



DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

ÉLABORATION D'UNE FICHE PSYCHOÉDUCATIVE POUR UNE CUEILLETTE  
D'INFORMATIONS FACILITANT L'ADAPTATION AU PROCESSUS D'ADMISSION  
DES PERSONNES AYANT UNE PERTE D'AUTONOMIE DANS LEUR NOUVEAU  
MILIEU DE VIE

RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE  
EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3095)

PAR  
ÉLISE ST-LAURENT

22 décembre 2022





DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

ÉLABORATION D'UNE FICHE PSYCHOÉDUCATIVE POUR UNE CUEILLETTE  
D'INFORMATIONS FACILITANT L'ADAPTATION AU PROCESSUS D'ADMISSION  
DES PERSONNES AYANT UNE PERTE D'AUTONOMIE DANS LEUR NOUVEAU  
MILIEU DE VIE

RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE  
EN PSYCHOÉDUCATION ( 3095)

PAR  
ÉLISE ST-LAURENT

SOUS LA DIRECTION DE  
PRE SYLVIE L'HEUREUX, PSY.ED., PROFESSEURE-CHERCHEUSE AGRÉGÉE

Accepté le 22 décembre 2022

Évalué par Pre Sylvie L'Heureux, psy.ed, directrice de maitrise



## REMERCIEMENTS

Avant de débiter l'essai, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui ont su, de près ou de loin, faire la différence lors de ce stage et ce projet de maîtrise.

Tout d'abord, merci à mes grands-parents Gilles et Aline Lemelin de m'avoir accueillie et hébergée à bras ouverts, lors de mon stage. Merci pour votre support et vos encouragements. Votre générosité a su faire la différence.

Merci infiniment à Caroline Nolet, psychoéducatrice et répondante-milieu lors de mon stage. Tu auras su me faire découvrir avec passion, une clientèle qui m'était jusqu'alors inconnue. Une clientèle devenue un réel coup de cœur ! Merci pour l'encadrement hors pair lors de mon stage, merci pour ta transparence, ton authenticité et merci pour l'oreille attentive. Merci pour ton amitié !

Une pensée va aussi à Marie-Josée Boucher et l'équipe du SAD d'Amos. Marie-Josée, merci pour ta confiance lors de l'élaboration de ce projet. Merci à vous tous, chers collègues, qui avez fait une différence, à votre façon, lors de mon stage. Ce fut un réel bonheur de collaborer avec vous !

Merci aussi à Sylvie L'Heureux, directrice de projet de maîtrise, de m'avoir accompagné dans l'élaboration de mon projet et l'écriture de mon rapport. Son expertise avec cette clientèle lui aura permis de me conseiller et de m'orienter lors de l'essai. Son soutien et ses encouragements ont été grandement appréciés et bien ressentis tout au long de mes études universitaires.

Merci à ma découverte de la maîtrise, ma partenaire de travaux d'équipe, à mon amie, Cynthia Hénault. Enfin, merci tout particulièrement à mes collègues de cohorte et amies Chloé Lanteigne et Bénédicte Lavergne. À vous trois, sachez que vos encouragements et votre accompagnement lors de nos rencontres de rédaction m'auront aidé à persévérer jusqu'à la toute fin. Votre amitié est inestimable à mes yeux

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	11
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES .....	13
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>1. PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>18</b>
<b>2. CADRE DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>26</b>
2.1 Pertes d'autonomie.....	26
2.2 Équipe soignante .....	28
2.3 Processus d'adaptation.....	28
2.3.1 Processus.....	29
2.3.2 Adaptation .....	29
2.3.3 Processus d'adaptation .....	29
2.4 Stratégies d'adaptation.....	30
2.5 Psychoéducation.....	31
2.6 Santé fonctionnelle et globale.....	32
2.7 Approche globale .....	33
2.8 Qualité de vie .....	34
2.9 Milieu de vie .....	34
2.10 Milieu de vie de qualité.....	35
2.10.1 Qualité du milieu de vie.....	35
2.10.2 Qualité des soins et services .....	35
2.10.3 Qualité de vie .....	35

2.11 Relocalisation.....	36
2.12 Activités de la vie quotidienne (AVQ) .....	36
2.13 Activités de la vie domestique (AVD).....	36
2.14 Outil psychoéducatif.....	37
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>38</b>
3.1 Calendrier de réalisations.....	41
3.1.1 Démarches du projet de maîtrise.....	42
3.2 Population ciblée par le projet de maîtrise.....	42
3.3 Méthode d'évaluation de l'appréciation de la Fiche d'admission Journée type .....	43
3.3.1 Choix des indicateurs .....	43
3.3.2 Cueillette des données : les outils d'évaluation .....	43
3.3.3 Déroulement de l'évaluation de l'appréciation .....	45
3.3.4 Compilation des données .....	45
3.3.5 Considérations éthiques.....	46
<b>4. RÉSULTATS.....</b>	<b>47</b>
4.1 Recension des besoins du milieu .....	47
4.2 Résultats de l'objectif 1 : Recenser les données probantes émanant de la littérature scientifique reliée aux outils existants .....	47
4.2.1 Recension des outils existants.....	48
4.3 Résultats de l'objectif 2 : Analyser les données recueillies de manière empirique .....	50
4.4 Résultats de l'objectif 3 : Mettre en relation les données de l'objectif 1 avec celles recueillies par l'objectif 2.....	50
4.5 Résultats de l'objectif 4 : Valider la version pilote 4.4 de la <i>Fiche d'admission Journée type</i> .....	50

4.5.1	Auprès des experts-SAD .....	51
4.5.2	Auprès des collaborateurs en psychoéducation.....	51
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>53</b>
5.1	Évaluation de la validité de la Fiche d'admission Journée type .....	53
5.1.1	Questionnaire du contenu et de la forme.....	53
5.1.2	Questionnaire de l'apport psychoéducatif.....	54
5.2	Limites du projet. ....	55
5.3	Recommandations.....	55
5.3.1	Formation des intervenants.....	56
5.3.2	Utilisation de la <i>Fiche d'admission</i> .....	57
5.3.3	Implantation régionale.....	58
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
	<b>LISTE DE RÉFÉRENCES</b> .....	<b>63</b>
	<b>ANNEXE A – CALENDRIER DE RÉALISATIONS</b> .....	<b>68</b>
	<b>ANNEXE B – RECENSION ET ANALYSE DES OUTILS DE CUEILLETTE D'INFORMATIONS LORS D'ADMISSION, EXISTANTS</b> .....	<b>73</b>
	<b>ANNEXE C – THÈMES ET DIFFÉRENTES TERMINOLOGIES POSSIBLES QUE PEUT PRENDRE LE PROJET</b> .....	<b>101</b>
	<b>ANNEXE D – CHOIX ET JUSTIFICATION DES ÉLÉMENTS RETENUS POUR L'ÉLABORATION DE LA <i>FICHE D'ADMISSION JOURNÉE TYPE</i></b> .....	<b>106</b>
	<b>ANNEXE E – <i>FICHE D'ADMISSION JOURNÉE TYPE</i>, VERSION PILOTE 4.4</b> .....	<b>108</b>
	<b>ANNEXE F – COURRIEL ENVOYÉ LORS DU RECRUTEMENT DES ÉVALUATEURS</b>	<b>111</b>
	<b>ANNEXE G – QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DU CONTENU ET DE LA FORME</b> .....	<b>113</b>

ANNEXE H – QUESTIONNAIRE D’APPRÉCIATION DE L’APPORT PSYCHOÉDUCATIF .....	120
ANNEXE I – COMPILATION DES DONNÉES AU QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET DE LA FORME POUR LE GROUPE DES EXPERTS SAD.....	127
ANNEXE J – COMPILATION DES SUGGESTION ET COMMENTAIRES POUR LE QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET FORME, POUR LE GROUPE DES EXPERTS SAD.....	130
ANNEXE K – COMPILATION DES DONNÉES AU QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET DE LA FORME POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION.....	140
ANNEXE L – COMPILATION DES SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET DE LA FORME POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION.....	143
ANNEXE M – COMPILATION DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET DES RÉPONSES À L’ÉLÉMENT D’ANALYSE DU CONCEPT DE POTENTIEL ADAPTATIF AU QUESTIONNAIRE DE L’APPORT PSYCHOÉDUCATIF POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION.....	154
ANNEXE N – COMPILATION DES RÉPONSES À L’ÉLÉMENT D’ANALYSE DU CONCEPT DE POTENTIEL EXPÉRIENTIEL AU QUESTIONNAIRE DE L’APPORT PSYCHOÉDUCATIF POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION .....	157
ANNEXE O – SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE DE L’APPORT PSYCHOÉDUCATIF POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION .....	160



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>AVD</b>	Activités de la vie quotidienne
<b>AVQ</b>	Activités de la vie domestique
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et des services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux
<b>CHUS</b>	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
<b>CHSLD</b>	Centres d'hébergement de soins de longue durée
<b>DPSAPA</b>	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MAH</b>	Mécanisme d'accès à l'hébergement
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OEMC</b>	Outil d'évaluation multIClientèle
<b>OPHQ</b>	Office des personnes handicapées du Québec
<b>OPPQ</b>	Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec
<b>PALV</b>	Pertes d'autonomie liées au vieillissement
<b>RI-RTF</b>	Ressource intermédiaire-ressources de type familiale
<b>RPA</b>	Résidences privées pour aînés
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>SCPD</b>	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
<b>SMAF</b>	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>TNCL</b>	Troubles neurocognitifs légers
<b>TNCM</b>	Troubles neurocognitifs majeurs



## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

### *Tableaux*

- Tableau 1 - Les scores d'incapacités du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et leurs significations.....p.27
- Tableau 2 - Objectifs du projet, questions pour répondre aux objectifs et stratégies d'élaboration.....p.38

### *Figure*

- Figure 1 – L'interaction, dans le temps, des différents objectifs au cours de l'élaboration de la *Fiche d'admission Journée type*.....p. 40



## INTRODUCTION

Au début de l'année de 2020, la pandémie de COVID-19 frappe de plein fouet. Au printemps de la même année, le Québec était plongé dans la première vague de la pandémie de COVID-19. Plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont été durement touchés, plusieurs personnes hébergées sont décédées loin de leur proche et les professionnels croulaient tombaient également sous la pression. En mai 2020, le Protecteur du citoyen a annoncé la tenue d'une enquête qui se poursuivra jusqu'à l'automne 2021. Entretemps, il rendit public un rapport d'étape sur le sujet.

Dans son rapport final rendu public en novembre 2021, la Protectrice du citoyen, Madame Marie Rinfret, « cible les causes du drame humain qui a plongé des milliers de personnes vulnérables en CHSLD ainsi que le personnel soignant dans un cafouillage sanitaire et administratif entraînant son lot de décès et de tragédies » (p.9). De nombreuses recommandations en émanant, celles portant sur deux problématiques attirent notre attention et donneront le ton de ce présent essai.

Tout d'abord, une problématique soulevée serait le manque de fluidité dans l'application des consignes et impacts négatifs sur l'organisation des services, une recommandation à cet effet est de « Réviser les approches de gestion en CHSLD afin de favoriser une proximité et un fonctionnement d'équipe entre le gestionnaire responsable, les intervenants et intervenantes, les résidents et résidentes et leurs proches » (p.53). Ensuite, nous retrouvons la recommandation de « Prendre les moyens afin de véhiculer des messages clairs, uniformes, et adaptés au moyen de canaux de communication bien identifiés aux plans local, régional et national afin de faciliter la compréhension commune et d'éviter toute confusion » (p. 53). La protectrice du citoyen nous guide alors sur quelques pistes de solutions : développer des outils pour permettre la gestion de proximité, renforcer l'imputabilité, maintenir la qualité des services au sein des CHSLD et finalement permettre d'assurer la reddition de comptes (Rinfret, 2021).

Ce faisant, pour la une autre problématique soulevée concerne le manque de données en temps opportun : systèmes d'information désuets, l'une des recommandations est de « se doter de systèmes intégrés d'information qui permettent d'obtenir en tout temps et en temps réel des renseignements centralisés pour guider la gestion quotidienne, notamment en matière de

ressources humaines, de surveillance et de vigie sanitaire, ainsi que d'approvisionnements » (Rinfret, 2021, p. 58).

Quelques temps avant la pandémie mondiale de COVID-19, au Québec, pour l'année 2018-2019 comparativement à l'année 2017-2018, où nous avons alors vu une augmentation globale de 13% de demandes de relocalisation orientées, par le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) alors qu'il est possible de constater une augmentation de l'ordre de 25% vers les RI-RTF et de 10% vers les CHSLD (Protecteur du citoyen, 2020). À quelles personnes s'adressent ces milieux de vie? Certainement aux personnes âgées, première population à laquelle nous pensons lorsque nous parlons de ce type de milieu de vie. Il y a aussi une population bien présente, mais laquelle nous échappe; les personnes en perte d'autonomie, de tout âge.

Le vieillissement de la population a un impact profond sur l'émergence de cette pathologie qui, généralement, affecte les personnes âgées (Prince et al., 2013). En ce sens, les TNCM sont une condition qui est principalement associée à l'âge (Robinson et al., 2014). Au Canada, les TNCM constituent la cause la plus importante d'invalidité chez les personnes âgées et engendrent actuellement des coûts de plus de 10,4 milliards de dollars par année. Sachant que pour le Canada la prévalence des TNCM est de 638 000 personnes atteintes en 2019 et passera à plus 987 000 de personnes en 2033, ces faits sont source d'une préoccupation majeure des gestionnaires et des intervenants de la santé et des services sociaux. C'est donc dire que le nombre de personnes atteintes de ces maladies est en croissance rapide au pays et le Québec n'y fait pas exception. En effet, en 2014-2015, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) établissait à 7,5 % la prévalence des troubles neurocognitifs majeurs chez les aînés. Dans le groupe d'âge des 85 ans et plus, la prévalence s'élevait à 29,8 % chez les femmes et à 23,5 % chez les hommes (INSPQ, 2021). Ainsi, la prise en charge de ces troubles cognitifs sera le principal défi à relever lors des prochaines années (Lefebvre, 2003).

Lorsque vient le moment d'une relocalisation, il y a fort à parier que les usagers soient mal connus de l'équipe soignante, et donc, que leur qualité de vie en soit impactée. Pour prévenir à ce problème, nous proposons d'adapter les services à ces personnes. Mais comment les adapter? Tout d'abord en recueillant des informations nous permettant de mieux les connaître, dans leur globalité. Nous proposons alors d'élaborer une fiche psychoéducatrice pour une cueillette d'informations

facilitant l'adaptation du processus d'admission des personnes ayant une perte d'autonomie, dans leur nouveau milieu de vie.

Dans les prochaines sections, nous présenterons la problématique de laquelle émerge le besoin de concevoir une telle fiche. S'en suivront le cadre de référence et l'explication de la méthode utilisée. Enfin, une attention toute particulière sera portée aux considérations éthiques lors de la discussion et des recommandations concernant l'usage et l'application de la fiche psychoéducative seront données en toute fin.

## 1. PROBLÉMATIQUE

Au Québec, différents milieux de vie accueillant la clientèle en perte d'autonomie se déclinent en trois catégories : le centre d'hébergement en soins de longue durée (avec ou sans unité de soins spécifiques), la résidence privée ainsi que l'hébergement alternatif, tel le logement social (Gélinas, 2013). Au 31 mars 2015, il y avait 36 496 usagers admis dans les CHSLD publics et privés conventionnés (incluant l'hébergement permanent, transitoire et temporaire) pour l'ensemble du Québec. Parmi eux, 16 259 (44,5 %) avaient 85 ans et plus, 11 784 (32,2 %) étaient âgées de 75 à 84 ans, 4 959 (13,6 %) de 65 à 74 ans et enfin 3 494 (9,6 %) avaient moins de 65 ans (Commission de la santé et des services sociaux, 2016). Ces chiffres démontrent que les jeunes adultes handicapés représentent une portion significative de la population hébergée ainsi que des personnes en attente d'une place en CHSLD, bien qu'ils ne s'inscrivent pas au sein de la principale clientèle visée par l'hébergement et les soins de longue durée, soit des personnes en grave perte d'autonomie liée au vieillissement.

Le vieillissement de la population occupe une place incontournable dans la société québécoise. En 2017, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient environ 19 % de la population totale (Gouvernement du Québec, 2018). Cette population est en croissance continue et les chiffres l'indiquent clairement : elle occupait, en 2001, 13 % de l'ensemble de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2018). Si la tendance se maintient, cette population passera de 1 personne sur 8 en 2001 à 1 personne sur 4 en 2031, faisant de la société québécoise l'une des plus vieilles en occident (Gouvernement du Québec, 2018). Un vieillissement de la population s'observe. Mais qu'en est-il de santé fonctionnelle de cette tranche de la population?

Au Canada, les personnes âgées vivant toujours à domicile restent relativement en santé jusqu'à l'âge de 75 ans. Par la suite, un déclin cognitif s'observe, ce dernier pouvant être la source de deux causes. Tout d'abord, le déclin cognitif normal, lié à l'âge se manifeste par une diminution de la vitesse de traitement de l'information ainsi que des pertes de mémoire occasionnelles. Ces changements n'entraînent pas de limitation fonctionnelle marquée et se produisent sur le long terme et sont en lien avec la trajectoire développementale de l'individu (INSPQ, 2021). Ensuite, un déclin cognitif peut être causé par des troubles cognitifs légers (TNCL), se caractérisant une détérioration des fonctions cognitives, mais dont le fonctionnement en lien avec les activités de la

vie quotidienne (AVQ), telles que se laver, s'habiller et manger, mais aussi au niveau des activités de la vie domestique (AVD), comme effectuer les travaux ménagers et gérer sa médication, ne sont pas ou très peu impactées (INSPQ, 2021). Les TNCL sont relativement fréquents, dans la population âgée, la prévalence variant de 3% à 42% selon les études (INSPQ, 2021). Pour leur part, les autres formes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) figurent parmi les problèmes de santé les plus préoccupants pour la société.

Cependant, il existe, au Québec, une autre catégorie de clientèle présentant une perte d'autonomie qui bénéficie de services en soins de longue durée, dont nous entendons peu parler. Il s'agit des adultes de 65 ans et moins vivants avec une déficience physique ou avec une maladie chronique engendrant alors une perte d'autonomie qui n'est pas liée au vieillissement. Ceux-ci représentent, avec ceux atteints de déficience intellectuelle ou d'un problème de santé mentale, environ 10 % de la clientèle hébergée (Gélinas, 2013). Cette clientèle est dite hétérogène, en termes de diagnostics et d'atteintes. Les adultes de moins de 65 ans hébergés en CHSLD s'inscrivent parmi la population de personnes handicapées, au sens de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, et ce, en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, adoptée en 2004, qui désigne « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » (Légis Québec, 2004). Cette définition s'applique, quel que soit l'âge ou l'incapacité de la personne.

Ces personnes présentent alors un état de santé sous-tendant des besoins d'assistance particuliers lesquels requièrent des soins spécifiques. La dispensation de soins adaptés aux besoins, tant physiques que psychosociaux, des adultes ayant une déficience physique requiert une formation spécialisée des intervenants pour qu'ils puissent travailler spécifiquement auprès de cette clientèle, ainsi que la mise en place d'activités de mentorat et de coaching. Qui plus est, certaines personnes doivent demander leur admission en RI ou en CHSLD, car elles n'ont pas les moyens financiers d'accéder à une Résidence pour personnes âgées (RPA) qui répondrait pourtant mieux à leurs attentes et à leurs besoins, par exemple en raison de leur profil de besoins qui requiert moins de soins et par la proximité géographique avec leur milieu. D'autre part, certains projets résidentiels mis en place par l'entremise du logement abordable sont réservés à des personnes ayant un revenu

faible ou modeste (Commission de la santé et des services sociaux, 2016). Ce critère a pour effet d'exclure des individus dont le profil de soins et d'âge répondrait pourtant à l'offre de service de ces ressources comme les adultes de moins de 65 ans ayant une perte d'autonomie importante. Ces personnes doivent alors se tourner vers l'hébergement en CHSLD même si une formule de soins plus légère leur convenait mieux. Ce qui a pour effet de les contraindre dans l'exercice de leurs capacités résiduelles, diminuant alors leur autonomie, cela ne convenant pas à leur besoin d'autodétermination (CSSS Richelieu-Yamaska, 2013).

Lorsque la perte d'autonomie est évaluée par un professionnel habilité, l'utilisateur bénéficiera des services de Soins de longue durée, entre autres, pas le Soutien à domicile (SAD), si elle en fait la demande. Selon la Politique de soutien à domicile (MSSS, 2003b), une personne admissible à ces services est « Toute personne, peu importe son âge, ayant une incapacité temporelle ou persistante, dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis » (p.16). Toujours selon cette même politique, le domicile de la personne sera toujours envisagé comme la première option—Or, en fonction de l'ampleur des besoins exprimés par la personne et ses proches-aidant, de l'urgence de la situation ainsi que de la qualité du milieu de vie, il est possible que le domicile ne convienne plus à la personne en regard des soins qu'elle nécessite et de l'offre de services offerts par le SAD. De fait, une relocalisation en RI-RTF ou en CHSLD selon la sévérité des problématiques, le niveau d'autonomie fonctionnelle, les capacités résiduelles et le niveau de soin requis est alors envisagée.

Au Québec, les aînés doivent déménager à plusieurs reprises : tout d'abord dans une RPA leur permettant une à trois heures de soins, par jour. Puis, les aînés doivent déménager en RI ou en CHSLD si leur état se dégrade. Les multiples relocalisations que nos usagers du Québec vivent ne sont pas sans conséquence. Comme l'indiquent Hertz et ses collègues (2016), la relocalisation des aînés vers une ressource d'hébergement peut être considérée comme l'une des transitions affectant le plus la personne âgée.

Conséquemment, la relocalisation ne se limite pas seulement au déplacement physique de la personne à proprement parler, elle implique des bouleversements sans précédent : des changements dans la manière de réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ), des bouleversements du réseau social et une demande une adaptation continue de la personne (Koppitz

et al., 2017). Bon nombre de facteurs liés au processus de relocalisation peuvent influencer sa réussite ou son échec: avoir été en accord ou non avec le déménagement, avoir le sentiment d'être soutenu, ou non dans la prise de la décision ou non, la capacité ou non de la personne âgée à s'adapter à son nouveau mode de vie (Koppitz et al., 2017), faisant ici référence au modèle transactionnel de *stress et coping* tel que formulé par Lazarus et Folkman (1984). En effet, ces auteurs notent que le stress apparaît lorsque la personne âgée reconnaît qu'un changement se dessine. Les personnes âgées présentant un TNCM ou une perte d'autonomie étant davantage dépendantes de leur environnement et des soignants présents, elles risquent alors de se voir plus affectées par ce changement. En effet, ce changement d'environnement pourrait agir comme un stresser, les rendant alors plus vulnérables aux effets négatifs de la relocalisation. Ceci, étant en lien étroit avec les difficultés qu'elles rencontrent quant à l'évaluation de la situation, ainsi que l'utilisation de stratégies d'adaptation limitées et centrées sur l'émotion (Costlow et Parmelee, 2020). Il va sans dire que pour un grand nombre de personnes âgées cette relocalisation engendre un processus de deuil où des pertes et de la souffrance sont vécues, leurs capacités d'adaptation étant grandement mises à l'épreuve (Brandburg et al., 2013). On peut alors induire que le processus de deuil et le processus d'adaptation sont intimement liés.

Ce processus de deuil et d'adaptation a été bien saisi par les fondateurs du concept *des Green Care Farms*, des fermettes offrant de l'hébergement. Ce concept est né aux Pays-Bas et jusqu'à ce jour, plusieurs pays ont adopté cette approche : la Norvège, la France, l'Italie et la Belgique, pour ne nommer que ceux-ci (Boer et al., 2015). Dans ce type d'hébergement, l'environnement physique et l'ambiance de la ferme offrent aux résidents un sentiment d'être « comme à la maison ». Aux *Green Care Farms*, par exemple, une attention toute particulière est portée au maintien des capacités résiduelles. En effet, les résidents sont intégrés aux tâches quotidiennes, des tâches qu'ils ont fait toute leur vie comme la préparation de repas, le jardinage, les soins aux animaux et l'entretien de la maison (Boer et al., 2015). Le sentiment d'être comme à la maison, d'effectuer sensiblement les mêmes tâches, avoir la même routine qu'auparavant peut les apaiser et les rendre moins nerveux d'être dans un nouvel environnement (Boer et al. 2015). Évidemment, le soutien mis en place pour guider les résidents dans les tâches est adapté selon chaque résident. Enfin, les résidents sont complètement libres de circuler autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison (Boer et al., 2015). Toujours en Europe, du côté des Pays-Bas, depuis 2009, le mini-village fermé,

*Hogewey* héberge des personnes atteintes de TNCM (Jenkins, 2013). L'objectif principal de ce projet est que les usagers puissent vivre « comme à la maison » (Jenkins, 2013). En effet, au sein de ce village on retrouve une épicerie, un cinéma, différents cafés et restaurants, un bureau de poste et même un salon de coiffure. Plus importants encore, les résidents du village vivent dans un décor propre à leur image. De fait, chaque maisonnette possède une thématique liée au profil de la personne : urbain, créatifs, travailleurs, etc. (Jenkins, 2013). En plus de vivre dans un décor personnalisé et résidentiel, les résidents sont libres de se promener, comme ils le souhaitent, au sein du village (Jenkins, 2013). Bref, un modèle offrant les mêmes soins et services que nos CHSLD, mais qui n'est en rien comparable.

Au Québec, en 2009, un comité d'experts mandatés a produit un rapport en vue de l'élaboration d'un plan d'action ministériel pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (Gouvernement du Québec, 2009). Ce rapport encore d'actualité dans la pratique professionnelle propose diverses actions prioritaires. L'une d'elles aborde l'importance du choix d'un milieu de vie de qualité aux stades avancés de la maladie ou de la perte d'autonomie. Qui plus est, le rapport fait état du peu de ressources d'hébergement substitut qui sont en mesure de répondre à l'ensemble des besoins des personnes atteintes de TNCM ou de perte d'autonomie, entraînant des conséquences importantes sur la personne et sa famille. Ces conséquences peuvent se traduire par un échec de l'intégration dans un milieu de vie substitut, une relocalisation, des hospitalisations et un risque de déclin fonctionnel.

Plusieurs causes sont exposées dans le rapport pour expliquer les difficultés vécues dans les milieux de vie substitut qui incluent les ressources intermédiaires :

« La difficulté d'offrir des soins personnalisés qui respectent les caractéristiques et les besoins des personnes, expliquées entre autres par la sélection inadéquate du personnel; Le manque de stabilité du personnel constitue également un obstacle fréquent puisque les soins sont donnés très souvent par du personnel qui ne connaît pas bien la personne atteinte. » (Gouvernement du Québec, 2009).

Les préposés en RI ou en CHSLD possédant les compétences requises pour travailler auprès de la clientèle ayant des pertes d'autonomie peuvent agir favorablement sur plusieurs des facteurs considérés modifiables. À cet effet, nous retrouvons : une routine respectée, une approche adaptée à l'utilisateur ou à la situation et la surstimulation sont des facteurs sur lesquels les préposés peuvent

agir quotidiennement. Ces actions, qui peuvent sembler simples, auront un impact positif sur le sentiment d'efficacité personnelle des membres de l'équipe soignante de même que sur l'adaptation du résident à son nouvel environnement.

En regard de la large tranche d'âge, des résidents de CHSLD une question se pose alors : est-ce que les personnes ayant des pertes d'autonomies non liées au vieillissement sont traitées de la même façon que les personnes âgées présentant des pertes d'autonomies?

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'est penché sur la question dans un mémoire paru en 2014. Elle fait état de la situation particulière de ce type d'utilisateurs. En effet, elle mentionne que contrairement aux résidents hébergés en CHSLD en fin de vie, ceux qui ont moins de 65 ans sont généralement des individus handicapés en quête d'autonomie. Ils se retrouvent en CHSLD faute d'autres choix pour actualiser leur volonté de participation sociale. Ces personnes ont des incapacités significatives et persistantes qui nécessitent des services d'aide à la vie quotidienne (AVQ) et d'aide à la vie domestique (AVD) semblables à ceux qui sont dispensés en CHSLD. Toutefois, l'hébergement en CHSLD ne répond pas à leurs caractéristiques particulières en termes de rôles sociaux et familiaux ainsi que d'accès aux activités scolaires, professionnelles, civiques et récréatives. De plus, l'hébergement les prive d'un milieu de vie à partir duquel ils peuvent étudier, travailler ou participer à des activités de loisir à l'extérieur.

De fait, l'OPHQ (2014) mentionne que, « l'élimination des barrières architecturales en CHSLD et la disponibilité d'équipements adaptés sont essentielles pour optimiser l'autonomie fonctionnelle et psychosociale des résidents dans leurs activités quotidiennes » (p.25). En effet, l'accessibilité physique des établissements d'hébergement est aussi nécessaire pour permettre l'implication des proches, et ce, peu importe leur âge et leurs incapacités, et ainsi maintenir les liens familiaux et sociaux avec les personnes hébergées. De plus, afin de mieux répondre aux besoins individuels et aux attentes des personnes hébergées, notamment celles ayant moins de 65 ans, des îlots regroupant les résidents selon leur profil et leur offrant des activités adaptées sont à privilégier en matière d'organisation des lieux. L'accès à une offre suffisante et variée d'activités, tant éducatives que professionnelles, civiques, sociales et récréatives, que ce soit au sein des établissements ou à l'extérieur, est également essentiel pour favoriser l'utilisation optimale des capacités des individus hébergés.

Pourquoi alors ne pas prendre exemple sur les bonnes pratiques mises en place ailleurs dans le monde et qui assureraient de meilleures conditions de vie pour tous les résidents ? Prenant en considération ces informations, une question se pose alors : Comment, dans une perspective psychoéducative, pouvons-nous faciliter les admissions et les relocalisations des personnes présentant une ou des pertes d'autonomie, tout en favorisant le continuum de soins et services?

Suivant alors la recommandation formulée par la Commission de la santé et des services sociaux (2016) voulant que « le ministère de la Santé et des Services sociaux assouplisse ses critères pour permettre le déploiement d'initiatives de soins mieux adaptés aux besoins des personnes hébergées et favoriser un meilleur équilibre entre milieu de vie et milieu de soins » (p. 9), un comité de travail en lien avec les admissions et les relocalisations des personnes âgées a été mis sur pied, au Soutien à domicile (SAD) d'Amos. Ce comité a été formé pour mettre en lumière les lacunes actuelles au niveau des admissions. Plus particulièrement, il a été constaté que les informations transmises lors des relocalisations étaient insuffisantes, et donc, que l'adaptation des aînés était non optimale. La formation dudit comité a donc pour objectif de trouver des solutions probantes.

Actuellement, il faut passer par le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour faire une demande de relocalisation permanente, que ce soit en CHLSD ou en RI. Présentement, le seul moyen d'obtenir des informations sur la personne autrement que par des questions verbales est le formulaire *Histoire de vie*. Ce formulaire nous renseigne sur la vie de la personne de sa naissance jusqu'au présent, en passant par sa vie d'enfant et sa vie d'adulte. Il est complété par l'aidant principal de la personne qui sera relocalisée, avec ou sans l'aide de son intervenant pivot des services du SAD. Durant le cheminement dans le MAH, la famille quant à elle, reçoit le guide d'accueil du nouvel arrivant en milieu de vie et y prépare l'arrivée de son proche, tel que décrit.

Dès lors, suivant le comité d'orientation, l'admission de la personne demandera à l'intervenant pivot, de faire un transfert d'informations personnalisé, à l'équipe soignante ou son représentant, de l'étage où la personne sera hébergée. C'est à cette étape que le projet dont il est question dans cet essai prend tout son sens.

La solution retenue est d'élaborer une fiche visuellement attrayante et servant à la cueillette d'informations en prévision de l'admission d'une personne, dans un milieu d'hébergement. Une

fiche utilisée avant même que le résident ne fasse son entrée dans son nouveau milieu de vie. Le but de la création d'une telle fiche est donc d'augmenter la qualité des cueillettes de données, selon le concept de l'adaptation.

L'élaboration de cette *Fiche* se fait au moyen de plusieurs questionnements. Tout d'abord, *quelles informations sont les plus susceptibles de faciliter l'adaptation des résidents à leurs nouveaux milieux de vie et doivent se retrouver dans un tel outil?*

Une autre question à se poser concerne la façon d'élaborer l'outil afin qu'il soit facile à compléter en plus d'être pratique à consulter pour l'ensemble des intervenants impliqués. Bref, *comment élaborer un outil à vocation psychoéducative, mais qui se veut également interdisciplinaire?*

La troisième et dernière question à se poser est *comment former les intervenants impliqués à l'utilisation optimale de cet outil?*

## 2. CADRE DE RÉFÉRENCE

Avant d'aller plus loin, il importe de définir les principaux concepts sur lesquels portent ce projet, soit les interventions facilitant l'adaptation des personnes présentant des pertes d'autonomie, à leur nouveau milieu de vie.

### *2.1 Pertes d'autonomie*

Dans un document publié par le MSSS (2021), la perte d'autonomie est abordée comme « une diminution significative des capacités fonctionnelles, physiques, cognitives, intellectuelles ou affectives » (p.5).

Dans le milieu de la santé et des services sociaux, la définition de l'autonomie est souvent réduite à sa composante fonctionnelle, faisant principalement référence à la capacité d'accomplir des tâches ou de fonctionner (Grenier, 2011). Cette composante est mesurée à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) qui a pour but d'évaluer, de manière opérationnelle, la capacité d'effectuer des tâches quotidiennes ou domestiques. La prise en compte de la perte d'autonomie a donc un aspect instrumentalisé et institutionnalisé. La définition et la détermination de l'autonomie, dans ce contexte, s'insèrent alors dans un rapport de pouvoir, car une tierce personne est chargée officiellement de mettre en lumière ce dont la personne a besoin. Ceci implique a priori que le professionnel est mieux disposé pour déterminer si une personne est autonome ou non. Chacune des 29 fonctions couvrant les AVQ, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les AVD sont alors cotées sur une échelle de 0 à -3, selon des critères précis à partir de renseignements obtenus par un questionnaire rempli en compagnie de l'utilisateur et de l'aidant principal. Mentionnons qu'il est important que l'évaluateur se prononce sur ce que fait l'utilisateur, non pas sur ce qu'il devrait faire. Le tableau de la page suivante expose les scores d'incapacités ainsi que leurs significations.

**Tableau 1**  
**Les scores d'incapacités du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et leurs significations**

Score d'incapacité	Signification
0	Autonome
- 0,5	Autonome, mais présente de la difficulté à effectuer la fonction
-1	Nécessite de la supervision ou de la stimulation pour effectuer l'activité
-2	Nécessite de l'aide partielle pour faire l'activité
-3	Nécessite de l'aide totale pour faire l'activité

Source: (Hébert et al., 1993).

La notion d'autonomie est en effet très vaste et plusieurs autres termes y sont associés. Le concept de « fragilité » est de plus en plus utilisé par les professionnels de la santé et réfère à un certain affaiblissement des fonctions organiques qui engendre différentes difficultés chez les personnes âgées notamment au niveau de la force, de l'énergie et de la capacité de fonctionner (Lavoie et Guay, 2010).

D'autres auteurs font plutôt référence à la notion d'incapacité. Il est ici question d'une limitation au niveau du fonctionnement et qui réfère à une diminution de la capacité à mobiliser certaines fonctions de l'organisme, autant physiques que mentales, et qui a un impact direct sur l'aptitude à marcher ou à se souvenir, par exemple (Lavoie et Guay, 2010). Les incapacités ont donc un impact direct sur la réalisation des différentes activités de la vie quotidienne (AVQ) et ainsi sur l'autonomie présumée de la personne. À cet effet, le MSSS (2012) relève que le déclin fonctionnel touchera d'abord les activités sociales, puis les activités domestiques. Enfin, les AVQ seront touchées. Mentionnons aussi que certains problèmes de santé sont davantage associés à des incapacités et comme on peut s'y attendre, les études démontrent aussi une augmentation des incapacités et du besoin d'aide avec l'âge.

De fait, le MSSS (2012) fait état de six principales causes du déclin de l'autonomie fonctionnelle dans les AVQ.

- Survenue d'une maladie aiguë, ou présence d'une maladie débilitante (cancer métastatique);
- Problèmes:
  - Sensoriels ou neurologiques;
  - Musculo-squelettique;
  - Cardio-pulmonaire;
  - Psychiques;
  - Iatrogéniques;
- Attitudes des soignants et des proches: « maternage » ou « faire à sa place pour gagner du temps »;
- Solutés, sondes, drains ou autres rendant la mobilisation très difficile;
- Effets secondaires de la médication;
- Environnement physique non-adapté.

## 2.2 *Équipe soignante*

Dans son cadre de référence sur l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, le MSSS (2011) désigne par équipe soignante « [...] le médecin traitant et l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires). » (p. 75). Cette équipe se trouve au cœur de la prestation des soins et des services, aux résidents. Passant des soins de base (se laver, se nourrir, se vêtir, etc.) au dépistage de situation de santé à risque de survenir, par exemple le déconditionnement. En ce sens, le MSSS (2011) rapporte que « Ce rôle à la fois de dépistage et d'évaluation requiert des connaissances spécifiques pour des soins destinés aux personnes âgées. » (p.75).

## 2.3 *Processus d'adaptation*

Avant de se pencher plus en profondeur sur l'expression « processus d'adaptation », il importe de bien cerner les concepts qui la composent.

### 2.3.1 Processus

Dans un premier temps, le concept de processus est défini selon Tremblay (2001) comme « un ensemble de phénomènes conçus et organisés dans le temps [...]. Un processus fait référence à une chronologie et à une durée, et il peut se décomposer en phases qui constituent les états successifs d'une chose en évolution. Chacune de ses phases est plus ou moins longue, mais chacune représente une division du temps marquée par des événements importants » (p.48).

### 2.3.2 Adaptation

Dans un second temps, Tremblay (2001) mentionne que « l'adaptation peut être décrite comme un état physique, psychologique et physique, relativement exempt de difficultés majeures, permettant à une personne de fonctionner aussi efficacement que possible dans l'environnement où le hasard ou le choix l'ont placée » (p.202). L'auteure ajoute également que le concept d'adaptation biopsychosociale représente :

« [...] l'équilibre ou la recherche d'équilibre, entre le bien-être interne (l'adaptation interne) et le bien-être externe (adaptation externe) dans certaines situations données. L'adaptation biopsychosociale implique donc la présence simultanée de l'adaptation interne et de l'adaptation externe [...] (p.44).

### 2.3.3 Processus d'adaptation

Donc, le processus d'adaptation est considéré comme étant dynamique, car l'être humain est et sera perpétuellement soumis à de nouvelles situations qui l'amèneront à reconsidérer plusieurs fondements de sa personne : ses actions, ses attitudes, ses engagements, ainsi que le sens donné à la vie, pour ne nommer que ceux-ci (Tremblay, 2001). Il s'agit d'une recherche d'équilibre entre les pulsions, les désirs, les exigences sociomorales et les attentes environnementales » (p.44).

Nous distinguons alors trois phases dans le processus d'adaptation. La première phase, *la genèse des difficultés* évoque l'avènement d'une difficulté pour la personne. On y retrouve les facteurs biologiques, psychodéveloppementaux et environnementaux qui sont à l'origine d'un déséquilibre chez la personne. La deuxième phase, *la période d'inadaptation* est issue des conséquences

engendrées par les facteurs énoncés précédemment. La période d'inadaptation caractérisée par un déséquilibre, la souffrance et un stress physique et psychologique. La dernière phase, *les cheminements adaptatifs* sous-tend que la période d'adaptation s'amorce graduellement dès que les conditions favorables à cette adaptation sont réunies tant aux niveaux biologiques, psychodéveloppementaux qu'environnementaux.

#### 2.4 Stratégies d'adaptation

La nomenclature pour aborder les stratégies d'adaptation est large et varie en fonction de l'école de pensée du professionnel qui les aborde. En psychoéducation, nous parlons de « coping » ou encore de « stratégies de *coping* ».

La littérature établit un consensus quant à la définition de *coping*. Il va de soit de d'abord traduire ce terme anglophone. Selon Formarier et Jovie (2012), « le mot coping vient de 'to cope', faire face. Il se traduit par mode d'adaptation, ou encore mode d'ajustement » (p. 127). Lazarus et Folkman (1984) définissent le *coping* comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants pour gérer des exigences spécifiques internes ou externes qui sont évaluées [par la personne] comme consommant ou excédant ses ressources » (p. 87). Selon Frydenberg (1999), le coping représente un ensemble d'actions cognitives et affectives qui surviennent en réponse à une inquiétude particulière. Lazarus et Folkman (1984) distinguent deux formes de coping. Le premier, le coping centré sur le problème vise à modifier directement le problème, à en réduire les exigences et augmenter les ressources de la personne (Lazarus et Folkman, 1984). Cette forme amène alors l'individu à affronter la situation et à se tourner vers la résolution du problème, laquelle est en fait la tâche principale de ce type de coping. Le deuxième, le coping centré sur l'émotion a pour objectif de réguler les réponses de la personne face à la situation dans laquelle elle se trouve. Cette régulation peut se faire de bien des façons : émotionnelles, physiologiques, cognitives ou encore comportementales. Elle peut prendre diverses formes : la réévaluation pour réduire la menace, la distraction, l'évitement ou encore la recherche de soutien social (Lazarus et Folkman, 1984).

En outre, il est convenu qu'une stratégie de coping est efficace si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de réduire son impact sur son bien-être physique et psychique (Lazarus et Folkman, 1984). Frydenberg (1999) précise que ces actions (coping) représentent une tentative de rétablir l'équilibre ou de réduire des tensions chez l'individu.

### *2.5 Psychoéducation*

Pendant les premières années de son développement, le domaine de la psychoéducation s'est identifié à un contexte de prise en charge totale et sans partage en internat de rééducation, il s'est considérablement diversifié depuis. Que ce soit en termes de clientèles, de milieux ou de modes d'intervention. On retrouve actuellement des psychoéducateurs auprès de toutes les clientèles et dans tous les milieux ou contextes d'intervention dévoués à la prévention, la correction ou la réduction des difficultés d'adaptation. Ce domaine consiste, principalement, à accompagner toute personne en difficulté d'adaptions psychosociale et son entourage immédiat dans leur processus d'acquisition ou de recouvrement des compétences nécessaires pour établir ou rétablir un rapport convenable avec leur environnement familial, scolaire, de travail ou communautaire (Renou 2005). Selon Potvin (2015), la psychoéducation comme discipline est une approche d'intervention qui vise à rétablir et à développer les capacités adaptatives d'une personne, de même qu'à contribuer au développement du milieu pour favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

Alors, quel est le rôle de la psychoéducation auprès des personnes présentant une perte d'autonomie? La contribution des psychoéducateurs est particulièrement pertinente pour faire face aux défis de la perte d'autonomie, mais surtout, pour miser sur la reconnaissance et le maintien de leurs capacités résiduelles. En ce sens, le MSSS (2021) mentionne que « l'évaluation psychoéducative misera sur le potentiel d'adaptation (PAD) de la personne et le potentiel expérientiel (PEX) que lui offre son environnement et son entourage pour contribuer de façon significative à son autonomie, à sa dignité et à son mieux-être » (p.46).

## *2.6 Santé fonctionnelle et globale*

Il existe un éventail d'indicateurs mesurant l'état de santé d'une population. Cet essai se concentrera sur les indicateurs en soins de santé en lien avec les besoins de soins de longue durée, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit la clientèle cible, dans le cas présent.

Au Québec, la définition retenue du concept de santé est celle de l'Organisation mondiale de la santé : « Un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2006). En ce sens, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) stipule que les actions du réseau doivent viser « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (LSSSS, 2017). Dans le même ordre d'idée, la Loi sur la santé publique vise « le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu » (art. 1).

Dans le cadre de cet essai, nous retiendrons la définition du concept de santé globale. La santé globale correspond aux mesures qui donnent une vue d'ensemble de la santé ne se rapportant pas à des problèmes particuliers comme le cancer, le diabète ou le suicide. En d'autres termes, elle se réfère à des mesures plus globales comme la mortalité générale, l'espérance de vie, la perception de l'état de santé physique et mentale ou encore les incapacités et la santé fonctionnelle (MSSS, 2010). De son côté, la santé fonctionnelle est mesurée à partir de huit attributs fonctionnels soit la vue, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, les sentiments, les cognitions et la douleur. Elle mesure la capacité des personnes à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) ainsi que les activités de vie domestique (AVD). Les AVQ sont des activités de base nécessaires aux soins personnels et sont généralement un indicateur d'un plus grand niveau d'incapacité et de vulnérabilité que les AVD, qui sont des activités liées plus étroitement à la capacité de vivre sans dépendance (Spillman, 2004).

### *2.7 Approche globale*

Selon l'approche globale, « saisir la personne dans sa ‘globalité’ veut dire la saisir, dans la mesure du possible, dans les différentes dimensions de sa vie » (Fournier, Godrie et McAll, 2014, p.77). Ces auteurs ont conduit, lors des étapes préalables à la publication de leur rapport, des entrevues avec des personnes recevant les services du soutien à domicile ainsi qu'avec les auxiliaires qui intervenaient auprès d'elles. Leurs discours suggèrent qu'il y a cinq dimensions en particulier qui ressortent lorsque nous parlons de « bien-être ».

La première dimension est celle matérielle. En ce sens les auteurs se penchent davantage sur des éléments tels que le revenu et les logements disponibles, l'aménagement intérieur du logement, l'accès à l'extérieur ainsi que la gestion et les services obtenus entre autres par les propriétaires (Fournier, Godrie et McAll, 2014). La deuxième dimension est celle relationnelle laquelle évoque la création de liens serrés entre l'aidant et l'aidé, alors que l'aidé peut vivre de l'isolement, laquelle le met en situation de vulnérabilité (Fournier, Godrie et McAll, 2014). La troisième dimension est celle corporelle. À cet effet, les auteurs notent que réussir ou tenter de réussir à entretenir un rapport positif à un corps qui change, sur lequel on perd le contrôle, et qui est le principal médium à travers lequel les autres nous perçoivent, apparaisse comme un véritable défi pour les personnes rencontrées. « Être bien chez soi passerait, ainsi, non seulement par le ‘matériel’ et le ‘relationnel’, mais serait sensiblement lié à un bien-être « dans son corps » et dans les relations qui découlent de certaines pertes physiques et cognitives » (Fournier, Godrie et McAll, 2014, p.38). Puis, la quatrième dimension est décisionnelle. Il est ici question d'autonomie décisionnelle qui est source potentielle de tension entre la volonté de liberté et d'autonomie. On peut alors se poser la question : l'autonomie décisionnelle, mais à quel prix ? (Fournier, Godrie et McAll, 2014). Enfin, la dernière dimension est temporelle. Cette dernière fait référence à la trajectoire de vie des personnes. Lors des entrevues, les chercheurs ont pu dégager un bien-être ou mal-être ressortant des différentes trajectoires de vie (Fournier, Godrie et McAll, 2014).

## *2.8 Qualité de vie*

Le concept de qualité de vie est multimodal. Il s'inscrit de manière subjective et fondamentale en tout individu. Quelques institutions sont arrivées à en dégager l'essence principale.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (WHOQOL Group, 1994, dans INESSS p. X). De plus, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) précise que « la qualité de vie est un concept multidimensionnel qui fait référence à la capacité qu'a une personne à actualiser son plein potentiel et qui s'intéresse à certains aspects intangibles de son vécu, tels que le confort, la dignité et le bien-être » (INESSS, p.I).

Ce concept englobe donc plusieurs facettes de la vie d'une personne, dont : son état de santé physique et mental, ses compétences fonctionnelles, ses aspirations et accomplissements, ses relations sociales, son environnement, ses conditions matérielles, sa sécurité ainsi que le respect de ses valeurs et de sa dignité. L'appréciation de la qualité de vie est subjective et variable dans le temps (INESSS, p. X).

## *2.9 Milieu de vie*

L'approche milieu de vie a été mise de l'avant en 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2003a). Cette approche vise à créer, dans les établissements d'hébergement comme les CHSLD, un lieu résidentiel et un mode de vie familiers, se rapprochant le plus possible de l'environnement antérieur de la personne. (INESSS, p. 11). Le MSSS désigne le milieu de vie comme tout « lieu résidentiel le plus normalisant possible, qui facilite l'appropriation par le résident et la personnalisation de son espace. Par "normalisant", nous entendons ici "qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus possible de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés" » (MSSS. 2003a).

## *2.10 Milieu de vie de qualité*

Comment pouvons-nous statuer qu'un milieu de vie est de bonne qualité? L'INESSS (2018) s'est penchée sur la question, lors d'une recension des écrits faisant état des connaissances, sur le sujet. Il en ressort que trois types de qualité viennent caractériser ce qu'est qu'un milieu de vie de qualité.

### 2.10.1 Qualité du milieu de vie

Tout d'abord, la qualité du milieu de vie qui est associée à l'environnement social et physique et à la façon dont celui-ci permet au résident de se sentir comme chez soi (INESSS p. I)

### 2.10.2 Qualité des soins et services

Puis, la qualité des soins et services. Ce type de qualité porte sur l'adéquation des soins et services offerts avec les normes établies, et s'intéresse à la façon dont ceux-ci parviennent à favoriser la santé tout en évitant les événements indésirables (INESSS p. I).

### 2.10.3 Qualité de vie

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, la qualité de vie qui se définit comme la valeur qu'une personne porte à sa vie, en fonction de l'appréciation qu'elle fait, de divers facteurs reliés à celle-ci.

En sommes, l'INESSS (2018) précise qu'un milieu de vie de qualité fait en sorte que chaque résident puisse se sentir comme s'il était chez lui. De nombreux facteurs influencent ce sentiment. Notons des facteurs psychologiques comme le respect de l'autonomie décisionnelle du résident, des facteurs sociaux, comme la possibilité de s'engager dans des activités significatives et d'avoir des interactions positives avec le personnel. Des facteurs environnementaux influencent également un milieu de vie qualité. Il s'agit, entre autres, le fait de vivre dans une chambre privée, d'être en présence d'objets personnels significatifs et d'avoir accès à des espaces communs.

### 2.11 Relocalisation

Selon LeRobert (2013), le verbe relocaliser est défini comme « Changer l'emplacement de; placer dans un autre lieu » (p. 2179). Une relocalisation est de fait, le nom féminin de relocaliser.

Bien que la *Politique du soutien à domicile* du MSSS (2003b) prévoit que le maintien d'une personne à son domicile doit toujours être privilégié et que des services de soutien doivent prioritairement être déployés et offerts à cette fin. Il arrive, lors de divers contextes que des démarches pour une relocalisation soient enclenchées. Cela s'explique entre autres, par les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui influent sur la personne la mettent en situation de déclin fonctionnel, ou encore, de perte d'autonomie (Bazelais, 2019). Dans certains cas, il arrive que la complexité de leur condition de santé puisse rendre difficile, voire impossible, le retour à leur domicile. De fait, la relocalisation vers une ressource publique d'hébergement est alors envisagée (Bazelais, 2019). Nous orienterons alors la personne vers une ressource de type familiale (RTF), intermédiaire (RI), ou un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

### 2.12 Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Dans le cadre d'une série de documents entourant la publication du cadre de référence de l'*Approche adaptée à la personne âgée*, le MSSS (2012) publie un document traitant spécifiquement des activités de la vie quotidienne (AVQ). Dans ce document, il présente les AVQ comme étant des « [activités] associées aux soins personnels : faire sa toilette, se laver, s'habiller, s'alimenter, se rendre aux toilettes, se déplacer, etc. » (p.2).

### 2.13 Activités de la vie domestique (AVD)

Tiré du même document, le MSSS (2012) élabore aussi sur les activités de la vie domestique (AVD). En ce sens, il les qualifie de « Activités relatives à la vie domestique (AVD): utiliser le téléphone, préparer les repas, prendre ses médicaments, gérer ses finances, faire le ménage, utiliser les transports, etc. » (p.2).

Le but de ce projet est donc d'élaborer un outil psychoéducatif, pouvant être utilisé de manière interdisciplinaire, afin de recueillir des informations pouvant faciliter l'adaptation au processus d'admission des personnes ayant une perte d'autonomie, dans leur nouveau milieu de vie.

#### *2.14 Outil psychoéducatif*

Selon le Petit Larousse illustré (2007), un outil se désigne comme étant un « élément d'une activité qui n'est qu'un moyen, un instrument » (p. 769). Alors que selon LeRobert (2013), un outil évoque toute chose « qui permet de faire un travail » (p.1772).

Appliqué au concept de psychoéducation défini plus haut, un outil psychoéducatif utilisé pour des personnes en perte d'autonomie et par les membres de l'équipe soignante, telle qu'elle est décrite plus haut, des intervenants pivots, comme des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs pourrait alors désigner tout moyen permettant à l'intervenant de travailler à rétablir ou à développer les capacités adaptatives d'une personne, de même qu'à contribuer au développement du milieu pour favoriser l'adaptation optimale de celle-ci.

Comme le souligne Audrey Lapierre (2020), psychoéducatrice au Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin de Montréal, « un [...] défi du psychoéducateur est le peu ou l'absence d'outils [...] disponibles et particulier à son champ de pratique. Ainsi, le psychoéducateur emploie souvent des outils maison qu'il a créés, dans son milieu » (p. 451).

### 3. MÉTHODOLOGIE

Ce projet s'est déroulé sur une période de 11 mois, soit le septembre 2021 à août 2022. Au cours de cette période, quatre objectifs principaux présentés dans le tableau 2 ont émergé. Les questions posées pour y répondre, ainsi que les stratégies d'élaboration mises en place pour permettre d'obtenir les résultats actuels dans le cadre de ce rapport.

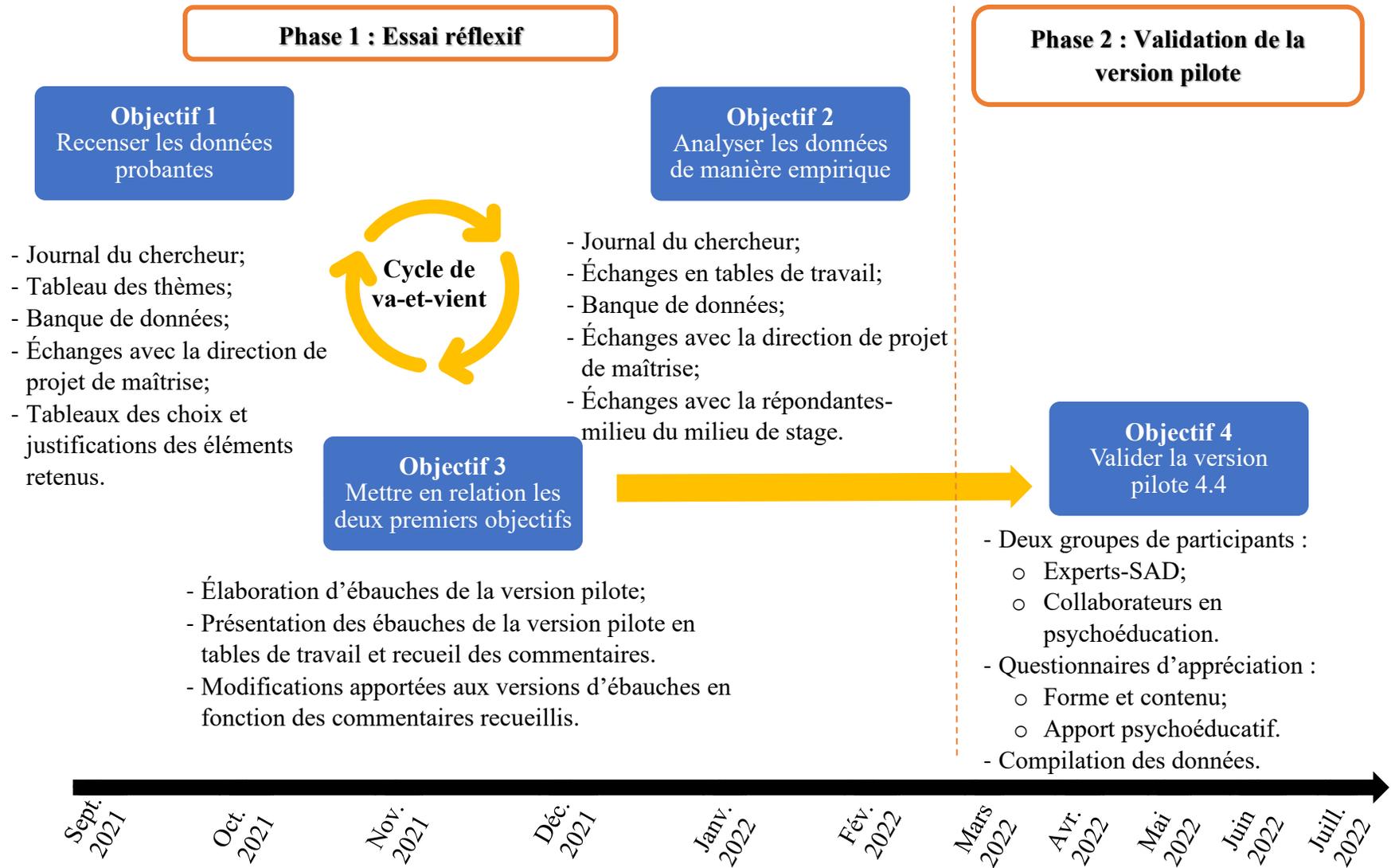
**Tableau 2**  
**Objectifs du projet, questions pour répondre aux objectifs et stratégies d'élaboration**

	<b>Objectifs du projet</b>	<b>Questions pour répondre aux objectifs</b>	<b>Stratégies d'élaboration</b>
1	Recenser les données probantes émanant de la littérature scientifique reliée aux outils existants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les outils déjà existants pour la cueillette de données lors des admissions ?</li> <li>- Quel format est préféré pour présenter les outils déjà existants ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Journal du chercheur ;</li> <li>b) Tableau des thèmes ;</li> <li>c) Banque de données ;</li> <li>d) Échanges avec la direction de projet de maîtrise ;</li> <li>e) Tableau des choix et justifications des éléments retenus.</li> </ul>
2	Analyser les données recueillies de manière empirique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les habitudes recensées dans les outils déjà existants ?</li> <li>- Quelles sont les autres informations pertinentes présentées dans les outils existants ?</li> <li>- Comment sont présentés les différents éléments composant la journée de la personne ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Journal du chercheur ;</li> <li>a) Échange en table de travail ;</li> <li>b) Échange avec la direction de projet de maîtrise ;</li> <li>c) Échange avec la répondante-milieu du milieu de stage.</li> </ul>
3	Mettre en relation les données de l'objectif 1 avec celles de l'objectif 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les insatisfactions vécues quant à la cueillette de données ?</li> <li>- Quelles sont les informations manquantes selon le comité de travail ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Élaboration d'ébauches de la version pilote à partir de la compilation des données recueillies aux objectifs 1 et 2. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Élaboration de quatre versions de la <i>Fiche</i> déclinées en 10 sous-versions.</li> </ul> </li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Présentation des ébauches en table de travail et recueil des commentaires ;</li> <li>c) Modifications apportées aux versions d'ébauches en fonction des commentaires recueillis.</li> </ul>
4	<p>Valider la version pilote 4.4 de la <i>Fiche d'admission</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle forme d'outil convient le mieux à l'équipe du SAD d'Amos ?</li> <li>- Est-ce que le contenu de la Fiche pilote convient aux membres de l'équipe ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Deux groupes de participants ; <ul style="list-style-type: none"> <li>aa. Expert-SAD</li> <li>ab. Collaborateurs en psychoéducation ;</li> </ul> </li> <li>b) Questionnaires d'appréciation : <ul style="list-style-type: none"> <li>ba. Forme et contenu</li> <li>bb. Apport psychoéducatif</li> </ul> </li> </ul>

Il importe de savoir que l'évolution de ce projet prit place en deux phases, le premier étant l'essai réflexif et la deuxième étant la validation d'un projet pilote. De fait, ce projet n'a pas été effectué de manière linéaire. Comme il est possible de le constater dans le schéma ci-contre (figure 1) les quatre objectifs principaux se chevauchent et un processus de va-et-vient entre la recension, la conception et l'analyse aura été nécessaire afin d'assurer la réalisation de ce projet et d'obtenir des informations permettant sa conception.

De fait, l'analyse des données recueillies permettra de générer des résultats et des recommandations. Le schéma présenté à la figure 1, de la page suivante illustre l'évolution dans le temps de ce projet afin de permettre l'atteinte des quatre différents objectifs principaux



**Figure 1**

L'interaction, dans le temps, des différents objectifs au cours de l'élaboration de la *Fiche d'admission Journée type*

### *3.1 Calendrier de réalisations*

Les étapes du projet se réalisent selon un calendrier précis et s'échelonnent d'octobre 2021 à juillet 2022, tel que présentés dans le présenté en annexe A.

Évidemment le projet implique l'approfondissement de certaines compétences professionnelles du psychoéducateur : l'évaluation de la situation, la planification et l'organisation des différentes composantes du projet, l'animation de celui-ci et l'accomplissement du rôle-conseil auprès des personnes gravitant autour du projet.

L'évaluation de la situation se réalise principalement en analysant les caractéristiques du milieu et de la clientèle visée par le projet. Que ce soit par les discussions cliniques et les tables de travail ou encore par l'observation directe ou indirecte de l'étudiante, toutes situations permettent de mettre de repérer les opportunités concernant les outils à développer et les interventions psychoéducatives à mettre en place.

La planification et l'organisation des différentes composantes du projet sont deux compétences professionnelles qui s'imbriquent facilement. La planification quant à elle se réalise tout d'abord à l'aide d'un calendrier des réalisations, tel que mentionné plus haut. Ensuite, l'organisation se centre principalement sur l'élaboration de la fiche qui demande une recension et une analyse approfondie des différents outils existants. Il s'avère également pertinent de planifier et d'organiser la présentation des premières versions de la fiche, en table de travail, puis de présenter la version pilote à l'équipe psychosociale du SAD d'Amos.

En ce qui concerne l'accomplissement de rôle-conseil, les actions posées concernent le transfert d'informations sur le projet. En effet, les tables de travail reposent sur une équipe interdisciplinaire du SAD d'Amos, la chef de service, la répondante-milieu et psychoéducatrice, ainsi que deux autres membres travailleuses sociales.

### 3.1.1 Démarches du projet de maîtrise

D'octobre 2021 à mars 2022, quatre rencontres en table de travail ont eu lieu. Ce comité était composé de la cheffe de service du soutien à domicile, de deux travailleuses sociales, d'une psychoéducatrice et d'une stagiaire à la maîtrise en psychoéducation. Plusieurs démarches ont été entreprises, en amont de la première rencontre, par les membres du comité, auprès de diverses ressources. Force étant de constater qu'aucune idée n'émergea chez les personnes consultées. Le comité prit donc la décision d'élaborer sa propre fiche d'admission, à utiliser en vue des admissions et des relocalisations tant temporaires (répits) que permanentes.

De ces rencontres, quatre ébauches de la *Fiche d'admission* ont été élaborées par l'étudiante et ont été présentées en table de travail. Lors de relocalisations, l'auteure ainsi que la répondante-milieu de celle-ci ont fait les présentations de nouveaux résidents à l'aide des versions d'essais de la *Fiche d'admission Journée type*, où plusieurs commentaires des équipes soignantes furent recueillis et aidèrent à l'élaboration de la version pilote finale (version 4.4).

### 3.2 Population ciblée par le projet de maîtrise

Ce projet touche directement quatre sous-groupes de population, répartis en deux groupes distincts. Le premier groupe est celui des familles de la personne présentant une perte d'autonomie. En effet, ceux-ci en viennent rapidement et naturellement à endosser un rôle qui leur était jusqu'alors inconnu : celui de proches-aidants. Comme nous l'avons vu précédemment, ceux-ci soutiennent la personne en perte d'autonomie dans l'élaboration de ses AVQ et de ses AVD et compensent en termes de qualité et de quantité leurs incapacités, pour que celles-ci ne se transforment pas en handicap.

Le deuxième groupe est celui des professionnels. D'un côté, les professionnelles du SAD ou en CHSLD. Parmi celles-ci, on compte de travailleuses sociales, des psychoéducatrices, des infirmières et infirmières auxiliaires, des préposées aux bénéficiaires ainsi que des gestionnaires. De l'autre, les professionnelles de la psychoéducation. De fait, une professionnelle de la psychoéducation est ici considérée comme une diplômée de premier cycle en psychoéducation, ou d'une étudiante en voie d'obtenir son diplôme de deuxième cycle, toujours en psychoéducation.

Évidemment, les psychoéducatrices membres en règle de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) sont également considérées.

### *3.3 Méthode d'évaluation de l'appréciation de la Fiche d'admission Journée type*

La *Fiche d'admission Journée type* est évaluée par deux formulaires d'appréciation. L'un portant sur la forme et le contenu et l'autre portant sur l'apport psychoéducatif.

#### 3.3.1 Choix des indicateurs

Par définition, un indicateur est « toute mesure significative, relative ou non, utilisée pour apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe » (Gouvernement du Québec, 2003). Le choix d'un indicateur s'avère important, car il nous permettra d'orienter nos questionnements en fonction de la réponse que nous cherchons. De fait, il est important de connaître notre mission ou notre objectif avec de préciser nos indicateurs. Dans ce projet, il a été nommé d'emblée que les objectifs principaux sont de recueillir et de transmettre l'information manquante jugée utile aux équipes soignantes ainsi que de faciliter l'adaptation des personnes à leur nouveau milieu de vie. Les indicateurs ont alors été élaborés pour mesurer la pertinence des indicateurs ainsi que de manière plus globale, la pertinence de la *Fiche d'admission*.

#### 3.3.2 Cueillette des données : les outils d'évaluation

Deux outils d'évaluation seront donc utilisés : l'une pour la forme et le contenu et l'autre, pour l'apport psychoéducatif, lesquelles sont présentes respectivement en annexes F et G. Il est important de mentionner qu'une recension des données démographiques y est tout d'abord effectuée en termes de nom, de sexe, d'âge de profession ainsi que du nombre d'années d'expérience et l'année de diplomation du répondant.

### 3.3.2.1 Questionnaire d'appréciation du contenu et de la forme

Ce premier questionnaire a été présenté au groupe d'experts-SAD ainsi qu'au groupe d'experts en psychoéducation.

Une première partie du questionnaire porte sur l'évaluation de la forme. En ce sens, les éléments évalués sont le choix des couleurs, la police d'écriture, les types de caractères, le format de papier utilisé, le type de papier et le format d'impression. Également l'orientation du papier ainsi que l'apparence générale composent cette première partie du questionnaire. Une deuxième partie est orientée sur le contenu. À cet effet, la clarté de l'outil, comprenant le choix des termes, la vulgarisation des termes et la facilité de l'usage sont évalués. Ensuite, nous retrouvons l'évaluation de l'utilité de l'outil, puis la justesse des thèmes et catégories abordés. Enfin, une dernière section est consacrée au titre de la *Fiche d'admission*. En effet, afin de rendre le titre de la *Fiche* davantage positif et révélateur de soins personnalisés, tout en misant sur les bonnes pratiques à utiliser auprès de la clientèle desservie, les participants ont été invités à fournir différentes idées de nom que pourrait porter la *Fiche*.

### 3.3.2.2 Questionnaire d'appréciation de l'apport psychoéducatif

Ce deuxième questionnaire d'appréciation a été présenté au groupe d'experts en psychoéducation exclusivement, puisqu'elle porte précisément sur différents aspects liés à la psychoéducation. Le premier élément d'analyse est le potentiel adaptatif (PAD). À cet effet, des questions relatives aux huit éléments composant le potentiel adaptatif sont posées aux répondants et portent sur : les facteurs biologiques, les facteurs développementaux, les facteurs psychologiques, les besoins, les stressors, les réactions physiologiques, les émotions vécues ainsi que les stratégies de coping. En répondant à ces huit premières questions, il est également demandé aux répondants d'identifier la section associée et de nommer, selon eux, des exemples des huit éléments, en lien avec la clientèle et les problématiques rencontrées. Le deuxième élément d'analyse est le potentiel expérientiel (PEX). En ce sens, une question à long développement est posée aux répondants. En effet, une liste d'acteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le potentiel expérientiel de la personne, lors de son séjour en répit ou de son hébergement leur est donnée. En quelques lignes, il leur est

demandé de décrire comment pourraient s'articuler les interventions des acteurs, dans le but de favoriser adéquatement une réponse aux besoins du résident.

### 3.3.3 Déroulement de l'évaluation de l'appréciation

Les questionnaires d'appréciation du contenu et de la forme ainsi que de l'apport psychoéducatif ont été envoyées avec la version pilote 4,4 de la *Fiche d'admission*. La version 4.4, comme toutes les autres versions, est protégée par l'activation du contrôle de la modification. À cet effet, seule l'étudiante conceptrice à connaît le mot de passe. La restriction de la modification ne permet que la modification que des zones de textes, des barres déroulantes avec choix de réponse ainsi que des cases à cocher. De fait, le contenu et la forme de la *Fiche d'admission* sont inchangeables, de même que l'entête et le pied de page.

Lors de l'envoi des questionnaires d'appréciations, il a été spécifié aux répondants que la *Fiche d'admission* en est à sa version pilote et que cette dernière est entièrement remplissable à l'écran. Les répondants sont alors invités à explorer la *Fiche*, pour améliorer la rigueur de leur évaluation et ainsi rendre le produit final de meilleure qualité.

### 3.3.4 Compilation des données

Les questionnaires d'appréciations de la *Fiche d'admission Journée type* ont permis de recueillir deux types de données : des données quantitatives ainsi que des données qualitatives. Pour la compilation des items quantitatifs tels que le sexe du répondant, sa profession, son nombre d'années d'expérience au sein du SAD et de manière générale ainsi que pour les chacun des 12 items retrouvés dans le questionnaire se rapportant directement à l'évaluation de la satisfaction des professionnelles du SAD. Les scores possibles sont répartis sur une échelle Likert à cinq points. Pour ce faire, le logiciel d'analyse statistique *SPSS* a été utilisé pour mesurer les moyennes des items mentionnés précédemment. En ce qui a trait à la compilation des données de types qualitatifs, c'est-à-dire les commentaires et la dernière question posée aux professionnelles concernant le nom de la *Fiche d'admission* un tableau sous format Excel a été élaboré pour faire une recension rapide des réponses et commentaires.

### 3.3.5 Considérations éthiques

Afin de procéder à l'évaluation du contenu et de la forme de la *Fiche d'admission Journée type*, ainsi que de son apport psychoéducatif, l'étudiante aura ciblé deux groupes d'experts. Dans un courriel envoyé aux collaborateurs en psychoéducation se retrouvant en annexe F, l'étudiante explique son projet de stage, le déroulement de l'évaluation de l'appréciation de celui-ci, présente les questionnaires d'appréciation et mentionne qu'en donnant un retour de courriel comprenant ces derniers complétés, cela signifie que leur consentement est donné. Lesdits questionnaires d'appréciation serviront, entre autres, à compiler des données démographiques. En ce sens, l'étudiante mentionne à la dernière page de chacun des questionnaires que les données seront compilées et analysées dans le respect de la confidentialité. Afin de préserver leur anonymat, un numéro sera attribué à chacun des participants en fonction de l'ordre de retour des questionnaires d'appréciation. Ces informations fournies par l'étudiante permettent à chacun des participants de donner un consentement libre et éclairé face à sa contribution à l'évaluation de l'appréciation de la *Fiche d'admission Journée type*. Les questionnaires d'appréciation sont informatisés et sont conservés dans l'ordinateur portable de l'étudiante, par lequel il est possible d'accéder seulement par reconnaissance de l'empreinte digitale de cette dernière. De fait, l'ordinateur portable est un endroit sûr, à l'abri du vol de données et permet de préserver la confidentialité des données obtenues tout au long du projet

## 4. RÉSULTATS

La présente section expose les résultats pour chaque objectif en commençant par la recension des besoins du milieu. Puis, viennent ensuite une recension des données probantes émanant de la littérature scientifique sous la présentation de cinq outils ainsi que leur analyse de manière empirique. Ainsi, les résultats obtenus aux deux premiers objectifs seront mis en relation pour permettre l'atteinte de l'objectif 3. Enfin, la manière dont ont été recueillies les informations concernant la validité de la fiche seront exposées. Cependant elles seront discutées dans la prochaine section.

### *4.1 Recension des besoins du milieu*

Une période d'observation en milieu de stage aura permis à l'étudiante de se familiariser avec le milieu et d'y comprendre les besoins. Rapidement, un projet de table de travail sur les admissions et les relocalisations est ressorti et l'étudiante demanda à en faire partie. C'est le 9 février 2022 que la première table de travail eut lieu. Au cours de cette rencontre, les besoins nommés sont abordés dans les lignes qui suivent. Tout d'abord on voulait que informations répertoriées dans la *Fiche d'admission* soient les plus susceptibles de faciliter l'adaptation des résidents à leurs nouveaux milieux de vie. Ensuite, il était important que la fiche soit facile à remplir pour tous les intervenants de même que facile à consulter et de s'y repérer pour les soignants de toutes professions confondues. Puis, il est ressorti que la fiche devrait favorablement est autoportante, car les équipes soignantes ont peu de temps pour recevoir de longues formations, voulant prioriser les soins aux personnes. Enfin, il est ressorti, au cours des tables de travail, qu'il serait grandement apprécié que la fiche soit remplissage à l'écran, donc en version électronique.

### *4.2 Résultats de l'objectif 1 : Recenser les données probantes émanant de la littérature scientifique reliée aux outils existants*

Tel que mentionné précédemment, ce projet s'est déroulé sous la forme de quatre objectifs principaux répartis selon deux phases. Le premier objectif était d'analyser ce que nous dit la littérature en lien avec le contenu de tel type de fiche, mais également, en lien avec son format.

Pour ce faire, nous avons réalisé des recherches exhaustives au moyen de diverses banques de données, celles-ci nous menant à une recension des écrits de la littérature et de revues scientifiques. Enfin, plusieurs échanges avec notre directrice de projet nous permirent de spécifier nos intentions dans l'élaboration d'une telle fiche d'admission.

#### 4.2.1 Recension des outils existants

Cinq outils déjà existants ont été examinés de près en vue l'élaboration de la *Fiche d'admission Journée type*. Leur description est présente en annexe B. Le premier est le *Résumé d'histoire de vie* du CISSS de Laval (rév. 2017). Au niveau de la forme, la fiche nous semble aérée et les informations sont présentées de manière bien alignée. Également, l'emphase est mise sur le titre de la section, lorsque le contenu s'y retrouvant change. Cependant, quelques points négatifs sont notés. En effet, la fiche est disponible seulement en nuance de gris, la rendant peu attrayante au regard. Aussi, son format n'est disponible qu'en orientation portrait, laquelle ne convient pas à l'orientation des autres documents présents au dossier du résident en CHSLD d'Amos. Au niveau du contenu, la section *Profil personnel* s'avère être particulièrement intéressante, plus particulièrement les éléments relatifs à la description d'une journée type. De plus, la section *Habitudes* aborde plusieurs éléments intéressants dont nous nous sommes inspirés pour bâtir notre propre fiche d'admission. Certains éléments du contenu s'avèrent moins intéressants, puisqu'ils se retrouvent déjà dans le formulaire *Histoire de vie* du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le deuxième est le *Complément du formulaire d'histoire de vie-Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures* de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) (2013). Au niveau de la forme, le style de remplissage avec les cases à cocher s'avère intéressant. Nous relevons quelques points négatifs, pour la forme. Par exemple, le nombre de pages élevé, à la hauteur de trois, et l'utilisation de niveaux de gris, pour la majorité du questionnaire, à l'exception du titre. En ce qui a trait au contenu, des questions comme le type d'habitude au niveau des soins d'hygiène, leur fréquence et leur moment ont été reprises pour l'élaboration de notre fiche d'admission. Enfin, toutes les questions de ce questionnaire seront utilisées. Dans un premier temps, pour l'élaboration de notre Fiche d'admission ou encore pour la conception future du *Guide d'utilisation de la Fiche d'admission Journée type*.

Le troisième outil est le *Formulaire histoire de vie* de l'IUGM (2007). La forme présente des caractéristiques intéressantes : le contour des tableaux est de couleur bleue, les questions sont bien alignées et il y a présence de cases à cocher, facilitant la complétion du questionnaire. Cependant la forme comporte quelques désavantages comme un grand nombre de pages (quatre) et la non-disponibilité du formulaire pour remplissage à l'écran. Pour ce qui est du contenu, plusieurs éléments sont intéressants et ont servi de modèles pour la conception de notre fiche. En effet, les moyens de détente ou de compensation et les sections reliées aux AVQ, à l'habillement, au sommeil et à l'alimentation auront su servir de fondations pour notre fiche d'admission. Mentionnons, somme toute, que plusieurs éléments du contenu s'avèrent moins intéressants, puisqu'ils se retrouvent déjà dans le formulaire *Histoire de vie* du CIUSSS de l'Abitibi-Témiscamingue et donc, n'ont pas été retenus pour notre fiche d'admission puisqu'ils en alourdiraient le contenu et la forme.

Le quatrième formulaire est intitulé *Une histoire de vie! -Alzheimer SCPD* élaboré par CIUSSS de l'Estrie en collaboration avec Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), en 2016. En lien avec la forme, ce formulaire présente une caractéristique particulièrement intéressante. En effet, l'utilisation de couleurs pastel pour toutes la mise en forme du document le rend visuellement attrayant. Notons également que les sections sont divisées par couleur et donc, cela facilite le repérage de l'information. Cependant, le nombre de pages s'avère élevé (quatre). Au niveau du contenu, les questions reliées aux activités récréatives, aux habitudes particulières et aux routines à privilégier s'avèrent intéressantes. Rapportons enfin la présence de nombreuses questions servant à l'élaboration du *Guide d'utilisation de la Fiche d'admission Journée type*. Les points négatifs, pour le contenu, sont, ici aussi, que bon nombre de questions alourdissent le formulaire puisqu'elles demandent des moyens ou de longs développements.

Enfin, le cinquième outil est le formulaire *Tableau de soins* tiré de l'*Outil d'évaluation Mulclientèle (OEMC)* du MSSS (1983). Par sa forme, ce formulaire s'avère intéressant, puisqu'il nous apparaît peu chargé, malgré le grand nombre d'informations qu'il contient, et ce, en raison de multiples icônes représentant les tâches, les sections, ou toutes autres informations susceptibles d'influer sur la qualité des soins et services qui seront prodigués à la personne. Également, le formulaire est d'une longueur tout à fait raisonnable (deux pages). Cependant, ce formulaire

nécessite l'utilisation d'un guide sur les critères à retenir ainsi que sur la signification des icônes, ce dernier se trouvant au verso du formulaire. Par son contenu, ce tableau de soins fait l'évaluation d'un vaste éventail d'AVQ et d'AVD en se basant sur le SMAF. Cela étant dit, bien qu'un guide nous soit fourni, pour compléter le tableau de soins, peut-on affirmer que le tableau de soins est autoportant si nous n'avons pas reçu la formation *Multiclientèle (OEMC)*?

#### *4.3 Résultats de l'objectif 2 : Analyser les données recueillies de manière empirique*

Le deuxième objectif consistait à analyser les données recueillies de manière empirique. De fait, nous cherchions réponse à plusieurs questions concernant les habitudes recensées, les autres informations trouvant pertinence dans ce type d'outil puis au niveau de la forme, nous cherchions à voir comment ce type d'outil est élaboré. L'annexe B fait état de notre démarche d'analyse des outils déjà existants.

#### *4.4 Résultats de l'objectif 3 : Mettre en relation les données de l'objectif 1 avec celles recueillies par l'objectif 2.*

Cette mise en relation permet l'élaboration et la présentation d'ébauches en table de travail. De fait, une nouvelle version était présentée lors de chaque rencontre. Des ajustements y étaient apportés selon les commentaires recueillis auprès des membres de la table de travail, puis une nouvelle version était présentée à la rencontre suivante. Cette démarche nous mena à un total de quatre versions d'ébauches découlant des rencontres, lesquelles se déclinent en un total de dix versions.

#### *4.5 Résultats de l'objectif 4 : Valider la version pilote 4.4 de la Fiche d'admission Journée type*

La validation de la version pilote de la *Fiche d'admission* s'est faite auprès de deux groupes. Le premier est le groupe d'experts-SAD alors que le deuxième est le groupe des collaborateurs en psychoéducation.

#### 4.5.1 Au près des experts-SAD

En avril 2022, la version 4.4, ci-après nommée modèle pilote, fut d'abord présentée pour la première fois hors table de travail, à l'équipe de professionnelles psychosociales du SAD d'Amos. Des membres de cette équipe, sept participantes ont accepté de répondre au questionnaire du contenu et de la forme qui leur a été présenté. En lien avec les données démographiques de ce groupe, les résultats font état d'une moyenne d'âge de 37 ans et 4 mois. Les participantes sont toutes des femmes (n=7) et ont en moyenne une ancienneté, dans le milieu dans la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées de 10 ans et 7 mois.

Pour ce qui est des résultats au niveau de la forme, le taux de satisfaction globale moyen est de 95%. Le taux le plus élevé est de 100% et concerne le format de papier à utiliser, la proposition mentionnée dans le questionnaire étant des feuilles de format 8,5 po x 11 po. Le score le plus faible quant à lui concerne l'apparence générale où nous cherchions à savoir si la fiche semble bien aérée et son taux de satisfaction moyen est de 89%. En lien avec les résultats touchant au contenu, le taux de satisfaction globale moyen obtenu est de 95% également. Le score le plus élevé est de 100% et concerne la vulgarisation des termes utilisés dans la fiche. Le score le plus faible quant à lui est de 91% et se rapporte à la facilité d'usage de la fiche.

Une dernière question était posée aux répondantes. En effet, il leur a été demandé de nous donner des suggestions que pourrait porter notre *Fiche d'admission*. Voici en rafale les suggestions obtenues : « Ma journée idéale ou une journée avec moi », « Référentiel d'admission ou Référentiel clientèle », « Routine type de [nom de l'utilisateur] », « Routine de vie ou La belle journée de Madame X ». Notons que quatre répondantes n'ont pas laissé de suggestion et qu'entre celle ayant répondu (n=4) deux d'entre nous mentionnaient apprécier notre titre provisoire.

#### 4.5.2 Au près des collaborateurs en psychoéducation

Au niveau des données démographiques, ce groupe, les résultats font état d'une moyenne d'âge de 32 ans et 7 mois. Les participantes sont également toutes des femmes (n=8). Deux répondantes sont les plus âgées et ont toutes deux 39 ans, alors que la plus jeune a 27 ans. Les répondantes ont en moyenne une expérience dans le domaine de la psychoéducation de 6 ans et 6 mois, soit d'un

peu plus de 6 ans. Notons que les deux participantes les plus âgées sont celles avec le plus d'expérience en psychoéducation soit un cumul de 24 ans d'expérience, alors que la répondante avec le moins d'expérience, n'en a pas du tout, hormis les stages faits lors de son parcours au baccalauréat et à la maîtrise.

Comme mentionné précédemment, deux questionnaires ont été administrés à ce groupe de collaborateurs. Le premier est celui évaluant la forme et du contenu. Dans un premier temps, au niveau de la forme, le taux de satisfaction moyen est de 92%. Le taux le plus élevé est de 100% et concerne l'orientation du papier, la proposition étant l'orientation « paysage ». Le taux de satisfaction le plus faible quant à lui est de 78% et porte à l'apparence générale de la fiche. Dans un deuxième temps, le taux de satisfaction moyen du contenu est de 88%. Le taux le plus élevé est de 93% et porte sur deux éléments d'analyse : la vulgarisation des termes ainsi que les thèmes et catégories abordés. Par ailleurs, le taux le plus faible est de 83% et porte sur la facilité d'usage.

Ici également, il est demandé aux répondants de nous donner des suggestions que pourrait porter notre *Fiche d'admission*. Voici en rafale les suggestions obtenues : « Ma journée idéale », « Déroulement d'une journée type, Soins Alimentation-Routine : Journée Type , SAR: Journée Type », « Le quotidien de ' Nom de l'utilisateur' », « Fiche du résident », « Ma journée idéale » et « Belle journée ». Notons que deux répondantes n'avaient pas de suggestion à proposer.

Le deuxième questionnaire administré à ce groupe d'experts est celui de l'apport psychoéducatif. Avec ce questionnaire, nous cherchions à mesurer le taux de facilité de repérage de l'information en lien avec les éléments d'analyse de l'apport psychoéducatif. Le premier élément d'analyse de ce questionnaire est le PAD. La section la plus facile à identifier est celle des besoins 93% alors que la plus difficile est celle des émotions vécues 55%. En lien avec le deuxième élément d'analyse, le PEX, toutes les répondantes abondent dans le même sens : la *Fiche d'admission* a sa pertinence en psychoéducation et avec la clientèle fréquentant différents milieux de vie. Aussi, la majorité des répondantes (n=5) mentionnent que la *Fiche d'admission Journée type* trouve sa pertinence en interdisciplinarité.

## 5. DISCUSSION

Cette section fait état tout d'abord d'une interprétation des résultats statuant ainsi sur la validité de la *Fiche*. Viennent ensuite les limites du projet ainsi que les recommandations de l'étudiante quant à la formation des intervenants et l'utilisation que devront en faire les différents professionnels. Une dernière recommandation porte sur son implantation au niveau régional.

### 5.1 *Évaluation de la validité de la Fiche d'admission Journée type*

#### 5.1.1 Questionnaire du contenu et de la forme

Globalement parlant, les participantes sont satisfaites de la fiche d'admission dans sa version pilote. Après comptabilisation des données des deux groupes de répondantes, un taux de satisfaction moyen de la forme est 94% tandis que celui du contenu est de 92% ce qui révèle que la *Fiche d'admission Journée type* est un excellent outil pour les intervenantes et les professionnelles en psychoéducation en matière de de recueillir, de traiter et de présenter des informations concernant un usager.

Au niveau de la forme, il est noté en commentaire qu'il s'agit du format le plus utilisé pour les dossiers des résidents que la proposition de format de 8,5 po x 11 po est le format le plus utilisé pour les dossiers des résidents. En effet, cela explique le taux de satisfaction de 100% du côté des experts-SAD. Le taux le plus faible quant à lui concerne l'apparence générale où nous cherchions à savoir si la fiche semble bien aérée. Le taux de satisfaction moyen est de 89% présentant un écart type moyen de 0,15 indiquant, tout compte fait, que ce taux est partagé dans l'ensemble du groupe et que les répondantes sont satisfaites de l'apparence générale de la fiche. Le commentaire revenant plusieurs fois, dans un groupe comme dans l'autre, pour cet élément est que la fiche est chargée, bien que toutes les informations soient présentes et pertinentes. Une personne mentionne aussi avoir des inquiétudes quant à voir la fiche une fois remplie. Un autre commentaire suggère l'utilisation d'icônes pour alléger la fiche et davantage le verso de celle-ci pourrait être pris en compte.

En lien avec le contenu, le taux de satisfaction le plus élevé chez les deux groupes est de 100% chez les experts-SAD et de 93% chez collaborateurs en psychoéducation et porte sur la

vulgarisation des termes. Quoiqu'assez faible, l'écart entre les taux peut être expliqué par le niveau de familiarité élevé des répondants experts-SAD avec les termes utilisés dans la fiche. Par ailleurs, le taux de satisfaction le plus faible tant dans le groupe des experts-SAD (91%) que dans le groupe des collaborateurs en psychoéducation (83%) porte sur la facilité d'usage. En ce sens, cinq personnes font des commentaires similaires portant sur la population à qui il est demandé de remplir la fiche et aussi sur la manière de la faire : accompagné ou non. Avec des écarts-types de 0,15 (experts-SAD) et de 0,16 (collaborateurs en psychoéducation), on remarque que l'ensemble des 15 professionnelles abondent sensiblement dans le même sens. En lien avec l'utilité de la *Fiche*, une personne se questionne quant à savoir s'il n'y aurait pas une double information qui allait être remise aux équipes de travail. En ce sens, il est important de préciser que la Fiche a été utilisée par l'étudiante et sa répondante milieu lors d'admission de nouveaux usagers en CHSLD. Suite à cela, les commentaires recueillis auprès de l'équipe soignante révèlent que la *Fiche* « est utile pour remplir le plan de soin initial » et que « les éléments nécessaires se trouvent facilement » ce qui nous porte à croire que non seulement il n'y aura pas, ou somme toute très peu, de double information, mais que de prime l'information souhaitée n'était pas fournie.

### 5.1.2 Questionnaire de l'apport psychoéducatif

En lien avec l'élément d'analyse du PAD, nous notons que deux couples d'éléments d'analyse obtiennent le même taux de 75% soit les facteurs développementaux ainsi que les réactions physiologiques et les stressseurs ainsi que les stratégies de coping avec un taux de facilité de 70%. En ce sens, l'écart type moyen le plus élevé se trouve à être celui pour les facteurs développement. Avec un taux de 0,24, ceci nous indique que la facilité de repérage de cet élément d'analyse varie selon les répondants. En effet, la majorité (six) des répondantes ont inscrit un taux de facilité de plus de 80% alors que seulement deux ont inscrit un taux de 60% ou moins. En lien avec le deuxième élément d'analyse, le PEX, la majorité des répondantes (n=5) mentionnent que la *Fiche d'admission Journée type* trouve sa pertinence en en interdisciplinarité, lors du travail d'équipe. En ce sens, les répondantes mentionnent que la *Fiche* sert à la présentation de la personne, des différents traitements et habitudes de vie de la personne ainsi qu'au niveau des interventions à prodiguer à la personne et la manière dont elles le sont.

Globalement parlant, avec une moyenne de facilité de repérage des éléments d'analyse, par des psychoéducatrices, entourant l'apport psychoéducatif de 73%, il est possible de croire que tous les éléments contenus dans la *Fiche d'admission Journée Type* aideront à faciliter l'adaptation de l'utilisateur à son nouveau milieu de vie, par un travail en interdisciplinarité.

### *5.2 Limites du projet.*

Malgré les résultats plus qu'intéressants de ce projet, nous identifions quelques limites notamment au niveau de son évaluation, mais aussi de son utilisation. En effet, les directives données en début de questionnaire s'avèrent être claires pour une majorité de répondantes. Cependant, certain y voyait une certaine confusion quant à ce qui leur était demandé d'observer. En effet, le questionnaire parle du format de papier et du type de papier, alors que la version électronique avait été acheminée aux répondantes, pour qu'elles puissent bénéficier du mode de complétion « à l'écran ». Aussi, il aurait pu être mentionné d'entrée de jeu que les éléments entre parenthèses sont ceux choisis par l'étudiante, donc ceux à évaluer.

Également, son utilisation pourrait être simplifiée avec l'élaboration d'une fiche synthèse d'avantage condensée et composée d'icônes facilitant ainsi le repérage visuel des informations. Également l'utilisation de la *Fiche d'admission* pourrait être grandement simplifiée par l'élaboration d'un guide de complétion de la Fiche d'admission et de présentation de l'utilisateur, pour le professionnel.

### *5.3 Recommandations*

Pour donner suite au projet de stage, il nous apparaît opportun de formuler certaines recommandations notamment en lien avec la formation des intervenants, l'utilisation de la Fiche d'admission et son adoption au niveau régional.

### 5.3.1 Formation des intervenants

La première recommandation que nous avançons est bien entendu de former les intervenants à l'utilisation et à la complétion de la *Fiche d'admission*. En ce sens, nous formulons une deuxième recommandation : procéder à l'élaboration d'un guide de complétion de la *Fiche d'admission* et de présentation de l'utilisateur, pour le professionnel. En ce sens, il serait intéressant que le guide soit accompagné d'une capsule vidéo formatrice de type « pas-à-pas », disponible sur internet. De cette manière, les intervenants pourront revoir la capsule vidéo quand ils en ressentiront le besoin et les nouveaux intervenants pourront la visionner en temps requis.

La formation au moyen d'un tel guide permettrait d'outiller les professionnels en leur permettant d'avoir une compréhension commune des concepts relatifs à la relocalisation et à ses impacts sur l'utilisateur. Ce guide servirait également à ériger des balises cliniques afin d'uniformiser des interventions et d'assurer une utilisation adéquate de la *Fiche d'admission*. Il nous est permis de croire qu'ainsi faits, les SCPD manifestés par la clientèle présentant des TNCM pourraient être réduits. Cet essai présente la problématique en indiquant les répercussions que peut avoir une telle relocalisation sur la personne elle-même. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont par définition des « symptômes de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement fréquemment observés chez les patients déments » (MSSS, 2014a). La relocalisation d'une personne présentant un TNCM peut induire chez celle-ci un état de stress, comme nous l'avons vu à la section précédente. Chez la personne présentant un TNCM, dont la perception est affectée, ce stress perçu sera évacué par un SCPD, le plus souvent sous la forme d'agitation (Gouvernement du Québec, 2012).

Un document publié par le Gouvernement du Québec (2012) fait état de plusieurs pistes d'interventions. Tout d'abord, pour les éléments physiques il est noté dans un premier temps, de prioriser la mise en place des mécanismes d'adaptation de la personne, soit : « Tenter de reproduire l'habitude de vie pour l'AVQ qui pose un problème. », « Remettre en place les modes d'adaptation utilisés autrefois par la personne » et « Utiliser les données biographiques significatives pour le soin qui cause de l'agitation chez la personne » (Gouvernement du Québec, 2012, p.6). Dans un deuxième temps, la satisfaction des besoins physiques de base, soit : « Décoder les besoins de base exprimés à travers les comportements et les réactions de la personne en suivant ces paramètres;

Envisager comme première hypothèse, lorsque la personne s'agite, de vérifier la satisfaction des besoins comme uriner, boire, manger, marcher et se reposer » (Gouvernement du Québec, 2012, p.6). Ensuite viennent les éléments psychosociaux. Qu'ils soient lien avec la satisfaction des besoins psychologiques de base « comme se sentir en sécurité, communiquer avec autrui, être utile » (Gouvernement du Québec, 2012, p.7) ou en lien avec la prévention de la surcharge ou de la privation sensorielle, plusieurs éléments de la *Fiche d'admission Journée type* aident les intervenants à pousser plus loin leur analyse de la fonction du comportement de la personne et à mettre les bonnes interventions en pratiques. Enfin, selon les éléments environnementaux, un point précisément retient notre attention, et ce, en lien avec le fait d'offrir un environnement stimulant sans surcharge sensorielle. En effet, « Maintenir des routines de vie prévisibles et ressemblant le plus possible à celles de la maison » est particulièrement intéressant d'autant plus qu'il s'agit de l'objectif premier de la *Fiche d'admission Journée type*.

Il est important de comprendre que toutes les informations contenues dans la fiche d'admission faciliteront la personnalisation des soins et intervention. Tous, ont alors lieu d'être. Mentionnons que l'intervenant peut, mais qu'il est aussi fortement recommandé qu'il utilise ses observations et son évaluation pour bonifier la *Fiche d'admission*.

### 5.3.2 Utilisation de la *Fiche d'admission*

Mentionnons d'entrée de jeu que nous recommandons que la complétion de la *Fiche d'admission* soit faite par le ou la professionnelle, et ce, en compagnie du ou des proches-aidants principaux. En effet, les commentaires recueillis au niveau de l'élément d'analyse de la vulgarisation des termes présents dans la fiche abondent dans le sens où il serait préférable que l'intervenante pivot pose des questions semi-dirigées au proche-aidant lors de la complétion de la *Fiche d'admission*.

La première utilisation recommandée de la *Fiche d'admission* dûment complétée est d'effectuer une présentation personnalisée de l'utilisateur aux équipes soignantes de milieux de vie d'accueil. Cette présentation est une action posée par l'intervenant, dans le but d'offrir un continuum de soin de services à l'utilisateur. De fait, la présentation lors de de l'accueil d'un usager fourni des fondations solides à l'équipe soignante et lui offre la chance de prodiguer des soins et services de meilleure

qualité, ces soins allant de pair avec l'adaptation de la personne dans son nouvel environnement. En effet, que la relocalisation soit temporaire ou permanente, en RI ou en CHSLD, la *Fiche d'admission Journée type* contient des informations primordiales pour le bien-être de la personne elle-même ainsi que pour l'équipe soignante qui doit lui assurer un hébergement dans un milieu de vie de qualité aux moyens de soins de qualité. C'est ainsi qu'un continuum dans les soins et services à l'utilisateur pourra être assuré.

Cette présentation permettra donc à l'équipe soignante de prodiguer des interventions et des soins quotidiens plus adaptés et personnalisés, et donc, offrir des balises pour une meilleure adaptation de la personne à son nouvel environnement.

### 5.3.3 Implantation régionale

Dans l'optique de faire bénéficier le plus d'utilisateurs possible, alors que la population présentant des pertes d'autonomie risque de s'accroître, nous recommandons que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) de l'Abitibi-Témiscamingue encourage l'implantation de la *Fiche d'admission* au niveau régional. Il est important de mentionner que dans la pratique clinique, les difficultés d'offrir des services adaptés à l'utilisateur présentant des pertes d'autonomie compromettent la possibilité de répondre adéquatement à ses besoins. La méconnaissance des pertes d'autonomie, qu'elles soient liées ou non au vieillissement a des impacts sur la santé globale des personnes. Parmi les celles-ci, nous retrouvons le recours à l'utilisation de médicaments psychotropes ayant des impacts néfastes sur la santé et l'autonomie de l'utilisateur, les transferts évitables à l'urgence, les relocalisations précoces en centre d'hébergement et l'augmentation des coûts de santé (Prud'homme, 2018).

Somme toute, on remarque qu'adapter les services aux besoins des personnes a plusieurs bénéfices. Premièrement, cela minimise les difficultés d'adaptation qu'engendre une relocalisation hâtive ou non désirée. De fait, cela évite l'aggravation des problèmes de santé et de perte d'autonomie des personnes que pourraient induire les difficultés d'adaptation si la personne venait qu'à adopter des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, lesquelles sont dites non productives. On dénote également que l'utilisateur peut subir d'autres conséquences en provenance de son entourage ou des

soignants, celles-ci pouvant se traduire par « un rejet, de l'abandon, de l'"étiquetage" ou un langage blessant » (Bourque et Voyer, 2013, p.452). La *Fiche d'admission Journée type*, permet ainsi une meilleure connaissance de la perte d'autonomie et de ses impacts sur la santé globale de l'utilisateur ainsi qu'une meilleure compréhension que de son processus d'adaptation en lien avec le stress vécu lors d'une relocalisation.

En somme, après l'évaluation de sa validité auprès de deux groupes de professionnelles, nous pouvons croire que la *Fiche d'admission Journée type* est un outil valide qui saura recueillir des informations pertinentes sur les usagers présentant des pertes d'autonomie. Ceci leur permettra ultimement de faciliter leur adaptation au processus d'admission, dans leur nouveau milieu de vie.

## CONCLUSION

Cet essai avait alors pour but d'élaborer un outil psychoéducatif pour effectuer une cueillette de données facilitant l'adaptation du processus d'admission des personnes ayant une perte d'autonomie dans leur nouveau milieu de vie. Le projet est un besoin émanant du milieu de stage de l'étudiante soit le service de soutien à domicile d'Amos quant à un manque d'informations, des informations incongruentes et non transmises aux bonnes personnes.

De plus, il y est fait état d'une problématique rencontrée, lors de relocalisation d'usager. En effet, la relocalisation ne se limite pas seulement au déplacement physique de la personne à proprement parler, elle implique des bouleversements sans précédent : des changements dans la manière de réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ), des bouleversements du réseau social et une demande une adaptation continue de la personne. Ce changement d'environnement agit inévitablement comme un stresser, rendant alors les usagers plus vulnérables aux effets négatifs de la relocalisation et ainsi davantage susceptibles d'avoir recours à des mécanismes de coping centrés sur les émotions, qu'ils soient conscients ou non. Il va sans dire que pour un grand nombre de personnes âgées cette relocalisation engendre un processus de deuil où des pertes et de la souffrance sont vécues, leurs capacités d'adaptation étant grandement mises à l'épreuve. Nous avons alors induit que le processus de deuil et le processus d'adaptation sont intimement liés. Plusieurs causes sont exposées dans un rapport produit par le Gouvernement du Québec (2009) pour expliquer les difficultés vécues dans les milieux de vie substitués qui incluent les ressources intermédiaires dont la difficulté d'offrir des soins personnalisés ainsi que le manque de stabilité du personnel. Nous avons, dès lors, choisi de nous attarder à la première cause. Les préposés aux bénéficiaires en RI ou en CHSLD possèdent les compétences requises pour travailler auprès de la clientèle ayant des pertes d'autonomie et pourraient donc agir favorablement sur plusieurs des facteurs considérés comme modifiables.

En somme, il importe de répondre à deux questions puisqu'elles sont au cœur du projet. L'une porte sur l'utilisation rattachée au domaine de la psychoéducation et l'autre sur la manière dont la *Fiche d'admission Journée type* peut avoir un impact direct sur le bien-être de la personne.

### ***Comment la psychoéducation utilise-t-elle ce type de Fiche?***

Le psychoéducateur utilise d'abord ce type de produit, pour favoriser l'adaptation de la personne à son nouveau milieu de vie. En effet, il tire des informations importantes de la fiche d'admission pour mettre en place une multitude d'interventions, dont les plus importantes, et celle au cœur de l'intervention psychoéducative, sont de développer des stratégies d'adaptation pour la personne celle-ci n'ayant plus les capacités cognitives de le faire. Le psychoéducateur y arrivera au moyen de l'utilisation de la diversion et de la validation en lien avec les informations contenues dans la présente fiche d'admission ainsi que dans celle de l'*Histoire de vie*. Comme mentionné par le MSSS (2011) plusieurs éléments sont à évaluer, dans une mesure préventive, lors de l'admission d'une personne âgée. Le psychoéducateur mettra alors à contribution son savoir-faire et son savoir-être pour appliquer l'une des premières compétences qu'il est amené à développer, lors de sa formation universitaire : l'*évaluation*. En effet, à la lecture de la fiche d'admission, le psychoéducateur se fait une image objective de la personne à accueillir. Par la suite, dès l'arrivée de la personne, le psychoéducateur observe et interagit attentivement avec la personne et son proche-aidant à la recherche de la moindre information manquante à la fiche et la bonifiera le cas échéant. De fait, le psychoéducateur cherchera alors à savoir si l'orientation aux trois sphères, (spatiale, temporelle et aux personnes) est bonne, vérifier les capacités attentionnelles et de compréhension de la personne, mais aussi vérifier le niveau d'autonomie ainsi que les capacités résiduelles de la personne. Puis, si une problématique devait survenir, le psychoéducateur déterminerait des interventions personnalisées en utilisant les capacités adaptatives résiduelles de la personne hébergée.

Le psychoéducateur utilisera finalement son expertise et fera usage de la compétence de rôle-conseil pour sensibiliser tout individu travaillant auprès d'une personne présentant des pertes d'autonomie à développer ou conserver une approche personnalisée et adaptée, collaborer avec proches-aidants et favoriser une collaboration inter et multidisciplinaire. Ensuite, le psychoéducateur sera en mesure, par l'*utilisation*, l'une des composantes du modèle de Gendreau (2001) ainsi que par le vécu partagé, d'adapter son approche auprès de la personne. Les approches préconisées dans ce contexte-ci sont l'approche humaniste de Rogers (1951) ainsi que l'*Approche adaptée à la personne âgée* (MSSS, 2011).

### ***Comment la Fiche d'admission peut-elle être aidante pour la clientèle?***

Deux types de clientèle peuvent être aidés par cette fiche d'admission. D'abord, le proche-aidant qui pourrait être rassuré, car le produit promet une continuité des services, malgré le changement de milieu de vie; une continuité dans les soins prodigués. Les interventions personnalisées permettent, quant à elles, à l'aidant de mieux vivre la transition de milieux de vie et de faire diminuer l'anxiété qui fait souvent partie de cette transition. La *Fiche d'admission* vise également à répondre aux besoins de la personne en perte d'autonomie. En ce sens, il est possible que cette dernière vive un choc moins grand, par rapport à un son changement de milieu de vie, en lien, entre autres, avec un soin qui est cessé ou prodigué de façon non adéquate. La *Fiche d'admission* ainsi élaborée contient bon nombre d'informations permettant à l'équipe soignante de personnaliser les soins offerts. Alors, l'approche personnalisée que les soignants adoptent avec la personne a pour effet de la calmer, favoriser son adaptation et contribuer à son bien-être global. Nous sommes donc portés à croire qu'une personnalisation des soins aura des bénéfices autant sur les plans psychologiques que physiques des aînés.

C'est donc l'histoire de la personne, ses goûts, ses préférences et ses habitudes de vie antérieure qui permettront que les soins soient personnalisés à un autre niveau. Il est donc dans l'intérêt de la personne en perte d'autonomie, d'utiliser une approche centrée sur la personne et que l'intervenant remplisse la fiche en présence du client et du proche-aidant lorsque cela est possible. Bien sûr, la portée de ce projet passe par l'application des recommandations formulées par l'étudiante quant à la formation que doivent recevoir les intervenants, l'utilisation de la *Fiche d'admission* et son adoption au niveau régional. L'adoption de ce projet par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, incluant l'application intégrale de ses modalités d'utilisation, apportera certainement une plus-value à la clientèle en perte d'autonomie de notre région.

## LISTE DE RÉFÉRENCES

- Bazelais, M. (2019). *Perceptions et attentes de personnes âgées impliquées dans un processus de relocalisation à partir d'un hôpital*. [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal : Montréal.
- Boer, B. de, Hamers, J. P. H., Beerens, H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., & Verbeek, H. (2015). Living at the farm, innovative nursing home care for people with dementia- study protocol of an observational longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 15(144), 1–9.
- Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G. et Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 862-874.
- Castel, R., Dardot, P., François, B., Laval, C. *et al.* (2013). *Petit Robert*. Le Robert : Frsnce.
- Centre de Santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska (2013). *Rapport du comité de travail « Jeunes adultes en perte d'autonomie non liée au vieillissement »*. [Document PDF]. Repéré à : <http://www.gaphrsm.ca/documents/Documentation/Rapport-final-Comite-jeunes-adultes-V2013-05-15.pdf>
- Commission de la santé et de services sociaux (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Observations, conclusions et recommandations*. [Document PDF]. Repéré à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2827423>
- Conseil du statut de la femme (2018). *Portrait des Québécoises. Édition 2018*. [Document PDF]. Repéré à : [https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/Por\\_portrait\\_quebecoises.pdf](https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/Por_portrait_quebecoises.pdf)
- Costlow, K. et Parmelee, P., A. (2020). The impact of relocation stress on cognitively impaired and cognitively unimpaired long-term care residents. *Aging Ment Health*. 24(10): 1589–1595. doi:10.1080/13607863.2019.1660855
- Côté, D. et Hughes, D. (2015). *Guide des activités : PSE 7006 Rapport de stage PSE 7018 Mémoire PSE 7028 Mémoire*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue : Rouyn-Noranda.
- Crocq, M. et Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Caron C., Pinsonnault E., Girouard, D. (2009). L'évaluation des besoins de soutien des proches aidants : Un outil novateur appelé Entente sur le soutien aux proches aidants. Volume 11, numéro 01, Printemps-Été, 2009, 4 p.
- Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G. D., Miller, S. et Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, 8(Suppl. 3), 497-500.
- Formarier, M. et Jovie, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières [2<sup>e</sup> éd]*. Paris : Associations de Recherche en Soins infirmiers.

- Fournier, A., Godrie, B. et McAll C., (2014) *Vivre et survivre à domicile, Le « bien-être » en cinq dimensions*. [Document PDF]. Repéré à : [https://creneauapaapa.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/07/2014-01\\_vivre\\_et\\_survivre\\_a\\_domicile\\_modifie12-02-2014.pdf](https://creneauapaapa.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/07/2014-01_vivre_et_survivre_a_domicile_modifie12-02-2014.pdf)
- Frydenberg, E. (1999). Understanding coping: Towards a comprehensive theoretical framework. In E. Frydenberg (Ed.), *Learning to cope: Developing as a person in complex societies* (pp. 9–30). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198503187.003.0001>
- Gendreau, G. et al. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Longueuil, QC : Éditions Sciences et Culture.
- Gélinas, M.-C. (2013). *Soins et services à domicile de longue durée. Volet 1 : recension des écrits*. [Document PDF]. Repéré à :  
<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3560/Recension%20ecrits%20SAD%202014%2001%2007.pdf>
- Gouvernement du Canada, division de la statistique sociale et autochtone (2013). *L'incapacité au Canada: premiers résultats de l'enquête canadienne sur l'incapacité*, [Document PDF]. Repéré à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.htm> ).
- Gouvernement du Québec, secrétariat du Conseil du Trésor (2003). *Modernisation de la gestion publique. Guide sur les indicateurs*. [Document PDF]. Repéré à :  
[https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/guide\\_indicateur.pdf](https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/guide_indicateur.pdf)
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1993). *Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)*. Sherbrooke: Hôpital d'Youville.
- Hertz, J. E., Koren, M. E., Rossetti, J. et Tibbits, K. (2016). Management of Relocation in Cognitively Intact Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(11), 14-23.
- Houssemaine-Florent, H. et Maire, P. (2007). *Petit Larousse illustré*. Larousse :France.
- Institut nationale d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport rédigé par Isabelle David. Québec, Québec, 110 p.
- Institut nationale de santé publique du Québec (2021). *La santé cognitive des personnes âgées : pourquoi et comment la préserver?* [Document PDF]. Repéré à  
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2786-sante-cognitive-personnes-aines.pdf>
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2014). *Aider un proche au quotidien. Trucs et astuces pour les aidants* [Document PDF] Repéré à l'adresse :[https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/F-5220\\_prochesaidants.pdf](https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/F-5220_prochesaidants.pdf)
- Jenkins, C. (2013). Reflections on a visit to a dementia care village. *Nursing Older People*, 25(6), 14–19. <https://doi.org/10.1525/as.1997.37.6.01p0253u>

- Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R. et Imhof, L. (2017). Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 1-11.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lapierre, A. (2020). Le psychoéducateur en Centre d’hébergement et de soins de longue durée (p. 439-460). Dans Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A, et Lafantaisie, V. *L’ABC de la psychoéducation*. Presses de l’Université du Québec : Québec.
- Lavoie, J-P., Guay, D. (2010). Vieillir en santé? Des inégalités persistantes (p.115-134). Dans Charpentier, M., Guberman, N, Billette V, Lavoie J-P, Grenier A, Olazabal I. (dir.) (2010) *Vieillir au pluriel : perspectives sociales*, Québec : Presses de l’Université du Québec : Québec.
- Légis Québec, (2017). Loi sur les services de santé et les services sociaux. (S-4.2), (s.l) : Éditeur officiel du Québec. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Légis Québec. (2004). Loi assurant l’exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. (E-20.1), (s.l) : Éditeur officiel du Québec. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/E-20.1>
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS), (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemble : politique d’hébergement et de soins et services de longue durée*. [Document PDF]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), (2014a). *Outils d’observation ou d’évaluations recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. [Document PDF]. Repéré à [http://catalogue.iugm.qc.ca/GED\\_IUG/106133592431/31556.pdf](http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/106133592431/31556.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), (2014b). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. [Document PDF]. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001081/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. État cognitif et comportemental. Agitation dans les démences*. [Document PDF]. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultats d’une réflexion commune*. [Document PDF]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2009). *Relever le défi de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l’humanisme et l’excellence*. [Document PDF]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000869/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), (2003a). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. [Document PDF]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Service sociaux du Québec (MSSS), (2003b). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. [Document PDF]. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Office des personnes handicapée du Québec (OPHQ), (2014). *Mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. [Document PDF]. Repéré à : [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Memoires\\_et\\_avis/1256\\_MandatConditionsVieCHSLD.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Memoires_et_avis/1256_MandatConditionsVieCHSLD.pdf)
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2010). *Profil des compétences générales des psychoéducateurs*. Montréal : Québec.
- Organisation mondiale de la santé, (2006). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [Document PDF]. Repéré à [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)
- Potvin, P. (2015). Comprendre l'apprentissage pour mieux éduquer. Une approche psychoéducative. Collection psychoéducation : fondements et pratiques. Béliveau éditeur.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. et Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Pronovost, J., Caouette, M. et Bluteau, J. (2013). *L'observation psychoéducative : concepts et méthode*. Longueuil, Québec : Béliveau éditeur.
- Protecteur du citoyen (2020). *Rapport d'étape du protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées*. [Document PDF]. Repéré à : [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf)
- Prud'homme, J. (2018). *Vers une meilleure prévention et gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en ressource intermédiaire : développement d'un référentiel de compétences pour les préposés*. Essai de maîtrise. Université de Sherbrooke: Longueuil.
- Puskas, D., Caouette, M., Dessureault, D. et Mailloux, C. (2012). *L'accompagnement psychoéducatif : vécu partagé et partage du vécu*. Longueuil, QC : Béliveau éditeur.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal, Québec : Sciences et Culture.
- Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs : une analyse, une conception, une histoire*. Longueuil, QC : Béliveau éditeur.
- Rinfret, M. (2021). *Rapport spécial du protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir*.

[Document PDF]. Repéré à : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>

- Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliott, K.-E., Andrews, S., Stirling, C., Toye, C. (2014). *Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia*. *Journal of Palliative Care*, 30(3), 158-165.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Spillman, B.C. (2004). *Changes in Elderly Disability Rates and the Implications for Health Care utilization and Cost*, *The Milbank Quarterly*, 82(1) : 157-194.
- Tremblay, M. (1992). *L'adaptation humaine*. (2e éd). Montréal : Québec. Éditions Saint-Martin.
- Voyer, P. et Allaire, É. (2020). *Comment transformer un CHSLD en centre Alzheimer? Guide de transformation*. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.). Montréal, Canada : Pearson/ERPI.

**ANNEXE A – CALENDRIER DE RÉALISATIONS**

### Calendrier des réalisations effectuées en lien avec le projet de stage.

Date	Réalizations	
Septembre 2021	Amorce du projet de stage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choix du professeur-superviseur</li> <li>• Rencontre avec le professeur-superviseur</li> <li>• Planification de la présence de l'étudiante stagiaire en psychoéducation dans le milieu de stage (Service de soutien à domicile-SAD, d'Amos)</li> <li>• Discussions concernant le projet de stage et ses objectifs</li> <li>• Complétion du plan d'encadrement et entente entre la professeure-superviseure et l'étudiante stagiaire</li> <li>• Rédaction de travaux explorant diverses thématiques possibles du projet de stage</li> </ul>
	Analyse des besoins du milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation, lectures des documents présents dans le milieu, discussions cliniques avec des membres du personnel ainsi que la répondante-milieu. Analyse des outils cliniques et des services offerts.</li> </ul>
	Rôle de l'étudiante stagiaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explication de rôle de l'étudiante stagiaire en psychoéducation auprès des membres de l'équipe</li> </ul>

Date	Réalizations	
Novembre 2021	Analyse des besoins du milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Périodes d'observation à la Résidence intermédiaire (RI) <i>Les Sources</i></li> <li>• Recensement des informations cliniques offertes au SAD d'Amos</li> <li>• Discussions cliniques avec la répondante-milieu psychoéducatrice, l'équipe de travail du SAD d'Amos ainsi que l'équipe de travail à la RI <i>Les Sources</i></li> </ul>
	Recherche documentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche documentaire et lecture sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche documentaire et lectures sur les interventions non-pharmacologiques utilisées auprès des personnes présentant un TNCM</li> </ul>
	Planification du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussion avec le professeur-superviseur</li> <li>Rédaction de l'échéancier du projet</li> <li>Détermination du projet, de ses objectifs et des modalités d'intervention</li> </ul>

Date	Réalizations	
Novembre 2021	Planification du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche documentaire et lecture sur les bonnes pratiques en matière d'admissions, relocalisation, l'autonomie fonctionnelle ainsi que l'<i>Approche adaptée à la personne âgée</i></li> <li>Rédaction du projet de stage</li> <li>PSE 7105 Séminaire de stage en psychoéducation : Remise de l'ébauche du projet de stage</li> </ul>
	Analyse des besoins du milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation à un comité se penchant sur les admissions et relocalisation temporaires ou permanentes, en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'en RI : première table de travail.</li> </ul>
	Création de l'outil <i>Journée type</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création de la version 1 de l'outil</li> <li>Mise à l'essai de l'outil lors d'une relocalisation en CHSLD <ul style="list-style-type: none"> <li>Cueillette des premières impressions auprès de l'équipe soignante</li> <li>Modification de la version 1 à la suite de ces rétroactions</li> </ul> </li> <li>Modification de la forme de l'outil</li> </ul>

Date	Réalizations	
Décembre 2021	Création de l'outil <i>Journée type</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recension de cinq outils de cueillette d'informations sur la personne</li> </ul>

	Analyse des besoins du milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à une deuxième table de travail : présentation de la version 1 modifiée : Cueillette des rétroactions en lien avec le contenu</li> <li>• Création de la version 2 à la suite de ces rétroactions</li> </ul>
--	-------------------------------	--

Date	Réalizations	
Janvier- février 2022	Création de l'outil <i>Journée type</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à l'essai de l'outil lors d'une deuxième relocalisation en CHSLD <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cueillette des impressions auprès de l'équipe soignante</li> </ul> </li> <li>• Participation à une troisième table de travail : présentation de la version 2 : Cueillette des rétroactions en lien avec le contenu et la forme</li> <li>• Création de la version 3 à la suite de ces rétroactions</li> </ul>
	Recherche documentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche de nouvelles informations utiles à joindre à un tel outil</li> <li>• Recherche sur l'existence d'outils du même genre au Québec et au Canada</li> </ul>
	Création de l'outil <i>Journée type</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création de la version 4 à la suite de ces recherches documentaires</li> </ul>

Date	Réalizations	
Mars 2022	Création de l'outil <i>Journée type</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à une quatrième table de travail : présentation de la version 4 : Cueillette des rétroactions en lien avec le contenu et la forme</li> <li>• Modification du contenu et de la forme de l'outil suite à ces rétroactions : élaboration de la version 4.3</li> </ul>

Date	Réalizations	
Avril 2022	Présentation à l'équipe de SAD (experts)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de la version 4.3 de l'outil <i>Journée type</i> à l'équipe psychosociale du SAD d'Amos</li> <li>• Remise d'une fiche d'appréciation de l'outil</li> </ul>

	Présentation à mes collègues de maîtrise (groupe témoin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de la version 4.3 de l'outil <i>Journée type</i> à la cohorte 2020-2022 de la maîtrise en psychoéducation de l'UQAT</li> <li>• Remise d'une fiche d'appréciation de l'outil</li> </ul>
	Évaluation de la <i>Fiche d'admission</i> auprès du groupe experts-SAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilation des données des fiches d'appréciation du groupe expert et du groupe témoin</li> </ul>

Date	Réalizations	
Juin-juillet-août 2022	Évaluation de la <i>Fiche d'admission</i> auprès du groupe de collaborateurs en psychoéducation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilation des données des fiches d'appréciation du groupe expert et du groupe témoin;</li> <li>• Compilation des données des deux groupes et interprétation des résultats aux moyens de données statistiques.</li> </ul>
	Analyse des données obtenues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction et compte-rendu du projet de stage</li> </ul>

**ANNEXE B – RECENSION ET ANALYSE DES OUTILS DE CUEILLETTE  
D'INFORMATIONS LORS D'ADMISSION, EXISTANTS**

Recension et analyse des outils existants, préalablement à l'élaboration de la *Fiche d'admission Journée type* en table de travail.

Document	Source	Format	Contenu	Indicateur
1	Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (2017). <i>Résumé d'histoire de vie</i> . [Document PDF]. Repéré à <a href="http://bibliotheques.cissslaval.ca/GED/CL/108351392653/68-000-547-Resume_histoire_de_vie_CISSSL.pdf">http://bibliotheques.cissslaval.ca/GED/CL/108351392653/68-000-547-Resume_histoire_de_vie_CISSSL.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation portrait;</li> <li>- Format papier uniquement;</li> <li>- Nombre de pages : 2</li> <li>- Type d'impression : au choix (recto ou recto-verso);</li> <li>- Couleur : noir et blanc.</li> <li>- Aéré, malgré le nombre d'informations qu'on y retrouve.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Données démographiques;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment la personne aimerait être nommée;</li> <li>- Lieu de naissance, état civil, nom du conjoint(e), lieu de résidence significatif;</li> <li>- Sait lire et écrire;</li> <li>- Religion et pratiquant(e);</li> <li>- Langue parlée et langue maternelle.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familles et personnes significatives;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noms et rangs des enfants, proximité des liens.</li> <li>- Nom et lien de la personne significative.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profil personnel;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail/profession;</li> <li>- Intérêts, activités préférées, passe-temps;</li> <li>- Accomplissements personnels, professionnels, fierté;</li> <li>- Descriptif d'une journée-type (AM, PM, soirée, musique préférée et animal significatif);</li> <li>- Autres informations pertinentes.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnalité (aucun diagnostic médical);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant les déficits connus;</li> <li>- Depuis les déficits connus;</li> <li>- Type de comportements connus tout au long de sa vie;</li> <li>- Moyens de détente ou de compensation;</li> <li>- Évènements marquants dans la vie de la personne.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène (bain, douche, autre, fréquence);</li> <li>- Moment de l'hygiène (AM, PM, soir);</li> <li>- Barbe (rasoir électrique, à lame, moment et fréquence);</li> <li>- Fréquence hygiène buccale;</li> <li>- Préférence recevoir les soins (homme, femme, indifféremment);</li> <li>- Particularités.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes d'habillement;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frileux (oui, non, précisez);</li> <li>- Bijoux;</li> <li>- Parfum;</li> <li>- Maquillage;</li> <li>- Coiffeur (fréquence).</li> </ul>

			- Habitudes de sommeil;	- Heure du lever; - Heure du coucher; - Particularités.
			- Habitudes alimentaires;	- Aliments préférés; - Mets non-appréciés; - Endroit préférée pour le repas (chambre, salle à manger, étage, établissement).
			- Habitudes de consommations;	- Alcool (fréquence); - Tabac (cig/jour, depuis); - Autres (fréquence).
			- Particularités;	- Vision; - Audition; - Main dominante (droitier ou gaucher).

Document	Source	Format	Contenu	Indicateur
2	Bruneau, M.-A., Ménard, C., Équipe IUGM-SCPD- Symptômes comportementaux et	- Orientation portrait; - Format papier uniquement; - Nombre de pages : 3	- Quelles étaient les habitudes de votre proche pour effectuer ses soins d'hygiène?	- Baignoire; - Douche; - Hygiène au lavabo; - Aucune préférence

<p>psychologique de la démence (2013). <i>Complément du formulaire histoire de vie</i>. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Dans ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), (2014a). <i>Outils d'observation ou d'évaluations recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</i>. [Document PDF]. Repéré à <a href="http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/106133592431/31556.pdf">http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/106133592431/31556.pdf</a></p>	<p>- Type d'impression : au choix (recto ou recto-verso);</p> <p>- Couleur : noir et blanc en majorité. Légère accentuation de couleur pour le titre principal;</p> <p>- Cases à cocher, peu de contenu à écrire.</p>		<p>- Ne sait pas;</p> <p>- Autre, précisez.</p>
		<p>- À quelle fréquence faisait-il ses soins d'hygiène?</p>	<p>- Moins d'une fois par semaine;</p> <p>- 1 ou 2 fois semaine;</p> <p>- 3 ou 4 fois semaine;</p> <p>- 1 fois par jour;</p> <p>- Plusieurs fois par jour;</p> <p>- Ne sait pas.</p>
		<p>- À quel(s) moment (s) de la journée faisait-il ses soins d'hygiène?</p>	<p>- Au réveil;</p> <p>- En matinée;</p> <p>- En après-midi;</p> <p>- Avant le souper;</p> <p>- Tout juste avant le coucher;</p> <p>- Aucune préférence;</p> <p>- Ne sait pas.</p>
	<p>- Sa température préférée de l'eau était :</p>	<p>- Froide;</p> <p>- Tiède;</p> <p>- Chaude;</p> <p>- Très chaude;</p> <p>- Ne sait pas.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- De quelle manière se lavait-il les cheveux?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez le coiffeur;</li> <li>- Dans le bain;</li> <li>- Dans l'évier de la cuisine;</li> <li>- Dans la douche;</li> <li>- Ne sait pas.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels types de produits aimait-il utiliser?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Savon parfumé;</li> <li>- Huile de bain;</li> <li>- Mousse de bain;</li> <li>- Crème hydratante après;</li> <li>- Parfum après;</li> <li>- Ne sait pas;</li> <li>- Autre, précisez.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'il appréciait une odeur en particulier pour ses produits?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, laquelle?</li> <li>- Non;</li> <li>- Ne sait pas.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel type de savon utilisait-il?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Savon en barre;</li> <li>- Savon liquide;</li> <li>- Savon non parfumé;</li> <li>- Aucune préférence;</li> <li>- Ne sait pas;</li> <li>- Autre, précisez.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'il utilisait une marque spécifique pour ses produits d'hygiène?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, laquelle;</li> <li>- Non;</li> <li>- Ne sait pas.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'il se lavait avec une débarbouillette, une éponge, un gant de toilette ou avec une barre de savon?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Débarbouillette (oui, non);</li> <li>- Éponge (oui, non);</li> <li>- Gant de toilette (oui, non);</li> <li>- Barre de savon (oui, non);</li> <li>- Ne sait pas.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans quelle ambiance aimait-il effectuer ses soins d'hygiène?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec de la musique;</li> <li>- Avec les lumières tamisées;</li> <li>- Avec des chandelles;</li> <li>- En lisant;</li> <li>- Avec un verre de vin ou une bière;</li> <li>- Ne sait pas;</li> <li>- Autre, précisez.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si votre proche est une femme, est-ce qu'elle se maquillait?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui;</li> <li>- Non;</li> <li>- Ne s'applique pas.</li> </ul>

			<p>- Si votre proche est un homme, est-ce qu'il se rasait la barbe?</p>	<p>- Oui (avec un rasoir électrique, avec un rasoir à manuel); - Non; - Ne s'applique pas.</p>
			<p>- Est-ce qu'il faisait des soins d'hygiène pour d'autres raisons que pour l'hygiène personnelle?</p>	<p>- Contrôle de la douleur; - Relaxation; - Aide au sommeil; - Se préparer pour une sortie; - Se réveiller; - Ne sait pas.</p>
			<p>- Est-ce que les soins d'hygiène étaient un moment agréable pour lui?</p>	<p>- Oui; - Non, pourquoi? - Ne sait pas.</p>
			<p>- Est-ce que votre proche est pudique?</p>	<p>- Oui; - Non; - Ne sait pas.</p>
			<p>- A-t-il déjà vécu un traumatisme par à l'eau (ex. : noyade)?</p>	<p>- Oui, détaillez; - Non; - Ne sait pas.</p>

			- Y a-t-il des parties du corps plus difficiles à toucher? Plus douloureuses?	- Oui, laquelle ou lesquelles et pourquoi; - Non; - Ne sait pas.
			- Avez-vous des suggestions pour faciliter les soins d'hygiène qui seront offerts à votre proche?	- Zone d'écriture pour les suggestions, sans directives particulières.

Document	Source	Format	Contenu	Indicateur
3	Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2007). <i>Formulaire d'histoire de vie.</i> [Document PDF]. Repéré à <a href="https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/dsi-F-002-20110614.pdf">https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/dsi-F-002-20110614.pdf</a>	- Orientation portrait; - Format papier uniquement; - Nombre de pages : 4 - Type d'impression : au choix (recto ou recto-verso); - Couleur : noir et blanc. contour des tableaux en couleur (bleu).	- Données démographiques;	- Comment la personne aimerait être nommée; - Lieu de naissance, état civil, nom du conjoint(e), lieu de résidence significatif; - Lieux de résidence significatifs depuis ses 18 ans jusqu'à aujourd'hui (surtout entre 15 ans et 40 ans); - Conjoint(e) (nom, âge et travail); - Sait lire et écrire; - Religion et pratiquant(e); - Langue parlée et langue maternelle; - Scolarité et écoles fréquentées;

				- Intérêt politique.
			- Familles et personnes significatives;	- Noms et rangs des enfants (vivant ou non), proximité des liens. - Personne mandataire ou représentant légal (nom); - Personnes significatives autres que ses enfants (nom, lien et disponibilité).
			- Travail antérieur.	- Entre l'âge de 15 et 35 ans; - Entre l'âge de 35 et 55 ans; - Entre l'âge de 55 ans et maintenant.
			- Personnalité.	- Avant les déficits connus; - Après les déficits connus; - Moyens de détente ou de compensation; - Évènements marquants dans la vie de la personne.
			-Activité de la vie quotidienne.	- Hygiène (bain, douche, lavabo seulement, autre, fréquence); - Moment de l'hygiène (AM, PM, soir, peu avant le coucher); - Barbe (rasoir électrique, à lame, moment et fréquence); - Se parfumait; - S'épilait le menton (oui, non, quand, fréquence);

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins des cheveux ( x/semaine, comment);</li> <li>- Coiffeuse (oui, non).</li> </ul>
			- Habillement;	- Vêtements préférés et habitudes particulières;
			- Sommeil;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heure du lever;</li> <li>- Heure du coucher;</li> <li>- Qualité du sommeil.</li> </ul>
			- Alimentation;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prenait trois repas par jour (oui, non)</li> <li>- Collation (oui, non quand);</li> <li>- Mets préférés;</li> <li>- Mets non-appréciés;</li> <li>- Habitudes (desserts, etc);</li> <li>- Heures (déjeuner, dîner, souper).</li> </ul>
			- Activités favorites;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qu'elle aimait le plus faire;</li> <li>- Période ou moment où l'activité était pratiquée;</li> <li>- Capable de la pratique encore?</li> <li>- Activités à éviter ou ce qu'elle aimait le moins faire;</li> <li>-Musique préférée;</li> </ul>

Document	Source	Format	Contenu	Indicateur
4	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, (2016). <i>Une histoire de vie-Alzheimer. SCPD.</i> [Document PDF]. Repéré à <a href="https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Alzheimer/Guide_histoire_vie_Juil2017.pdf">https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Alzheimer/Guide_histoire_vie_Juil2017.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation portrait;</li> <li>- Format papier uniquement;</li> <li>- Nombre de pages : 4</li> <li>- Type d'impression : au choix (recto ou recto-verso);</li> <li>- Couleur : Couleurs pastel pour les tableaux, les titres et les images.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Son enfance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans quel milieu de vie est né votre proche (sur une ferme, à la ville, à la campagne, pays étranger, etc.)</li> <li>- Y a-t-il des particularités dans la famille (conflits, valeurs, famille nombreuse, etc.)?</li> <li>- Quelle relation avait votre proche avec ses parents, ses frères et ses sœurs?</li> <li>- Y a-t-il des particularités par rapport à son éducation (ex. : a-t-il quitté l'école avant la fin de ses études pour aller travailler, etc.)?</li> <li>- Est-ce qu'il a vécu des événements majeurs, heureux ou malheureux, dans sa jeunesse (activités significatives, maladies, conflits, deuils, déménagements, etc.)?</li> <li>- Y a-t-il d'autres informations importantes concernant son enfance?</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- À l'âge adulte;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle relation avait-il avec son conjoint? Ses enfants? Les gens en général?</li> <li>- Quel était son emploi? Quelle importance y accordait-il?</li> <li>- Était-il engagé socialement (bénévolat, politique, etc.)? Avait-il des intérêts, des</li> </ul>

				<p>passions particulières (voyages, animaux, etc.)?</p> <p>- Qu'est-ce qui le rendait le plus fier dans sa vie (ses enfants, une réalisation, etc.)?</p> <p>- Avait-il des activités récréatives (lecture, cuisine, chasse, pêche, etc.)?</p> <p>- Est-ce qu'il a vécu des événements majeurs, heureux ou malheureux, dans sa vie adulte (réalisations, retraite, séparation, déménagement, décès, etc.)?</p> <p>- Décrivez votre proche en quelques mots (est-il solitaire, sociable, intellectuel, généreux, travaillant, leader, etc.)?</p> <p>- Avait-il des habitudes particulières ou des rituels?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le sommeil :</li> <li>• Pour son hygiène :</li> <li>• Pour son alimentation :</li> </ul> <p>- Y a-t-il d'autres informations importantes concernant sa vie adulte?</p>
			<p>- Depuis sa maladie;</p>	<p>- Comment votre proche vit-il ses pertes depuis la maladie?</p> <p>- Quelles sont les personnes les plus significatives pour lui? Quelle est leur implication auprès de lui?</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qui le rend heureux (sujet de conversation, activités, sorties, visites, musique, participation à des repas, etc.)?</li> <li>- Y a-t-il des sujets à ne pas aborder ou des activités à ne pas faire avec lui? Si oui, merci de les identifier.</li> <li>- Y a-t-il des routines à privilégier avec lui? Si oui, quelles sont-elles?</li> <li>- Avez-vous des suggestions qui nous aideraient à rendre votre proche le plus confortable possible?</li> </ul>
--	--	--	--	--

Document	Source	Format	Contenu	Indicateur
5	Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. (1983), <i>Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle- Tableau de soins</i> . [Document PDF]. Repéré à <a href="http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a">http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation portrait;</li> <li>- Format papier uniquement;</li> <li>- Nombre de pages : 2</li> <li>- Type d'impression au choix (recto ou recto-verso);</li> <li>- Couleur : nuances de gris, noir et blanc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Données d'identification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom et prénom;</li> <li>- Chambre;</li> <li>- Date.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Activités de la vie quotidienne;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lever (inscrire les éléments d'intervention relatifs au lever);</li> <li>- Tourner (Inscrire les particularités lors des tournées);</li> <li>- Coucher (jaquette d'hôpital ou personnelle, enlever prothèse dentaire);</li> <li>- Autres (Inscrire les éléments d'intervention relatifs au coucher).</li> </ul>

	<a href="#">9ef0/f5bc5322d71f8d9d85256ed70061d1d9/\$FILE/AS-755%20(03-05)L.pdf</a>		<p>1. Se nourrir;</p>	<p>a) <u>S'alimenter</u>  Se nourrit seul;  Se nourrit seul avec difficulté;  Se nourrit seul, mais requiert stimulation ou surveillance;  Participe activement, mais requiert aide partielle pour une partie de l'activité;  Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde nasogastrique ou une gastrostomie.</p> <p>b) <u>Ouvrir les contenants</u>  Peut ouvrir seul tous ses contenants;  Peut ouvrir seul tous ses contenants, mais avec difficulté;  Peut ouvrir seul tous ses contenants, mais requiert stimulation ou surveillance;  Requiert une aide pour ouvrir certains contenants;  Devons ouvrir tous ses contenants.</p> <p>c) <u>Couper</u>  Peut couper seul tous ses aliments;  Peut couper seul tous ses aliments; mais avec difficulté;  Peut couper seul tous ses aliments, mais requiert stimulation ou surveillance;</p>
--	--	--	-----------------------	--

				<p>Requiert une aide pour couper ses aliments;</p> <p>Devons couper tous ses aliments ou les mettre en purée.</p> <p>d) <u>Beurrer</u>  Peut beurrer seul tous ses aliments;</p> <p>Peut beurrer seul tous ses aliments; mais avec difficulté;</p> <p>Peut beurrer seul tous ses aliments, mais requiert stimulation ou surveillance;</p> <p>Devons beurrer ses aliments.</p> <p><u>Plat par plat</u>  Cocher si on doit présenter les plats un à un.</p>
			2. Se laver;	<p><u>Pour chacune des parties du corps :</u></p> <p>Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche);</p> <p>Se lave seul, mais avec difficulté;</p> <p>Se lave seul, mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire ou qu'on lui prépare le nécessaire;</p> <p>A besoin d'aide pour se laver, mais participe activement;</p> <p>Nécessite d'être lavé par une autre personne).</p>

			<p>3. S’habiller (toutes saisons);</p>	<p><u>En général</u>  S’habille seul;  S’habille seul, mais avec difficulté;  S’habille seul, mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire ou on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements;  Nécessite de l’aide pour s’habiller, mais participe activement;  Doit être habillé par une autre personne.</p> <p>SE DÉSHABILLER (toutes saisons)</p> <p><u>En général</u>  Se déshabille seul;  Se déshabille seul, mais avec difficulté;  Se déshabille seul, mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire OU que l’on range son linge;  Nécessite de l’aide pour se déshabiller, mais participe activement;  Doit être déshabillé par une autre personne.</p> <p>a) L’endroit où est remis le linge souillé  b) S’il y a lieu, la soirée du changement des vêtements</p>
--	--	--	--	---

				c) La personne qui voit à l'entretien des vêtements
			4. Entretien;	<p>a) Se raser avec son rasoir électrique</p> <p>b) Se brosser les dents, entretenir ses prothèses dentaires</p> <p>c) Se peigner</p> <p>d) Se maquiller</p> <p>e) Mettre et enlever ses prothèses dentaires</p> <p>f) S'il y a lieu, utiliser le rince-bouche</p> <p><u>Pour chacune de ces activités</u></p> <p>Entretient sa personne seul;</p> <p>Entretient sa personne seul mais avec difficulté;</p> <p>A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance OU qu'on lui prépare le nécessaire;</p> <p>A besoin d'aide pour entretenir sa personne;</p> <p>Ne participe pas à l'entretien de sa personne.</p> <p>Cocher si la personne possède</p> <p>✓ Des dents naturelles</p> <p>✓ Une prothèse supérieure</p>

				✓ Une prothèse inférieure
			5. Continence vésicale;	<p>Miction normale;</p> <p>Incontinence urinaire occasionnelle OU en goutte à goutte OU sonde à demeure dont il peut s'occuper seul OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinenes;</p> <p>Incontinence urinaire fréquente;</p> <p>Incontinence urinaire totale ou habituelle OU porte une culotte d'incontinence OU nécessite une aide quotidienne pour sa sonde à demeure.</p>
			6. Continence fécale;	<p>Défécation normale;</p> <p>Incontinence fécale occasionnelle OU stomie dont il peut s'occuper seul OU nécessite un lavement évacuant périodique;</p> <p>Incontinence fécale fréquente OU lavement évacuant régulier;</p> <p>Incontinence fécale totale OU nécessite de l'aide quotidienne pour sa stomie.</p>
			7. Utilisation;	<p>De la toilette; De l'urinal; De la bassine; De la chaise d'aisance.</p> <p>- Selon l'usage;</p> <p>- Selon le moment de la journée.</p>

		<b>Mobilité</b>	
		1. Transferts (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)	<p>Se lève, s'assoit et se couche seul;</p> <p>Se lève, s'assoit et se couche seul, mais avec difficulté;</p> <p>Se lève, s'assoit et se couche seul, mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements;</p> <p>A besoin de l'aide d'une personne pour se lever, s'asseoir et se coucher;</p> <p>Grabataire (doit être levé et couché en bloc).</p>
		2. Marcher;	<p>Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse ou marchette);</p> <p>Circule seul, mais avec difficulté</p> <p>Circule seul, mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire;</p> <p>A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher;</p> <p>Ne marche pas.</p>
		3. Installer prothèse ou orthèse;	<p>Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse;</p> <p>Installe seul sa prothèse ou son orthèse;</p> <p>Avec difficulté;</p>

				<p>A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle;</p> <p>La prothèse ou l'orthèse doit être installé par une autre personne.</p>
			4. Déplacement en fauteuil roulant;	<p>N'a pas besoin de FR pour se déplacer;</p> <p>Se déplace seul en FR;</p> <p>Se déplace seul en FR, mais avec difficulté;</p> <p>Nécessite qu'une personne pousse le FR;</p> <p>Ne peut utiliser un FR (doit être transporté en civière).</p>
			5. Utilisation de l'escalier et utilisation de l'ascenseur;	<p>L'utilise seul;</p> <p>L'utilise seul, mais avec difficulté;</p> <p>L'utilise seul, mais nécessite qu'on le guide, stimule OU surveille OU l'utilise de façon non sécuritaire;</p> <p>L'utilise avec l'aide d'une autre personne;</p> <p>Ne l'utilise pas.</p>
			<b>Communication</b>	
			1. Voir;	<p>Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs;</p>

				<p>Troubles de vision, mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes;</p> <p>Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes;</p> <p>Aveugle.</p>
			2. Entendre;	<p>Entend convenablement avec ou sans appareil auditif;</p> <p>Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif;</p> <p>N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes;</p> <p>Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer.</p> <p>Cocher s'il y a lieu</p> <p>✓ Lunettes</p> <p>✓ Appareil auditif ✓ Oreille droite</p> <p style="text-align: right;">✓ Oreille gauche</p>
			3. Parler;	<p>Parle normalement;</p> <p>A une difficulté de langage, mais réussit à exprimer sa pensée;</p>

				<p>A une difficulté grave de langage, mais peut communiquer certains besoins primaires ou répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel;</p> <p>Ne communique pas.</p>
			<b>Fonctions mentales</b>	
			1. Mémoire;	<p>Mémoire normale;</p> <p>Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.), mais se souvient des faits importants;</p> <p>Oublie régulièrement des choses de la vie courante, (avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs);</p> <p>Amnésie quasi-totale.</p>
			2. Orientation;	<p>Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes;</p> <p>Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes;</p> <p>Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (l'environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières;</p>

				Désorientation complète.
			3. Compréhension;	<p>Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande;</p> <p>Est lent à saisir des explications ou des demandes;</p> <p>Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages;</p> <p>Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui.</p>
			4. Jugement;	<p>Évalue les situations et prend des décisions sensées;</p> <p>Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées;</p> <p>Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère;</p> <p>N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place.</p>
			5. Comportement;	<p>Comportement adéquat;</p> <p>Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance</p>

				<p>occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation;</p> <p>Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants);</p> <p>Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver.</p>
			<b>Tâches domestique</b>	
			1. Entretien la maison;	<p>Entretient seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels);</p> <p>Entretient seul la maison, mais avec difficulté;</p> <p>Entretient la maison (incluant laver la vaisselle), mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU a besoin d'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.);</p> <p>A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison;</p> <p>N'entretient pas la maison.</p>

			<p>2. Préparer les repas;</p>	<p>Prépare seul ses repas;  Prépare seul ses repas, mais avec difficulté;  Prépare ses repas, mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable;  Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats);  Ne prépare pas ses repas.</p>
			<p>3. Faire les courses;</p>	<p>Planifie et fait seul ses courses (nourriture, vêtements, etc.);  Planifie et fait seul ses courses, mais avec difficulté;  Planifie et fait seul ses courses, mais nécessite qu'on lui livre;  A besoin d'aide pour planifier ou faire ses courses;  Ne fait pas ses courses.</p>
			<p>4. Faire la lessive;</p>	<p>Fait toute la lessive seule;  Fait toute la lessive seule, mais avec difficulté;  Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour</p>

				<p>maintenir un niveau de propreté convenable;</p> <p>A besoin d'aide pour faire la lessive;</p> <p>Ne fait pas la lessive.</p>
			5. Utiliser le téléphone;	<p>Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin);</p> <p>Se sert seul du téléphone, mais avec difficulté;</p> <p>Répond au téléphone, mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence;</p> <p>Parle au téléphone, mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur;</p> <p>Ne se sert pas du téléphone.</p>
			6. Utiliser les moyens de transports;	<p>Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.);</p> <p>Utilise seul un moyen de transport, mais avec difficulté;</p> <p>Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté;</p> <p>N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre;</p>

				Doit être transporté sur civière
			7. Prendre ses médicaments;	<p>Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament;</p> <p>Prend seul ses médicaments de façon adéquate, mais avec difficulté;</p> <p>A besoin de surveillance (incluant la surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne);</p> <p>Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement;</p> <p>On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun.</p>
			8. Gérer son budget;	<p>Gère seul son budget (incluant gestion bancaire);</p> <p>Gère seul son budget, mais avec difficulté;</p> <p>A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes;</p> <p>A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet;</p> <p>Ne gère pas son budget.</p>

**ANNEXE C – THÈMES ET DIFFÉRENTES TERMINOLOGIES POSSIBLES QUE PEUT  
PRENDRE LE PROJET**

### Thèmes et différentes terminologies possibles que peut prendre le projet

Thème	Définition	Utilisation	Référence
Outil	« Utilitaire qui facilite l'exécution d'une tâche ou offre des fonctionnalités aux internautes dans les médias sociaux. »	Informatique	Office québécois de la langue française (2013). Outil. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26522836">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26522836</a>
Fiche [ou] feuille d'informations	« Très court document, généralement d'une page ou moins, qui présente les informations de base sur un sujet, un projet, une loi, etc. »	Science de l'information	Office québécois de la langue française (2002). Fiche [ou] feuille d'informations. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870854">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870854</a>
Registre	« Document dans lequel on inscrit, le plus souvent dans l'ordre chronologique, notamment les faits, les noms, les décisions, les résultats, les instructions dont on veut garder le souvenir ou une trace. »	Science de l'information	Office québécois de la langue française (2016). Registre. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8356354">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8356354</a>
	« Recueil à caractère public ou privé dans lequel sont consignés, de façon systématique, des renseignements dont on veut conserver la trace. »	Droit	Office québécois de la langue française (2005). Registre. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8355392">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8355392</a>

Tableau	« Feuille opaque qui présente des données disposées sous forme de tables ou de graphiques, par exemple, une planche murale. »	Science de l'information	Office québécois de la langue française (1980). Tableau. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8453921">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8453921</a>
	« Mode d'organisation des données dans une base de données, composé de colonnes et de lignes, dont chaque cellule contient des informations et des liens qui existent entre les données. »	Informatique	Office québécois de la langue française (2002). Tableau. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8383607">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8383607</a>
	« Présentation méthodique de données dont on veut avoir une vue d'ensemble ou classer les détails. »	Gestion	Office québécois de la langue française (2002). Tableau. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8483013">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8483013</a>
Formulaire	« Document préétabli qui comporte des espaces dans lesquels la personne concernée inscrit les renseignements demandés. »	Imprimerie, science de l'information, gestion,	Office québécois de la langue française (2004). Formulaire. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870330">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870330</a> .
Questionnaire	« Ensemble de questions auxquelles une personne répond pour obtenir des services ou pour fournir des renseignements dans un but de collecte de données. »	Science de l'information, gestion.	Office québécois de la langue française (2003). Questionnaire. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870289">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870289</a>

Thème	Définition	Utilisation	Référence
Admission	« Action d'accepter une personne ou fait d'être accepté dans un groupe, une fonction ou un programme, notamment. »	Sociologie, administration publique, éducation.	Office québécois de la langue française (2021). Admission. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8364707">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8364707</a>
	« En milieu hospitalier, l'admission représente l'étape où l'utilisateur demeure hospitalisé en occupant un lit, à la demande d'un médecin ou d'un dentiste, afin de soigner une condition sérieuse nécessitant une attention particulière. »	Médecine	Ménard, M. (2022). Admission. Dans <i>Vos droits en santé</i> . Repéré à <a href="http://www.vosdroitsensante.com/lexique/A/admission">http://www.vosdroitsensante.com/lexique/A/admission</a>
Hébergement	« Action d'offrir un lieu de séjour à quelqu'un, généralement à titre provisoire. »	Hébergement touristique et tourisme	Office québécois de la langue française (2001). Hébergement. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8871389">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8871389</a> Office québécois de la langue française, 2001.
Hébergement temporaire	« L'hébergement temporaire (HT) consiste à offrir un hébergement et les services appropriés à des personnes en perte d'autonomie pour lesquelles la présence à domicile est temporairement impossible pour les motifs généraux suivants : convalescence, protection sociale, répit planifié, dépannage	Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2011 <i>L'hébergement et ses mécanismes d'accès pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Cadre de référence régional</i> . [Document PDF]. Direction de santé publique et des soins de santé et des soins de santé primaires. Rimouski. p.9

	social, mais qui souhaite retourner à domicile, dans son milieu de vie. »		
Hébergement long terme	« L'hébergement long terme consiste à offrir un hébergement et les services appropriés à des personnes en perte d'autonomie quand le retour à domicile est impossible ou quand les personnes ont choisi de changer de milieu. Ce milieu devient donc un milieu de vie substitut au milieu de vie naturel et est déterminé en fonction des besoins de l'utilisateur. »	Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2011 <i>L'hébergement et ses mécanismes d'accès pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Cadre de référence régional</i> . [Document PDF]. Direction de santé publique et des soins de santé et des soins de santé primaires. Rimouski. p.17
Information	« Renseignements consignés sur un support quelconque dans un but de transmission des connaissances. »	Science de l'information	Office québécois de la langue française (2002). Information. Dans <i>Le grand dictionnaire terminologique</i> . Repéré à <a href="https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8363906">https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8363906</a>

**ANNEXE D – CHOIX ET JUSTIFICATION DES ÉLÉMENTS RETENUS POUR  
L'ÉLABORATION DE LA *FICHE D'ADMISSION JOURNÉE TYPE***

**Choix et justification des éléments retenus pour l'élaboration de la *Fiche d'admission Journée-type***

<b>Éléments</b>	<b>Choix</b>	<b>Justification</b>
<b>Police</b>	Titre : Boîte de texte :	La police doit être lisible pour les personnes de tous âges, sans sérif également. Le besoin du milieu est d'avoir des boîtes de textes pour rendre la Fiche remplissable à l'écran.
<b>Couleur (fiche)</b>	Les couleurs de la fiche d'admission Journée type, ont été choisies en fonction des couleurs dites gériatriques, soit des teintes de rouge, d'orangé, de jaune et de vert (Phaneuf, 2007).	Les couleurs gériatriques restent stimulantes malgré le fait qu'en vieillissant, le cristallin jaunit et s'opacifie (Phaneuf, 2007). La personne amenée à remplir la fiche d'admission peut être, entre autres, le proche-aidant de la personne présentant un TNCM. Comme, le proche-aidant peut être de tout âge, il est important d'adapter les fiches, pour que tout le monde puisse les utiliser.
<b>Couleur (lettrage)</b>	Les lettrages sont majoritairement noirs, considérant que le fond est pâle (MSSS, 2011).	Offre un meilleur contraste.
<b>Type de caractère</b>	Boîte de texte : normal, sans accentuation autre que les caractères gras Titre : gras	Voir la justification de la police d'écriture.
<b>Format de papier</b>	8,5x11''	Lors de la conception de la fiche d'admission, nous avons sondés les professionnels qui auraient à travailler avec cette fiche. Il en ressort que le format 8,5x11'' convient mieux à la lecture du document et que les autres documents présents dans les cartables des clients sont également de ce format.
<b>Type de papier</b>	Papier mat	Toute glaçure du papier peut apporter de la difficulté à la lecture, par le fait que le papier glacé reflète la lumière.
<b>Orientation</b>	Orientation paysage	Lors de la conception de la fiche d'admission, nous avons sondés les professionnels qui auraient à travailler avec cette fiche. Il en ressort que l'orientation paysage convient mieux à la lecture du document et que les autres documents présents dans les cartables des clients sont dans cet angle.

**ANNEXE E – *FICHE D'ADMISSION JOURNÉE TYPE***  
**VERSION PILOTE 4.4**

## Fiche d'admission Journée type Madame St-Laurent

**Allergies/Conditions  
particulières**

**Prise de la médication**

**Alimentation (particularités)**

10h30 Lever	12h Dîner	PM	17h30 Souper	21h Coucher et nuitée
Préférence alimentaire au déjeuner	Préférence alimentaire au dîner	Collation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préférence alimentaire au souper	Collation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Précisez : <input type="text"/>	<input type="text"/>	Précisez : <input type="text"/>
Café Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : <input type="text"/>		Activité(s) PM <input type="text"/>		Moment de la mise en nuit <input type="text"/>
Moment de la mise en jour <input type="text"/>		Soins après cette période <input type="text"/>	Soins après cette période <input type="text"/>	Voir particularités au verso
Soins après cette période <input type="text"/>	Soins après cette période <input type="text"/>			Nuitée <input type="text"/>

### SIGNES D'INCONFORTS

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### TRUCS UTILES

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

HABITUDES	
<b>Hygiène</b>	
Hygiène totale : Bain <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Fréquence : 1 x Choisissez un élément.	
Moment : Choisissez un élément.	
Moment de l'hygiène partielle : Au lever <input type="checkbox"/> Après déjeuner <input type="checkbox"/> Après dîner <input type="checkbox"/> Avant de se coucher <input type="checkbox"/> Aucune préférence <input type="checkbox"/>	
Barbe <input type="checkbox"/> Rasoir électrique <input type="checkbox"/> Rasoir à lames <input type="checkbox"/> Fréquence : 1 x aux deux jours Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Fréquence d'hygiène buccale : 1 x Choisissez un élément. Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Préférez-vous recevoir les soins : D'un homme <input type="checkbox"/> D'une femme <input type="checkbox"/> Indifféremment <input type="checkbox"/> Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Particularités liées à l'hygiène: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Dentier(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Appareil(s) auditif(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
<b>Vêtements et accessoires</b>	
Frileux(se) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Préférences vestimentaires : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Bijoux <input type="checkbox"/> Parfum <input type="checkbox"/> Maquillage <input type="checkbox"/> Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Coiffeur : <input type="checkbox"/> Fréquence : 1 x par semaine Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
<b>Consommation</b> Ne consomme pas <input type="checkbox"/>	
Alcool <input type="checkbox"/> Verre(s) : - Choisissez un élément. Tabac <input type="checkbox"/> Cigarette(s) : - Choisissez un élément.	
Arrêté de boire/fumer <input type="checkbox"/> Depuis : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Autres habitudes de consommation <input type="checkbox"/> Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
<b>MOBILITÉ</b> (précisez le niveau de soutien)	<b>CAPACITÉS RÉSIDUELLES</b> (précisez le niveau de soutien)
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
<b>ROUTINE(S) PARTICULIÈRE(S) <i>Quoi? Comment? Avec qui?</i></b>	
Mise en jour <input type="checkbox"/> Mise en nuit <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/>	
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

**ANNEXE F – COURRIEL ENVOYÉ LORS DU RECRUTEMENT DES ÉVALUATEURS**

Rouyn-Noranda, le 14 juin 2022

**Objet : Sollicitation de votre collaboration-*Fiche d'admission Journée type***

Bonjour,

Je sollicite aujourd'hui votre collaboration à l'évaluation de l'appréciation de mon projet de maîtrise, dirigé par Madame Sylvie L'Heureux professeure-chercheuse à l'UQAT.

Cette année, j'ai eu la chance de faire mon stage de maîtrise au service de soutien à domicile d'Amos et j'ai également choisi d'y faire mon projet de maîtrise.

Le projet prend la forme d'une fiche d'admission utilisée avant même que le résident ne fasse son entrée dans un nouveau milieu de vie qu'il soit temporaire ou permanent. Le but de la création d'une telle fiche est donc d'augmenter la qualité des cueillettes de données, selon le concept de l'adaptation.

Vous trouverez en pièces jointes deux fiches d'appréciation : l'une évaluant l'apport psychoéducatif, alors que la deuxième évalue votre appréciation sur différents aspects du contenu et de la forme.

Puis, la troisième pièce jointe est la *Fiche d'admission Journée type*, dans sa version pilote.

N'hésitez pas à explorer la *Fiche*, car elle est remplissable à l'écran : des barres déroulantes avec choix de réponses, des cases à cocher, ainsi que des zones de textes composent la *Fiche*, et ce, à plusieurs endroits.

Si vous acceptez de participer à l'évaluation de la *Fiche d'admission Journée Type*, vous emmêtrerez votre consentement, par l'envoi de vos fiches d'appréciation complétées.

Je vous demanderais de me faire parvenir votre évaluation au plus tard le **20 juin prochain**. Pour toutes questions n'hésitez pas à communiquer avec moi, via cette adresse courriel.

Merci de votre précieuse collaboration,  
Bien à vous,

**Élise St-Laurent**

Étudiante à la maîtrise en psychoéducation  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**ANNEXE G – QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DU CONTENU ET DE LA FORME**

## **DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Sexe:</b>	<b>Âge :</b>
<b>Année de diplomation :</b>	<b>Profession :</b>
<b>Années d'expérience:</b>	

# QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DU CONTENU ET DE LA FORME

- ▶ À partir de vos observations, cochez la case qui représente le mieux votre position.
- ▶ Au besoin, vous pouvez rédiger quelques commentaires.

<b>A. Éléments d'analyse : La forme</b>					
<b>1. Choix des couleurs (couleur bleu/orange, etc.)</b>					
À partir de vos observations, à quel point le choix des couleurs est satisfaisant pour vous?					
	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
Échelle de satisfaction					
Suggestions :					
<b>2. Police d'écriture (police calibri, taille, etc.)</b>					
À partir de mes observations, à quel point la police d'écriture ainsi que la taille sont satisfaisantes pour vous?					
	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
Échelle de satisfaction					
Suggestions :					
<b>3. Type de caractères (gras, italique, surlignement, majuscule, etc.)</b>					
À partir de vos observations, à quel point les types de caractères sont satisfaisants pour vous?					
	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait

Échelle de satisfaction					
-------------------------	--	--	--	--	--

Suggestions :

**4. Format de papier (Lettre US : 8,5''x11'')**

À partir de vos observations, à quel point le format de papier est satisfaisant pour vous?

	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
Échelle de satisfaction					

Suggestions :

**5. Type de papier et impression (mat, glacé, recto/recto-verso)**

À partir de vos observations, à quel point le type de papier et le mode d'impression sont satisfaisants pour vous?

	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
Échelle de satisfaction					

Suggestions :

**6. Orientation du papier (portrait, paysage)**

À partir de vos observations, à quel point l'orientation du papier est satisfaisante pour vous?

	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
--	------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------------

Échelle de satisfaction					
Suggestions :					
<b>7. Apparence générale (visuellement chargé VS bien aéré)</b> À partir de vos observations, à quel point l'apparence générale de l'outil est satisfaisante pour vous?					
	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
Échelle de satisfaction					
Suggestions :					

<b>B. Éléments d'analyse : Le contenu</b>					
<b>1. Clarté de l'outil :</b> <b>1.1 Choix des termes (justes, appropriés, représentatifs VS inadéquats)</b> À partir de vos observations, à quel point le choix des termes est satisfaisant pour vous?					
	<b>1</b> Très insatisfait	<b>2</b> Insatisfait	<b>3</b> Moyennement satisfait	<b>4</b> Satisfait	<b>5</b> Très satisfait
Échelle de satisfaction					
Suggestions :					
<b>1.2 Vulgarisation des termes (adaptés à tous les professionnels, compréhension)</b>					

À partir de vos observations, à quel point la vulgarisation des termes est satisfaisante pour vous?

	<b>1</b> <b>Très insatisfait</b>	<b>2</b> <b>Insatisfait</b>	<b>3</b> <b>Moyennement satisfait</b>	<b>4</b> <b>Satisfait</b>	<b>5</b> <b>Très satisfait</b>
Échelle de satisfaction					

Suggestions :

### **1.3 Facilité d'usage (utilisation autonome VS besoin d'aide)**

À partir de vos observations, à quel point la facilité d'usage est satisfaisante pour vous?

	<b>1</b> <b>Très insatisfait</b>	<b>2</b> <b>Insatisfait</b>	<b>3</b> <b>Moyennement satisfait</b>	<b>4</b> <b>Satisfait</b>	<b>5</b> <b>Très satisfait</b>
Échelle de satisfaction					

Suggestions :

### **2. Utilité de l'outil**

À partir de vos observations, à quel point l'utilité de l'outil est satisfaisante pour vous?

	<b>1</b> <b>Très insatisfait</b>	<b>2</b> <b>Insatisfait</b>	<b>3</b> <b>Moyennement satisfait</b>	<b>4</b> <b>Satisfait</b>	<b>5</b> <b>Très satisfait</b>
Échelle de satisfaction					

Suggestions :

<p><b>3. Thèmes et catégories abordés (choix des noms, pertinence)</b>  À partir de vos observations, à quel point les thèmes et catégories abordés sont satisfaisants pour vous?</p>					
	1 Très insatisfait	2 Insatisfait	3 Moyennement satisfait	4 Satisfait	5 Très satisfait
Échelle de satisfaction					
<p>Suggestions :</p>					
<p><b>4. Titre de l'outil</b>  Afin de rendre le titre de l'outil davantage positif et révélateur de soins personnalisés tout en misant sur les bonnes pratiques à utiliser auprès de la clientèle que nous desservons, je vous invite à fournir différentes idées de nom que pourrait porter l'outil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expression <i>Journée type</i> ne doit pas obligatoirement faire partie du titre.</li> <li>• Vous pouvez ajouter des adjectifs et adverbes. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exemple : <i>Agréable journée type.</i></li> </ul> </li> </ul>					
<p>Suggestions :</p>					

Merci de votre précieuse collaboration!

Sachez que les données recueillies seront traitées avec confidentialité.

S'il vous plaît, veuillez retourner cette fiche d'appréciation à Élise St-Laurent à l'adresse suivante

[elise.st-laurent@uqat.ca](mailto:elise.st-laurent@uqat.ca)

**ANNEXE H – QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DE L'APPORT  
PSYCHOÉDUCATIF**

**DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Sexe:</b>	<b>Âge :</b>
<b>Année de diplomation :</b>	<b>Profession :</b>
<b>Années d'expérience:</b>	

## QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DE L'APPORT PSYCHOÉDUCATIF

- ▶ À partir de vos observations, cochez la case qui représente le mieux votre position.
- ▶ Au besoin, vous pouvez rédiger quelques commentaires.

<b>C. Élément d'analyse : Le potentiel adaptatif (PAD)</b>					
<p><b>8. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier les sections reliées aux <u>facteurs biologiques</u>?</b> À partir de vos observations, à quel point est-ce ?</p>					
	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					
<p>Lesquelles ? :</p> <p>Suggestions :</p>					
<p><b>9. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier les sections reliées aux <u>facteurs développementaux</u>?</b> À partir de vos observations, à quel point est-ce ?</p>					
	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					
<p>Lesquelles ? :</p> <p>Suggestions :</p>					

**10. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier des sections reliées aux facteurs psychologiques?**

À partir de vos observations, à quel point est-ce ?

	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					

Lesquelles ? :

Suggestions :

**11. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier des sections reliées aux besoins?**

À partir de vos observations, à quel point est-ce ?

	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					

Quelle(s) section(s)? :

Nommez des exemples de besoins pouvant ressortir de la fiche :

Suggestions :

**12. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier des sections reliées aux stressseurs?**

À partir de vos observations, à quel point est-ce ?

	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile

Échelle de facilité					
<p>Quelle(s) section(s)? :</p> <p>Nommez des exemples de stressors pouvant ressortir de la fiche :</p> <p>Suggestions :</p>					
<p><b>13. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier des sections reliées <u>aux réactions physiques</u>?</b>  À partir de vos observations, à quel point est-ce ?</p>					
	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					
<p>Quelle(s) section(s)? :</p> <p>Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche :</p> <p>Suggestions :</p>					
<p><b>14. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier des sections reliées <u>aux émotions vécues</u>?</b>  À partir de vos observations, à quel point est-ce ?</p>					
	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					

Quelles(s) section(s)? :

Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche :

Suggestions :

**15. À la lecture de la fiche d'admission et avec mes connaissances en psychoéducation, j'arrive à bien identifier des sections reliées aux stratégies de coping?**

À partir de vos observations, à quel point est-ce ?

	1 Très difficile	2 Difficile	3 Moyennement facile	4 Facile	5 Très facile
Échelle de facilité					

Quelles(s) section(s)? :

Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche. Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion :

Suggestions :

**D. Élément d'analyse : Le potentiel expérientiel (PEX)****1. Voici une liste d'acteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le potentiel expérientiel de la personne, lors de son séjour en répit ou de son hébergement.**

Médecin traitant;  
Équipe soignante en hébergement : infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires;  
Milieu familial;  
Soutien à domicile : travailleuses sociales et psychoéducatrices.

**En quelques lignes (maximum 200 mots), décrivez comment pourraient s'articuler les interventions des acteurs, dans le but de favoriser adéquatement une réponse aux besoins du résidents.**

Suggestions :

Merci de votre précieuse collaboration!

Sachez que les données recueillies seront traitées avec confidentialité.

S'il vous plaît, veuillez retourner cette fiche d'appréciation à Élise St-Laurent à l'adresse suivante

[elise.st-laurent@uqat.ca](mailto:elise.st-laurent@uqat.ca)

**ANNEXE I – COMPILATION DES DONNÉES AU QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET  
DE LA FORME POUR LE GROUPE DES EXPERTS SAD**

**Compilation des données au questionnaire du contenu et de la forme pour le groupe des experts-SAD**

	Participants	1	2	3	4	5	6	7	Moyenne	Écart type
	Éléments d'analyse									
<b>Données démographiques</b>	Âge (ans)	39	39	39	46	37	23	39	37,43	6,46
	Sexe	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
	Profession	1	1	2	4	3	4	2	2,43	1,18
	Ancienneté en année dans le programme DPSAPA	15	9	9	26	0,5	1	4	10 ans et 7 mois	8,33
<b>Forme</b>	Couleur de la fiche	100%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	94%	0,09
	Police d'écriture	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0,00
	Type et format de caractères	100%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	0,14
	Format du papier	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0,00
	Type de papier	100%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	0,14
	Orientation du papier	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0,00
	Apparence générale de la fiche	80%	60%	100%	100%	100%	80%	100%	89%	0,15

	Taux de satisfaction moyen quant à la forme, par participant	97%	77%	97%	100%	100%	97%	100%	95%	0,08
<b>Contenu</b>	Clarté de la fiche	100%	80%	93%	100%	100%	100%	100%	96%	0,07
	Choix des termes	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	0,07
	Vulgarisation des termes	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0,00
	Facilité d'usage	100%	60%	80%	100%	100%	100%	100%	91%	0,15
	Utilité de la fiche	100%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	0,13
	Thèmes et catégories abordées	100%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	0,14
	Taux de satisfaction moyen quant au contenu, par participant	100%	72%	96%	100%	100%	100%	100%	95%	0,10

**ANNEXE J – COMPILATION DES SUGGESTION ET COMMENTAIRES POUR LE  
QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET FORME, POUR LE GROUPE DES EXPERTS SAD**

**Compilation des suggestions et commentaires au questionnaire du contenu et de la forme, pour le groupe des experts-SAD**

	<b>Participants</b> <b>Éléments</b> <b>d'analyse</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Forme</b>	<b>Couleur de la fiche</b>	Aucun commentaire	L'écriture « bleue » sur bleue pourrait être modifiée par une couleur plus contrastante.	Aucun commentaire
	<b>Police d'écriture</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Types et formats de caractères</b>	Aucun commentaire	En fait, les heures que nous pouvons sélectionnées m'apparaissent « floues » à l'écran	Aucun commentaire
	<b>Format de papier</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Type de papier</b>	Aucun commentaire	Je ne sais pas quel type de papier tu utilises (tu indiques plus haut : mat, glacé, recto-recto-verso ?) ? Personnellement, je te recommande le mat et non le glacé (afin de prévenir l'éblouissement de la lumière et gêner la vision).	Aucun commentaire

			Je te recommande aussi recto-verso afin de diminuer la quantité de feuilles et aussi, pour t'assurer qu'elles soient toutes lues par les employés.	
	<b>Orientation du papier</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Apparence générale de la fiche</b>	Un peu chargé, mais c'est le prix à payer pour avoir toutes les informations pertinentes.	Il apparaît un peu plus condensé à la deuxième page. Sur le plan visuel, c'est un peu plus lourd/chargé lorsque je tente de lire les sous-sections.	Aucun commentaire
<b>Contenu</b>	<b>Choix des termes</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Vulgarisation des termes</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Facilité d'usage de la fiche</b>	Aucun commentaire	Je crois qu'il aurait été intéressant d'insérer des pictogrammes en soutien à la communication écrite, tel que nous avons dans les anciennes versions de l'OEMC (c'est visuellement plus rapide de se référer aux sections et ça permet d'aérer ton texte). Je trouve que la 2e page est plus lourde sur le plan visuel lorsque je tente de lire les sous-sections.	Aucun commentaire

<p><b>Utilité de la fiche</b></p>	<p>Aucun commentaire</p>	<p>Il semble utile. Par contre, je trouve que l'outil ressemble à l'ancienne version de l'OEMC, mais sans pictogrammes et j'observe que certains thèmes sont déjà complétés par les infirmières lors d'admission en CHSLD par exemple...avec leurs formulaires spécifiques à l'admission sur certaines habitudes (alimentation, collation, café ou thé, ce qu'on met dans le café, les particularités au niveau de l'hygiène).....afin de bien orienter les PAB dans les soins. Personnellement, j'ai déjà fait des admissions en CHSLD et je reconnais certains thèmes et réponses qu'on reçoit sur un formulaire spécifique. Je me questionne s'il y aura double info remise aux staffs ?</p>	<p>Aucun commentaire</p>
<p><b>Thèmes et catégories abordés</b></p>	<p>Aucun commentaire</p>	<p>Je me questionne : pourquoi une section portant sur les fonctions mentales et une autre sur la communication n'ont pas été sélectionnées dans le cadre de cet outil ? Si nous pensons à la clientèle ayant des TNCM/AVC, etc..., il serait intéressant de les inclure peut-être au lieu de la section consommation d'alcool ou de tabac (puisque cette section est déjà abordée par l'infirmière lors d'une admission, donc documentée</p>	<p>Aucun commentaire</p>

		<p>dans les plans de travail des PAB habituellement). Je sais que certaines sections sont peu abordées lors des admissions. Je me questionne quant à la raison du choix des thèmes spécifiques que tu as ciblés ? Il serait intéressant d'en apprendre davantage sur les fonctions mentales et la communication afin que tu puisses rapidement y indiquer les trucs utiles à cet effet (qui est davantage du non-pharmacologique spécifique au lieu d'informations un peu plus axées sur la routine de soins des PAB).</p> <p>C'est mon opinion et mon expérience en lien avec l'élaboration de routines de soins des PAB qui te parlent !</p>	
<p><b>Utilité de la fiche</b></p>	<p>Aucun commentaire</p>	<p>Il semble utile.</p> <p>Par contre, je trouve que l'outil ressemble à l'ancienne version de l'OEMC, mais sans pictogrammes et j'observe que certains thèmes sont déjà complétés par les infirmières lors d'admission en CHSLD par exemple...avec leurs formulaires spécifiques à l'admission sur certaines habitudes (alimentation, collation, café ou thé, ce qu'on met dans le café, les particularités au niveau de l'hygiène)....afin de bien orienter les PAB dans les soins. Personnellement,</p>	<p>Aucun commentaire</p>

		<p>j'ai déjà fait des admissions en CHSLD et je reconnais certains thèmes et réponses qu'on reçoit sur un formulaire spécifique. Je me questionne s'il y aura double info remise aux staffs ?</p>	
<p><b>Thèmes et catégories abordés</b></p>	<p>Aucun commentaire</p>	<p>Je me questionne : pourquoi une section portant sur les fonctions mentales et une autre sur la communication n'ont pas été sélectionnées dans le cadre de cet outil ?</p> <p>Si nous pensons à la clientèle ayant des TNCM/AVC, etc..., il serait intéressant de les inclure peut-être au lieu de la section consommation d'alcool ou de tabac (puisque cette section est déjà abordée par l'infirmière lors d'une admission, donc documentée dans les plans de travail des PAB habituellement). Je sais que certaines sections sont peu abordées lors des admissions.</p> <p>Je me questionne quant à la raison du choix des thèmes spécifiques que tu as ciblés ? Il serait intéressant d'en apprendre davantage sur les fonctions mentales et la communication afin que tu puisses rapidement y indiquer les trucs utiles à cet effet (qui est davantage du non-pharmacologique spécifique au lieu d'informations un</p>	<p>Aucun commentaire</p>

			peu plus axées sur la routine de soins des PAB). C'est mon opinion et mon expérience en lien avec l'élaboration de routines de soins des PAB qui te parle!	
<b>Titre de la Fiche</b>	<b>Suggestions</b>	Journée-type, ça me va comme titre. Sinon, quelque chose comme "ma journée idéale", ou "une journée avec moi..."	Bonne question...je ne sais pas quoi te proposer !	Aucune suggestion.

**Compilation des suggestions et commentaires au questionnaire du contenu et de la forme, pour le groupe des experts-SAD  
(suite et fin)**

	Participants	4	5	6	7
	Éléments d'analyse				
<b>Forme</b>	<b>Couleur de la fiche</b>	Aucun commentaire	En observant ta grille je la trouve très attrayante!	Aucun commentaire	Les couleurs nous permettent de bien faire un accroche l'œil et de distinguer les différents éléments présentés, Bravo !
	<b>Police d'écriture</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Types et formats de caractères</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Format de papier</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	C'est le format utilisé pour les différents dossiers ce sera plus facilitant pour le classement.
	<b>Type de papier</b>	Conserver recto-verso	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Orientation du papier</b>	Conserver orientation paysage	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire

	<b>Apparence générale de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Suggestions : Les éléments sont chargés, mais le document se lit bien sans trop se perdre.	Tout un défi de rentrer autant d'information, de conserver un visuel qui départage les différentes sections. Bravo
<b>Contenu</b>	<b>Choix des termes</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Vulgarisation des termes</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Facilité d'usage de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Utilité de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Outil qui sera très utile!!	Va permettre de résoudre le problème des transferts d'information qui peuvent se perdre ou avoir ajout d'interprétation dans le partage.
	<b>Thèmes et catégories abordés</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Il manquerait peut-être la routine de toilette, si incontinence ou non, autonome pour changer sa culotte ou besoin d'aide, si la personne a une routine de toilette (ex : doit avoir un rappel au 2 h pour aller au toilette).	Aucun commentaire

<b>Utilité de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Outil qui sera très utile!!	Va permettre de résoudre le problème des transferts d'information qui peuvent se perdre ou avoir ajout d'interprétation dans le partage.
<b>Thèmes et catégories abordés</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Il manquerait peut-être la routine de toilette, si incontinence ou non, autonome pour changer sa culotte ou besoin d'aide, si la personne a une routine de toilette (ex : doit avoir un rappel au 2 h pour aller au toilette).	Aucun commentaire
<b>Titre de la Fiche</b>	<b>Suggestions</b>	Aucune suggestion.	Référentiel d'admission ou Référentiel clientèle, quelque chose comme cela??	Routine type de l'utilisateur. J'aimais beaucoup ton titre moi je trouvais que ça voulait tout dire. Suggestion : Routine de vie, La belle journée de madame X.

**ANNEXE K – COMPILATION DES DONNÉES AU QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET  
DE LA FORME POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN  
PSYCHOÉDUCATION**

**Compilation des données au questionnaire du contenu et de la forme pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation**

	Participants									Moyenne	Écart type
	Éléments d'analyse	1	2	3	4	5	6	7	8		
<b>Données démographiques</b>	<b>Âge (ans)</b>	39	27	33	31	31	32	39	30	32,75	3,96
	<b>Sexe</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	n1=8	0,00
	<b>Profession</b>	1	2	1	1	2	1	1	2	n1=5 n2=3	0,48
	<b>Année de diplomation</b>	2008	2022	2015	2018	2022	2016	2012	2019	2016,50	4,53
	<b>Ancienneté en année dans le programme DPSAPA</b>	15	4	7	4	-	5	9	2	6,57	4,03
<b>Forme</b>	<b>Couleur de la fiche</b>	100%	100%	100%	100%	80%	80%	80%	100%	93%	0,10
	<b>Police écriture</b>	80%	100%	100%	100%	80%	80%	100%	100%	93%	0,10
	<b>Type et format de caractères</b>	100%	100%	100%	100%	80%	80%	60%	100%	89%	0,15
	<b>Format du papier</b>	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	98%	0,07

	<b>Type de papier</b>	100%	100%	100%	-	100%	-	60%	100%	93%	0,15
	<b>Orientation du papier</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0,00
	<b>Apparence générale de la fiche</b>	80%	100%	60%	100%	60%	60%	60%	100%	78%	0,19
	<b>Taux de satisfaction moyen quant à la forme</b>	94%	100%	94%	100%	86%	80%	80%	100%	92%	0,08
<b>Contenu</b>	<b>Clarté de la fiche</b>	93%	73%	93%	87%	87%	100%	80%	93%	88%	0,08
	<b>Choix des termes</b>	80%	80%	100%	80%	100%	100%	80%	100%	90%	0,10
	<b>Vulgarisation des termes</b>	100%	80%	100%	100%	80%	100%	100%	80%	93%	0,10
	<b>Facilité d'usage</b>	100%	60%	80%	80%	80%	100%	60%	100%	83%	0,16
	<b>Utilité de la fiche</b>	100%	80%	100%	100%	60%	80%	60%	100%	85%	0,17
	<b>Thèmes et catégories abordées</b>	100%	80%	100%	100%	100%	100%	60%	100%	93%	0,14
	<b>Taux de satisfaction moyen quant au contenu</b>	95%	75%	95%	90%	80%	95%	75%	95%	88%	0,09

**ANNEXE L – COMPILATION DES SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES AU  
QUESTIONNAIRE DU CONTENU ET DE LA FORME POUR LE GROUPE DES  
COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION**

**Compilation des suggestions et commentaire au questionnaire du contenu et de la forme pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation**

	Participants	1	2	3	4
	<b>Éléments d'analyse</b>				
<b>Forme</b>	<b>Couleur de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Police d'écriture</b>	Laisser davantage d'espace pour le nom et prénom de la personne; au lieu de son titre (Monsieur, Madame). Parfois, nous avons des résidents avec des noms composés, donc impossible à écrire sur une seule ligne.	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Type et format de caractère</b>	Aucun commentaire	En regardant bien, je me rends compte que les sections correspondent au titre en majuscule?	Aucun commentaire	Aucune

			J'ajouterais sinon les # de section ?		
	<b>Format de papier</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Conviviale pour l'impression
	<b>Type de papier</b>	Aucun commentaire	Recto/verso, mat	Aucun commentaire	Ne s'applique pas. Version Word
	<b>Orientation du papier</b>	Aucun commentaire	Paysage	Aucun commentaire	Conviviale comme cela.
<b>Contenu</b>	<b>Apparence générale de la fiche</b>	Un peu chargé, mais tout y est!	Très bien qu'il y ai place aux commentaires et suggestions, cela permettrait de rajouter des informations nécessaires et utiles pour les interventions futures.	Peut-être penser à avoir des formats condensé (juste les choix de réponse sélectionné). Par expérience, plus il y a de texte, moins les préposées aux bénéficiaires lisent. Aussi, s'ils sont au lavabo et que la fiche est dans un cartable, ils n'iront pas lire l'information.	Fiche bien remplie, mais claire
	<b>Choix des termes</b>	Aucun commentaire	Est-ce une fiche qui sera rempli avec l'intervenante ? Car ne travaillant pas dans le domaine j'ai dû rechercher certains termes, je crois que si une personne aidante remplit le questionnaire seule elle aura des difficultés de	Aucun commentaire	Il y a seulement la case : capacités résiduelles qui pourrait inclure quelques exemples de domaines pouvant s'y rattacher afin que la personne qui la complète ajoute les bonnes informations dans cette case. C'est peut-être aussi

		compréhension de certains termes. (P.ex. Capacités résiduelles, préciser hygiène partielle)		parce que cela fait un moment que j'ai travaillé avec ce terme, donc je devais réfléchir à ce que cela réfère dans la vie de tous les jours. Pour le reste les termes sont clairs et signifiants.
<b>Vulgarisation des termes</b>	Aucun commentaire	Même commentaire que précédemment, ne connaissant pas du tout le milieu du CHSLD je devrais recevoir une formation, car certains termes me sont inconnus (p.ex. routine particulière : mise en jour ? mise en nuit?)	Aucun commentaire	Bonne vulgarisation, c'était clair.
<b>Facilité d'usage de la fiche</b>	Aucun commentaire	Complétion avec un(e) intervenant(e) ? ou seul ?	Aucun commentaire	C'était assez clair pour que je me sente à l'aise d'utiliser une telle fiche après la lecture de celle-ci. Je serais ou mettre les informations pertinentes.
<b>Utilité de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Globalement, la fiche est très intéressante et fort utile pour accueillir un nouveau résident, car elle permet de colliger les informations

					essentielles qui nous permette de connaître les besoins et le niveau de soutien devant être offert à la personne. Les employées qui travailleront avec la personne auront les informations de base et sauront comment accompagner la personne dans son quotidien. C'est très intéressant. J'ai juste eu un peu de difficulté à faire le lien entre les concepts psychoéducatifs et les termes mis dans la fiche. Bel outil, super utile! Beau projet!
	<b>Thèmes et catégories abordées</b>	Aucun commentaire	Selon mes minces connaissances en CHSLD je crois que ce sont des thèmes importants.	Aucun commentaire	Synthétise les besoins essentiels de la personne.
<b>Titre de la fiche</b>	<b>Suggestions</b>	Ma journée idéale	Déroulement d'une journée type ; Soins-Alimentation-Routine : Journée Type ( SAR : Journée Type).	Le quotidien de " nom de l'usager".	Fiche du résident

**Compilation des suggestions et commentaire au questionnaire du contenu et de la forme pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation (suite et fin)**

	<b>Participants</b>				
	<b>Éléments d'analyse</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Forme</b>	<b>Couleur de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	L'écriture « bleue » sur bleue pourrait être modifiée par une couleur plus contrastante.	Aucun commentaire
	<b>Police d'écriture</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
	<b>Type et format de caractère</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	En fait, les heures que nous pouvons sélectionnées m'apparaissent « floues » à l'écran	Aucun commentaire
	<b>Format de papier</b>	Aucun commentaire	Je ne sais pas si l'objectif était d'avoir les informations sur une seule page recto-verso, mais il est certain que si la personne à plusieurs	Aucun commentaire	Aucun commentaire

			spécificités en lien avec sa routine, des signes d'inconforts et autres, il pourrait être facile de dépasser le recto verso.		
	<b>Type de papier</b>	Aucun commentaire	Format en ligne donc aucune information à ce sujet. Il aurait été intéressant de savoir quels sont les orientations à ce sujet.	Je ne sais pas quel type de papier tu utilises (tu indiques plus haut : mat, glacé, recto-recto-verso ?) ? Personnellement, je te recommande le mat et non le glacé (afin de prévenir l'éblouissement de la lumière et gêner la vision). Je te recommande aussi recto-verso afin de diminuer la quantité de feuilles et aussi, pour t'assurer qu'elles soient toutes lues par les employés.	Aucun commentaire
	<b>Orientation du papier</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
<b>Contenu</b>	<b>Apparence générale de la fiche</b>	Moi je le trouve un peu chargé, mais tout y est en un coup d'œil c'est certain. Je me demande juste l'apparence que ça	Je trouve que la section hygiène est chargée. Peut-être faire ressortir les sous-titres pour faciliter la recherche dans l'informations fournies.	Il apparaît un peu plus condensé à la deuxième page. Sur le plan visuel, c'est un peu plus lourd/chargé lorsque je	Aucun commentaire

	prendra une fois complété.	Mais le reste semble bien aéré.	tente de lire les sous-sections.	
<b>Choix des termes</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Aucun commentaire
<b>Vulgarisation des termes</b>	Ça dépend qui le remplit, est-ce seul ou accompagné ? Car capacités résiduelles peut être difficile à comprendre pour certains. Pour le reste, c'est très clair.	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Préciser le terme « Capacités résiduelles »
<b>Facilité d'usage de la fiche</b>	Aucun commentaire	Aucun commentaire	Par contre, je trouve que l'outil ressemble à l'ancienne version de l'OEMC, mais sans pictogrammes et j'observe que certains thèmes sont déjà complétés par les infirmières lors d'admission en CHSLD par exemple...avec leurs formulaires spécifiques à l'admission sur certaines habitudes (alimentation, collation, café ou thé, ce qu'on met dans le café, les particularités au niveau de l'hygiène)....afin de bien orienter les PAB dans les	Aucun commentaire

			soins. Personnellement, j'ai déjà fait des admissions en CHSLD et je reconnais certains thèmes et réponses qu'on reçoit sur un formulaire spécifique. Je me questionne s'il y aura double info remise aux staffs ?	
<b>Utilité de la fiche</b>	Pour ma part, il y en avait un d'élaboré à Pie XII. La particularité intéressante avec ta version c'est qu'elle se remplit électroniquement, mais la pertinence revient encore à qui répond à cette fiche.	Aucun commentaire	Je me questionne : pourquoi une section portant sur les fonctions mentales et une autre sur la communication n'ont pas été sélectionnées dans le cadre de cet outil ? Si nous pensons à la clientèle ayant des TNCM/AVC, etc..., il serait intéressant de les inclure peut-être au lieu de la section consommation d'alcool ou de tabac (puisque cette section est déjà abordée par l'infirmière lors d'une admission, donc documentée dans les plans de travail des PAB habituellement). Je sais que certaines sections sont peu abordées lors des admissions. Je me	Aucun commentaire

			questionne quant à la raison du choix des thèmes spécifiques que tu as ciblés ? Il serait intéressant d'en apprendre davantage sur les fonctions mentales et la communication afin que tu puisses rapidement y indiquer les trucs utiles à cet effet (qui est davantage du non-pharmacologique spécifique au lieu d'informations un peu plus axées sur la routine de soins des PAB). C'est mon opinion et mon expérience en lien avec l'élaboration de routines de soins des PAB qui te parlent !	
<b>Thèmes et catégories abordées</b>	J'aurais posé davantage de question sur les intérêts et loisirs, de quelle façon la personne passait ses journées. Mais vous devez aussi avoir le questionnaire Histoire de vie pour y répondre ?	Peut-être ajouter si la personne porte des lunettes dans particularités reliées à l'hygiène	Aucun commentaire	

Titre de la fiche	<b>Suggestions</b>	Je n'en ai pas. Bon travail Élise!	Ma journée idéale.	Bonne question... je ne sais pas quoi te proposer !	Aucun commentaire
-------------------	--------------------	------------------------------------	--------------------	---	-------------------

**ANNEXE M – COMPILATION DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET DES  
RÉPONSES À L'ÉLÉMENT D'ANALYSE DU CONCEPT DE POTENTIEL ADAPTATIF  
AU QUESTIONNAIRE DE L'APPORT PSYCHOÉDUCATIF POUR LE GROUPE DES  
COLLABORATEURS EN PSYCHOÉDUCATION**

**Compilation des données démographiques et des réponses à l'élément d'analyse du concept de potentiel adaptatif au questionnaire du l'apport psychoéducatif pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation**

	Participants									Moyenne	Écart type
	Éléments d'analyse	1	2	3	4	5	6	7	8		
<b>Données démographiques</b>	<b>Âge (ans)</b>	39	27	33	31	31	32	39	30	32,17	3,96
	<b>Sexe</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
	<b>Profession</b>	1	2	1	1	2	1	1	2	1,38	0,48
	<b>Année de diplomation</b>	2008	2022	2015	2018	2022	2016	2012	2019	2016,50	4,53
	<b>Expérience (années)</b>	15	4	7	4	0	6	9	2	5,9	4,34
	<b>Facteurs bilogiques</b>	100%	80%	80%	60%	60%	80%	80%	80%	77,5%	0,12
	<b>Facteurs développementaux</b>	80%	100%	80%	20%	80%	60%	80%	100%	75,0%	0,24

<b>Facteurs psychologiques</b>	80%	100%	80%	40%	40%	80%	60%	60%	67,5%	0,20
<b>Besoins</b>	100%	100%	80%	80%	100%	80%	100%	100%	92,5%	0,10
<b>Stresseurs</b>	80%	100%	80%	40%	40%	80%	60%	80%	70,0%	0,20
<b>Réactions physiologiques</b>	100%	100%	60%	60%	60%	60%	80%	80%	75,0%	0,17
<b>Émotions vécues</b>	60%	60%	60%	40%	60%	60%	60%	40%	55,0%	0,09
<b>Stratégies de coping</b>	100%	60%	80%	60%	60%	80%	60%	60%	70,0%	0,14
<b>Moyenne de facilité de repérage des éléments d'analyse du potentiel adaptatif (PAD)</b>	87,5%	87,5%	75,0%	50,0%	62,5%	72,5%	72,5%	75,0%	72,8%	0,12

**ANNEXE N – COMPILATION DES RÉPONSES À L'ÉLÉMENT D'ANALYSE DU  
CONCEPT DE POTENTIEL EXPÉRIENTIEL AU QUESTIONNAIRE DE L'APPORT  
PSYCHOÉDUCATIF POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN  
PSYCHOÉDUCATION**

**Compilation des réponses à l'élément d'analyse du concept de potentiel expérientiel au questionnaire du l'apport psychoéducatif pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation**

Participants Éléments d'analyse	1	2	3	4
<p align="center"><b>Potentiel expérientiel (PEX)</b></p>	<p>Présentation par l'intervenant pivot SAD du nouveau résident à l'équipe soignante (incluant inf., inf.aux, PAB, chef équipe PAB.) avant son admission, avec appui sur l'outil de « Journée-type ».</p> <p>Milieu familial devrait toujours être présent lors du transfert en hébergement pour faciliter l'adaptation.</p> <p>Des visites plus fréquentes dans les jours qui suivent sont conseillées.</p> <p>Outil Journée-type laissée à la disposition des équipes de travail (jour-soir-nuit) durant quelques jours pour que tous puissent en faire la lecture, ensuite mis à un endroit facile d'accès pour consultation rapide.</p>	<p>La fiche peut être un outil utile en ce qui à trait au différent traitement de la personne, par contre il faut s'assurer qu'elle soit remplie adéquatement par la personne qui connaît le mieux le/la résident(e). La fiche permet d'orienter les besoins en alimentation, à la routine, les loisirs, la mobilité, les besoins ainsi que les soins. Les différents intervenants pourraient l'utiliser comme première base afin d'orienter les interventions adéquates pour éviter des comportements.</p>	<p>La fiche doit être accessible à toute l'équipe de soignant, facilement et efficacement (à la vue des soignants, mais pas nécessairement des résidents, dans les endroits propices aux soins salle de bain, salle à manger, etc). A la limite, la fiche peut-être compléter avec le résident (lorsque possible) afin qu'il adhère à cet outil et qu'il n'ait pas de tabou dans l'affichage de l'outil. Aussi par expérience, plus il y a de texte, moins les soignants prennent le temps de lire les outils. Ce doit être rapide et efficace. La fiche devrait être compléter en équipe en faisant participer la famille, les soignants qui connaissent bien le patient, les intervenants sociaux, etc.</p>	<p>Prendre connaissance de la fiche d'admission, et s'assurer d'en connaître les détails pour chaque résident. Le tout afin d'appliquer avec justesse les routines, le niveau de soutien, ainsi que les préférences du résident; le tout afin que le quotidien du résident soit similaire d'une journée à l'autre et corresponde à ses besoins. Une autre intervention serait d'ajuster au besoin, la fiche d'admission, en fonction des changements au niveau de la mobilité ou capacités résiduelles du résident. Et, face à des signes d'Inconfort, il serait nécessaire d'appliquer les stratégies recommandées dans la section Trucs utiles, le tout, afin que la personne retrouve un niveau de confort adéquat.</p>

**Compilation des réponses à l'élément d'analyse du concept de potentiel expérientiel au questionnaire du l'apport psychoéducatif pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation (suite et fin)**

Participants Éléments d'analyse	5	6	7	8
<b>Potentiel expérientiel (PEX)</b>	<p>Plus les acteurs ont une grande connaissance des habitudes antérieures de la personne, plus personnalisées sont les interventions, par conséquent, plus de chance que les interventions soient efficaces. Le partage des connaissances du résident est un atout majeur lorsque le résident présente des SCPD, cela est reconnue dans les bonnes pratiques. En augmentant les connaissances à propos du résident, cela évite que les acteurs utilisent toujours les mêmes interventions, qui on le sait, si une intervention fonctionne, ça ne veut pas dire qu'elle fonctionne pour tout le monde. L'utilisation d'un même langage peut favoriser la réponse aux besoins</p>	<p>Avant de rencontrer un résident pour la première fois, les acteurs pourront consulter la fiche d'admission pour avoir une idée de ses habitudes et besoins. Par exemple, en lien avec la communication, si la personne nécessite des appareils auditifs, mais ne les porte pas, l'acteur pourra être à l'affût de ce détail. Si la personne ne déjeune pas depuis plusieurs jours il pourra être intéressant de voir si ce qui lui a été donné est dans ses préférences. Donc utiliser la fiche comme référence et la modifier, la bonifier au besoin et en fonction des connaissances acquises au fil du temps sur le résident.</p>	<p>Par le biais du travail en interdisciplinarité : est à prioriser afin d'offrir des services de qualité aux usagers et de bien répondre à leurs besoins respectifs. Afin de bien articuler les interventions, il est primordial de connaître les mandats et responsabilités de chaque acteur gravitant auprès des usagers afin de bien diriger l'offre de service et s'assurer que le bon expert soit ciblé.</p>	<p>En ayant des objectifs complémentaires, des tâches et rôles bien définis et compris par tous. Une communication est essentielle afin de bien répondre aux différents besoins de la clientèle.</p>

**ANNEXE O – SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE DE  
L'APPORT PSYCHOÉDUCATIF POUR LE GROUPE DES COLLABORATEURS EN  
PSYCHOÉDUCATION**

**Compilation des suggestions et commentaires pour le questionnaire de l'apport psychoéducatif pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation**

	Participants	1	2	3	4
	Éléments d'analyse				
<b>Potentiel adaptatif (PAD)</b>	<b>Facteurs développementaux</b>	Aucun commentaire	Lesquelles ? : Section 2 Habitudes, mobilité, capacité résiduelle	Lesquelles ? : capacités résiduelles, mobilité, etc	Lesquelles ? : Je n'ai pas trouvé la section abordant les facteurs développementaux. J'aurais vu une telle section si l'outil abordait l'histoire de vie de la personne, etc.
	<b>Facteurs psychologiques</b>	Aucun commentaire	Lesquelles? : section 2 habitudes, consommation, routine particulière, soins par une femme ou homme	Lesquelles ? : Signes d'inconfort Suggestions : Ajouter tempérament de la personne. P-e cela sera t'il noté dans trucs utiles, mais pour la personne qui le complète elle doit savoir qu'elle peut inscrire des	Lesquelles ? : Signes d'Inconforts,

			<p>éléments d'approche-soins VS tempéramment dans cette section.</p>	
<p><b>Besoins</b></p>	<p>Lesquelles? Routine particulière Exemples : Besoin de proximité, de réconfort, de stimulation, de routine particulière...</p>	<p>Lesquelles? Section 1 et section 2 Exemples : (préférence alimentaire, soin nécessaire après) et section 2 : habitude, routine, soins, vêtements, consommation, frileux, etc. fin de section 2 pour mieux connaître la routine de la personne.</p>	<p>Quelle(s) section(s)? : Toutes les sections. Nommez des exemples de besoins pouvant ressortir de la fiche : préférences alimentaire, moment pour hygiène préféré et quel type de soins (douche VS bain), etc.</p>	<p>Quelle(s) section(s)? :          Habitudes liées : hygiène, vêtements et accessoires, consommation, et niveau de soutien offert en lien avec la mobilité de la personne, ses capacités résiduelles, ses routines particulières. Nommez des exemples de besoins pouvant ressortir de la fiche : heure du lever, diner, souper et coucher : 8 h 30; 12 h 30; 15 h 30 et 21 h 30.          Mobilité : Déplacements réalisés à l'aide d'une canne. Offrir un accompagnement lorsque la personne va prendre une marche afin de s'assurer qu'elle s'oriente bien pour son chemin du retour. Capacités résiduelles : Aider la personne à préparer ses effets personnels pour la douche, préparer sa chaise, et laisser la</p>

<p>Potentiel adaptatif (suite)</p>				<p>personne réaliser ses soins seule. Aider la personne à se repérer dans le temps au courant de sa journée à l'aide d'un calendrier et d'un horaire journalier. Favoriser la réalisation d'au moins une activité stimulante par jour, le tout, selon ses intérêts.</p>
	<p><b>Stresseurs</b></p>	<p>Lesquelles: Signes d'inconfort Exemple: éléments de résistance aux soins, réactions particulières à la présence de personnes de couleur noire, impatience si repas trop tardif...</p>	<p>Quelle(s) section(s)? : section 1 et fin de section 1 : signe d'inconfort, section 2 hygiène Nommez des exemples de stresseurs pouvant ressortir de la fiche : alimentation, soins, hygiène (femme ou homme, p.ex), frileux</p>	<p>Quelle(s) section(s)? : Toutes les sections          Nommez des exemples de stresseurs pouvant ressortir de la fiche : Le fait de tenir compte des préférences de la personne pour chacun de ses besoins évite de faire vivre des stress inutiles à la personne. Aussi, la section signe d'inconfort est révélatrice des signaux à surveiller qui nous indique que la personnes est moins bien.tions</p>

<b>Potentiel adaptatif (suite)</b>					a une mobilité réduite, et requiert un fauteuil roulant, l'escalier devient un obstacle, un stresser); etc.
	<b>Réactions physiologique</b>	Lesquelles: Signes d'inconfort Exemples: agitation psychomotrice, verbalisation excessive, manipulation accrue d'objet, comportement moteur	Quelle(s) section(s)? : Fin de section 1 Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche : Signes d'inconfort	Quelle(s) section(s)? : Signes d'inconfort Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche : Il n'y a pas d'exemple, il faut les inscrire. Suggestions : Peu-être fournir des exemples ou une fiche pré-compléter comme guide aux utilisateurs pour qu'il sache quoi noter dans cette section.	Quelle(s) section(s)? : Signes d'Inconfort, Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche : rougeur de la peau, sourcils froncés, agitation physique, yeux fatigués, peau blême, etc.
	<b>Émotions vécues</b>	Lesquelles: Signes d'inconfort / Routines particulières Exemples: peurs, craintes, aversions	Quelles(s) section(s)? : Fin de section 1 ? Ce qui à trait au signe d'inconfort ... ? Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche : Suggestions : difficulté de ciblé les émotions à moins d'une complétion complète de la fiche avec des détails ...	Quelles(s) section(s)? : Dans toutes les sections en identifiant les préférences cela aide à aider la personne à mieux vivre ses émotions dans sa routine quotidienne. La sections signes d'inconfort aussi Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche : Par exemple le fait de préférer	Quelles(s) section(s)? : Signes d'inconfort, Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche : anxiété, peur, inquiétude, colère, etc.

				<p>recevoir les soins d'une femme ou d'un homme, la dernière section aussi sur les particularités de la routine.</p>	
<p><b>Stratégies de coping</b></p>		<p>Lesquelles ? : Trucs utiles Exemples: Tenter diversion avec élément de l'histoire de vie (émotion), Proposer thérapie par l'animal pour diminuer l'anxiété (émotion), proposer activités occupationnelles (problème) pour réduire l'intrusion dans les chambres...</p>	<p>Quelles(s) section(s)? :          Peut se retrouver dans toutes les sections ... dépendamment de la complétion fait par la personne donnant assez d'informations je dirais ...          Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche. Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion.          Suggestions : La fin de la section 1 donne des trucs, la fin de la section 2 peut aider aussi à orienter selon les besoins de la personne (p.ex. routine avec sa femme le matin)</p>	<p>Quelles(s) section(s)? :          Capacités résiduelles, trucs utiles, signes d'inconfort. Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche. Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion : Centrée sur l'émotions: signes d'inconforts.</p>	<p>Quelles(s) section(s)? :          Liées aux Habitudes (hygiène, vêtements, accessoires et consommation); les routines particulières peuvent être une forme de stratégies de coping, une façon de se créer des repères dans la journée, des éléments qui font que la personne se sent bien et en équilibre, malgré les défis liés à ces incapacités ou pertes cognitives, etc. Les préférences alimentaires peuvent également être incluses là-dedans. Car c'est une source de plaisir dans le quotidien. Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche. Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion : Se diriger</p>

					vers un endroit calme, mettre de la musique douce – centré sur le problème (si c'est le bruit et les environnements agités qui dérangent la personne); aller discuter avec un préposé au bénéficiaire (centré sur le problème); se préparer un bon chocolat chaud (centré sur l'émotion); se faire couler un bon bain (émotion);
--	--	--	--	--	--

**Compilation des suggestions et commentaires au questionnaire de l'apport psychoéducatif pour le groupe des collaborateurs en psychoéducation (suite et fin)**

	Participants Éléments d'analyse	5	6	7	8
<b>Potentiel adaptatif (PAD)</b>	<b>Facteurs développementaux</b>	Lesquelles ? : Conditions particulières, médication, mobilité	Lesquelles ? : Mobilité, Capacités résiduelles, particularités liées à l'hygiène	Aucun commentaire	Lesquelles ? : Dentition, appareil auditif, mobilité, capacités résiduelles
	<b>Facteurs psychologiques</b>	Lesquelles ? : Probablement que tu vas en retrouver dans les signes d'inconfort, mais sinon je ne vois pas, je trouve d'ailleurs que l'attitude et le tempérament ne sont pas questionnés.	Lesquelles? : Signes d'inconforts, Préférez-vous recevoir des soins de, consommation	Aucun commentaire	Lesquelles? : Habitudes / Routine particulières
	<b>Besoins</b>	Quelle(s) section(s)? : Toutes Nommez des exemples de besoins pouvant ressortir	Quelle(s) section(s)? : Toutes Nommez des exemples de besoins pouvant ressortir de	Aucun commentaire	Quelle(s) section(s)? : Mobilité, capacités résiduelles, Routines

	de la fiche : Stabilité de routine : garder le moment de l'hygiène totale comme à la maison. Besoin physique : frileux(se)	la fiche : besoins physiologique, psychologique, stimulation, sécurité		particulières, signes d'inconforts et trucs utiles. Nommez des exemples de besoins pouvant ressortir de la fiche : Accompagnement lors des soins, besoins d'être rassurer le soir avant de se coucher.
<b>Stresseurs</b>	Quelle(s) section(s)? Nommez des exemples de stresseurs pouvant ressortir de la fiche : Recevoir les soins par qui, mobilité, signes d'inconfort	Quelle(s) section(s)? : hygiène (préférez-vous recevoir les soins de), consommation, signes d'inconfort  Nommez des exemples de stresseurs pouvant ressortir de la fiche : si la personne consomme et que ses habitudes ne sont pas suivies ceci peut augmenter le stress chez la personne. Si la personne reçoit des soins d'hygiène et qu'elle aimerait mieux les recevoir d'un homme, il est possible de dire que son stress augmentera si c'est une femme qui lui donne.	Aucun commentaire	Quelle(s) section(s)? : Inconforts et truc utiles  Nommez des exemples de stresseurs pouvant ressortir de la fiche : N'aime pas être en présence de trop de gens.

<b>Réactions physiologique</b>	Quelle(s) section(s)? Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche : Signes d'inconfort	Quelle(s) section(s)? : Vêtements et accessoires Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche : Si la personne est frileuse la personne présentera certains signes physiologiques indiquant aux intervenants qu'elle nécessite des vêtements supplémentaires.	Aucun commentaire	Quelle(s) section(s)? : Signes d'inconfort. Nommez des exemples de réactions physiologiques pouvant ressortir de la fiche : Se gratte fréquemment
<b>Émotions vécues</b>	Quelles(s) section(s)? Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche : Signes d'inconfort	Quelles(s) section(s)? : Signes d'inconforts, routines particulières  Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche : Madame pleure le soir avant de se coucher parce qu'elle se sent seule.	Aucun commentaire	Quelles(s) section(s)? : Signes d'inconforts  Nommez des exemples d'émotions pouvant ressortir de la fiche : Nerveux car il est agité.  Suggestions : Rajouter une case : Signes de bien-être

	<p><b>Stratégies de coping</b></p>	<p>Quelles(s) section(s)? :</p> <p>Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche.</p> <p>Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion : Trucs utiles</p>	<p>Quelles(s) section(s)? : trucs utiles, routine particulière</p> <p>Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche.</p> <p>Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion : Adapter une routine le soir pour diminuer le sentiment de solitude de madame au coucher (émotion). La personne tape sur ces cuisses lorsqu'elle est stressée.</p>	<p>Aucun commentaire</p>	<p>Quelles(s) section(s)? : Trucs utiles, Routines particulières.</p> <p>Nommez des exemples de stratégies de coping pouvant ressortir de la fiche. Précisez si centrée sur le problème ou sur l'émotion : Centrée sur l'émotion : Après les repas il va dans sa chambre se relaxer un peu.</p>
--	------------------------------------	--	--	--------------------------	---