemble de la population.

Dans chacune de ces ressources, le travail des intervenants doit être facilité et soutenu par un outil d'évaluation intégré pour la traduction des demandes en besoins, la traduction des besoins en services et l'allocation des ressources en fonction de la clientèle.

Aux fins du présent mandat, le comité a divisé le réseau sociosanitaire en deux sous-ensembles, soit le réseau intégré et les réseaux connexes.

3.2.1. Utilisateurs du réseau intégré

Le réseau intégré comprend les CLSC et les CHSLD, qui ont des missions différentes, ainsi que les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF), qui ont à assurer aux personnes qui présentent une perte d'autonomie temporaire ou permanente et à leurs proches les services généraux nécessaires pour :

- *pallier leurs incapacités ;*
- *retrouver ou maintenir leurs capacités optimales dans un environnement qui soit le plus près possible de leur milieu de vie naturel.*

Le même outil d'évaluation des besoins sera utilisé par tout le personnel du réseau intégré, que ce soit le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux ou autres.

3.2.2. Utilisateurs des réseaux connexes

Les réseaux connexes comprennent les CH et les CR, qui ont à assurer des services spécialisés ou à offrir des services à une population particulière. Des outils d'évaluation distincts souvent plus complets, sont utilisés pour les usagers des centres hospitaliers généraux et spécialisés ou ultra-spécialisés, ceux du réseau de la santé mentale ou les personnes recevant des services d'adaptation-réadaptation dans les centres de réadaptation.

Puisqu'une même personne peut avoir recours à différents services du réseau sociosanitaire, il est important qu'il y ait arrimage entre le réseau intégré de services aux personnes en perte d'autonomie et les réseaux connexes.

L'arrimage des différents réseaux connexes et du réseau intégré doit permettre d'échanger (transmettre et recevoir) les données nécessaires pour éviter la double collecte de l'information et permettre la continuité de l'intervention.

3.2.3. Observations

Les experts consultés ont émis des opinions qui ont en partie guidé le comité dans la réalisation de son mandat et dans son processus de travail. Voici un aperçu des principales observations exprimées en fonction des questions-clés soulevées par les membres du comité :

- *Il est important de connaître les besoins des intervenants concernés et d'orienter les travaux en fonction des problèmes à régler, des renseignements qu'il est essentiel de recueillir, de la qualité de l'information produite et de l'acceptabilité de l'outil par les futurs utilisateurs.*
- *Même lorsqu'un outil est uniforme, il nécessite toujours une certaine adaptation de la part des personnes qui s'en servent, car certains problèmes ou certaines difficultés d'application ne sont pas nécessairement liés à l'outil en tant que tel, mais à l'apport essentiel du jugement clinique.*

- *Il n'existe pas de pondération propre à chacun des critères opérationnels. Certains d'entre eux varient plutôt en fonction des objectifs poursuivis ou de la perspective choisie, qu'elle soit relative aux soins ou à l'administration.*
- *Il n'existe pas d'outil d'évaluation qui puisse répondre adéquatement à tout un ensemble d'objectifs différents ; certaines difficultés d'application ou de conceptualisation sont inévitables.*
- *Un outil d'évaluation unique n'élimine pas la variabilité dans les évaluations effectuées.*
- *Un outil d'évaluation unique favorise un échange minimal de renseignements tout en requérant la collaboration interprofessionnelle, mais il n'entraîne pas nécessairement une amélioration dans la continuité des services.*
- *L'acceptabilité d'un outil d'évaluation dépendra en grande partie de la stratégie qui aura été retenue pour la mise en place de cet outil.*
- *Dans la détermination des services requis, il n'existe pas d'algorithme magique, sans doute à cause des différences inhérentes à l'évaluation d'une même personne.*

3.2.4. Définition de l'outil d'évaluation intégré

Après discussion, le comité a retenu que l'instrument choisi devrait principalement servir à appuyer le jugement clinique de l'intervenant. Les autres personnes qui ont besoin d'information, tels les gestionnaires et les chercheurs, pourraient, quant à elles, utiliser les données issues de cette collecte d'information et recueillir des renseignements additionnels, si nécessaire, selon leurs besoins.

C'est pourquoi le comité retient la définition suivante pour l'outil recherché :

« Un instrument qui devrait faciliter et supporter le travail de l'intervenant, ou celui de l'équipe multidisciplinaire, lors de la traduction des demandes en besoins, de la traduction des besoins en services et de l'allocation des ressources disponibles en fonction des besoins de la clientèle ».²

2. Andrée LABERGE et al. *Étude portant sur les outils utilisés dans les CLSC pour l'évaluation des demandes d'aide et de soins à domicile*, Québec, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, CHUL, 1993, p. 3.

4. PRINCIPES ET OBJECTIFS

4.1. Principes

Le comité a défini des principes à respecter tout au long de ses travaux, afin de se donner une vision à long terme et d'appuyer le caractère évolutif de la démarche d'élaboration de l'outil d'évaluation intégré. Dans cette perspective, l'outil d'évaluation intégré retenu doit, entre autres :

- *faire référence à la Classification internationale des déficiences (résultats d'un état pathologique), incapacités (limitations fonctionnelles) et handicaps (liés aux désavantages socio-environnementaux) - CIDIH³ - dans le processus d'évaluation et de détermination des interventions requises ;*
- *appuyer le jugement clinique de l'intervenant ;*
- *tenir compte des incapacités de la personne et du soutien que son environnement et son entourage peuvent lui apporter ;*
- *favoriser l'équité dans le traitement d'un même besoin ;*
- *éviter la double saisie des données ;*
- *faciliter la mise à jour de l'information ;*
- *assurer la comparabilité des données ;*
- *assurer l'arrimage des différents systèmes d'information clientèles.*

4.2. Objectifs

Le comité a établi que le principal objectif de l'outil d'évaluation doit être d'assurer la continuité de l'intervention auprès de l'utilisateur tout au long de son cheminement dans le réseau sociosanitaire. L'utilisation d'un langage commun, grâce à un outil d'évaluation intégré, est la condition essentielle à une meilleure réponse aux besoins de la personne et à la continuité des services.

À cette fin, en ce qui a trait aux **OBJECTIFS CLINIQUES**, l'outil d'évaluation intégré doit :

- *permettre de recueillir les données biopsychosociales minimales essentielles à l'étude de chaque cas ainsi que les attentes exprimées par l'utilisateur et son entourage ;*
- *servir à l'évaluation globale des besoins de l'utilisateur sur les plans physique, psychique, social et environnemental, tout en permettant d'en suivre l'évolution selon les différents milieux de vie ;*
- *intégrer les notions de déficience, d'incapacité et de handicap pour tenir compte de la réversibilité possible de la déficience ou des moyens pour la faire disparaître ainsi que des interventions possibles pour réduire ou éliminer l'incapacité ou le handicap ;*
- *permettre l'utilisation d'outils complémentaires pour des problématiques ou des cas particuliers ;*

3. Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, vol 9, nos 2-3, juillet 1998.

- *permettre d'établir les objectifs d'intervention lors de la préparation du plan d'intervention individualisé (problèmes, objectifs particuliers, interventions, ressources) ;*
- *servir à déterminer la nature et l'intensité des interventions nécessaires pour répondre le mieux possible aux besoins de la personne et de ses proches tout en permettant d'en suivre l'évolution et de déterminer les ressources les plus aptes à répondre à ces besoins ;*
- *servir de base au jugement clinique de l'intervenant tout en simplifiant les aspects administratifs de l'intervention.*

En ce qui a trait aux **OBJECTIFS ORGANISATIONNELS**, l'outil d'évaluation intégré doit :

- *être uniforme pour toutes les personnes visées (perte d'autonomie temporaire ou permanente) ;*
- *être fiable et permettre de distinguer les données objectives de celles qui sont plus subjectives (pouvant être influencées par la perception de l'évaluateur) ;*
- *pouvoir être validé ;*
- *pouvoir être appliqué par le personnel concerné dans un contexte où les interventions doivent parfois être faites rapidement ou de façon urgente ;*
- *assurer la continuité de l'intervention entre le réseau intégré et les réseaux connexes en permettant de recueillir l'information dont ceux-ci ont besoin, aux fins d'orientation ou à d'autres fins ;*
- *faciliter l'interdisciplinarité de l'intervention.*

4.3. Avantages souhaités

Quant aux avantages escomptés par l'utilisation d'un tel outil, le comité a distingué les avantages d'ordre clinique et les avantages d'ordre organisationnel :

AVANTAGES SUR LE PLAN CLINIQUE :

L'outil d'évaluation intégré doit contribuer à:

- *produire l'information utile pour la prise de décision reliée à:*
 - l'attribution d'un ordre de priorité à chacun des besoins,
 - la détermination de l'urgence des interventions,
 - la détermination de l'offre et de l'orientation de l'utilisateur vers les bons services, au bon moment,
 - l'adaptation des ressources aux besoins de l'utilisateur ;
- *faciliter les fonctions de gestion que doit assumer l'utilisateur de l'outil dans le réseau sociosanitaire (échanges d'information, banques de données communes, etc.).*

AVANTAGES SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL :

L'outil d'évaluation intégré doit contribuer à:

- *mesurer les écarts entre les interventions requises et les interventions réalisées ;*
- *faciliter la création d'une banque d'information pouvant servir à la gestion et appuyer les décisions prises par les dirigeants des établissements, des régies régionales et du MSSS en matière de ressources humaines, matérielles et financières, tout en permettant d'établir des comparaisons entre les établissements, entre les provinces canadiennes et avec d'autres pays, par l'utilisation d'un langage commun et de renseignements uniformes et intégrés sur la personne.*

4.4. Lignes directrices

lignes directrices suivantes :

Afin de mettre en application ces principes et objectifs, le comité a adopté les

- *que l'outil d'évaluation intégré demeure un outil global d'intervention qui puisse servir à l'évaluation des besoins de l'utilisateur sur les plans physique, psychique, social et environnemental ;*
- *que l'outil d'évaluation intégré puisse évoluer et être adapté en fonction des besoins des usagers et des réalités changeantes du réseau ;*
- *que les données recueillies grâce à l'outil d'évaluation intégré permettent d'orienter les usagers, selon leurs besoins (hébergement ou autres besoins), à l'intérieur du réseau intégré des services aux personnes en perte d'autonomie ou vers des réseaux connexes ;*
- *que l'outil d'évaluation intégré permette la transmission des données entre les intervenants du réseau intégré et des réseaux connexes, sans oublier les partenaires organisationnels ;*

- *que l'outil d'évaluation intégré permette le traitement et l'analyse des données minimales essentielles recueillies à propos de l'utilisateur.*

En plus de respecter ces principes et de répondre aux objectifs poursuivis, l'outil d'évaluation intégré doit être adapté à l'approche d'intervention privilégiée dans les milieux cliniques. À la suite des travaux d'inventaire et d'analyse de contenu des outils examinés et du choix de l'outil d'évaluation intégré décrit au chapitre suivant, le comité a formulé de nouvelles lignes directrices, que voici :

- *que l'ensemble du continuum de services adhère à l'approche préconisant l'utilisation d'un outil d'évaluation intégré ;*
- *que les concepts de « déficience, d'incapacité et de handicap » servent de base au schéma d'analyse pour la préparation du plan d'intervention, la définition des fonctions d'aide (aide-mémoire) et l'aperçu global de la situation de l'utilisateur (synthèse de l'évaluation).*

5. CONTENU DE L'OUTIL D'ÉVALUATION INTÉGRÉ

5.1. Inventaire des outils existants au Québec et ailleurs

Le comité a procédé à l'inventaire ainsi qu'à l'analyse des principaux outils québécois d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie. Il a, de plus, lancé un appel au réseau pour obtenir des outils dont l'utilisation est propre à certains établissements. Le comité a d'ailleurs rencontré l'auteur des grilles CTMSP et PLAISIR ainsi que celui du volet SMAF de l'outil d'évaluation Multiclientèle afin de discuter des perspectives de développement de ces outils. La liste des principaux outils analysés se trouve à l'annexe 2.

En outre, étant donné l'importance de la comparabilité des renseignements, non seulement entre les usagers et les établissements, mais aussi au niveau interprovincial ou international, le comité a consulté l'inventaire de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), où l'on trouve les grilles utilisées le plus fréquemment dans les autres provinces et dans certains pays d'Europe.

Pour les raisons énoncées au chapitre 7.2. « Adaptation et évolution de l'outil d'évaluation intégré », le comité a opté pour une solution pragmatique consistant à choisir un outil d'évaluation déjà utilisé dans le réseau sociosanitaire québécois, puis de l'informatiser et de l'appliquer à l'ensemble du continuum de services.

5.2. Données minimales

Pour atteindre le premier objectif clinique, défini au chapitre précédent, le comité a établi la liste des données minimales essentielles ou importantes (DME) devant faire partie de l'outil d'évaluation intégré. L'analyse de contenu des principaux outils, soit le CTMSP, l'outil d'évaluation Multiclientèle et la grille de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS Canada), a permis de relever 93 données minimales essentielles à obtenir sur l'utilisateur, où qu'il se situe à l'intérieur du continuum de services. Le comité a choisi une définition ou une description appropriée de chacune de ces données minimales, qu'il a ensuite soumis pour approbation à différents intervenants travaillant auprès d'utilisateurs dans le réseau sociosanitaire. Les données minimales essentielles ou importantes, définies à l'annexe 3, constituent les informations de base nécessaires à la conception de l'outil d'évaluation intégré (tronc commun).

Ce processus d'établissement des données minimales essentielles ou importantes a fait ressortir des différences dans les définitions des termes utilisés dans les différents cadres normatifs des systèmes de collecte de données sur les utilisateurs. Ainsi, la définition du mot « résidence » varie alors que l'utilisation des termes « municipalité » ou « code géographique » peut parfois porter à confusion. Il est primordial, à tout le moins, d'harmoniser les termes et les définitions afin de suivre l'utilisateur à travers le continuum de services et d'éviter ainsi une compréhension différente des mêmes termes lorsque l'information sera transmise d'un établissement à l'autre selon les déplacements de l'utilisateur.

Recommandation 1

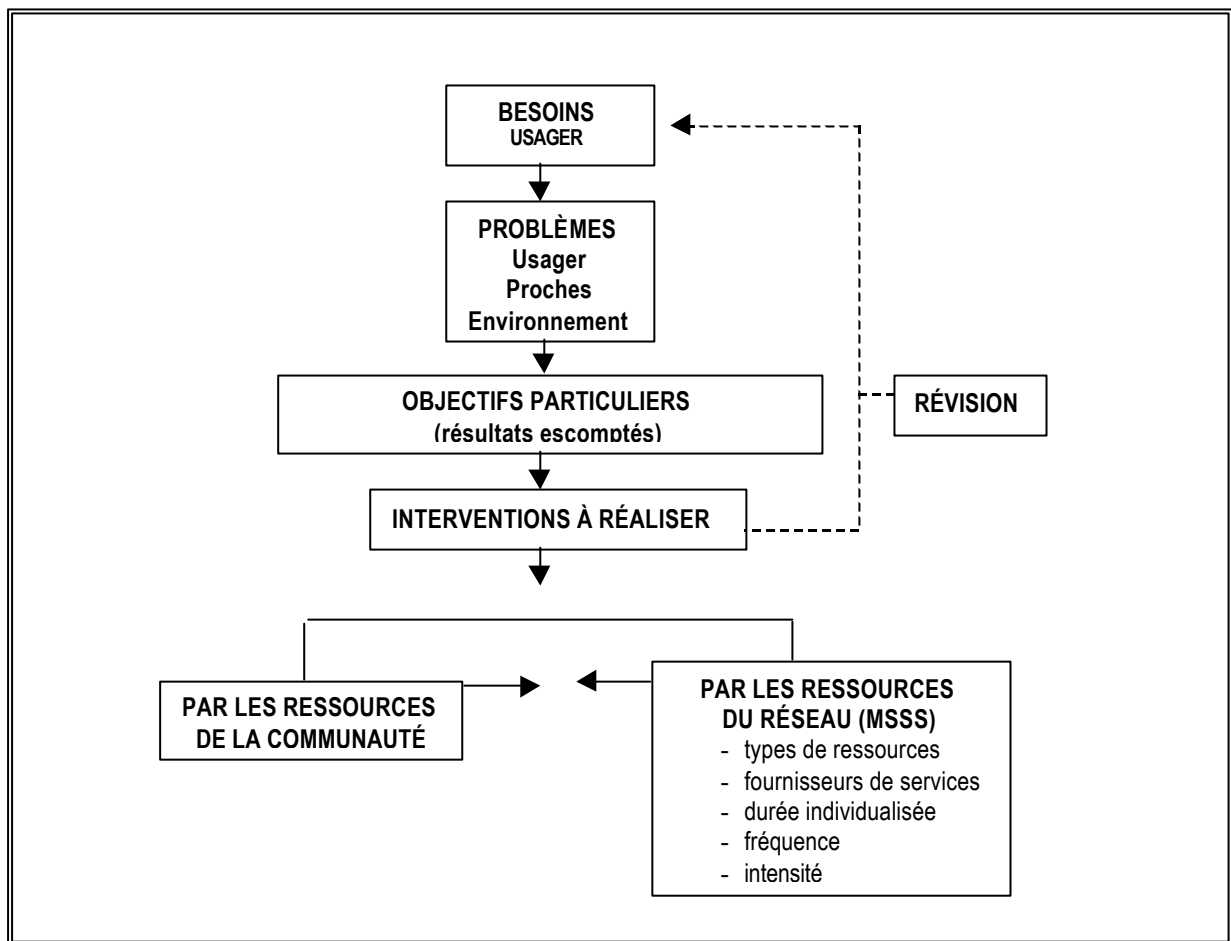
Que des travaux soient entrepris pour harmoniser les définitions et les termes afin d'assurer l'intégration et l'arrimage des systèmes pertinents d'information clientèles.

5.3. Approche préconisée

L'outil d'évaluation intégré recherché doit pouvoir s'intégrer, d'où son appellation, dans tout le continuum de services. L'outil retenu doit permettre de concrétiser l'approche suivante :

- *appuyer la démarche de planification systématique des interventions, c'est-à-dire le plan d'intervention individualisé :*
 - déterminer les besoins de l'utilisateur, ses déficiences physiques, organiques, psychiques, sensorielles et autres, puis les incapacités qu'elles engendrent et les handicaps qui peuvent en découler ;
 - établir la priorité des problèmes auxquels il faut apporter une solution. Les problèmes en question peuvent toucher l'utilisateur, ses proches ou son environnement, c'est-à-dire non seulement son domicile, mais aussi l'environnement à l'intérieur duquel il doit vivre pour assurer sa qualité de vie et son bien-être ;
 - déterminer les objectifs d'intervention appropriés à la situation de l'utilisateur, de ses proches et de son environnement, si nécessaire. Ces objectifs doivent être définis en fonction des résultats escomptés ;
 - établir les interventions appropriées en tenant compte de la capacité des ressources de la communauté et du réseau de répondre aux besoins de l'utilisateur, que ce soit à domicile ou en milieu substitut. On doit ici préciser la nature des interventions requises, le type de ressource et le type de fournisseur de services appropriés, ainsi que la durée, la fréquence et l'intensité des interventions ;
 - prévoir un échéancier pour la révision de la situation ;
- *maximiser le potentiel des usagers, en faisant appel aux services d'adaptation-réadaptation, soit par des modifications de l'environnement, soit par la participation de l'entourage ;*
- *assurer la coordination de l'orientation-admission ou de l'orientation-inscription et toutes les étapes relatives à la réorientation en milieu substitut ou au retour à domicile, selon le cas ;*
- *déterminer les services qui peuvent être fournis par les ressources de la communauté et du réseau et transmettre les données qui y ont trait aux ressources concernées.*

Le tableau suivant illustre la démarche décrite dans les lignes qui précèdent :



Il est important de garder en mémoire cette approche, car présentement, il semble qu'il n'y ait pas de dépistage systématique des problèmes des proches et de ceux concernant l'environnement. Ainsi, les problèmes psychosociaux pendant la période de placement de l'utilisateur ou celui d'épuisement d'un proche passent souvent inaperçus, de même que les problèmes d'adaptation domiciliaire et d'intégration sociale. En conséquence, les objectifs particuliers ne sont pas établis de façon assez détaillée dans le plan d'intervention. Pour maximiser l'autonomie et la qualité de vie de certaines personnes en perte d'autonomie, il faut établir des objectifs particuliers concernant l'environnement et profiter pleinement de l'évolution des technologies concernant les adaptations domiciliaires, dont la cuisine adaptée, et les adaptations dans la communauté, dont le transport en commun adapté.

Il s'agit d'un processus dynamique qui permet de réviser le plan d'intervention selon l'évolution des besoins. Une telle révision ne se fait pas toujours de façon systématique actuellement. Il faudrait l'effectuer selon la condition de l'utilisateur, mais minimalement une fois par année pour chaque utilisateur recevant des services à long terme, sans égard à son milieu de vie.

L'évaluation de la personne et la réalisation ou la mise à jour de son plan d'intervention doivent être faites dans le respect de cette approche, qui découle des concepts de « déficience, d'incapacité et de

handicap » et de la philosophie d'adaptation-réadaptation. Dans cette perspective, l'outil d'évaluation intégré doit comprendre un système d'aide (aide-mémoire) et un aperçu global de la situation de la personne (synthèse de l'évaluation) conçus de manière à faciliter l'assimilation et le respect de ces concepts par le personnel concerné.

5.4. Analyse des outils d'évaluation

Les outils sélectionnés ont été analysés à la lumière des principes et objectifs précités. En plus, le comité a tenu compte de la décision du MSSS de retenir l'outil d'évaluation Multiclientèle pour le maintien à domicile partout au Québec, de son utilisation actuelle dans la plupart des régions et de la satisfaction exprimée par le personnel qui s'en sert.

Le CTMSP et l'outil PLAISIR, bien qu'excellents quand il s'agit de déterminer l'intensité des services reliés aux soins infirmiers et aux soins d'assistance, ne tiennent pas compte des changements possibles attribuables à des facteurs environnementaux, à la participation de l'entourage, ou à des changements reliés à des éléments d'adaptation-réadaptation. De plus, ces grilles ne permettent de considérer que le rôle immédiat de l'entourage, et non son potentiel. Enfin, ces grilles ne mesurent pas adéquatement les besoins liés aux troubles cognitifs.

Le comité a vérifié la correspondance de l'outil d'évaluation Multiclientèle aux principes et objectifs énoncés. Pour ce faire, il a constitué deux sous-comités de travail formés d'utilisateurs d'outils d'évaluation, tant dans le secteur du maintien à domicile (MAD) des CLSC que dans celui des CHSLD. Ces personnes, qui font partie du *RÉSEAU INTÉGRÉ*, avaient pour mandat d'analyser la liste des données minimales essentielles inventoriées par le comité aviseur et d'indiquer celles qui étaient essentielles ou importantes, selon le cas, dans un outil d'évaluation intégré pour les personnes vivant à domicile et pour les personnes vivant en milieu substitut. De plus, le sous-comité du secteur MAD avait pour mandat d'analyser l'outil d'évaluation Multiclientèle et de formuler des recommandations quant aux améliorations qui devaient y être apportées que ce soit sur le plan de l'utilisation, du contenu ou de la forme.

Les conclusions du comité et des sous-comités confirment la correspondance de l'outil d'évaluation Multiclientèle aux principes et objectifs mentionnés ainsi que la possibilité de modifier cet outil. Divers rapports font état des correctifs à y apporter en vue de l'améliorer, de manière à ce qu'il constitue la base du nouvel outil d'évaluation intégré.

Conséquemment, le comité retient l'outil d'évaluation Multiclientèle, dans la mesure où celui-ci sera modifié à partir des données minimales essentielles (annexe 3), selon les spécifications mentionnées dans le rapport du sous-comité de travail (annexe 4) et en fonction des commentaires transmis par d'autres organismes.

Recommandation 2

Que l'outil d'évaluation Multiclientèle soit bonifié. La version améliorée devra intégrer l'ensemble des données minimales établies. La nouvelle version constituera la base du nouvel outil d'évaluation intégré pour l'évaluation des personnes en perte d'autonomie dans l'ensemble du continuum de services.

5.5. Utilisation d'outils complémentaires

La possibilité d'utiliser des outils complémentaires pour certains usagers ou pour des problématiques particulières fait partie des objectifs précisés au chapitre 4. L'outil d'évaluation intégré doit donc être conçu de façon à permettre l'intégration de tels outils.

Le recours à une évaluation complémentaire doit être possible et lorsqu'elle se révèle nécessaire, elle doit être réalisée avec un instrument fiable, validé et accepté par les utilisateurs de cet instrument. Celui-ci doit avoir été élaboré ou mis au point par des chercheurs ou par un établissement dont l'expertise est reconnue. L'insertion de marqueurs à l'image de ceux de la grille d'évaluation INTER-RAI bâtis à partir des protocoles d'intervention, devrait permettre à l'utilisateur de l'outil de vérifier la réalisation de l'évaluation complémentaire. Cependant, l'utilisation d'outils complémentaires et de marqueurs est reliée à la détermination, par les utilisateurs, des sujets prioritaires devant faire l'objet d'évaluations complémentaires et au choix et à la disponibilité d'outils appropriés. Ainsi, dès qu'une évaluation complémentaire se révèle nécessaire, il faut penser à l'arrimer et prévoir dans l'outil la fonction d'un marqueur.

L'évaluation des fonctions cognitives et de la fragilité de l'aidant naturel sont deux points qu'on a déjà relevés comme devant faire partie d'une évaluation complémentaire. L'enquête Santé-Québec sur les limitations d'activités (ESQLA) est d'ailleurs une source d'information des plus significatives puisqu'elle indique les lacunes les plus fréquentes. Cette enquête devrait servir de base de discussion pour décider si l'on doit concevoir de nouveaux marqueurs et envisager la possibilité d'avoir recours, dans l'outil d'évaluation intégré, à des outils tels le PECPA-2R, qui mesure les fonctions cognitives, à d'autres outils existants, ou encore à de nouveaux outils d'évaluation complémentaires. Des marqueurs seront définis dans l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié au moment de la révision de sa version actuelle. Les outils complémentaires répondant aux critères déjà énoncés seront utilisés comme tels dans l'outil d'évaluation intégré au moment de son implantation.

L'une des répercussions négatives de l'utilisation d'outils d'évaluation complémentaires est la double saisie de certaines données qui font déjà partie des données essentielles recueillies avec l'outil de base. Il est impératif d'éviter de répéter les mêmes données.

Recommandation 3

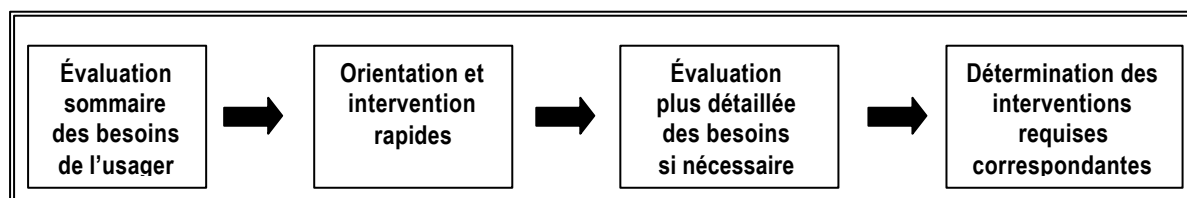
Que l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié comporte obligatoirement des marqueurs précis pour permettre à l'intervenant d'approfondir, s'il y a lieu, chacune des problématiques qui nécessite une évaluation complémentaire. Cette intégration sera réalisée en fonction de la détermination des marqueurs et de la disponibilité d'outils d'évaluation complémentaires appropriés.

5.6. Avantages cliniques

Du point de vue clinique, un des avantages souhaités concerne l'obtention rapide de l'information utile pour la prise de décision. L'autre avantage souhaité réside en l'établissement de priorités pour les services, leur continuité et leur coordination, c'est-à-dire l'orientation de l'utilisateur vers le bon service, et au bon moment.

5.6.1. Rapidité d'intervention

Une orientation particulière s'est dégagée des observations formulées au cours des consultations, notamment au regard de la prise de contact. Ces échanges ont amené le comité à concevoir le processus d'accès aux services en assurant une évaluation sommaire au moment du premier contact avec l'utilisateur ou son représentant, de manière à procéder plus rapidement et plus efficacement à son orientation et à une intervention immédiate appropriée, quitte à effectuer par la suite une autre collecte d'information plus détaillée pour approfondir l'évaluation des besoins et déterminer les interventions requises correspondantes. Le tableau suivant traduit cette orientation :



Comme ce tableau le confirme, l'outil d'évaluation intégré doit faciliter une intervention rapide auprès des personnes en perte d'autonomie.

On doit, en outre, pouvoir attribuer une priorité d'intervention pour chacun des besoins d'une population cible et une priorité d'intervention globale par rapport à l'ensemble des besoins des populations évaluées. Un des effets d'une telle orientation est de rendre possible l'intervention rapide auprès des personnes les plus vulnérables.

5.6.2. Mécanismes d'accès : orientation – inscription et orientation – admission

L'outil d'évaluation intégré doit être l'instrument qui soutient les mécanismes d'accès mis en place pour l'orientation de la personne, que ce soit au moment de son inscription ou de son admission, le cas échéant, dans un établissement du RÉSEAU INTÉGRÉ.

L'outil d'évaluation doit fournir, entre autres, l'information nécessaire à l'utilisation de grilles de détermination des interventions requises afin de bien gérer l'offre et la demande.

5.7. Avantages sur le plan organisationnel

Le niveau d'adaptation des ressources aux besoins des usagers est évalué par la mesure des écarts entre l'offre et la demande. Le comité a discuté des avantages organisationnels sous deux angles et de la disponibilité de l'information dans les systèmes d'information sur les usagers.

5.7.1. Détermination des interventions requises, au lieu de services requis

Il apparaît aujourd'hui évident qu'il faut évaluer les besoins des usagers en fonction des interventions requises plutôt qu'en fonction des services requis, tels que définis traditionnellement. Ainsi, particulièrement dans le réseau d'hébergement, on associe usuellement la « détermination des services requis » aux besoins en soins infirmiers et soins d'assistance, sans toujours tenir compte des autres besoins tels ceux reliés aux aspects psychosociaux et à la réadaptation.

De plus, les experts qu'a rencontrés le comité aviseur ont tous mentionné que le volet « détermination des interventions requises » se situe à une étape complémentaire, soit celle de l'analyse de la quantité des ressources requises pour la réalisation du plan d'intervention. Or, le calcul de l'intensité des ressources requises exige le recours à une nouvelle expertise au regard de chacun des types de services et des professionnels qui les offrent. Les gestionnaires du réseau intégré ainsi que ceux des régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et du MSSS ont besoin de ces nouveaux renseignements pour bien planifier la quantité des ressources humaines nécessaires et avoir des outils appropriés pour évaluer la mesure des écarts entre les interventions requises et les interventions effectuées.

N'ayant pas l'expertise nécessaire, le comité a donc décidé d'accepter l'avis des experts et de ne donner suite qu'à la première partie de son mandat dans un premier temps. Le comité est donc d'avis que le MSSS doit recourir à l'expertise pertinente pour établir le volet « détermination des interventions requises », selon le milieu de vie de l'utilisateur.

Recommandation 4

Que des travaux soient réalisés par le MSSS sur la détermination des interventions requises, selon le milieu de vie de l'utilisateur. Que ces travaux se situent en continuité avec l'approche préconisée pour l'outil d'évaluation intégré, c'est-à-dire l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié.

5.7.2. Profils types

Une équipe de recherche travaille actuellement à la définition de profils types appelés **ISO-SMAF**, à partir de la grille SMAF (section de l'outil d'évaluation Multiclientèle qui mesure l'autonomie fonctionnelle). Le comité croit que le concept de profil type pourrait appuyer la décision de maintenir l'usager à domicile ou de l'orienter vers un milieu substitut, dans la mesure où l'évaluation de l'apport de l'entourage et de l'environnement est prise en considération. Ce genre de profil type pourrait donner un aperçu des interventions requises, selon des critères qu'on s'emploie actuellement à définir. Les travaux de ce groupe de recherche sont à suivre dans le cadre des activités futures d'adaptation et d'évolution de l'outil.

5.7.3. Systèmes d'information clientèles

Il existe dans le RÉSEAU INTÉGRÉ plusieurs systèmes d'information sur les usagers qui peuvent servir pour la constitution de banques d'information. Voici ceux que l'on devrait avant tout se préoccuper : SIC-CLSC, SISMAD, SICHELD, SICRA et SIRTf. Pour l'atteinte des objectifs précités, l'outil d'évaluation intégré doit pouvoir exporter, aux bons endroits dans ces systèmes, la même information, pour éviter d'avoir à entrer les données de nouveau dans chacun d'eux. L'utilisation d'un langage commun et la disponibilité de données comparables sont tributaires de l'arrimage de l'outil et de ces systèmes. Il n'est pas inutile de rappeler ici la première recommandation, qui vise à harmoniser les définitions et les termes utilisés pour éviter la confusion au cours de l'échange d'information dans le réseau intégré et avec les réseaux connexes.

5.8. Sommaire du contenu de l'outil d'évaluation intégré

L'outil d'évaluation intégré sera construit à partir de l'outil d'évaluation Multiclientèle, auquel on ajoutera les éléments suivants :

- *les données minimales essentielles non comprises dans l'outil d'évaluation Multiclientèle actuel ;*
- *les marqueurs menant, si nécessaire, à des évaluations complémentaires ;*
- *les outils d'évaluation complémentaires selon :*
 - le choix des différents acteurs du réseau intégré,
 - leur disponibilité après validation pour utilisation à l'intérieur du réseau intégré.

6. INFORMATISATION

Le choix d'un outil d'évaluation intégré sous forme de collectif suppose l'utilisation de l'informatique et de ses potentialités.

Une fois corrigé en vue d'intégrer l'ensemble des données minimales essentielles, accompagnées de leurs définitions, l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié devra être informatisé dans un langage approprié, selon un format qui convienne à ses divers utilisateurs.

Puisque l'outil d'évaluation Multiclientèle, propriété du réseau, est déjà informatisé, la SOGIQUE doit assurer sa mise à jour selon les recommandations contenues dans ce rapport.

Les outils d'évaluation complémentaires devront aussi être informatisés et les logiciels utilisés devront être compatibles avec l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié en raison de la fonction des marqueurs définis au chapitre précédent. L'acquisition des logiciels déjà disponibles ou de ceux qui seront créés à cet effet doit souscrire aux politiques du MSSS quant aux droits de propriété et d'utilisation. La question des droits d'auteurs est abordée au chapitre 7.

De plus, il est probable que l'outil d'évaluation intégré sera aussi utilisé par les réseaux connexes. C'est pourquoi il faut éviter une double saisie des données, particulièrement en ce qui concerne les usagers suivis conjointement ou consécutivement par deux catégories d'établissements, le CH et le CR par exemple. On doit donc utiliser les mêmes données minimales essentielles, telles qu'elles sont définies dans l'outil d'évaluation intégré, pour s'assurer que les différents acteurs du réseau puissent traiter et analyser ces données plutôt que de seulement se les transmettre entre eux. C'est pourquoi le comité propose qu'un outil de référence commun aux différents établissements offrant des soins aux personnes en perte d'autonomie, tel que le lien CH-CLSC, fasse partie du collectif.

Les éléments suivants doivent être regroupés dans le collectif :

- Outil d'évaluation Multiclientèle bonifié
- Outils d'évaluation complémentaires (Gérisoft, Syséval, PECPA-2R,...)⁴
- Outil de référence commun à différents établissements (CH-CLSC et CH-CHSLD, CR-CLSC, etc.).

Recommandation 5

Que le MSSS assure l'informatisation de l'outil d'évaluation intégré ainsi que l'informatisation des outils d'évaluation complémentaires, tout en tenant compte des logiciels déjà existants, particulièrement de ceux qui appartiennent à son réseau, à ses établissements ou à la SOGIQUE.

4. Soit ceux déjà entérinés par le comité aviseur dans la recommandation 2 du précédent rapport d'étape (p. 8) : « le lien CH-CLSC, GUPA, SI-PRSA, GERISOFT 2000 (MMS E-M, PECPA-2R, Échelle de Berg, ...), SYSEVAL etc.... »

Recommandation 6

Q'un outil de référence avec le réseau intégré, tel le lien CH CLSC, soit conçu de façon à se greffer à l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié afin d'éviter une double saisie des données.

Recommandation 7

Que l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié, les outils d'évaluation complémentaires et l'outil commun de référence avec le réseau intégré soient regroupés dans un collecticiel.

Comme nous l'avons mentionné au point 5.7.3. du chapitre précédent, il faut aussi assurer la capacité de transférer électroniquement les données du collecticiel vers les systèmes d'information clientèles, tels que le SICHELD, pour les personnes admises en hébergement et soins de longue durée, le SIC-CLSC, pour celles qui reçoivent des soins à domicile, ou le SICRA, pour les personnes en processus d'orientation-admission dans un CHSLD, une ressource intermédiaire ou une résidence de type familial.

7. ASPECTS OPÉRATIONNELS RELIÉS AU PROCESSUS D'IMPLANTATION

7.1. Validation et formation

Il faut s'assurer que toutes les personnes du réseau devant se servir de l'outil en fassent une utilisation uniforme et aient une bonne compréhension de la grille d'évaluation. Présentement, le personnel des établissements, sauf lorsqu'il utilise les grilles PLAISIR et CTMSP pour l'évaluation des soins infirmiers et les services d'assistance en hébergement et en soins de longue durée, n'a pas le soutien d'équipes externes, formées d'experts-conseils, pour approuver le contenu de ses évaluations, le processus d'utilisation de la grille et le fonctionnement des équipes d'évaluation.

Au regard de l'équité à assurer dans le traitement d'un même besoin, le comité aviseur se demande s'il pourrait exister des écarts importants dans la détermination des soins requis, advenant le cas où deux utilisateurs feraient l'évaluation d'un même usager. Pour remédier à ces écarts potentiels, il faudrait que des utilisateurs du réseau ayant acquis l'expertise nécessaire approuvent l'évaluation. Il serait donc nécessaire de constituer des équipes dont le mandat serait, d'une part, de valider l'application de l'outil d'évaluation intégré en examinant un certain nombre de grilles remplies dans chaque établissement. Autrement dit, il faudrait qu'il existe une forme de vérification externe.

D'autre part, ces équipes pourraient contribuer à uniformiser la formation des formateurs dans toutes les régions afin d'assurer la comparabilité des résultats. Cela suppose une uniformisation des procédures d'application et d'interprétation de l'outil, accompagnée d'une perception commune des termes utilisés.

Pour appuyer l'utilisateur de l'outil d'évaluation intégré, il faut aussi avoir un schème d'analyse qui tienne compte de la philosophie, des principes, des valeurs et des orientations ayant trait à cet outil. Quant aux éléments reliés à son utilisation, ils seront intégrés à l'outil en tant que tel sous forme d'aide-mémoire.

Recommandation 8

Que des stratégies de formation et de validation soient implantées et réajustées, aux moments appropriés, pour assurer l'uniformité de l'utilisation de l'outil d'évaluation intégré.

7.2. Adaptation et évolution de l'outil d'évaluation intégré

7.2.1. Comité scientifique

L'outil doit pouvoir évoluer et s'adapter, tout en conservant sa capacité d'appuyer le jugement clinique de l'intervenant quant à l'évaluation et à la détermination des interventions requises. Par exemple, il peut être nécessaire d'avoir recours à d'autres évaluations complémentaires avec le marqueur rattaché à

chacune de ces évaluations. De plus, il faut suivre l'évolution des outils d'évaluation utilisés ailleurs et voir s'ils comportent une « valeur ajoutée » par rapport à l'outil d'évaluation intégré.

Pour assurer le maintien de la qualité de l'outil et de son évolution, le comité propose d'établir un lien permanent entre les utilisateurs du RÉSEAU INTÉGRÉ et les chercheurs du milieu universitaire par la création d'un comité scientifique.

Des outils d'évaluation validés doivent être choisis pour effectuer les évaluations complémentaires. Étant donné la recommandation visant l'informatisation et l'intégration, dans le collectif, la question de savoir si ces outils font partie de l'outil d'évaluation intégré ne change rien à leur utilisation par des praticiens.

Puisque les intervenants du réseau veulent l'implantation de l'outil d'évaluation intégré le plus tôt possible, il est recommandé, à court terme, que les outils d'évaluation complémentaires les plus importants fassent partie de l'outil d'évaluation intégré mais que, par la suite, le comité scientifique se penche sur la question en analysant les avantages et les désavantages, pour les utilisateurs, d'avoir recours à d'autres outils d'évaluation complémentaires et aux marqueurs qui y correspondent dans le collectif.

Recommandation 9

Que soit mis sur pied un comité scientifique qui assurerait le maintien de la qualité et de l'adaptation de l'outil d'évaluation intégré et de ses outils complémentaires ainsi que de leur évolution. Ce comité devrait être composé d'universitaires et de membres des équipes qui assurent la formation des intervenants et la validation de l'outil d'évaluation.

7.2.2. Outils existant ailleurs qu'au Québec

Selon les renseignements recueillis et selon les membres d'ICIS Canada, aucun outil d'évaluation intégré pour les personnes en perte d'autonomie répondant de façon plus que satisfaisante aux utilisateurs, ne semble être implanté dans les autres provinces canadiennes, pas plus que dans certains pays d'Europe de l'Ouest.

Les nouveaux outils utilisés ailleurs sont le *RAI*, dans certaines provinces canadiennes et dans plusieurs pays d'Europe, et l'*OASIS*, aux États-Unis. L'*inter-RAI MDS-HC* est un instrument permettant d'orienter et d'évaluer les besoins et établir un protocole de suivi pour les problèmes particuliers de l'usager ayant besoin d'un suivi à domicile. Cet outil a été conçu par des chercheurs internationaux et il est utilisé dans divers pays occidentaux. Une autre version existe aussi pour les programmes de soins de longue durée ; il s'agit de l'*inter-RAI MDS-2.0*. L'*OASIS* est un outil mis au point pour le programme américain *MEDICARE* dans le but de déterminer de façon informatique les besoins en matière de services à domicile et d'en établir les coûts en vue d'une demande de remboursement par les agences fédérales américaines (*Prospective Payment System*).

Par ailleurs, l'implantation de ces deux derniers outils est encore très récente, plus particulièrement pour les usagers à domicile. On hésitait à les utiliser au Québec avant qu'ils n'aient été évalués dans les communautés où ils sont implantés et de connaître le niveau de satisfaction de leurs utilisateurs. Certaines expériences nous ont démontré que la conception, la validation et l'implantation d'un nouvel outil d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie dans un continuum de services, coûtent des millions et nécessitent plusieurs années de travail.

Recommandation 10

Que le comité scientifique revoie, au moment approprié, les avantages et les désavantages d'adapter au contexte québécois des outils d'évaluation utilisés ailleurs afin de déterminer si l'un de ces outils atteint les objectifs particuliers déterminés par le comité aviseur et comporte une « valeur ajoutée » par rapport à l'outil d'évaluation intégré.

7.3. Droits d'auteurs et d'utilisation

Pour assurer l'utilisation harmonieuse et l'évolution de l'outil d'évaluation intégré dans le réseau sociosanitaire, il apparaît nécessaire que le MSSS possède à tout le moins les droits d'utilisation de tous les volets de l'outil d'évaluation intégré ainsi que ceux des outils complémentaires rattachés aux marqueurs, au nom des établissements de son réseau.

Si des modifications à l'outil d'évaluation intégré ou à un outil complémentaire sont demandées par les utilisateurs, le comité scientifique doit avoir toute la flexibilité nécessaire pour procéder à ces modifications s'il les juge appropriées. L'entente avec les auteurs concernés doit prévoir des modalités relatives à l'utilisation, à l'informatisation, ou aux modifications de l'outil en question, que la demande de modification soit faite par des utilisateurs ou par l'auteur.

8. TRAVAUX À RÉALISER POUR QUE L'OUTIL PUISSE ÊTRE UTILISÉ

Les travaux dont il est question dans le présent chapitre s'inspirent du processus suivi en Alberta dans un contexte similaire de réseaux intégrés de services.

8.1. Mise à jour de l'outil d'évaluation Multiclientèle

La bonification de l'outil d'évaluation Multiclientèle actuel, comme on l'a déjà mentionné, comporte deux volets :

- *l'ajout de données minimales essentielles supplémentaires ;*
- *la réalisation des modifications mentionnées dans le rapport du sous-comité des utilisateurs.*

La description des corrections à apporter est prête pour la réalisation d'un prototype de l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié sur format papier, qui pourra ensuite être validé par des utilisateurs.

8.2. Harmonisation des cadres normatifs

La première recommandation porte sur l'harmonisation des définitions et des termes utilisés (cadres normatifs). Compte tenu de la volonté d'implanter l'outil d'évaluation intégré à court terme, il faut distinguer deux étapes pour l'harmonisation des cadres normatifs des autres « systèmes d'information clientèles » concernés.

La première doit être réalisée avant l'implantation et la seconde doit se faire concurremment aux autres activités d'implantation.

- *La première étape vise l'harmonisation des termes ou expressions qui représentent une même réalité dans l'outil d'évaluation et les « systèmes d'information clientèles » concernés.*
- *La seconde étape demande une plus grande analyse et consiste en l'harmonisation des définitions ou expressions identiques, mais qui représentent des réalités distinctes dans l'outil d'évaluation et les systèmes d'information sur les clientèles concernées.*

8.3. Définition des marqueurs

Il faut aussi déterminer quelles sont les problématiques les plus importantes nécessitant des évaluations complémentaires afin de définir les marqueurs qui seront inclus dans l'outil d'évaluation intégré. À la demande des utilisateurs, le comité scientifique pourra procéder à l'établissement d'autres marqueurs, après l'implantation de l'outil.

8.4. Choix des outils d'évaluation complémentaires

Dans un premier temps, c'est-à-dire avant la simulation décrite au point suivant, un comité d'utilisateurs doit déterminer quels sont les outils qui serviront aux évaluations complémentaires les plus importantes. Par la suite, le comité scientifique pourra décider d'avoir recours à d'autres outils d'évaluation complémentaires.

Une fois ces choix effectués, des démarches administratives et juridiques devront être entreprises avant de procéder à l'utilisation de ces outils dans le collecticiel de l'outil d'évaluation intégré. Les outils en question devront déjà être validés sur format papier ou informatique. Il n'y a donc pas besoin de prototype sur papier pour des tests de validation par des utilisateurs du réseau sociosanitaire.

8.5. Simulation

Avant de procéder à la simulation, il est primordial d'avoir terminé la première étape de l'harmonisation des termes. Ensuite, une version de l'outil d'évaluation intégré sera préparée sous la forme d'un prototype sur format papier, en vue d'être validée par les utilisateurs. On procédera enfin à la préparation d'un prototype informatisé approprié.

Le but de cette simulation consiste surtout à valider les résultats obtenus en faisant l'essai du prototype informatisé de la nouvelle grille, c'est-à-dire en l'appliquant à un même ensemble de cas types préalablement déterminés, à l'intérieur d'un échantillon d'établissements ou d'installations.

Au cours de cette phase, il faudra évaluer, entre autres, les bénéfices découlant du temps épargné au moment de la transmission des données, grâce à l'élimination des multiples collectes d'information, à une meilleure complémentarité et à une plus grande continuité des interventions.

Recommandation 11

Que l'on procède à une simulation de l'outil d'évaluation intégré le plus tôt possible selon les étapes suivantes :

- ***simulation d'un certain nombre de cas théoriques ;***
- ***réalisation des corrections ou ajustements requis ;***
- ***analyse et évaluation des résultats ;***
- ***préparation d'une version pour l'implantation de l'outil.***

8.6. Détermination des interventions requises

Pour les services principalement offerts aux usagers en perte d'autonomie, les travaux sur la détermination des interventions requises doivent commencer avant l'implantation de l'outil d'évaluation intégré et se poursuivre par la suite, concurremment à celle-ci.

Le MSSS doit donc concevoir un plan de travail pour préparer une grille permettant de mesurer l'intensité des interventions et de déterminer les ressources requises pour chacun des types de services offerts selon un plan d'intervention donné.

8.7. Implantation de l'outil

Un plan d'action est nécessaire pour planifier et coordonner l'implantation de l'outil d'évaluation intégré. Ce plan d'action doit être conçu avec l'aide des représentants des diverses composantes du réseau intégré.

Recommandation 12

Que l'on implante l'outil d'évaluation intégré à l'échelle provinciale, après avoir terminé les travaux décrits dans le présent rapport, notamment l'informatisation et la simulation des outils d'évaluations complémentaires les plus importants.

Une fois implanté, l'outil d'évaluation intégré aura plusieurs répercussions, notamment sur la pratique du personnel du réseau, sur le fonctionnement du réseau intégré et les interactions avec les réseaux connexes. Des travaux doivent être prévus pour mesurer ces répercussions et déterminer quelles sont les mesures correctives appropriées.

8.8. Coordination de l'application des recommandations

Le comité aviseur considère que l'outil d'évaluation doit être implanté le plus rapidement possible. Pour ce faire, il faut que le MSSS désigne des ressources qui seront affectées uniquement à la coordination et à l'application de l'ensemble des recommandations de ce rapport jusqu'à ce que l'outil d'évaluation intégré soit implanté partout au Québec.

Recommandation 13

Que des travaux commencent le plus tôt possible, avec l'aide de ressources humaines ayant l'expertise requise, et que des ressources financières suffisantes soient libérées pour assurer l'implantation rapide de l'outil d'évaluation intégré. Le MSSS doit s'assurer de l'application du plan d'implantation et de la réalisation des travaux en cours, comme on le décrit dans le présent rapport.

8.9. Période transitoire

En attendant que l'outil puisse être utilisé, on continuera d'utiliser les outils actuels dans le réseau de services destinés aux personnes en perte d'autonomie, puis on procédera à une utilisation graduelle du nouvel outil intégré.

CONCLUSION

Le présent rapport fait état des résultats des travaux réalisés par le comité aviseur dans le cadre du mandat qui lui était confié. Rappelons que le comité n'avait pas à produire un outil d'évaluation, mais à faciliter l'adoption à court terme, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, d'un outil unique d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente et de détermination des services requis, notamment dans le domaine des services à domicile, de l'hébergement et des soins de longue durée.

Le comité s'est donc acquitté de son mandat en recommandant un outil unique d'évaluation des besoins, à partir d'un examen des différents outils en usage, le tout à la lumière des avantages et des limites cliniques et administratives de chacun, dans une perspective d'intégration et d'informatisation des renseignements sur les usagers.

La solution unique que le comité recommande est d'adopter l'outil d'évaluation intégré dans l'ensemble du réseau de services pour les personnes en perte d'autonomie. Cet outil d'évaluation intégré devra inclure les éléments suivants : les données minimales essentielles déjà comprises dans l'outil d'évaluation Multiclientèle actuel, d'autres données minimales essentielles non comprises dans l'outil d'évaluation Multiclientèle actuel et des marqueurs. Il devra aussi permettre l'accès à des outils d'évaluation complémentaires validés.

Des modalités concernant l'informatisation de l'outil d'évaluation intégré et son intégration dans un collecticiel sont présentées dans ce rapport. Les travaux à réaliser pour que l'outil d'évaluation intégré puisse être utilisé y sont aussi décrits.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- **Attendu que la définition retenue de l'outil d'évaluation intégré est la suivante :**

- *Un instrument qui devrait faciliter et appuyer le travail de l'intervenant ou celui de l'équipe multidisciplinaire en ce qui a trait à la détermination des besoins, dans un premier temps, puis des interventions requises et de l'allocation des ressources disponibles.*

- **Attendu que les clientèles visées par l'outil d'évaluation intégré sont :**

- *les personnes âgées de 65 ans ou plus ;*
- *les adultes de 18 ans à 64 ans en perte d'autonomie temporaire ou permanente sauf, pour l'instant, les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou les personnes suivies par le réseau de la santé mentale ou le réseau des centres de réadaptation en déficience physique, pour lesquelles l'utilisation de l'outil serait facultative ;*
- *les personnes de 17 ans ou moins en perte d'autonomie pour lesquelles l'utilisation de l'outil serait facultative.*

- **Attendu l'adoption des lignes directrices suivantes :**

- *que l'outil d'évaluation intégré demeure un outil global d'intervention qui puisse servir à l'évaluation des besoins de l'usager sur les plans physique, psychique, social et environnemental ;*
- *que l'outil d'évaluation intégré puisse évoluer et être adapté en fonction des besoins des usagers et des réalités changeantes du réseau ;*
- *que les données recueillies grâce à l'outil d'évaluation intégré permettent d'orienter les usagers, selon leurs besoins (hébergement ou autres besoins), à l'intérieur du réseau intégré des services aux personnes en perte d'autonomie ou vers des réseaux connexes ;*
- *que l'outil d'évaluation intégré permette la transmission des données entre les intervenants du réseau intégré et des réseaux connexes, sans oublier les partenaires organisationnels ;*
- *que l'outil d'évaluation intégré permette le traitement et l'analyse des données minimales essentielles recueillies à propos de l'usager ;*
- *que l'ensemble du continuum de services adhère à l'approche préconisant l'utilisation d'un outil d'évaluation intégré ;*
- *que les concepts de « déficience, d'incapacité et de handicap » servent de base au schème d'analyse pour la préparation du plan d'intervention et la définition des fonctions d'aide (aide-mémoire) et l'aperçu global de la situation de l'usager (synthèse de l'évaluation).*

LE COMITÉ RECOMMANDE :

1. Que des travaux soient entrepris pour harmoniser les définitions et les termes afin d'assurer l'intégration et l'arrimage des systèmes pertinents d'information clientèles.
2. Que l'outil d'évaluation Multiclientèle soit bonifié. La version améliorée devra intégrer l'ensemble des données minimales établies. La nouvelle version constituera la base du nouvel outil d'évaluation intégré pour l'évaluation des personnes en perte d'autonomie dans l'ensemble du continuum de services.
3. Que l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié comporte obligatoirement des marqueurs précis pour permettre à l'intervenant d'approfondir, s'il y a lieu, chacune des problématiques qui nécessite une évaluation complémentaire. Cette intégration sera réalisée en fonction de la détermination des marqueurs et de la disponibilité d'outils d'évaluation complémentaires appropriés.
4. Que des travaux soient réalisés par le MSSS sur la détermination des interventions requises, selon le milieu de vie de l'usager. Que ces travaux se situent en continuité avec l'approche préconisée pour l'outil d'évaluation intégré, c'est-à-dire l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié.
5. Que le MSSS assure l'informatisation de l'outil d'évaluation intégré ainsi que l'informatisation des outils d'évaluation complémentaires, tout en tenant compte des logiciels déjà existants, particulièrement de ceux qui appartiennent à son réseau, à ses établissements ou à la SOGIQUE.
6. Qu'un outil de référence avec le réseau intégré, tel le lien CH CLSC, soit conçu de façon à se greffer à l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié afin d'éviter une double saisie des données.
7. Que l'outil d'évaluation Multiclientèle bonifié, les outils d'évaluation complémentaires et l'outil commun de référence avec le réseau intégré soient regroupés dans un collecticiel.
8. Que des stratégies de formation et de validation soient implantées et réajustées, aux moments appropriés, pour assurer l'uniformité de l'utilisation de l'outil d'évaluation intégré.

9. Que soit mis sur pied un comité scientifique qui assurerait le maintien de la qualité et de l'adaptation de l'outil d'évaluation intégré et de ses outils complémentaires ainsi que de leur évolution. Ce comité devrait être composé d'universitaires et de membres des équipes qui assurent la formation des intervenants et la validation de l'outil d'évaluation.
10. Que le comité scientifique revoie, au moment approprié, les avantages et les désavantages d'adapter au contexte québécois des outils d'évaluation utilisés ailleurs afin de déterminer si l'un de ces outils atteint les objectifs précis déterminés par le comité aviseur et comporte une « plus-value » par rapport à l'outil d'évaluation intégré.
11. Que l'on procède à une simulation de l'outil d'évaluation intégré le plus tôt possible selon les étapes suivantes :
 - *simulation d'un certain nombre de cas théoriques ;*
 - *réalisation des corrections ou ajustements requis ;*
 - *analyse et évaluation des résultats ;*
 - *préparation d'une version pour l'implantation de l'outil.*
12. Que l'on implante l'outil d'évaluation intégré à l'échelle provinciale, après avoir terminé les travaux décrits dans le présent rapport, notamment l'informatisation et la simulation des outils d'évaluations complémentaires les plus importants.
13. Que des travaux commencent le plus tôt possible, avec l'aide de ressources humaines ayant l'expertise requise, et que des ressources financières suffisantes soient libérées pour assurer l'implantation rapide de l'outil d'évaluation intégré. Le MSSS doit s'assurer de l'application du plan d'implantation et de la réalisation des travaux en cours, comme on le décrit dans le présent rapport.

ANNEXE 1

Membres du Comité aviseur

**Membres du Comité aviseur
sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré
des besoins des personnes en perte d'autonomie
et de détermination des services
requis notamment en institution ou à domicile**

Asselin, François (Secrétaire)	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Boulanger, Daniel	CHUQ
Boyer, Marie-Luce	RRSSS des Laurentides
Corriveau, Alain	CLSC-CHSLD d'Autray
Couture, Jacques	CLSC-CHSLD de la MRC de l'Islet
Flynn, Louise	Regroupement CLSC Norman-Bethune et CHSLD résidence Sainte-Dorothée
Girard, Sylvie	Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci
Kaufman, Terry (Président)	CLSC Notre-Dame-de-Grâce
Mercier, Louise	Les CHSLD du plateau Mont-Royal
Normandeau, Louise	RRSSS de la Montérégie
Quintal, Jean	Association des CLSC et des CHSLD du Québec

**Personnes qui ont été membres du comité
à certaines étapes des travaux**

Arsenault, Chantale	Résidence Mance-Décary
Bélanger, Lucie	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Bilodeau, Marie Brigitte	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Brochu, Danielle	CLSC de la Jacques-Cartier
Deschênes, Richard	CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet
Lauzon, Normand	RRSSS de Lanaudière
Lirette, Évelyne	CLSC et CHSLD de la MRC de Maskinongé
Saucier, Alain	Ministère de la Santé et des Services sociaux

ANNEXE 2

**Liste des sigles et des acronymes,
des principaux outils et logiciels analysés
et
des experts et intervenants rencontrés**

Liste des sigles et des acronymes

CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIDIH	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CTMSP	Classification par type en milieu de soins prolongés
DME	Données minimales essentielles
ESQLA	Enquête Santé-Québec sur les limitations d'activités
GUPA	Guichet unique personnes âgées
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INTER-RAI MDS-HC	International Research Assessment Information for minimal Data Set in Home Care program
MAD	Maintien à domicile
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OASIS	Outcome and Assessment Information Set
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
RAI	Resident Assessment Instrument
RI	Ressources intermédiaires
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RTF	Ressources de type familial
SIC-CLSC	Système d'information clientèles en CLSC
SICHELD	Système d'information clientèles en CHSLD
SICRA	Système d'information clientèles sur les comités régionaux d'admission
SIRTF	Système d'information clientèles en ressources de type familial
SISMAD	Système d'information sur les services de maintien à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SOGIQUE	Société de gestion informatique du Québec

Liste des principaux outils et logiciels analysés

CTMSP	Outil d'évaluation de l'autonomie des personnes à domicile en vue d'une orientation en hébergement intitulé : Classification par type en milieu de soins prolongés
FOLSTEIN	Examen de la santé mentale
GÉRISOFT-2000	Logiciel de gestion des données médicales, sociales et administratives
INTER-RAI MDS-HC	Outil d'évaluation des besoins et de protocoles de suivi à domicile pour des problématiques particulières intitulé : Resident Assessment Instrument : Minimum Data Set for Home Care
MIF	Instrument de mesure des incapacités fonctionnelles reliées aux déficiences physiques
MMSE-M	«Mini Mental State» de Folstein
MULTICLIENTÈLE	Outil d'évaluation de l'autonomie des personnes à domicile
PECPA-2R	Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (version 2 – révisée)
PLAISIR	Outil d'évaluation des interventions requises en soins infirmiers et d'assistance pour les personnes hébergées intitulé : Planification informatisée des soins infirmiers requis
RAI	Resident Assessment Instrument
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SYSÉVAL	Logiciel d'évaluation psychosociale

Liste des experts et intervenants rencontrés

Béland, François	Université de Montréal
Bergman, Howard	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
Germain, Marcel	Centre universitaire de santé de l'Estrie
Hébert, Réjean	Institut de gériatrie de Sherbrooke
Laberge, Andrée	Centre de santé public de Québec
Lebel, Paule	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Regroupement des utilisateurs en CHSLD	
Regroupement des utilisateurs en CLSC	
Tilquin, Charles	Université de Montréal
Turgeon-Krawczuk, Françoise	SysÉval

ANNEXE 3

LISTE DES DONNÉES MINIMALES ESSENTIELLES

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substituts	Description
	✱ Essentiel ✱ Important	○ Essentiel ○ Important	
PRISE DE CONTACT			
1. Date de la demande de services	✱	○	Date à laquelle une demande de services est reçue (année, mois, jour).
2. Numéro de dossier	✱	○	Numéro unique et permanent attribué par chaque établissement qui permet de regrouper toutes les données sur l'utilisateur et sur les services qui lui sont fournis.
3. Profil	✱	○	Code précisant la caractéristique dominante de l'utilisateur par rapport à ses besoins, selon la définition figurant dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé.
4. Nom à la naissance	✱	○	Nom de l'utilisateur à la naissance.
5. Prénom	✱	○	Prénom de l'utilisateur à la naissance.
6. Nom usuel	✱	○	Nom du conjoint de l'utilisateur, toujours utilisé par celui-ci.
7. Adresse permanente	✱	○	Adresse du lieu de résidence telle qu'elle a été établie par la Société canadienne des postes.
8. Type de résidence	✱	○	Code servant à classifier le type de lieu physique où réside l'utilisateur au moment de l'ouverture d'un dossier d'une demande de services.
9. Lieu de résidence temporaire	✱	○	Lieu physique où séjourne provisoirement l'utilisateur en attendant de recevoir des services.
10. Date de naissance	✱	○	Année, mois et jour de la naissance de l'utilisateur.
11. Lieu de naissance	✱	○	Municipalité (si au Québec), province (si au Canada) ou pays (si à l'extérieur du Canada).
12. État civil	✱	○	État matrimonial de l'utilisateur au moment de la demande de services.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substituts	Description
	✱ Essentiel ✱ Important	○ Essentiel ○ Important	
13. Numéro d'assurance sociale	✱	○	Numéro d'assurance sociale fourni par le ministère du Développement des ressources humaines du Canada, par l'intermédiaire des centres d'emploi.
14. Numéro d'assurance maladie	✱	○	Numéro d'assurance maladie attribué par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
15. Numéro de sécurité du revenu	✱	○	Ce numéro correspond au numéro d'assurance sociale, sauf dans le cas où l'individu n'a jamais produit de déclaration.
16. Numéro d'aide sociale	✱	○	Numéro d'identification de l'utilisateur à l'aide sociale ou numéro utilisé si l'utilisateur bénéficie d'une mesure d'emploi, déterminé par le ministère de la Solidarité sociale du Québec.
17. Langue de communication	✱	○	Langue dans laquelle l'utilisateur désire recevoir les services.
18. Communauté culturelle	✱	○	Groupe ethnique ou culturel auquel appartient l'utilisateur et dont il faut tenir compte dans la planification et la distribution des services.
19. Personnes - contact et ses coordonnées	✱	○	Personnes auxquelles l'utilisateur peut faire appel en cas de besoin.
20. Nom du père et de la mère	✱	○	Nom du père et de la mère à la naissance.
21. Type de résidence après la fin des services	✱	○	Code servant à classifier le type de lieu physique où se retrouve l'utilisateur après la fin des services.
22. Scolarité	✱	○	Niveau de scolarité terminé (primaire, secondaire, collégial, universitaire).
23. Soutien du réseau naturel	✱	○	Donnée visant à évaluer le soutien que reçoit l'utilisateur de sa famille ou de son entourage, tout en permettant l'identification de l'aidant et la description du genre de soutien que celui-ci apporte à l'utilisateur. Cette donnée permet aussi de savoir si, compte tenu de la situation actuelle de l'utilisateur, le soutien, qui lui a été fourni jusqu'à maintenant, pourra encore lui être offert dans l'avenir et ainsi préciser le potentiel d'aide de son entourage.
24. Occupation(s) principale(s)	✱	○	Description de (des) l'activité(s) à laquelle (auxquelles) l'utilisateur consacre la majeure partie de son temps.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substituts	Description
	* Essentiel * Important	○ Essentiel ○ Important	
25. Situation de vie	*	○	Énumération des personnes avec qui vit l'utilisateur à sa résidence permanente.
26. Régimes ou mesures de protection	*	○	Description des régimes de protection dont bénéficie l'utilisateur (curatelle, mandat tutelle, procuration, etc.) et des moyens pris pour l'assurer que ces régimes seront maintenus.
PROVENANCE DE LA DEMANDE			
27. Autres régimes d'aide ou de soutien	*	○	Soutien financier, aide et services (assurance, médication, etc.) ou autres types d'aide dont bénéficie l'utilisateur : SAAQ, CSST, Anciens combattants.
28. Identification du demandeur et ses coordonnées	*	○	Personne qui fait la demande de services ou instance qui effectue la demande de services.
29. Autorisation de l'utilisateur	*	○	Autorisation prouvant que l'utilisateur a été informé et qu'il consent à la transmission de l'information le concernant.
30. Problèmes ou facteurs à l'origine de la demande	*	○	Description des éléments qui ont amené l'utilisateur ou son représentant à faire une demande de services ; ces éléments peuvent être liés à la santé (problèmes physiques ou psychiques) ou être d'ordre social. Il y aurait lieu de préciser ici le diagnostic ainsi que le traitement prescrit.
31. Date de décision d'orientation	*	○	Date à laquelle une orientation vers un ou des services est déterminée pour un utilisateur.
32. Autres fournisseurs de services	*	○	Autres fournisseurs de services que l'établissement qui reçoit la demande : ces fournisseurs appartiennent au réseau communautaire public et privé.
ÉTAT DE SANTÉ			
33. Histoire de santé personnelle et antécédents familiaux	*	○	Renvoie aux diagnostics de maladies physiques et mentales, incluant les anomalies congénitales, les hospitalisations, les chirurgies et les traumatismes.
34. Santé physique actuelle	*	○	Fait référence à la présence ou non de déficiences organiques, physiques ou sensorielles en fonction des divers systèmes.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substitués	Description
	✱ Essentiel ✱ Important	○ Essentiel ○ Important	
35. Taille	✱	○	Hauteur (en mètres) du corps humain
36. Poids	✱	○	Pesanteur (en kilogrammes) du corps humain, incluant la variation de poids.
37. Soins particuliers	✱	○	Soins nécessités par l'état de l'utilisateur peu importe le fournisseur. Ex. : pansement, soins de cathéter, oxygène, aspiration des sécrétions, drainage postural, dialyse péritonéale ...
38. Perception de l'utilisateur de son état santé	✱	○	Description que fait l'utilisateur de son état de santé.
39. Médication	✱	○	Nom, dosage, posologie, mode d'administration et durée prévue de chaque médicament, prescrit ou non. S'il y a lieu, description des difficultés d'auto-administration.
40. Santé psychique actuelle	✱	○	Caractéristiques liées à l'état de santé : état dépressif, idées suicidaires, délire, comportement violent, manies, etc.
41. État affectif	✱	○	Appréciation générale de la qualité habituelle de l'affect ou de l'état affectif de l'utilisateur (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation).
HABITUDES DE VIE			
42. Alimentation	✱	○	Description du régime alimentaire quotidien, de la diète et des particularités liées à celle-ci.
43. Sommeil	✱	○	Caractéristiques du sommeil : insomnie, fréquence et cause des réveils, peur, agitation, médicament, heure du lever et du coucher, sieste, etc.
44. Consommation de tabac	✱	○	Genre de consommation, quantité, motivation à cesser, surveillance à apporter, etc.
45. Consommation d'alcool et de drogues	✱	○	Odeur éthylique, indices extérieurs, genre de consommation, quantité, fréquence, motivation à changer d'habitude, surveillance à apporter, etc.
46. Activités personnelles et loisirs	✱	○	Activités d'intégration au travail, aux études, aux loisirs, activités souhaitées, empêchements.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substituts	Description
	✱ Essentiel ✱ Important	○ Essentiel ○ Important	
ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE			
47. Capacité de se nourrir	✱	○	Capacité de manger et de boire durant chaque repas ou collation.
48. Capacité de se laver	✱	○	Capacité de faire sa toilette quotidienne, de prendre un bain ou une douche, y compris de se laver la tête ; d'entrer ou de sortir de la baignoire ou de la douche.
49. Capacité de s'habiller	✱	○	Capacité de préparer ses vêtements pour l'habillage, d'enfiler et d'attacher ses vêtements et souliers, de mettre des accessoires, de se déshabiller.
50. Entretien de sa personne	✱	○	Capacité de se brosser les dents, de se peigner, de se faire la barbe, de prendre soin de ses ongles, de se maquiller.
51. Fonction vésicale	✱	○	Évaluation de la fonction vésicale.
52. Fonction intestinale	✱	○	Évaluation de la fonction intestinale.
53. Utilisation des toilettes	✱	○	Capacité de s'asseoir, de s'essuyer, de se rhabiller et de se relever de la toilette.
MOBILITÉ			
54. Transfert au lit	✱	○	Capacité de se lever, de se coucher et de prendre diverses positions au lit.
55. Transfert dans un fauteuil, un fauteuil roulant ou une chaise	✱	○	Capacité de s'asseoir et de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil.
56. Position	✱	○	Capacité de prendre une position correcte dans un fauteuil, un fauteuil roulant ou une chaise.
57. Capacité de marcher à l'intérieur	✱	○	Capacité de se déplacer à pied d'un endroit à un autre.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substitués	Description
	✱ Essentiel ✱ Important	○ Essentiel ○ Important	
58. Capacité de marcher à l'extérieur	✱	○	Capacité de se déplacer à pied, à l'extérieur, incluant la capacité d'entrer ou de sortir d'un édifice.
59. Capacité de se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur	✱	○	Capacité de se déplacer en fauteuil roulant en fonction de l'accessibilité et de la circulation dans le logement.
60. Capacité de se déplacer en fauteuil roulant à l'extérieur	✱	○	Capacité de se déplacer à l'extérieur pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne.
61. Capacité d'utiliser des escaliers	✱	○	Capacité de monter et de descendre les escaliers de son domicile.
62. Capacité d'installer une prothèse ou une orthèse (incluant bas de soutien)	✱	○	Capacité de l'utilisateur à installer une prothèse ou une orthèse.
COMMUNICATION			
63. Vue	✱	○	Action de percevoir par les yeux; son évaluation doit pouvoir permettre de discerner la limitation, s'il y a lieu.
64. Ouïe	✱	○	Action de percevoir par l'ouïe ou de recevoir des messages verbaux.
65. Parole	✱	○	Capacité d'émettre des messages dans sa langue usuelle.
66. Lecture et écriture	✱	○	Capacité d'émettre et de décoder des messages écrits dans sa langue usuelle.
FONCTIONS MENTALES			
67. Mémoire	✱	○	Capacité de se rappeler des événements passés et récents.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substituts	Description
	✱ Essentiel ✱ Important	○ Essentiel ○ Important	
68. Orientation	✱	○	Capacité de l'usager de se situer dans le temps, dans l'espace, et par rapport à son environnement.
69. Compréhension	✱	○	Aptitude à comprendre différents messages.
70. Jugement	✱	○	Capacité de l'usager d'interpréter des circonstances ou des faits précis pour prendre des décisions qui paraissent raisonnables, en fonction des informations dont il dispose.
71. Comportement	✱	○	Description des relations de l'usager avec lui-même, avec son environnement et avec autrui.
TÂCHES DOMESTIQUES			
72. Entretien de la maison	✱	○	Capacité d'accomplir les travaux d'entretien ménager habituels, quotidiens ou occasionnels.
73. Préparation des repas	✱	○	Capacité de préparer ou de réchauffer des repas légers ou complets.
74. Courses	✱	○	Capacité de planifier et de faire ses courses, de recevoir une livraison.
75. Lessive	✱	○	Capacité de laver le linge, dans la mesure où les appareils nécessaires sont accessibles.
76. Utilisation du téléphone	✱	○	Capacité de composer un numéro et de communiquer par téléphone.
77. Utilisation de moyens de transport divers	✱	○	Capacité d'utiliser un moyen de transport (voiture personnelle, transport en commun ou transport adapté).
78. Capacité de prendre ses médicaments	✱	○	Capacité de prendre les bons médicaments selon le bon dosage et au bon moment.
79. Gestion du budget	✱	○	Capacité de gérer son budget.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substitués	Description
	* Essentiel * Important	○ Essentiel ○ Important	
SITUATION PSYCHOSOCIALE			
80. Histoire sociale	*	○	Profession, mariage, divorce, deuil, scolarité, immigration, déménagement et autres événements majeurs.
81. Milieu familial	*	○	Composition de la famille et dynamique familiale, incluant le degré de satisfaction, les abus, la violence ou la négligence.
82. Réseau social	*	○	Précisions sur la nature et la dynamique des relations qu'entretient l'utilisateur avec les personnes qui lui sont proches, incluant le degré de satisfaction, les abus, la violence ou la négligence.
83. Aidant principal	*	○	Précisions sur la capacité de l'aidant à poursuivre ou à élargir son rôle de soutien.
84. Ressources communautaires, publiques et privées	*	○	Type de services utilisés et fréquence d'utilisation : bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services(s) inscrit(s) dans le bail ou le contrat, etc., incluant l'interaction de l'utilisateur avec les organismes ou services auxquels il fait appel.
85. Sexualité	*	○	Précisions sur la satisfaction de l'utilisateur sur le plan sexuel, sur ce qui le préoccupe, sur la présence de comportements socialement inacceptables, etc.
86. Perception qu'a l'utilisateur de son bien-être	*	○	Précisions relatives au bien-être de l'utilisateur : comment perçoit-il sa situation, comment y réagit-il ou s'y adapte-t-il, effets de sa situation sur son entourage.
87. Croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles	*	○	Précisions sur les particularités relatives aux valeurs et aux croyances de l'utilisateur, exprimées ou non.
CONDITIONS ÉCONOMIQUES			
88. Capacité de l'utilisateur à faire face à ses obligations selon ses revenus	*	○	Capacité de l'utilisateur d'assumer financièrement ses frais de subsistance, incluant ses médicaments.

Liste des données minimales essentielles

DONNÉES MINIMALES	À domicile	En milieux substituts	Description
	* Essentiel * Important	○ Essentiel ○ Important	
89. Source de revenus	*	○	Précisions sur l'ensemble des revenus et des biens de l'utilisateur.
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			
90. Conditions du logement	*	○	Précisions sur l'état du logement (salubrité, espace), de même que sur la satisfaction de l'utilisateur quant à l'état de son domicile.
91. Accessibilité	*	○	Précisions sur l'emplacement des divers appareils nécessaires à la vie quotidienne, sur la présence de barrières architecturales, etc.
92. Proximité des services	*	○	Précisions sur les difficultés ou les observations particulières de l'utilisateur au regard de la proximité de l'épicerie, de la banque, de l'église, de la buanderie, etc. et précisions relatives à son degré de satisfaction par rapport à son environnement immédiat.
93. Sécurité personnelle et environnementale	*	○	Précision sur les risques et les dangers pouvant affecter la sécurité de l'utilisateur dans son environnement.

ANNEXE 4

RAPPORT SUR LES MODIFICATIONS À APPORTER À L'OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENTÈLE EN SERVICES À DOMICILE

***Rapport sur les modifications à apporter à
l'outil d'évaluation multiclientèle en services à domicile***

Préambule

Le présent rapport précise les recommandations retenues au cours de diverses consultations effectuées auprès de membres chevronnés du personnel du réseau travaillant auprès des personnes en perte d'autonomie.

Ces personnes auront contribué, par leur expertise et leur grande collaboration, à l'amélioration de l'outil Multiclientèle en tenant toujours compte des besoins des usagers et de l'évolution des services à domicile.

Les recommandations qui suivent ont été formulées après l'examen de chacun des composants de l'outil d'évaluation Multiclientèle en services à domicile, c'est-à-dire « Prise de contact », « Évaluation de l'autonomie, clientèle de soins court terme », « Évaluation de l'autonomie Multiclientèle », « Profil évolutif de l'autonomie » et « Plan d'intervention et d'allocation de services ».

1. **Que l'outil Multiclientèle puisse évoluer et être adapté** en fonction des besoins des usagers et des réalités changeantes du réseau.
2. **Que les profils des usagers soient établis en fonction des niveaux d'incapacité et des handicaps.**
3. **Que l'outil Multiclientèle demeure un outil global d'intervention** et qu'il ne soit pas uniquement réduit à l'approche SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle).
4. **Que le schème d'analyse de l'approche « aide-mémoire et synthèse de l'outil d'évaluation » soit davantage développé en fonction du concept « déficience-incapacité-handicap ».**
5. **Que le plan d'intervention soit établi en fonction du concept « déficience-incapacité-handicap ».**
6. **Que les processus d'utilisation et de formation soient constamment validés et réajustés** selon les besoins.
7. **Que les données recueillies avec l'outil Multiclientèle permettent d'orienter tous les usagers** ayant besoin d'hébergement, de répit ou d'autres services du réseau ou hors réseau.
8. **Que le manuel d'utilisation devienne plutôt un outil de référence** pour approfondir les divers concepts définis dans les outils d'évaluation.
9. **Que les recommandations de modifications, de retrait ou d'ajout d'éléments d'évaluation à l'outil Multiclientèle soient intégrées le plus rapidement possible.**

« PRISE DE CONTACT »

Les recommandations suivantes ont été formulées au regard de l'utilisation de « Prise de contact » susceptible de favoriser la continuité des services entre les établissements.

Que « Prise de contact » devienne un élément d'orientation et d'admission entre les établissements (CH, CSLC, CHSLD) et autres partenaires visés.

Que soient conçus des marqueurs permettant la transmission de données cliniques particulières (ex. : soins postopératoires, antibiothérapie, réadaptation, soins palliatifs, problèmes respiratoires, diabète, etc.).

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Après l'élément « nom de la mère » **ajouter À LA NAISSANCE.**

Lieu de résidence

Adapter la terminologie à la nouvelle nomenclature en vigueur.

Milieu de vie

Adapter la terminologie au nouveau cadre normatif.

Occupation

Conserver :

au travail	☐
aux études	☐
à la maison	☐
autre	☐

Retirer tous les autres volets.

PROVENANCE DE LA DEMANDE

Remplacer l'énoncé « l'utilisateur est-il au courant... » par « l'utilisateur consent à la référence et à la transmission de l'information le concernant ».

oui	☐
non	☐
préciser	

ÉTUDE DE LA DEMANDE

Reformuler le sous-élément « TYPE DE DEMANDE TELLE QUE FORMULÉE ». Utiliser plutôt « Nature de la demande ».

Modifier dans le sous-élément « Informations médicales » les données suivantes :

Indiquer en GRAS :

- 1) hospitalisation la plus récente
- 2) suivi
- 3) médecin de famille
- 4) médicaments

Ajouter la donnée suivante :

« Médecin traitant » _____

« Médecin de famille » _____

Tél. : _____ Avisé le : _____

« Médicament » augmenter le nombre de lignes

« Nom de la pharmacie » _____ Tél. : _____

Services ou démarches antérieures et références en cours

Ajouter une section aide-mémoire se lisant comme suit : « ce qui a déjà été fait pour faire face à la situation ; préciser où et par qui ».

Identification des facteurs de risques

- **Remplacer** les « AVD » par « Tâches domestiques ».
- **Retirer** « le comportement et les fonctions mentales ».
- **Changer** le sous-élément « conditions du milieu social » par « situation psychosociale ».
- **Déplacer** « faibles conditions socio-économiques » sous « situation de vulnérabilité ou de danger ».

Décision

Réduire l'espace et **réduire** le nombre de lignes.

Placer « relance » sur la même ligne que « sans orientation ».

Priorité d'évaluation

Ajouter de l'espace à la « Date limite d'évaluation ou date de la première visite : _____.

Au sous-élément « démarches entreprises.... » **ajouter** dans l'aide-mémoire : (fournitures médicales ou équipement ou aides techniques remis).

Augmenter le nombre de lignes au sous-élément « suivi ».

« ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENTÈLE »

SECTION AIDE-MÉMOIRE

Recommandations générales

1. Éliminer les consignes particulières du manuel d'utilisation et les inclure dans l'aide-mémoire () de chaque élément.
2. Dans la section aide-mémoire : RETIRER « problème à résoudre » et le remplacer par « problème décelé ».

Page 2, élément 2

Page 16, élément 1

3. Indiquer uniquement en haut de page la remarque « PRÉCISER, S'IL Y A LIEU ».

Page titre

Ajouter date de l'évaluation : _____

Page 2

ÉTAT DE SANTÉ

HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE ET DIAGNOSTICS ACTUELS (maladies physiques et mentales, anomalies congénitales, hospitalisation, chirurgies, traumatismes)

Ajouter dans l'aide-mémoire (maladies physiques [...] **incluant problèmes ou maladies chroniques contrôlées ou stabilisées**).

Ajouter des lignes pour commentaires.

SANTÉ PHYSIQUE ACTUELLE

Fonction digestive : **ajouter** dans l'aide-mémoire « déglutition ».

Ajouter des lignes pour commentaires.

SOINS PARTICULIERS (soins nécessités par l'état de l'utilisateur : pansement, soins de cathéter divers, oxygène, aspirations des sécrétions, drainage postural, dialyse péritonéale ...)

Ajouter à la section aide-mémoire « [...] **incluant faisant l'objet de la demande de service** ».

MÉDICATION

Ajouter à la section aide-mémoire (**prescrite ou non**).

Ajouter des lignes pour la liste de médicaments.

SERVICES DE SANTÉ ACTUELS (médicaux, de réadaptation, médecine alternative, psychologue, podiatrie...)

Ajouter une sous-section aide-mémoire à la section commentaires : (**spécifier les services requis non comblés**).

HABITUDES DE VIE

ALIMENTATION

Ajouter au sous-élément « diète » l'énoncé « **alimentation pour dysphagique** » : oui ☐ non ☐

Éléments 2, 3, 4 (**sommeil, consommation de tabac, consommation d'alcool et de drogues**)

Retirer une ligne de la section, « Préciser ».

ACTIVITÉS PERSONNELLES ET DE LOISIRS

Ajouter dans la section aide-mémoire ([...] **intégration au travail, aux études ou aux loisirs**)

Ajouter des lignes dans la section « Préciser ».

SITUATION PSYCHOSOCIALE

Dans la section « Situation psychosociale », **ajouter** un élément n° 3 « **Aidant(s) principal(aux)** (implication, épuisement, perception face à sa situation, ses attentes, sa volonté de s'impliquer...) ».

MILIEU FAMILIAL

Composition de la famille (âge, sexe, lieu de résidence **Ajouter** ou génogramme).
Ajouter des lignes à ce sous-élément.

RÉSEAU SOCIAL

Regrouper les deux sous-éléments en un seul et même bloc sur la même page.

Page 17

RESSOURCES COMMUNAUTAIRES PUBLIQUES ET PRIVÉES (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté...)

Dans la section aide-mémoire, **retirer** « système téléphonique ».
Ajouter dans l'énoncé « Préciser types de services, fréquence » : « **interactions de l'utilisateur avec ces ressources** ».
Dans la section « commentaires » **ajouter** dans l'aide-mémoire « services requis **non comblés** ».

PERCEPTION DE L'USAGER (comment il perçoit sa situation, y réagit ou s'y adapte, motivation, solutions envisagées.)

Ajouter dans la section aide-mémoire : « **autocritique** ».

Page 19

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Ajouter dans ce thème un nouvel élément n° 2 : « **SÉCURITÉ PERSONNELLE ET ENVIRONNEMENTALE** » (risque de chute, incendie, fugue, système téléphonique d'urgence, avertisseurs lumineux, télésurveillance, système de contrôle à distance...).

Refaire la séquence numérique des autres éléments.

Dans la section « Commentaires » : **ajouter** dans l'aide-mémoire (besoins requis non comblés).

CONDITIONS DU LOGEMENT (salubrité, espace, sécurité, satisfaction...)

Retirer le mot « sécurité » de l'aide-mémoire.

ACCESSIBILITÉ (barrières architecturales, emplacement des appareils...)

Ajouter dans la section « Commentaires » de l'aide-mémoire « besoins requis non comblés ».

SYNTHÈSE (contexte de l'évaluation, interrelations...)

Dans la section aide-mémoire **retirer** « **interrelations** » entre les divers éléments évalués et **ajouter** en lieu et place « **problèmes prioritaires décelés** ».

Retirer « facteurs de risque ».

Retirer la date.

SECTION SMAF

Recommandations générales

1. Dans l'énoncé « Actuellement l'usager..., AJOUTER « humaines » à la suite de « ressources ».
2. Présenter une définition simple, courte, à chacun des éléments sous la forme d'aide-mémoire « () ».
3. Ajouter les nouvelles aides techniques apparues avec l'évolution technologique dans les sections appropriées.
4. Afin de bien encadrer l'évaluation de la stabilité de la ressource, préciser le nombre de semaines à considérer dans le contexte de l'évaluation sur une période de trois à quatre semaines.
5. Pour le thème « Fonctions mentales » préciser le sens des éléments évalués.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

SE NOURRIR

Ajouter à « l'incapacité – 1 » les énoncés : OU on doit mettre en purée sa nourriture au préalable
OU refuse volontairement de se nourrir

SE LAVER

Ajouter une section aide-mémoire : (**incluant, entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche**).

Ajouter à « l'incapacité –1 » le sous-élément : OU a besoin d'aide pour le bain **hebdomadaire (incluant dos, pied, lavage de tête)**.

S'HABILLER

Ajouter une section aide-mémoire : (**toutes saisons**).

ENTRETIEN DE SA PERSONNE (se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, soigner ses ongles)

Ajouter à « l'incapacité -2 » les sous-éléments :

- OU se brosser les dents
- OU se peigner
- OU se faire la barbe
- OU pour le soin des ongles
- OU pour le maquillage

FONCTION VÉSICALE

Ajouter les notions d'incontinence diurne et nocturne dans l'évaluation des incapacités.

FONCTION INTESTINALE

À l'incapacité -1 **ajouter** le sous-élément : OU prend médicament *per os* occasionnellement.

À l'incapacité -2 **ajouter** le sous-élément : OU prend médicament *per os* régulièrement.

MOBILITÉ

Quatre éléments devront être ajoutés ou corrigés

1. Transfert du lit au fauteuil et vice-versa
2. Transfert de la position debout à la position assise et vice-versa
3. Position
 - fauteuil roulant
 - lit
 - autre fauteuil
4. Déplacement à l'extérieur en fauteuil roulant

TRANSFERTS du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice-versa

Retirer cet élément et **remplacer** par les éléments mentionnés ci-dessus.

MARCHER À L'INTÉRIEUR

Ajouter à l'aide-mémoire (**incluant marcher dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur**).

Inclure une notion de distance dans l'évaluation des incapacités.

Lorsque la marchette est utilisée de façon sécuritaire, considérer l'utilisateur comme étant autonome.

MARCHER À L'EXTÉRIEUR

Ajouter à l'aide-mémoire (**entrer et sortir à l'extérieur du logement**).

Inclure une notion de distance dans l'évaluation des incapacités.

INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE

Ajouter à l'élément une section « aide-mémoire » : (**ou bas de soutien**).

SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT (FR)

Ajouter dans l'énoncé de l'élément 5 « se déplacer à l'intérieur en fauteuil roulant (FR) ».

Inclure un nouvel énoncé « **N'a pas de fauteuil roulant** ».

Ajouter dans les éléments descriptifs « **quadriporteur** ».

Ajouter à la mention « l'accès en FR (**incluant l'aménagement extérieur**) ».

COMMUNICATION

PARLER

Modifier à « l'incapacité -1 » :

« défaut » par « **difficulté** »

Ajouter à « l'incapacité -2 » :

deux énoncés OU utilise le langage gestuel

OU communique par des moyens techniques

Ajouter comme aide technique :

☐ **ordinateur**

☐ **tableau de communication**

COMPRÉHENSION

Ajouter à « l'incapacité -2 », l'énoncé :

OU est incapable de faire des apprentissages

COMPORTEMENT

Ajouter à « l'incapacité - 2 » dans les énoncés de la parenthèse « **errance** »

TÂCHES DOMESTIQUES (capacités instrumentales)

Renommer ce thème « Activités de la vie domestique ».

ENTRETENIR LA MAISON

Ajouter un aide-mémoire à l'élément : « **(inclut entretien quotidien et travaux occasionnels)** ».

Ajouter à « l'incapacité – 1 » dans le premier sous-élément : **(incluant vaisselle)**.

Ajouter dans la parenthèse **(laver le plancher [...] peinture, gazon, déneigement, etc.)**.

PRÉPARER LES REPAS

Ajouter à « l'incapacité – 2 » à l'énoncé **OU** réchauffe des repas [...] **(inclut la manutention des plats)**.

FAIRE LES COURSES

Ajouter à « l'incapacité – 2 », un nouvel énoncé « **OU faire les courses** ».

Ajouter dans les commentaires une section aide-mémoire : **(préciser les activités pour lesquelles il y a incapacité ; ex. : épicerie, vêtements)**.

FAIRE LA LESSIVE

Ajouter un aide-mémoire à l'élément 4 : « **(inclut l'incapacité due à l'inaccessibilité des appareils)** ».

UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORTS

Ajouter à « l'incapacité 0 », l'énoncé : (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus...).

Modifier à « l'incapacité – 1 », l'énoncé : « Doit être [...] **OU utilise seul le transport adapté** ».

Ajouter à « l'incapacité – 2 » « N'utilise que l'automobile ou un véhicule adapté **OU le transport adapté**[...] descendre.

Remplacer à « l'incapacité – 3 » « en ambulance » par « **sur civière** ».

PRENDRE SES MÉDICAMENTS

Ajouter à « l'incapacité – 1 » : A besoin de surveillance **(incluant surveillance à distance)** pour la prise de ses médicaments et à l'énoncé « OU pilulier hebdomadaire » **ajouter** « préparé par la personne elle-même ».

GÉRER SON BUDGET

Ajouter un aide-mémoire : « **(incluant aller à la banque)** ».

Retirer de la section commentaires : (régime de protection) et **remplacer** par **(procuration bancaire, mandat, tutelle, curatelle privée, curatelle publique)**.

« ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE CLIENTÈLE DE SOINS À COURT TERME »

« PROFIL ÉVOLUTIF DE L'AUTONOMIE »

Les recommandations suivantes sont formulées globalement pour l'une ou l'autre des sections actuellement utilisées : « Évaluation de l'autonomie-clientèle de soins à court terme » et « Profil évolutif de l'autonomie ».

1. **Que** soient fusionnées ces deux dernières sections.
2. **Que** l'approche refondue réponde à des besoins de suivi à court terme ou de réévaluation.
3. **Que** soit maintenue la période d'intervention prévisible pour un suivi à court terme de 0 à 3 mois.
4. **Que** ce nouveau module de réévaluation et d'évaluation à court terme soit en tout point conforme aux recommandations émises dans la section « Évaluation de l'autonomie Multiclientèle ».
5. **Que** le module d'évaluation à court terme puisse être utilisé par toutes les personnes procédant aux évaluations, quelle que soit leur discipline.
6. **Que** les principes existant dans l'approche « Profil évolutif de l'autonomie » soient maintenus dans le nouvel outil, cela afin de permettre l'affichage de plusieurs résultats d'évaluations différentes sur un même formulaire.

Les suggestions mentionnées ci-dessous pourraient être envisagées pour l'éventuelle refonte des différentes sections du Multiclientèle :

1. Présenter l'outil révisé de façon à pouvoir déterminer le type d'évaluation effectué : « Profil » ou « Court terme ».
2. Maintenir le contenu à un nombre maximal de six pages.
3. Présenter sur au moins deux colonnes verticales : E_1 - E_2 .
4. Retirer tout ce qui fait partie d'un aide-mémoire.
5. Maintenir, pour le thème « état de santé », la structure de la section « Évaluation de l'autonomie, clientèle de soins court terme ».
6. Utiliser la structure actuelle du « Profil évolutif de l'autonomie » pour les thèmes « Habitudes de vie, AVQ, mobilité communication, fonctions mentales, tâches domestiques, conditions économiques et environnement physique ».
7. Utiliser, pour le thème « Situation psychosociale », la structure actuelle du formulaire du module « Évaluation de l'autonomie Multiclientèle ».
8. Retirer la colonne « évolution » de tous les thèmes selon l'approche aide-mémoire.
9. Ajouter de l'espace pour toutes les sections « Commentaires ».

MANUEL D'UTILISATION

Les recommandations suivantes visent essentiellement à préciser les caractéristiques souhaitées du manuel d'utilisation.

1. **Q**ue le concept « déficience-incapacité-handicap » soit défini de façon exhaustive dans le manuel d'utilisation.
2. **Q**ue le schème d'analyse des diverses données recueillies dans l'évaluation soit aussi défini de façon exhaustive.
3. **Q**ue le manuel d'utilisation soit un outil de référence et non un recueil de recommandations particulières.
4. **Q**ue les manuels d'utilisation se rapportant à l'évaluation dans le domaine des services à domicile et au plan d'intervention soient fusionnés.
5. **Q**ue le concept « système adapté aux besoins de la personne » soit le deuxième concept défini dans le manuel d'utilisation, qui inclut trois éléments : évaluation ponctuelle, évaluation à long terme et réévaluation.
6. **Q**ue les approches aide-mémoire et SMAF soient clarifiées et expliquées en fonction des deux concepts retenus : « déficience-incapacité-handicap » et « système adapté aux besoins de la personne ».

(Texte répété en diagonale dans l'arrière-plan)

détermination des services requis notamment en institution ou à domicile.
Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile.

90-793-I