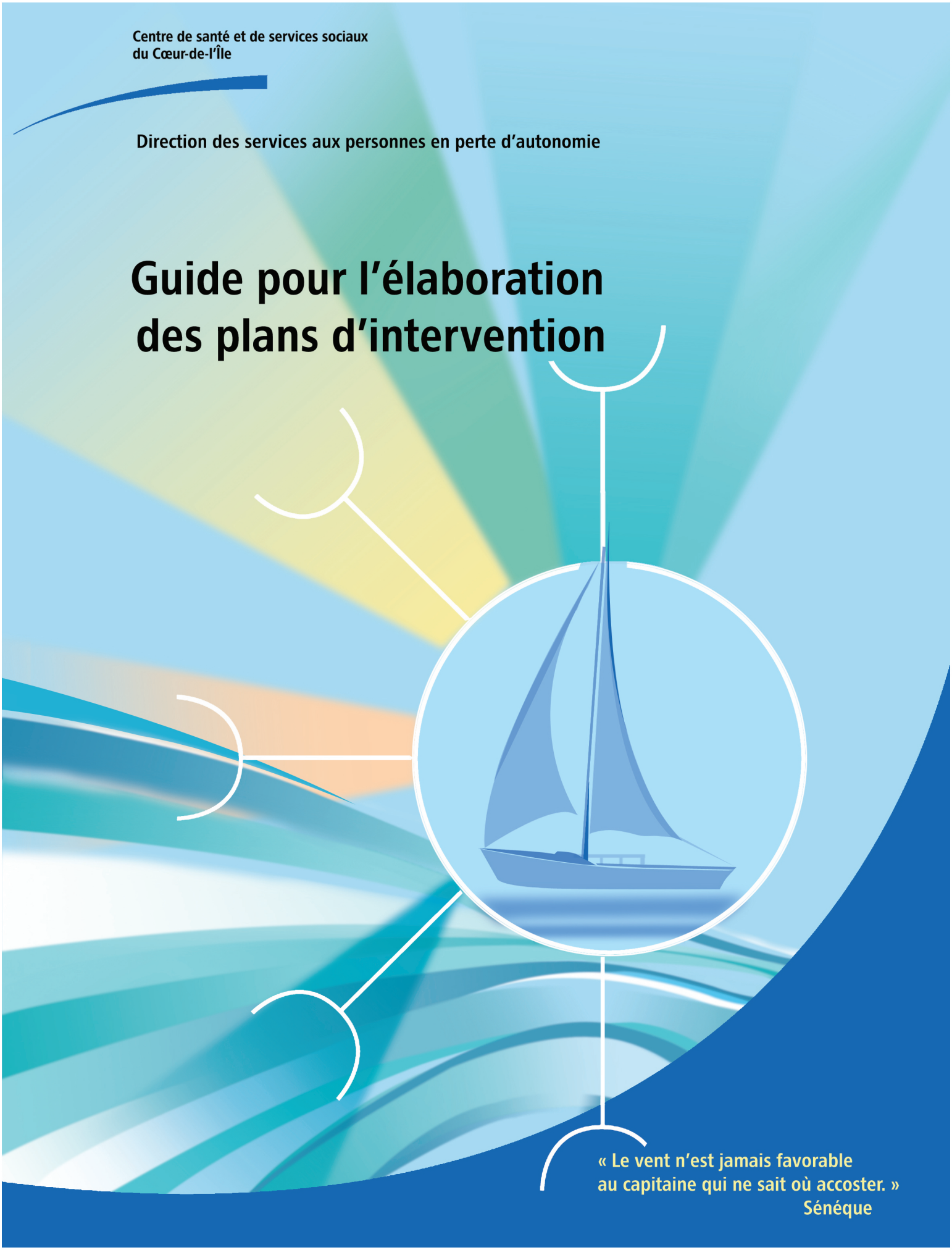
Centre de santé et de services sociaux
du Cœur-de-l'Île

Direction des services aux personnes en perte d'autonomie

Guide pour l'élaboration des plans d'intervention

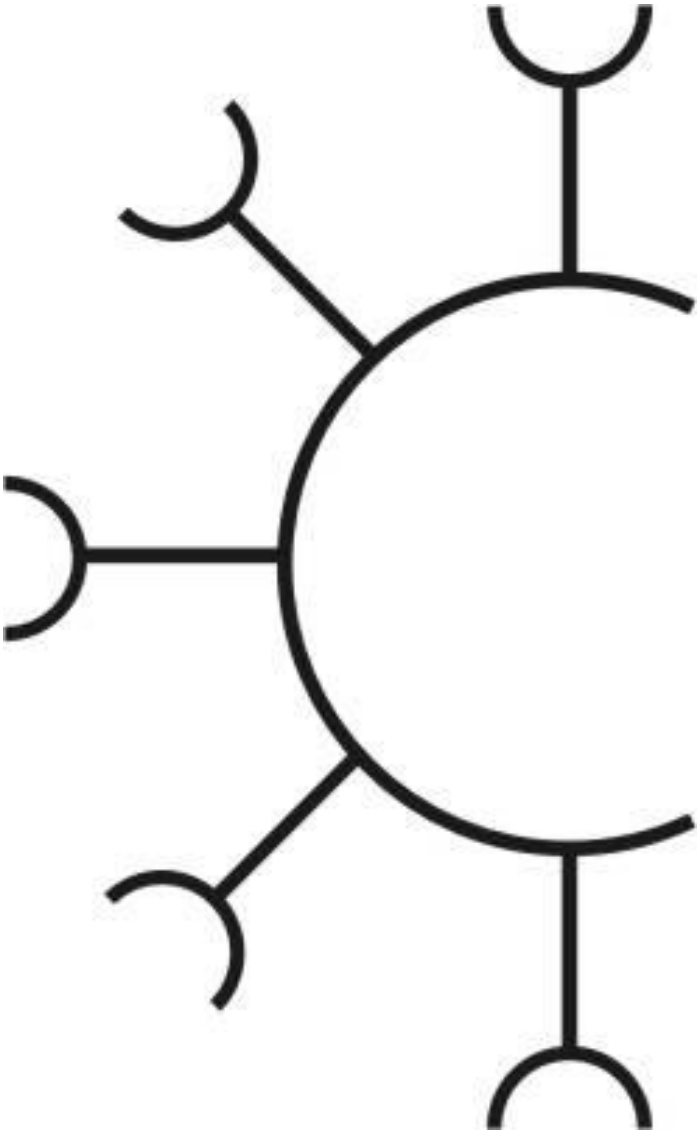


« Le vent n'est jamais favorable
au capitaine qui ne sait où accoster. »
Sénéque

Centre de santé et de services sociaux
du Coeur-de-l'Île

Direction des services aux personnes en perte d'autonomie

Guide pour l'élaboration des plans d'intervention



Rédaction : Suzie Corriveau, ergothérapeute
Monique Fortin, infirmière clinicienne
Jeannine Marsan, agente de relations humaines

Coordonnées : CSSS du Cœur-de-l'Île
Direction des services aux personnes en perte d'autonomie
6520, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P7
Tél. : 514 273-4508

Mise en page : Colette Proulx et Joëlle Ahier

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. Robert Laurin, de la firme Réseau D.O.F., pour ses contenus de formation et ses encouragements, sans lesquels la rédaction d'un tel guide n'aurait pas été possible.

Nous remercions également nos collègues du CLSC de La Petite-Patrie, Johanne Belzile, Caroline Caron, Nathalie Foucault, Mylène Lacoste, Armelle LeBihan, Jacinthe Lemire, Diane Paquette et Sandrine Simoneau-Émard, pour leur précieuse collaboration au cours du processus d'élaboration de ce guide.

Nous remercions nos collègues des CLSC de Villeray et de La Petite-Patrie qui ont pris la peine de nous faire des suggestions afin que la version expérimentale de ce guide devienne un produit encore plus adapté aux besoins des intervenants.

Par souci de l'environnement, nous avons d'abord songé à produire un document recto verso. Néanmoins, l'utilisation du recto a été privilégiée compte tenu que ce guide se veut un outil de travail qui vous permettra d'y consigner vos propres formulations.

Le présent document est disponible à la section « Publications » du site Internet du Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île au www.cssscoeurdelile.ca et sur son site Intranet au http://cdi.intra.mtl.rtsss.qc.ca.

Dépôt légal – 1er trimestre 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-921629-13-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition que la source soit mentionnée : *Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île, 2009*.

Centre de santé et de services sociaux
du Coeur-de-l'Île

PRÉAMBULE

Le *Guide d'élaboration des plans d'intervention* est le fruit d'une étroite collaboration qui s'est développée entre l'ergothérapeute, l'intervenante sociale et l'infirmière de notre organisation.

Les auteures ont été formées aux différentes approches du modèle canadien du rendement occupationnel, du modèle conceptuel en soins infirmiers McGill et des approches communautaires et systémiques, ce qui a teinté l'écriture de ce guide.

La force de ce document tient du consensus entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire qui l'ont créé. Cette synergie a contribué à en assurer la qualité ainsi que sa judicieuse utilisation.

Nous tenons à en souligner la rigueur et la créativité dont ont fait preuve les auteures.

C'est avec fierté que nous vous invitons à découvrir ce document.

Manon Charpentier
Directrice des services aux personnes en perte d'autonomie

Table des matières

Page

INTRODUCTION 1

LE PLAN D'INTERVENTION ET LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX 2

PRINCIPES GÉNÉRAUX POUR L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION 3

- Le concept de **problème** 4
- Le concept de d'**objectif** 6
- Le concept de **moyen** 7
- Exemples de questions à discuter avec l'usager et ses proches 8

EXEMPLES DE FORMULATIONS PROPOSÉES POUR L'ÉLABORATION DES PLANS D'INTERVENTION SELON LES THÈMES ABORDÉS DANS L'OEMC

- ÉTAT DE SANTÉ

1. Histoire de santé 9
2. Santé physique 9
   - Fonction motrice 10
3. Santé psychique 11
4. Soins particuliers
   - Soins ou traitements à domicile 13
   - Autosoins 14
   - Tissus cutanés et muqueuses 15
5. Médication 16

- HABITUDES DE VIE

1. Alimentation 17
2. Sommeil 18
3. Consommation de tabac 19
4. Consommation d'alcool et de drogue 20
5. Activités personnelles et de loisirs 21

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

1. Se nourrir 22
2. Se laver 23
3. S'habiller 24
4. Entretenir sa personne 23
5. Fonction vésicale 25
6. Fonction intestinale 25
7. Utiliser les toilettes 26

B. MOBILITÉ

1. Transfert 27
2. Marcher à l'intérieur 28
3. Installer prothèse ou orthèse 30
4. Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur 28
5. Utiliser les escaliers 31
6. Circuler à l'extérieur 32

Page

C. COMMUNICATION
1. Voir 33
2. Entendre 34
3. Parler 35

D. FONCTIONS MENTALES
1. Mémoire 36
2. Orientation 36
3. Compréhension 36
4. Jugement 36
5. Comportement 36
- Difficultés d'organisation et de planification 38

E. TÂCHES DOMESTIQUES (AVD)
1. Entretenir la maison 39
2. Préparer les repas 40
3. Faire les courses 41
4. Faire la lessive 42
5. Utiliser le téléphone 43
6. Utiliser les moyens de transport 44
7. Prendre ses médicaments 46
8. Gérer son budget 47

- SITUATION PSYCHOSOCIALE
1. Histoire sociale
   - Deuil 48
   - Immigration 50
2. Milieu familial 51
   - Abus, violence ou négligence 53
3. Aidants principaux 55
4. Réseau social 51
5. Ressources communautaires, publiques et privées 58
6. État affectif 59
7. Perception de l'usager
   - Difficulté d'adaptation 61
   - Difficulté à accepter l'aide et les recommandations 63
   - Changement de milieu de vie 64
8. Sexualité 65
9. Croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles 66

- CONDITIONS ÉCONOMIQUES
1. Capacité de faire face à ses obligations selon ses revenus actuels 67

- ENVIRONNEMENT PHYSIQUE
1. Conditions du logement 68
2. Sécurité personnelle et environnementale 70
3. Accessibilité 71
4. Proximité des services 72

- AUTRES PROBLÈMES 73

CONCLUSION 75

ANNEXE
- Modèle de synthèse pour l'OEMC 76

Introduction

« En 1969, lorsque Neil Armstrong est descendu de la fusée Apollo pour marcher sur la Lune, nous avions déjà appris une ou deux choses sur la façon de viser une cible. En réalité, Apollo avait parcouru « en ligne droite » quelque 380 000 kilomètres vers la Lune, en dérivant de cette droite à peu près 80 % du temps. Et pourtant, Apollo a aluni à quelques mètres seulement du point visé. Naviguer dans les airs ou sur l'eau exige une correction constante du déplacement. On atteint sa destination parce que l'on connaît son point de départ, le point où l'on veut arriver, et parce que l'on corrige sa course quand la trajectoire ou la vitesse ne conviennent pas ».[1]

Afin d'aider les gens qui font appel à nous à garder le cap sur leurs objectifs, il est fondamental d'élaborer avec eux un plan d'intervention qui identifie les difficultés à surmonter, détermine les résultats visés et les moyens pour y parvenir. Cependant, outre le principal défi qui consiste à en faire des outils répondant réellement aux besoins des gens, il y a aussi la difficulté de la rédaction des plans au quotidien.

Ce document se veut donc un outil de référence afin de faciliter l'élaboration des plans. Dans ce contexte, les différents problèmes ont été répertoriés selon l'ordre abordé dans l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). Cette façon de faire tient compte du fait que le formulaire « Plan d'intervention et d'allocation de services » se situe en continuum des formulaires d'évaluation et de réévaluation de l'OEMC.

Ainsi, après avoir révisé les principes généraux qui sous-tendent l'élaboration d'un plan d'intervention et cité quelques exemples de questions à discuter avec l'usager et ses proches, les thèmes contenus dans l'OEMC seront abordés de la façon suivante : l'état de santé et les habitudes de vie, les activités quotidiennes, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques. Enfin, le guide se terminera par la situation psychosociale, les conditions économiques, l'environnement physique et quelques exemples d'autres problèmes. Ce guide ne prétend pas répertorier toutes les formulations possibles, il offre plutôt des suggestions que vous pourrez adapter à votre pratique quotidienne.

---

[1] Lynch, D. Kordis, P.L., La stratégie du dauphin, 1994, Les Éditions de l'Homme, p. 150. Tiré de : Pour plus d'aisance et de confort avec les plans d'intervention – CLSC de La Petite-Patrie, par Robert Laurin.

Extraits de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Loi 120 (1994, chapitre S-4.2)

Article 10

« Tout usager a le **droit de participer** à toute décision affectant son état de santé et de bien-être.

Il a notamment le **droit de participer** à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans ».

Article 102

« Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505, dans la mesure qui est prévue, **un plan d'intervention** afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination de services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement ».

Principes généraux pour l'élaboration d'un plan d'intervention

1. L'usager et ses proches sont au cœur du plan d'intervention; les objectifs du plan traduisent donc des résultats visés **à la fois** par le ou les clients et par les intervenants.

2. L'usager et ses proches sont des partenaires **essentiels** à l'élaboration, la révision et l'évaluation du plan d'intervention.

3. Le plan d'intervention est un instrument **clinique** : il est, en soi, un outil d'intervention et se doit d'être élaboré dans un langage compréhensible par l'usager et ses proches.

4. Le plan d'intervention est un instrument **administratif** : il synthétise, sous forme contractuelle, les engagements respectifs du CLSC, de l'usager et de ses proches, en rapport avec la résolution des problèmes identifiés conjointement.

5. Le plan d'intervention est un instrument de **concertation** : il rallie les partenaires autour d'objectifs communs et réduit les risques d'orientations contradictoires.

LE CONCEPT DE **PROBLÈME** [2]

Il faut distinguer les « problèmes » des réalités. Un problème, cela se résout. Quand aucune solution n'est envisageable, ce n'est pas un problème mais une réalité à laquelle nous sommes confrontés. C'est ainsi que la plupart des diagnostics constituent des réalités. Les réalités sont donc les aspects non transformables (du moins à brève échéance) d'une situation, soit parce que l'usager n'a pas de pouvoir sur la situation ou parce qu'il n'est pas prêt à s'engager à la transformer.

Les problèmes sont les aspects transformables d'une situation, mais une même situation n'est pas un problème pour tous ceux et celles qui doivent y faire face. Cela devient un problème à inscrire au plan d'intervention lorsque cela crée chez l'usager un inconfort suffisant pour susciter un désir de passage d'une situation insatisfaisante à une situation plus satisfaisante.

Dans certaines situations exceptionnelles, des plans d'intervention peuvent être amorcés même si la personne ne reconnaît pas ses difficultés; en fait, il s'agit alors de « plans de protection » pour des personnes dont la santé et la sécurité sont compromises et pour lesquelles il nous faut intervenir en raison de leur inaptitude ou d'une grande vulnérabilité. Ces situations de « protection » rendent légitimes, jusqu'à un certain point, des sections unilatérales au plan d'intervention.

Dans ce guide, la formulation des problèmes débutera souvent par « Difficulté à… » en référence à la souffrance vécue par le client ou à son incapacité à compenser le problème. Le terme « relié à… » sera utilisé pour donner certains exemples des causes à l'origine des problèmes cités. Par contre, il n'y aura pas d'énumération des manifestations possibles des problèmes soulevés afin de ne pas alourdir le texte. Il est toutefois suggéré de bien observer de quelle façon se manifestent concrètement les problèmes que vous jugerez bon d'inscrire dans vos plans d'intervention, car c'est à partir de ces manifestations que vous pourrez formuler des objectifs précis et mesurables. Les seuls cas où les manifestations sont inscrites suite à l'énoncé du problème sont ceux où il est question d'évaluer des situations spécifiques et il est alors impossible d'indiquer le « relié à… ».

[2] Les concepts de **problème**, **objectif** et **moyen** proposés dans ce guide ont été élaborés à partir de la formation « Pour plus d'aisance et de confort avec les plans d'intervention » donnée par Robert Laurin, de la firme Réseau D.O.F., le 15 mai 2003, au CLSC de La Petite-Patrie

LE CONCEPT DE **PROBLÈME** (suite)

Une personne peut choisir de ne pas formuler de projet face à certains problèmes qui nous apparaissent importants ou lourds de conséquence; elle peut même refuser que nous nous en occupions. Dans certains cas, l'intervenant pourra alors inscrire le problème identifié en mettant dans la colonne « objectifs » : aucun résultat visé pour le moment.

Par exemple :

PROBLÈMES	OBJECTIFS	MOYEN
Difficulté à gérer ou contrôler son taux de sucre	.. Aucun résultat visé pour le moment ou .. Refus de service	Aucun

Ce type d'inscription protège l'intervenant qui considère cette difficulté trop fondamentale pour qu'elle n'apparaisse pas au plan d'intervention de l'usager. Le fait de n'y ajouter aucun objectif respecte la volonté d'un usager « apte » à faire ses choix et à assumer son refus « éclairé » de services, pour le moment.

LE CONCEPT D'**OBJECTIF**

Un objectif, c'est un résultat pour le client et non pour l'intervenant. Il doit être réaliste et stimulant, clair et précis, observable, mesurable et défini dans le temps. L'aspect « mesurable » de l'objectif est essentiel, il faut dépasser l'évaluation subjective par l'usager et anticiper certains constats qui nous permettront de déduire que l'OBJECTIF SERA ALORS ATTEINT. Plus les objectifs porteront sur des résultats concrets, plus l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs en sera facilitée. C'est d'ailleurs la portée des objectifs qui déterminera la date de révision du plan.

Pour décrire avec facilité un objectif, il faut se placer mentalement à l'échéance et anticiper le résultat qui sera alors obtenu pour l'usager. L'usage du futur antérieur « Monsieur aura pris une décision… » ou d'expressions futures telles que « Madame sera capable de… » peuvent aider.

Il existe deux principaux types d'objectifs :

.. des objectifs d'**habilitation** ou de **transformation** qui font référence à un processus de changement. De tels objectifs seront formulés ainsi : « • **D'ici à telle date…, Monsieur ou Madame sera capable de …** ou **aura fait…** »

.. des objectifs de **compensation** qui font référence à « faire à la place de… » en partie ou totalement. De tels objectifs seront formulés ainsi : « • **À compter de telle date…, la tâche sera effectuée par…** »

LE CONCEPT DE **MOYEN**

Nous avons, dans cette section, énuméré quelques exemples de moyens possibles. Cette liste est loin d'être exhaustive et les interventions répertoriées n'y seront pas détaillées.

Il faut reconnaître qu'il y a toute une marge entre la facilité à formuler des moyens et la difficulté à les mettre en application. En fait, « dans la perspective du respect de l'autonomie du sujet », il ne s'agit pas tant d'avoir de bonnes idées que de savoir établir un contexte pour la gestion d'un problème.[3] Une bonne stratégie d'intervention, c'est avant tout une question d'**attitude** envers l'usager et ses proches, de **lien de confiance,** de **respect** et de **relation de collaboration**.

« Il est important de se rappeler que la ou les solutions appropriées au problème de votre client existent d'abord et avant tout au sein de la personne/famille ».[4]

---

[3] D^re^ Suzanne Lamarre, Aider sans nuire, Les Éditions Lescop, p. 75.

[4] Danielle Paquette Desjardins, tiré du document «Agents multiplicateurs McGill : application du modèle McGill», section IV.

Dans le but de permettre l'élaboration d'un plan d'intervention qui répond réellement aux besoins.

PROBLÈMES

- Votre demande vise-t-elle à changer quelque chose dans votre situation?
  Concrètement ou psychologiquement?
  (Choisissez quelque chose qui peut **se résoudre, se transformer ou se compenser.**)

OBJECTIFS

- Qu'est-ce que vous attendez comme résultat?
- Qu'est-ce qui va vous permettre de savoir que c'est atteint?
- Combien de temps vous donnez-vous pour y arriver?

MOYENS

- Qu'est-ce que vous comptez faire pour y arriver?
- Qu'est-ce qui peut vous permettre d'y arriver?
- Qu'est-ce que je peux faire pour vous y aider? (moyens concrets, moyens psychologiques)

Exemples de formulations proposées pour l'élaboration des plans d'intervention selon les thèmes abordés dans l'OEMC

ÉTAT DE SANTÉ

1. Histoire de santé (p. 2) – OEMC et 2. Santé physique (p. 2) - OEMC

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Instabilité, détérioration ou risque de détérioration de l'état de santé relié à : .. soins palliatifs (ex. : traitement de radio ou de chimiothérapie) .. maladies chroniques ou aiguës (ex. : MPOC, diabète, HTA, dénutrition, etc.) .. manque d'information .. prise d'alcool/drogues/médicaments .. etc. • Douleur non contrôlée reliée à : .. soins palliatifs .. toute autre pathologie	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable de reconnaître les symptômes correspondant à ses problèmes de santé.* .. *Monsieur/Madame aura constaté une diminution de ses symptômes (ex. : constipation, douleur, dysphagie, etc.).* .. *Monsieur/Madame aura diminué le nombre de visites au centre hospitalier.* .. *Monsieur/Madame aura mis en application les principaux éléments de son plan d'action.* .. *Monsieur/Madame aura constaté une amélioration de sa condition de santé.* .. *Monsieur/Madame aura constaté une diminution de ses douleurs.* .. *Monsieur/Madame aura constaté une amélioration de sa condition de santé.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi infirmier :

.. actions en fonction des symptômes (ex. : gestion de la douleur sur échelle);

.. surveillance des indicateurs de santé;

.. enseignement ⇨ voir outils d'enseignement spécifiques;

.. surveillance de l'état physique en spécifiant le système concerné;

.. suivi du dossier à domicile;

.. etc.

ÉTAT DE SANTÉ

1. Histoire de santé (p. 2) – OEMC et 2. Santé physique (p. 2) - OEMC

Fonction motrice

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Perte de mobilité articulaire, perte de force, douleur, diminution de l'endurance reliée à : .. arthrose\arthrite .. fracture .. chirurgie récente .. déconditionnement .. etc. • Inconfort ou douleur relié à : .. alitement .. positionnement inadéquat .. usage prolongé du fauteuil roulant .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura rapporté une diminution significative de sa douleur (sur une échelle de douleur).* .. *Monsieur/Madame aura récupéré de la force musculaire ou de l'amplitude articulaire.* .. Monsieur/Madame aura récupéré un niveau fonctionnel de ses capacités physiques. .. Monsieur/Madame aura rapporté une amélioration de son confort.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Démarches pour un suivi au centre de jour (maintien des capacités physiques) ou à l'hôpital de jour (suivi intensif, retour à l'autonomie antérieure).
- Suivi en physiothérapie :
  .. gestion de la douleur (usage de modalités thérapeutiques);
  .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices;
  .. conseils posturaux;
  .. enseignement sur la condition et son évolution probable;
  .. etc.
- Suivi en ergothérapie :
  .. enseignement à la personne/famille/réseau sur les principes de protection des articulations et de conservation d'énergie;
  .. recommandations et essais de surfaces thérapeutiques/d'aides techniques pour le positionnement;
  .. référence et suivi à la clinique de positionnement des centres spécialisés;
  .. etc.
- Suivi infirmier :
  .. contrôle de la douleur;
  .. accompagnement pour suivi médical;
  .. application des recommandations et prescriptions médicales;
  .. etc.

ÉTAT DE SANTÉ

3. Santé psychique (p. 3) - OEMC
➔*Voir aussi section «FONCTIONS MENTALES», p. 36 et «État affectif», p. 59 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Condition de santé psychique altérée, non évaluée manifestée par : .. symptômes perturbant la qualité de vie ou la sécurité de la personne et de son entourage (ex. : symptômes dépressifs, idées suicidaires, propos paranoïdes, hallucinations, troubles de comportement, etc.)	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura une meilleure compréhension de sa condition de santé psychique et bénéficiera d'un traitement approprié, s'il y a lieu, et de la mise en place de mesures pour améliorer sa situation. .. *Monsieur/Madame (et son entourage, s'il y a lieu) aura constaté une diminution de la fréquence ou de l'intensité des symptômes perturbateurs suivants …*
• Présence d'idéations suicidaires reliées à : .. état dépressif .. isolement .. relations difficiles avec entourage .. facteurs déclencheurs : perte d'un être cher, conflit familial, annonce d'un nouveau diagnostic ou évolution de la maladie, changement de milieu de vie, etc. .. abus d'alcool .. etc.	.. *Monsieur/Madame ne tiendra plus de propos suicidaires et aura exprimé des perspectives plus positives concernant sa situation.* .. *Monsieur/Madame aura repris goût à… (intérêt, activité).* .. Monsieur/Madame exprimera sa souffrance sans envisager le suicide comme alternative.
• Présence d'idées paranoïdes reliées à : .. démence en évolution .. problème psychiatrique .. observance inadéquate de la médication .. modification du contexte .. etc.	.. Monsieur/Madame aura réduit de façon significative ses plaintes à l'entourage concernant…(bruits, vols, etc.). .. Monsieur/Madame aura constaté une diminution de sa souffrance psychique (mesurée sur une échelle de douleur).

(suite page suivante)

ÉTAT DE SANTÉ

3. Santé psychique (suite) (p. 3) - OEMC

➔ *Voir aussi section «FONCTIONS MENTALES», p. 36 et «État affectif», p. 59 du Guide.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Poursuite d'évaluation et utilisation des outils d'évaluation appropriés aux situations (ex. : échelle de dépression gériatrique (GDS), outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile, idées suicidaires (COQ), etc.).

- Référence et suivi de la référence au médecin traitant, en psychogériatrie ou en psychiatrie.

- Référence à un groupe communautaire de soutien.

- Suivi psychosocial :

  .. exploration de la souffrance, validation des émotions et recherche des compétences;
  .. développer un lien de confiance et de soutien pour faciliter la recherche commune de solutions;
  .. faciliter l'adaptation à une nouvelle situation, recadrage positif;
  .. élaboration du génogramme;
  .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  .. etc.

- Suivi infirmier : soutien à l'ajustement et à l'introduction de médication.

- Etc.

ÉTAT DE SANTÉ	
4. Soins particuliers (p. 3) - OEMC	
Soins ou traitements à domicile	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à recevoir les soins ou les traitements prescrits reliée à : .. des problèmes de mobilité .. la saison hivernale .. limitations cognitives .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura accès à des ressources de transport pour les rendez-vous médicaux. • À compter de telle date… .. Les soins ou les traitements tels que prescrits à Monsieur/Madame seront dispensés à domicile.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi infirmier : prélèvements à domicile (INR, dosage de Clozaril, etc.); injections (vitamine B_{12}, Haldol, etc.); soins d'un Picc Line, d'un drain, d'une sonde urinaire, etc.; .. autres traitements (Aredia, etc.); .. démarches pour ressources de transport; .. etc.	

ÉTAT DE SANTÉ	
4. Soins particuliers (p. 3) - OEMC	
Autosoins	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à effectuer ou à gérer ses autosoins reliée à : .. une nouvelle situation .. une chirurgie récente : - stomie - trachéotomie, etc. .. un acte médical invasif (ex. : sonde urinaire) .. limitations physiques .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable d'effectuer ses autosoins avec ou sans l'aide du réseau.* .. Monsieur/Madame aura diminué le nombre d'appels à l'aide. • À compter de telle date… .. Les soins de Monsieur/Madame seront effectués. .. Monsieur/Madame aura trouvé une ressource dans son réseau afin qu'elle effectue ou gère ses autosoins.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi infirmier : .. enseignement à la personne/famille/réseau selon les programmes spécifiques : Stomie urinaire; Stomie digestive; MPOC; Insuffisance cardiaque; Diabète Hypertension artérielle; .. application des activités confiées à des non professionnels dans le cadre de la Loi 90; suivi infirmier sur une base régulière afin d'effectuer les soins à domicile; etc.	

ÉTAT DE SANTÉ	
4. Soins particuliers (p. 3) - OEMC	
Tissus cutanés et muqueuses	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Atteinte ou risque d'atteinte de l'intégrité de la peau et/ou des muqueuses relié à : .. des lésions - chirurgicales - traumatiques - liées à une orthèse inadéquate - etc. .. des points de pression .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura amélioré ou stabilisé l'intégrité de sa peau.* .. Monsieur/Madame aura amélioré son atteinte cutanée.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi en nutrition :
  - .. détermination et recommandation du plan de traitement nutritionnel;
  - .. etc.
- Enseignement des principes de positionnement à la personne/famille/réseau.
- Suivi infirmier :
  - .. pansement et soins de plaies tels que recommandés par l'infirmière ou prescrits par le médecin;
  - .. enseignement des soins de plaies;
  - .. application des activités confiées à des non professionnels dans le cadre de la Loi 90;
  - .. etc.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. Recommandations et essais d'aides techniques/surfaces thérapeutiques;
  - .. etc.

ÉTAT DE SANTÉ	
5. Médication (p. 3) - OEMC ➔ *Voir aussi «Prendre ses médicaments», p. 46 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Prise inadéquate de la médication reliée à : .. manque d'information .. limitations cognitives .. limitations physiques .. polymédication .. non-respect du traitement .. manque de ressources financières .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura pris sa médication selon prescription.*
• Effets secondaires reliés à : .. prise de médication .. etc.	.. Monsieur/Madame aura constaté une diminution des effets secondaires (ex. : constipation sur prise de narcotiques, etc.).
• Interaction médicamenteuse problématique reliée à : .. prise de produits naturels .. prise d'alcool/drogues .. etc.	.. Monsieur/Madame aura acquis les connaissances appropriées concernant les interactions médicamenteuses néfastes.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi infirmier : .. enseignement concernant la médication ou les techniques d'administration; .. enseignement spécifique concernant les produits naturels (voir feuillets); .. application des activités confiées à des non professionnels dans le cadre de la Loi 90; .. livraison quotidienne par la pharmacie pour la distribution des médicaments; .. contrôle des symptômes; .. suivi de la dosette ou du «dispill»; .. faire demande de médicaments d'exception; .. traitement sous observation direct (T.O.D.) ; .. etc. • Suivi psychosocial : .. soutien à l'organisation budgétaire; .. etc.	

HABITUDES DE VIE	
1. Alimentation (p. 4) – OEMC ➔ *Voir aussi «Préparer les repas», p. 40 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Perturbation de l'état nutritionnel reliée à : .. problèmes mécaniques (ex. : dysphagie) .. problèmes psychosociaux (ex. : démence, dépression) .. problèmes physiques (ex. : néo, MPOC) .. habitudes de vie problématique .. etc. • Non-observance du plan de traitement nutritionnel prescrit reliée à : .. manque d'information .. manque de ressources	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura constaté un changement de son état nutritionnel par l'amélioration des indicateurs identifiés.* .. *Monsieur/Madame aura un rythme prandial optimal (ex. : prise de deux repas/jour).* .. *Monsieur/Madame aura acquis les connaissances appropriées concernant le plan de traitement nutritionnel et sera en mesure de l'appliquer.* .. *Monsieur/Madame sera capable de respecter la diète prescrite.*
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Fournir les ressources appropriées (ex. : popote, traiteurs). • Suivi en nutrition : .. application du plan de traitement nutritionnel; .. surveillance de l'état nutritionnel; .. suivi selon le cadre de référence du protocole CRED; .. etc. • Suivi infirmier : .. renforcement du plan de traitement nutritionnel préétabli par la nutritionniste • Suivi psychosocial : soutien à l'élaboration du budget, accompagnement/orientation vers les ressources communautaires appropriées (ex. : dépannage alimentaire, cuisine collective), écoute/soutien, etc. • Suivi en ergothérapie (intervention dans les problématiques de dysphagie) : .. recommandations et essais de positionnement et d'aides techniques; .. enseignement de techniques d'alimentation à la personne/famille/réseau; .. etc. • Mise en place de services d'aide. • Etc.	

HABITUDES DE VIE	
2. Sommeil (p. 5) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Sommeil insatisfaisant relié à : .. stress .. problèmes de santé .. douleurs .. problèmes de médication (ex. : interactions médicamenteuses, etc.) .. manque de stimuli le jour .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame s'endormira dans l'heure qui suit le coucher. .. Monsieur/Madame verra la fréquence des réveils nocturnes diminuée de moitié. .. Monsieur/Madame aura rapporté avoir un sommeil plus réparateur.
• Surconsommation de médicaments pour dormir reliée à : .. habitude de longue date .. méconnaissance des habitudes de vie favorisant le sommeil, etc. .. etc.	.. Monsieur/Madame aura réduit sa consommation de somnifères, selon le plan établi en collaboration avec son médecin.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Soutien à Monsieur/Madame pour identifier les facteurs et événements qui nuisent au sommeil et mettre en application des conseils pour contrer l'insomnie.
- Référence à un groupe d'activités; soutien pour augmenter le niveau d'activité pendant la journée et diminuer les occasions de faire des siestes.
- Référence et suivi de la référence au médecin traitant, en psychogériatrie ou en gériatrie (ex. : évaluation de la prise de somnifères et sevrage, etc.).
- Suivi de la douleur, etc.
- Etc.

3. Consommation de tabac (p. 5) - OEMC

➔ *Voir aussi «Sécurité personnelle et environnementale», p. 70 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Exacerbation des symptômes de MPOC/MCAS reliée à : .. un tabagisme actif ou passif	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura identifié au moins deux conséquences négatives à sa consommation de tabac.* .. *Monsieur/Madame aura fait des démarches auprès d'une ressource pour le soutien à la cessation du tabac.* .. *Monsieur/Madame aura diminué de moitié sa consommation de cigarettes.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Fournir les ressources : programme CAT (Centre d'abandon du tabagisme), défi tabac, etc.
- Soutien/encouragement.
- Suivi infirmier :
  .. enseignement selon les programmes spécifiques :
  - MPOC
  - MCAS
- Etc.

HABITUDES DE VIE	
4. Consommation d'alcool et de drogue (p. 5) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Surconsommation d'alcool/drogue reliée à : .. divers agents stresseurs (deuil récent, séparation, etc.) .. isolement, manque de soutien ou d'activités .. habitude de longue date .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura réfléchi à la fonction de sa consommation dans sa vie et à ses conséquences.* .. *Monsieur/Madame aura réduit de moitié sa consommation d'alcool.* .. *Monsieur/Madame aura constaté une réduction sensible des symptômes suivants liés à la surconsommation d'alcool : chutes, agressivité verbale envers l'entourage, etc.* .. *Monsieur/Madame aura participé régulièrement à un groupe de soutien ou de réadaptation en toxicomanie.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence au centre de jour ou à un autre groupe d'activité du quartier ;
- Encourager Monsieur/Madame à contacter le Centre Dollard-Cormier, Alcochoix, les A.A. ou un centre de désintoxication;
- Suivi psychosocial :
  - .. identifier avec Monsieur/Madame ses sources de stress et moyens alternatifs autres que l'alcool pour y faire face;
  - .. exploration du sens et fonction de la consommation;
  - .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  - .. etc.
- Etc.

HABITUDES DE VIE	
5. Activités personnelles et de loisirs (p. 5) - OEMC ➔ *Voir aussi section «État affectif», p. 59 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Activités de loisirs insatisfaisantes pour Monsieur/Madame ou • Isolement, sentiment de solitude relié à .. perte du réseau social .. problèmes de santé physique ou psychique .. incapacité à sortir .. manque d'information concernant les ressources du quartier .. etc. • Réduction importante des activités de la vie sociale reliée à .. maladie grave .. perte d'autonomie .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura fait l'essai d'une activité de groupe à l'extérieur de son domicile.* .. Monsieur/Madame aura participé pendant un mois à une nouvelle activité hebdomadaire. .. Monsieur/Madame aura repris goût à au moins une activité pratiquée antérieurement (à la maison ou à l'extérieur). .. Monsieur/Madame aura identifié au moins une activité à laquelle il/elle pourrait participer pour se divertir ou pour maintenir une vie sociale qui lui convient.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Exploration des intérêts personnels et de loisirs de la personne. • Information concernant les ressources communautaires du quartier ou autres. • Référence au centre de jour, aux Petits Frères des Pauvres, etc. • Démarches pour l'obtention du transport adapté, etc. • Suivi en ergothérapie : .. recommandations et essais d'aides techniques pour faciliter les loisirs ou leur accès; .. soutien dans la recherche des ressources de loisirs accessibles pour la personne; .. etc. • Suivi psychosocial : .. soutien dans les démarches de socialisation et d'intégration sociale; .. etc. • Etc.	

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

1. Se nourrir (p. 6) - OEMC
   ➔ ***Voir aussi «Alimentation», p. 17 du Guide.***

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à se nourrir de façon autonome reliée à : .. limitations physiques (perte de mobilité articulaire, perte de force de préhension, perte de coordination, perte de dextérité, spasmes, tremblements, etc.) .. limitations cognitives .. porteur de sonde de nutrition entérale ou parentérale .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable de couper ses aliments.* .. Monsieur/Madame sera capable de porter les aliments à sa bouche avec un minimum de dégât. • À compter de telle date… .. Les besoins nutritionnels de Monsieur/Madame seront comblés de façon sécuritaire et optimale.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi en ergothérapie :
  .. recommandations et essais d'aides techniques;
  .. enseignement de nouvelles méthodes et entraînement à l'utilisation d'aides techniques à la personne/famille/réseau;
  .. etc.
- Suivi en nutrition :
  .. détermination et mise en application du plan de traitement nutritionnel;
  .. surveillance de l'état nutritionnel;
  .. etc.
- Mise en place de services d'aide.
- Etc.

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
2. Se laver (p. 6) - OEMC et 4. Entretenir sa personne (p. 7) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à se laver au bain ou à l'éponge de façon autonome et sécuritaire *ou* • Difficulté ou incapacité à effectuer son transfert au bain de façon sécuritaire *ou* • Difficulté ou incapacité à se coiffer, se faire la barbe, se brosser les dents ou se couper les ongles reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision , tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame sera capable d'effectuer son hygiène complète de façon autonome et sécuritaire. .. *Monsieur/Madame aura mis en place des moyens supplémentaires pour avoir une hygiène convenable.* .. *Monsieur/Madame sera capable d'utiliser une méthode sécuritaire de transfert au bain.* .. *Monsieur/Madame sera capable de se brosser les dents de façon autonome.* .. *Monsieur sera capable de se faire la barbe de façon autonome.* • *À compter de telle date…* .. *L'hygiène complète de Monsieur/ Madame sera effectuée de façon régulière.* .. *Les soins des ongles de Monsieur/ Madame seront effectués de façon régulière.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Enseignement aux proches aidants (surveillance, stimulation, etc.).
- Encourager la personne à utiliser les ressources (coiffure à domicile, soins des ongles à domicile, etc.).
- Suivi en ergothérapie :
  .. recommandations et essais d'aides techniques;
  .. enseignement de nouvelles méthodes et entraînement à l'utilisation des aides techniques à la personne/famille/réseau;
  .. etc.
- Mise en place de services d'aide.
- Etc.

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
3. S'habiller (p. 6) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à s'habiller reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) limitations cognitives etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame sera capable de s'habiller seul. .. Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour s'habiller seul. • À compter de telle date… .. L'habillage de Monsieur/Madame sera effectué de façon régulière.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi en ergothérapie : .. recommandations et essais d'aides techniques/vêtements adaptés; .. enseignement de nouvelles méthodes et entraînement à l'utilisation d'aides techniques/vêtements adaptés à la personne/famille/réseau; .. soutien dans le changement des habitudes; .. etc. • Mise en place de services d'aide. • Etc.	

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
5. Fonction vésicale et 6. Fonction intestinale (p. 7) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
	• D'ici à telle date…
• Difficulté ou incapacité à retenir ses urines ou ses selles reliée à : .. troubles physiques (diagnostic, urgence mictionnelle, manque de contrôle des sphincters, etc.) .. limitations cognitives .. sommeil profond .. environnement (chambre éloignée de la salle de bain, etc.) .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura fait l'essai de nouveaux moyens pour éviter de souiller ses vêtements/draps.*
• Difficulté ou incapacité à éliminer ses urines ou ses selles reliée à : .. troubles physiques (diagnostic neurologique, etc.)	.. Monsieur/Madame sera capable d'effectuer ses techniques d'élimination (cathétérisme, curage rectal, etc.).

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Démarches pour l'obtention de subventions.
- Encourager la personne à l'utilisation/acceptation de méthodes alternatives (culotte d'incontinence, protège-dessous).
- Suivi en ergothérapie : recommandations et essais d'aides techniques.
- Suivi infirmier :
  - .. enseignement des techniques à la personne/famille/réseau;
  - .. voir p. 14 section « soins particuliers ».
- Etc.

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
7. Utiliser les toilettes (p.8) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à utiliser les toilettes de façon autonome et sécuritaire reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. environnement (toilette basse, etc.) .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable d'utiliser la toilette de façon autonome et sécuritaire.* .. *Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour faire son hygiène périnéale convenablement.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations et essais d'aides techniques/vêtements adaptés;
  - .. enseignement de nouvelles méthodes et entraînement à l'utilisation d'aides techniques/ vêtements adaptés à la personne/famille/réseau;
  - .. etc.
- Suivi en physiothérapie :
  - .. enseignement et entraînement aux transferts;
  - .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices préparant l'exécution du transfert.

B. MOBILITÉ	
1. Transferts (p. 8) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à effectuer son transfert lit ↔ debout ou mobilisation au lit reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. environnement (hauteur du lit, type de lit, emplacement des meubles, etc.) .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable d'utiliser une méthode de transfert sécuritaire.* .. *Monsieur/Madame aura appliqué des mesures supplémentaires de sécurité.* .. Monsieur/Madame sera capable de changer de position de façon autonome.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations et essais d'aides techniques;
  - .. soutien dans le changement des habitudes;
  - .. enseignement PDSB de nouvelles méthodes et entraînement à l'utilisation des aides techniques à la personne/famille/réseau;
  - .. etc.
- Suivi en physiothérapie
  - .. enseignement et entraînement aux transferts;
  - .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices préparant l'exécution du transfert;
  - .. recommandations et essais d'aides techniques;
  - .. recommandations pour la modification de l'environnement;
  - .. enseignement et conseils par rapport aux étourdissements et à leur gestion.
- Mise en place de services d'aide.
- Etc.

B. MOBILITÉ	
2. Marcher à l'intérieur (p. 8) - OEMC et 4. Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur (p. 9) -OEMC. ➔ *Voir aussi «Accessibilité», p. 71, «Sécurité personnelle et environnementale», p. 70 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Histoire de chutes répétées ou • Difficulté à marcher à l'intérieur *ou* • Difficulté à se déplacer avec son fauteuil roulant reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. environnement (marche, seuil, encombrement, aire de circulation restreinte, etc.) .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable de circuler (marche/fauteuil roulant) dans son logement de façon sécuritaire et autonome.* .. *Monsieur/Madame aura appliqué des mesures supplémentaires de sécurité.* .. Monsieur/Madame aura intégré les consignes de sécurité afin d'éviter les chutes. .. Monsieur/Madame aura développé ou récupéré les capacités physiques nécessaires pour ses déplacements.

(suite page suivante)

B. MOBILITÉ

2. Marcher à l'intérieur (p. 8) – OEMC et 4. Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur. (p. 9) - OEMC

➔ *Voir aussi «Accessibilité», p. 71, «Sécurité personnelle et environnementale», p. 70 du Guide.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence pour investigation médicale (gériatrie, etc.).
- Référence aux ressources faisant de la prévention des chutes (PIED : Programme intégré d'équilibre dynamique, etc.).
- Référence au centre de jour, hôpital de jour, etc.
- Référence à un système de télésurveillance.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations et essais d'aides à la marche/mobilité;
  - .. recommandations d'aménagement domiciliaire/modification de l'environnement (subventions PAD, LAAA, …);
  - .. sensibilisation et enseignement à la personne/famille/réseau pour la prévention des chutes (PDSB pour accompagnement à la marche, changements des habitudes, …);
  - .. etc.
- Suivi en physiothérapie :
  - .. rééducation à la marche ainsi que des réactions d'équilibre et de protection;
  - .. recommandations et essais d'aides à la mobilité;
  - .. recommandations pour la modification de l'environnement;
  - .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices permettant la marche à l'intérieur;
  - .. etc.
- Etc.

B. MOBILITÉ	
3. Installer prothèse ou orthèse (p. 9) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• *Difficulté à installer sa prothèse ou orthèse* *reliée à:* .. *limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.)* .. *limitations cognitives* .. type d'orthèse / prothèse / corset / attelle .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame sera capable d'installer de façon autonome et adéquate sa prothèse. • À compter de telle date… .. L'installation de l'orthèse / prothèse / corset de Monsieur/Madame sera effectuée de façon régulière.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi en ergothérapie ou en physiothérapie : .. enseignement à la personne/famille/réseau pour l'installation de la prothèse/orthèse; .. référence à des ressources spécialisées/fournisseurs/services d'aides techniques d'un centre de réadaptation; .. etc. • Mise en place de services d'aide. • Etc.	

B. MOBILITÉ

5. Utiliser les escaliers (p. 9) - OEMC
➔ *Voir aussi «Accessibilité», p. 71 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à utiliser les escaliers reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. environnement (escalier abrupt ou en mauvais état, absence de main-courante, etc.) .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable d'utiliser les escaliers de façon sécuritaire.* .. Monsieur/Madame aura appliqué de nouveaux moyens pour augmenter la sécurité aux escaliers. .. Monsieur/Madame aura développé ou récupéré les capacités physiques nécessaires afin d'utiliser les escaliers.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi en ergothérapie :
  .. recommandations d'aménagement domiciliaire/modification de l'environnement (subventions PAD, LAAA, …);
  .. sensibilisation et enseignement pour la prévention des chutes (PDSB pour accompagnement, changements des habitudes, …);
  .. etc.

- Suivi en physiothérapie :
  .. enseignement et entraînement d'une technique appropriée aux escaliers;
  .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices permettant l'usage des escaliers;
  .. etc.

- Etc.

B. MOBILITÉ

6. Circuler à l'extérieur (p. 10) - OEMC
➔ *Voir aussi «Accessibilité», p. 71 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• *Difficulté à se déplacer à l'extérieur de façon sécuritaire* *reliée à :* .. *limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.)* .. *limitations cognitives* .. *limitations sensorielles (vision, …)* .. *etc.*	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable de circuler à l'extérieur de façon sécuritaire et autonome.* .. Monsieur/Madame aura fait l'essai d'une aide à la mobilité. .. Monsieur/Madame sera capable d'effectuer ses AVD ou de se rendre à ses activités sociales de façon sécuritaire et autonome. .. Monsieur/Madame sera capable d'utiliser une aide à la mobilité répondant à ses besoins. .. Monsieur/Madame aura développé ou récupéré les capacités physiques nécessaires pour ses déplacements. • À compter de telle date… .. Monsieur/Madame sera accompagné pour ses sorties.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence aux ressources de transport et bénévoles (voir Répertoire de transport).
- Référence à des ressources spécialisées (INLB, MAB, …).
- Démarches pour vignette de stationnement, débarcadère, etc.
- Inscription au registre d'errance (programme Sécu-Retour).
- Suivi en ergothérapie :
  .. recommandations et essais d'aides techniques à la marche/mobilité;
  .. sensibilisation et enseignement à la personne/famille/réseau pour la prévention des chutes;
  .. etc.
- Suivi en physiothérapie :
  .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices permettant la marche extérieure;
  .. recommandations et essais d'aides à la mobilité;
  ... entraînement à la marche à l'extérieur;
  .. etc.
- Etc.

C. COMMUNICATION

1. Voir (p. 10) - OEMC
➔ *Voir aussi «Utiliser le téléphone», p. 43 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à voir de façon adéquate reliée à : .. détérioration de l'acuité visuelle, champs visuel, etc. .. évolution d'une pathologie (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire, etc.) .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame connaîtra sa capacité visuelle et les moyens de compensation appropriés.* .. Monsieur/Madame aura mis en application de nouveaux moyens afin de poursuivre ses activités personnelles (lecture, regarder la télévision, etc.). .. Monsieur/Madame sera capable d'effectuer ses AVQ/AVD de façon sécuritaire et autonome.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Démarches pour une évaluation par un optométriste ou un ophtalmologiste.
- Démarches auprès de ressources spécialisées (INLB, MAB).
- Référence à des ressources : Bibliocourrier, RAAMM (Regroupement des aveugles et amblyopes du Montréal métropolitain), etc.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations d'adaptations simples (cuisinière, four micro-ondes, etc.);
  - .. enseignement de nouvelles méthodes.
- Etc.

C. COMMUNICATION

2. Entendre (p. 10) - OEMC
➔ *Voir aussi «Utiliser le téléphone», p. 43 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à entendre de façon adéquate reliée à : .. détérioration de l'acuité auditive .. non-utilisation de l'appareil auditif .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame connaîtra sa capacité auditive et les moyens de compensation appropriés.* .. *Monsieur/Madame aura mis en application de nouveaux moyens afin de poursuivre ses activités personnelles (écoute de la télévision/musique, usage du téléphone, etc.).* .. Monsieur/Madame aura mis en application de nouveaux moyens pour sa sécurité (usage du téléphone, sonnette ou alarme de feu avec témoin lumineux, etc.). .. Monsieur/Madame sera capable de participer aux conversations avec son entourage.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Démarches pour référence à des ressources spécialisées (IRD, …).
- Démarches pour une évaluation par ORL ou audioprothésiste.
- Encourager le port de l'appareil auditif ou l'utilisation d'une méthode alternative (« pocket-talker », etc.).
- Enseignement aux aidants de certains moyens pour faciliter la communication.
- Suivi infirmier : examen et traitement de l'oreille (bouchon de cérumen, etc.).
- Etc.

C. COMMUNICATION

3. Parler (p. 11) - OEMC

➔ *Voir aussi «Utiliser le téléphone», p. 43 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à s'exprimer reliée à : .. troubles du langage ou de l'élocution en lien avec une pathologie (dystrophie musculaire, séquelles AVC, TCC, etc.)	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura mis en place un système de communication/d'appel d'urgence en lien avec ses capacités.* .. Monsieur/Madame sera capable de communiquer ses besoins à son entourage. .. Monsieur/Madame sera capable de se servir du téléphone de façon autonome et d'appeler à l'aide en cas de besoin. .. Monsieur/Madame aura participé à des activités sociales.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Démarches pour intégration à un groupe pour personnes aphasiques (AQPA).
- Démarches pour référence à des ressources spécialisées (IRD, clinique d'orthophonie, …).
- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations et essais d'appareils de communication;
  - .. référence aux programmes du Ministère des aides techniques à la communication à l'hôpital Marie-Enfant (PMATCOM);
  - .. référence et suivi à la clinique d'accès aux aides technologiques au CRLB.
- Etc.

D. FONCTIONS MENTALES

1. Mémoire 2. Orientation 3. Compréhension 4. Jugement 5. Comportement (p. 11 et 12) - OEMC

➔ *Voir aussi «Santé psychique», p. 11 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Problèmes cognitifs probables, non évalués, reconnus ou non par Monsieur/ Madame manifestés par : .. perte de mémoire .. désorientation .. désorganisation pour AVQ/AVD .. problèmes de jugement .. problèmes de comportement .. inquiétude des proches .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura participé à l'évaluation de sa condition et à la mise en place de mesures pour améliorer sa situation. .. *Monsieur/Madame (et ses proches au besoin) aura une meilleure connaissance de ses problèmes cognitifs et bénéficiera d'un traitement approprié s'il y a lieu.* .. *Monsieur/Madame aura constaté une diminution ou une stabilisation des manifestations suivantes …*
• Comportement agressif relié à : .. problèmes cognitifs ou psychiatriques .. relation difficile avec l'entourage .. condition de vie insatisfaisante .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura diminué la fréquence ou l'intensité de l'utilisation des cris ou paroles agressives.* .. *Monsieur/Madame aura présenté une diminution de la fréquence ou de l'intensité des comportements ciblés suivants …*
• Diminution des fonctions cognitives reliée à : .. Alzheimer, démence, dépression, etc.	.. *Monsieur/Madame maintiendra un niveau optimal de ses fonctions cognitives.*
• Comportements non sécuritaires ou perturbateurs (fugues, ronds de cuisinière oubliés, aliments avariés au frigo, désinhibition, apathie, etc.) reliés à : .. problèmes cognitifs en évolution .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura participé à la mise en place de nouvelles mesures pour améliorer sa qualité de vie et sa sécurité à domicile.* • À compter de telle date… .. Monsieur/Madame vivra dans un milieu où sa santé/sécurité seront assurées.

(suite page suivante)

D. FONCTIONS MENTALES

1. Mémoire 2. Orientation 3. Compréhension 4. Jugement 5. Comportement (suite), (p. 11 et 12) - OEMC

➔ *Voir aussi «Santé psychique», p. 11 du Guide.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Utilisation des outils d'évaluation appropriés aux situations : mini-mental (MMSE), échelle de dépression gériatrique (GDS), etc. Réévaluations régulières au besoin pour objectiver les plaintes.
- Référence en psychogériatrie.
- Référence à la Société d'Alzheimer (groupes de soutien pour personnes atteintes en phase précoce, inscription au registre d'errance (programme Sécu-Retour), etc.), à Baluchon Alzheimer, etc.
- Inscription au centre de jour.
- Suivi psychosocial :
  - .. suivi afin de développer une relation de confiance;
  - .. accompagnement;
  - .. soutien à un changement de milieu de vie;
  - .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  - .. démarche pour ouverture de régime de protection;
  - .. etc.
- Suivi infirmier :
  - .. soutien à l'introduction et à l'ajustement de la médication;
  - .. suivi de l'observance de la médication;
  - .. etc.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. objectiver l'impact des déficits cognitifs au quotidien (AVQ/AVD);
  - .. recommandations d'alternatives à la contention;
  - .. recommandations d'aménagement du domicile;
  - .. participation à l'évaluation de l'aptitude et des capacités à demeurer seul à domicile;
  - .. enseignement à la personne/famille/réseau/ sur les capacités/besoins.
- Mise en place de services d'aide (ex. : gardiennage, …).
- Etc.

(suite page suivante)

D. FONCTIONS MENTALES

1. Mémoire 2. Orientation 3. Compréhension 4. Jugement 5. Comportement (p. 11 et 12) - OEMC

➔ *Voir aussi «Santé psychique», p. 11 du Guide.*

Difficultés d'organisation et de planification

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficultés d'organisation et de planification reliées à : .. problèmes cognitifs .. traumatisme cranio-cérébral .. état dépressif .. déficience intellectuelle .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura effectué les démarches appropriées (ex. : compléter formulaire, contact auprès d'organismes, prise de rendez-vous, etc.) dans les délais requis. • À compter de telle date… .. Les démarches appropriées seront effectuées dans les délais requis.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence en psychogériatrie.
- Suivi psychosocial:
  - .. accompagnement dans les démarches, soutien civique;
  - .. défense des droits;
  - .. soutien et mobilisation de l'entourage;
  - .. démarches pour ouverture de régime de protection;
  - .. etc.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. objectiver l'impact des déficits cognitifs au quotidien;
  - .. etc.
- Etc.

E. TÂCHES DOMESTIQUES

1. Entretenir la maison (p. 13) - OEMC

➔ *Voir aussi «Conditions du logement», p. 68 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à effectuer l'entretien de son logis reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour l'entretien de son logis.* • À compter de telle date… .. L'entretien du logis de Monsieur/ Madame sera effectué.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Encourager la personne à utiliser les ressources d'entretien (ressources d'économie sociale ou autres).
- Suivi en ergothérapie :
  - .. objectiver l'impact des capacités résiduelles sur le niveau d'autonomie et de sécurité;
  - .. enseignement à la personne/famille/réseau sur les capacités, principes de conservation d'énergie, méthodes compensatoires, etc.;
  - .. recommandations et essais d'aides techniques;
  - .. etc.
- Mise en place de services d'aide.
- Etc.

E. TÂCHES DOMESTIQUES

2. Préparer les repas (p. 13) - OEMC
➔ *Voir aussi «Alimentation», p. 17 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à préparer des repas ou à réchauffer des repas déjà préparés (manutention) reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. limitations sensorielles .. utilisation d'une aide technique à la marche .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame sera capable de préparer ses repas de façon autonome.* .. *Monsieur/Madame aura accepté ou aura mis en place de nouveaux moyens pour la préparation des repas.* .. *Monsieur/Madame prendra au moins un repas complet par jour.* • À compter de telle date… .. *La préparation des repas de Monsieur/ Madame sera effectuée de façon régulière.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Encourager la personne à utiliser les ressources (traiteurs, popote roulante, etc.).
- Suivi en ergothérapie :
  - .. objectiver l'impact des capacités résiduelles sur le niveau d'autonomie et de sécurité;
  - .. enseignement à la personne/famille/réseau sur les capacités, principes de conservation d'énergie, méthodes compensatoires, etc.;
  - .. recommandations et essais d'aides techniques;
  - .. etc.
- Mise en place de services d'aide.
- Etc.

E. TÂCHES DOMESTIQUES	
3. Faire les courses (p. 13) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à faire ses courses reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. environnement (accessibilité) .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour faire ses courses. • À compter de telle date… .. *Les courses de Monsieur/Madame seront effectuées de façon régulière.*
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Encourager la personne à l'utilisation des ressources de la communauté (service de commande par téléphone, bénévole, etc.). • Suivi en ergothérapie : .. objectiver l'impact des capacités résiduelles sur le niveau d'autonomie et de sécurité; .. enseignement à la personne/famille/réseau sur les capacités, principes de conservation d'énergie, méthodes compensatoires, etc.; .. recommandations et essais d'aides techniques. .. etc. • Mise en place de services d'aide. • Etc.	

E. TÂCHES DOMESTIQUES	
4. Faire la lessive (p. 14) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à faire la lessive ou • Incapacité à se rendre à la buanderie ou • Incapacité à se déplacer avec le linge et le savon reliée à : .. limitation physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. environnement (accès des apppareils/ usage d'escalier, absence des appareils, etc.) .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame sera capable de faire sa lessive seul. .. Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour faire sa lessive. .. Monsieur/Madame portera des vêtements bien entretenus. • À compter de telle date… .. La lessive de Monsieur/Madame sera effectuée de façon régulière.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Encourager la personne à utiliser les ressources d'aide appropriées. • Suivi en ergothérapie : .. objectiver l'impact des capacités résiduelles sur le niveau d'autonomie et de sécurité; .. enseignement à la personne/famille/réseau sur les capacités, principes de conservation d'énergie, méthodes compensatoires, etc.; .. recommandations et essais d'aides techniques. • Mise en place de services d'aide. • Etc.	

E. TÂCHES DOMESTIQUES

5. Utiliser le téléphone (p. 14) - OEMC

➔ *Voir aussi section «Communication», pp.33, 34, 35 et «Sécurité personnelle et environnementale», p. 70 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à utiliser le téléphone ou autre moyen de communication reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, audition, langage, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. isolement .. incapacité d'appeler en cas d'urgence .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour communiquer (téléphone, internet).* .. *Monsieur/Madame sera capable d'appeler à l'aide en cas d'urgence.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Adaptations mineures du téléphone : chiffres en gros caractères, numéros en mémoire, amplificateur du son, usage d'un téléphone sans fil, collant 911, usage d'un service d'assistance téléphonique, etc.

- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations et essais d'appareils de communication;
  - .. référence aux programmes du Ministère des aides techniques à la communication à l'hôpital Marie-Enfant (PMATCOM);
  - .. référence et suivi à la clinique d'accès aux aides technologiques du CRLB;
  - .. etc.

- Etc.

E. TÂCHES DOMESTIQUES	
6. Utiliser les moyens de transport (p. 14) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à utiliser le transport en commun ou • Difficulté à effectuer le transfert à la voiture ou • Incapacité à utiliser seul un moyen de transport ou • Incapacité à utiliser les ressources de transport reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. limitations cognitives .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura accès à un moyen de transport répondant à ses besoins. .. Monsieur/Madame sera capable de transférer à la voiture de façon sécuritaire. • À compter de telle date… .. Monsieur/Madame aura accès à des ressources de transport pour les rendez-vous médicaux.
• Conduite automobile à risque reliée à : .. détérioration de la condition de santé physique ou psychique (Parkinson, AVC, diabète, sclérose en plaques, démence, etc.)	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura une meilleure connaissance de l'impact de ses problèmes de santé sur sa conduite automobile. • À compter de telle date… .. Les mesures de sécurité seront mises en place.

(suite page suivante)

E. TÂCHES DOMESTIQUES
6. Utiliser les moyens de transport (suite), (p. 14) - OEMC
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES
• Encourager la personne à l'utilisation des ressources (voir le répertoire de transport). • Démarches par les vignettes de stationnement, débarcadère, transport adapté. • Gestion des inscriptions aux ressources et réservation de transports médicaux. • Dépistage des conducteurs à risque et signalement à la SAAQ. • Démarches pour référence à des ressources spécialisées pour l'évaluation de la conduite ou l'adaptation du véhicule. • Suivi en ergothérapie : .. objectiver l'impact des capacités résiduelles lors des déplacements extérieurs pour l'inscription au transport adapté; .. enseignement de nouvelles méthodes; .. recommandations pour des adaptations mineures; .. etc. • Etc.

E. TÂCHES DOMESTIQUES

7. Prendre ses médicaments (p. 15) - OEMC
➔ *Voir aussi «Médication», p. 16 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à prendre des médicaments ou • Prise inadéquate de la médication reliée à : .. limitations physiques (force, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, rigidité, spasme, etc.) .. limitations cognitives .. manque d'information .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura pris sa médication selon la prescription.* .. *Monsieur/Madame sera capable de prendre seul ses médicaments.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi infirmier :
  - .. enseignement concernant la médication ou les techniques d'administration;
  - .. mise en place de la livraison quotidienne par la pharmacie pour la distribution des médicaments;
  - .. suivi de la dosette ou du «dispill»;
  - .. application des activités d'exception en lien avec la Loi 90;
  - .. etc.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. recommandations et essais d'aides techniques (dosette grand format, etc.).
  - .. etc.
- Etc.

E. TÂCHES DOMESTIQUES (activités de la vie domestique)

8. Gérer son budget (p. 15) - OEMC

➔ *Voir aussi section «Conditions économiques», p. 67 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à gérer adéquatement son budget reliée à : .. déficits cognitifs, déficience intellectuelle ou problèmes psychiatriques .. problèmes de jugement .. toxicomanie/jeu .. abus financier .. manque de connaissance concernant la gestion budgétaire .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura démontré des indices d'une gestion plus adéquate de son budget, tels que remboursement de dettes amorcé, paiement régulier des factures, etc. .. Monsieur/Madame aura assuré le paiement régulier de ses frais fixes et de son épicerie.
• Inaptitude à gérer ses biens reliée à : .. déficits cognitifs, déficience intellectuelle ou problèmes psychiatriques, etc.	• À compter de telle date… .. Les biens de Monsieur/Madame seront gérés adéquatement.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Orientation à l'ACEF (Option consommateur) pour consultation budgétaire, soutien dans les démarches pour dépôt volontaire, etc.
- Orientation vers des ressources afin de compléter les formulaires d'impôts.
- Suivi psychosocial :
  - .. soutien à l'organisation budgétaire;
  - .. soutien dans les démarches (ex. : demande de dépôts directs, plans budgétaires, ententes de remboursement des dettes, administration des prestations par un tiers, etc.);
  - .. favoriser l'implication de la famille;
  - .. amorcer les démarches pour ouverture de régime de protection;
  - .. etc.
- Suivi en ergothérapie :
  - .. objectiver l'impact des capacités résiduelles sur la gestion financière.
  - .. etc.
- Mise en place de services d'aide.
- Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
1. Histoire sociale (p. 16) - OEMC	
Deuil *Voir aussi « Santé psychique », p.11 et «État affectif», p. 59 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à vivre le deuil d'un proche reliée à : .. circonstances entourant le décès .. isolement .. problèmes relationnels .. accumulation de pertes .. impact important du décès du proche sur l'organisation de vie .. antécédents de dépression .. sentiment de culpabilité .. etc. • Difficulté à s'accorder le droit de poursuivre certaines activités ou de vivre des expériences positives à la suite du décès de _____ reliée à : .. sentiment de culpabilité .. conflit de loyauté .. circonstances entourant le décès .. humeur dépressive .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame sera capable de verbaliser ses émotions sans crainte d'être jugé. .. Monsieur/Madame aura identifié des personnes avec qui échanger ou des activités qui lui procurent un mieux-être dans sa journée. .. Monsieur/Madame aura rapporté la diminution d'au moins une des réactions de deuil suivantes : pleurs, perte d'appétit, problèmes de sommeil, perte d'intérêt, etc. .. Monsieur/Madame aura une meilleure compréhension de la nature de son deuil (normal ou pathologique) et bénéficiera d'un traitement approprié, s'il y a lieu. .. Monsieur/Madame aura repris goût à certaines activités ou aura développé de nouveaux intérêts tels que …

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE
1. Histoire sociale (p. 16) - OEMC
Deuil *Voir aussi « Santé psychique », p.11 et «État affectif», p. 59 du Guide.*
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES
• Référence à des ressources pour personnes endeuillées : Deuil-Secours, OMPAC, Suicide-Action, Maison Monbourquette, psychologue, etc. • Référence à des groupes d'activités pour briser l'isolement ou développer de nouveaux intérêts. • Référence en psychogériatrie. • Suivi psychosocial : .. favoriser l'expression des émotions; .. donner de l'information concernant les phases du deuil, normaliser les réactions; .. valorisation des forces et des compétences; .. soutien dans le processus de réorganisation de vie; .. accompagnement dans certaines démarches liées au règlement de succession ou autres; .. soutien pour briser l'isolement et favoriser la socialisation; .. rencontres individuelles, de famille/réseau; .. élaboration du génogramme; .. etc. • Mise en place de services d'aide à domicile pour favoriser la réorganisation de vie ou compenser les incapacités non comblées à la suite du décès du proche. • Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
1. Histoire sociale (p. 16) - OEMC	
Immigration	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté d'intégration à la société d'accueil à la suite de l'immigration reliée à : .. méconnaissance de la langue et des habitudes culturelles .. discrimination/racisme .. isolement .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura fait au moins une démarche favorisant son intégration dans la communauté d'accueil. .. Monsieur/Madame aura amélioré les conditions suivantes (relations avec le voisinage, accès aux ressources, etc.).
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Référence à des ressources spécialisées oeuvrant auprès des communautés ethnoculturelles ou tout autre organisme de défense des droits (comité logement, etc.). • Suivi psychosocial : .. soutien pour l'adaptation à un nouveau milieu de vie; .. information concernant les lois et les ressources; .. démarches pour la défense des droits et accompagnement dans les démarches; .. favoriser la participation à un groupe de soutien ou autre; .. etc. • Etc.	

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
2. Milieu familial (p. 16) – OEMC ou 4. Réseau social (p. 17) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Relation tendue ou conflictuelle entre Monsieur/Madame et ____ reliée à : .. crise situationnelle (perte d'autonomie de ____, anxiété accrue de ____, etc.) .. problèmes de communication .. attentes irréalistes envers l'autre .. modification des rôles dans la famille .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame auront réussi à échanger entre eux concernant leurs besoins et auront trouvé au moins un moyen pour améliorer leur relation. .. Monsieur/Madame et ____ auront rapporté quelques échanges satisfaisants entre eux. .. Monsieur/Madame et ____ auront rapporté une amélioration de leurs échanges (diminution des cris, arrêt des propos dévalorisants, …).
• Difficulté à s'affirmer dans ses relations avec ____ reliée à : .. peur de déplaire, d'être rejeté .. manque de confiance en soi .. sentiment de culpabilité .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura réussi à s'exprimer ou à faire des demandes concernant tel sujet auprès de ____.*
• Dépendance excessive de Monsieur/ Madame envers ____ reliée à : .. attentes irréalistes envers l'autre .. faible estime de soi .. habitude de longue date .. etc.	.. Monsieur/Madame aura fait seul la ou les démarches suivantes...
• Insatisfaction concernant le partage des rôles dans la famille reliée à : .. crise situationnelle .. perte d'autonomie physique ou psychique de l'un de ses membres .. etc.	.. Monsieur/Madame et la famille/réseau auront reprécisé les rôles et les responsabilités de chacun de façon plus satisfaisante.

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
2. Milieu familial (p. 16) – OEMC ou 4. Réseau social (p. 17) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Insatisfaction de Monsieur/Madame concernant ses relations familiales reliée à : .. contact peu fréquent avec ses enfants .. relation tendue avec sa famille .. problème de communication de longue date .. attentes nouvelles en lien avec détérioration de la condition de santé et perte d'autonomie .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura échangé avec les membres de sa famille concernant ses attentes et exprimera plus de satisfaction concernant ses relations familiales. .
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi psychosocial : .. rencontres individuelles, de famille/réseau; .. favoriser les négociations et permettre une meilleure circulation de l'information au sein de la famille/réseau; .. élaboration du génogramme; .. etc. • Etc.	

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
2. Milieu familial (p. 16) - OEMC ou 4. Réseau social (p. 17) - OEMC	
Abus, violence ou négligence	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Risques d'abus/violence ou • Abus, violence, négligence de la part de ____ ou • Violence conjugale/familiale exacerbée depuis quelques mois reliés à : .. vulnérabilité de l'usager (isolement, rupture sociale causée par l'immigration, problèmes cognitifs, perte d'autonomie physique ou cognitive, dépendances, etc.) .. épuisement de l'aidant .. histoire familiale de violence .. histoire de prodigalité .. cycle de la violence réactivé par un événement déclencheur tel que : prise de la retraite, nouveau problème de santé, etc. .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame sera capable de verbaliser concernant sa situation sans crainte d'être jugé. .. Monsieur/Madame aura mis en place des moyens pour minimiser les risques d'abus/violence tels que : mesures pour briser son isolement ou pour réduire sa dépendance envers son entourage, etc. .. Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant la poursuite de sa relation avec ____ et aura identifié les moyens pour assurer sa protection. .. Monsieur/Madame sera en sécurité et les abus auront cessé ou les facteurs de risques auront été réduits.

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE
2. Milieu familial (p. 16) - OEMC ou 4. Réseau social (p. 17) - OEMC
Abus, violence ou négligence
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Dépistage : implication de l'équipe interdisciplinaire pour recueillir les indices d'abus et de violence; utilisation de l'Outil d'évaluation du risque pour personnes vivant à domicile, etc.

- Mise en place de mesures pour briser l'isolement ou soutenir l'aidant : services de soutien à domicile, référence à un groupe communautaire, etc.

- Référence à la ligne d'écoute INFO-ABUS.

- Référence en psychogériatrie.

- Révision périodique des cas de mauvais traitement en équipe interdisciplinaire.

- Suivi psychosocial :
  - .. développer une relation de confiance pour permettre l'expression des sentiments de peur/honte/culpabilité et renforcer l'estime de soi;
  - .. valorisation des forces et des compétences;
  - .. information concernant les droits/recours, les ressources en violence conjugale ou l'abus envers les aînés, etc.;
  - .. construire des scénarios de protection;
  - .. soutien dans les démarches pour plainte à la Commission des droits de la personne ou à la police;
  - .. soutien dans les démarches auprès de la banque pour annuler une procuration, une carte de guichet, etc.;
  - .. soutien pour un changement de milieu de vie;
  - .. signalement à la Curatelle publique;
  - .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  - .. etc.

- Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
3. Aidants principaux (p. 16) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
	• D'ici à telle date…
• Difficulté pour l'aidant(e) à mettre ses limites reliée à : .. sentiment de culpabilité .. manque d'information concernant les ressources .. problèmes relationnels .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura échangé avec les personnes concernées à propos de ses besoins et aura trouvé avec elle des moyens pour alléger sa tâche.* .. *Monsieur/Madame aura consenti à déléguer au moins une tâche en lien avec son rôle d'aidant.*
• Difficulté pour l'aidant(e) à s'adapter à la perte d'autonomie ou à la maladie de ____ reliée à : .. manque d'information concernant la maladie .. négation de la maladie .. problèmes relationnels .. etc.	.. Monsieur/Madame reconnaîtra les principales caractéristiques de la maladie et ajustera en conséquence sa façon de communiquer ou de répondre aux besoins de ____.
• Difficulté pour l'aidant à accepter la perte d'autonomie ou la maladie de ____ reliée à : .. annonce d'un nouveau diagnostic .. perte rapide des capacités de ____ .. modification des rôles dans la famille .. isolement/manque de soutien .. accumulation de pertes .. etc.	.. *Monsieur/Madame sera capable de verbaliser ses émotions auprès d'une personne significative ou dans un groupe de soutien.* .. *Monsieur/Madame aura réduit ses épisodes de pleurs et aura repris goût à… (intérêt, activité personnelle, etc.).*
• Difficulté pour l'aidant à prendre une décision concernant la poursuite du maintien à domicile de ____ reliée à : sentiment de culpabilité manque d'information concernant les ressources .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant la poursuite ou non du maintien à domicile de ____.*

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
3. Aidants principaux (suite), (p. 16) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Risque d'épuisement de l'aidant(e) ou • Épuisement de l'aidant(e) relié à : .. grande dépendance de l'usager .. multiplicité des rôles de l'aidant principal .. réseau naturel limité ou conflits familiaux .. durée prolongée de la prise en charge .. difficultés d'adaptation à une détérioration récente de la situation .. vulnérabilité de l'aidant .. difficulté à accepter l'aide .. méconnaissance des services .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura échangé avec sa famille à propos de ses besoins et aura trouvé avec elle des moyens pour alléger sa tâche.* .. *Monsieur/Madame aura expérimenté de nouveaux moyens pour respecter davantage ses propres besoins ou alléger sa tâche.* .. Monsieur/Madame aura démontré une réduction sensible d'au moins deux des symptômes suivants (ex. : problèmes de sommeil, pleurs, manifestations d'impatience, etc.).
• Diminution de l'implication de l'aidant principal auprès de ____ reliée à : .. retour au travail .. hospitalisation .. déménagement .. repartage des rôles .. etc.	• À compter de telle date… .. Les besoins de ____ seront comblés par une autre ressource que l'aidant principal.

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE

3. Aidants principaux (suite), (p. 16) - OEMC

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence à des ressources de soutien pour aidants telles que : Réseau Entre-Aidant, Société Alzheimer, Regroupement des aidants et aidantes de Montréal, etc.
- Référence de l'usager au centre de jour ou à un autre service de répit à l'extérieur.
- Suivi en réadaptation (ergothérapie ou physiothérapie) :
  .. enseignement de nouvelles méthodes sécuritaires à l'aidant (transferts, déplacements, etc.).
- Suivi infirmier :
  .. information sur la maladie;
  .. enseignement;
  .. écoute/soutien;
  .. etc.
- Suivi psychosocial :
  .. soutien dans l'expression des émotions et exploration des sentiments de culpabilité, colère, etc.;
  .. soutien pour l'adaptation à un nouveau rôle et pour l'expression des besoins spécifiques;
  .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  .. favoriser une meilleure circulation de l'information entre les membres de la famille/ réseau et permettre l'élaboration de solutions qui leur conviennent;
  .. élaboration du génogramme;
  .. soutien à un changement de milieu de vie;
  .. etc.
- Mise en place de services d'aide à domicile (gardiennage, etc.).
- Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
5. Ressources communautaires, publiques et privées (p. 17) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
N.B. : Les problèmes de cette section, en général, relèvent de différents niveaux d'intervention tels que le niveau communautaire, administratif ou de santé publique. Par conséquent, aucun problème significatif n'a été élaboré ici.	
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
6. État affectif (p. 17) - OEMC ➔ *Voir aussi «Santé psychique», p. 11 et «Perception de l'usager», pp. 61, 62, 63, 64 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Humeur dépressive ou instable reliée à : .. perte d'autonomie, diminution des capacités fonctionnelles .. perte de rôle social / du sentiment d'utilité .. deuil récent .. isolement / manque de soutien .. conflits familiaux .. abus .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura constaté une diminution de sa souffrance psychique (mesurée de 1 à 10 sur l'échelle de douleur).* .. *Monsieur/Madame aura constaté une réduction sensible des symptômes dépressifs suivants…* .. *Monsieur/Madame aura repris goût à… activité/intérêt) ou aura participé pendant un mois à une nouvelle activité.*
• Difficulté à exprimer ses émotions concernant… reliée à : .. peur du jugement des autres, peur de déranger .. faible estime de soi .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura expérimenté des moyens permettant l'expression de ses émotions et en aura identifié les bienfaits.*
• Anxiété accrue reliée à : .. perte, deuil .. problèmes familiaux .. environnement insécurisant .. peur d'une détérioration de l'état de santé, crainte de la mort .. appréhension concernant un changement de milieu de vie .. abus .. annonce d'un nouveau diagnostic .. etc.	.. Monsieur/Madame aura constaté une réduction sensible des symptômes d'anxiété suivants… .. Monsieur/Madame aura mis en place au moins un moyen pour mieux composer avec le stress. .. Monsieur/Madame aura réduit de moitié ses appels de détresse à l'entourage.
• Inquiétude face à la mort suite à l'annonce d'une maladie grave reliée à : .. peur de quitter les êtres chers .. peur de souffrir .. peur de l'inconnu .. peur de perdre sa dignité .. isolement émotionnel accru suite à l'annonce de la maladie grave .. etc.	.. *Monsieur/Madame sera capable d'aborder le sujet de la mort et des craintes qui s'y rattachent avec les personnes concernées de sa famille.* .. *Monsieur/Madame aura démontré des indices de sérénité (capacités d'abandon, croyances aidantes, etc.) dans ses propos sur la mort.*

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE

6. État affectif (p. 17) - OEMC

➔ *Voir aussi «Santé psychique», p. 11 et «Perception de l'usager», pp. 61, 62, 63, 64 du Guide.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence à des groupes d'entraide (Revivre, OMPAC, etc.) ou à des groupes pour briser l'isolement (centre de jour ou autres ressources du quartier).

- Référence en psychogériatrie.

- Référence à une ressource d'accompagnement spirituel.

- Suivi psychosocial :
  - .. exploration de la souffrance et validation des émotions;
  - .. information et normalisation concernant les étapes du deuil;
  - .. soutien pour adaptation à une situation nouvelle;
  - .. valorisation des forces;
  - .. identification des sources de stress et de moyens spécifiques pour y faire face;
  - .. favoriser une meilleure communication avec l'entourage;
  - .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  - .. élaboration du génogramme;
  - .. etc.

- Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
7. Perception de l'usager (p. 18) - OEMC ➔ *Voir aussi «État affectif», p. 59 du Guide.*	
Difficulté d'adaptation	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté d'adaptation à une perte d'autonomie reliée à : .. perte récente des capacités fonctionnelles .. perte importante de capacités .. difficulté à changer ses habitudes .. isolement; incapacité à participer aux activités sociales habituelles .. méconnaissance des services .. état dépressif .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura identifié les actions qu'il/elle peut encore accomplir et divers moyens pour compenser les incapacités actuelles.* .. *Monsieur/Madame aura fait l'essai d'au moins une solution alternative pour compenser ses incapacités.*
• Difficulté d'adaptation à un nouveau milieu de vie (résidence ou autre) reliée à : .. circonstances entourant le changement (modification de l'état de santé, perte de l'aidant, départ non planifié, etc.) .. attachement à son logement antérieur .. perte du réseau social .. peur du jugement des autres .. état dépressif .. modification des habitudes de vie .. séparation de son animal de compagnie .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura identifié au moins deux aspects positifs à sa nouvelle situation.* .. *Monsieur/Madame aura participé au moins une fois par semaine à une activité de la résidence.* .. *Monsieur/Madame aura échangé avec deux nouvelles personnes (voisins, autres résidents, etc.) au moins une fois dans la semaine.*
• Difficulté à accepter un nouveau diagnostic reliée à : .. circonstances entourant l'annonce du diagnostic .. manque d'information concernant la maladie .. réactions de l'entourage .. état dépressif .. etc.	.. *Monsieur/Madame sera capable de verbaliser ses émotions et ses craintes avec les personnes concernées de l'entourage.*

(suite page suivante)

SITUATION PSYCHOSOCIALE

7. Perception de l'usager (p. 18) - OEMC
➔ *Voir aussi «État affectif», p. 59 du Guide.*

Difficulté d'adaptation

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Information concernant les ressources et les services.
- Référence à des groupes d'entraide ou pour briser l'isolement.
- Suivi psychosocial :
  - .. exploration de la souffrance;
  - .. recherche des exceptions et recadrage positif;
  - .. recherche des compétences et valorisation des forces;
  - .. soutien dans le processus d'adaptation à de nouvelles habitudes de vie;
  - .. favoriser la socialisation et le développement de nouveaux intérêts;
  - .. rencontres individuelles, de famille/réseau;
  - .. élaboration du génogramme;
  - .. etc.
- Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
7. Perception de l'usager (p. 18) - OEMC	
Difficulté à accepter l'aide et les recommandations	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté pour Monsieur/Madame à accepter l'aide et les recommandations suggérées afin de compenser une incapacité reliée à : .. méconnaissance des services .. habitude de se débrouiller par soi-même .. difficulté à changer ses habitudes .. méfiance .. négation de la perte d'autonomie .. valeurs culturelles .. limitations cognitives .. attentes peu réalistes envers l'entourage .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura reçu toute l'information pertinente concernant les services proposés et leur impact sur sa qualité de vie.* .. *Monsieur/Madame aura expérimenté au moins un nouveau service approprié à ses besoins.* .. *Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant l'acceptation ou non des services proposés.* • *Aucun résultat visé pour le moment car refus des services ou des recommandations proposés à Monsieur/Madame.*
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Information concernant les ressources et les services. • Suivi psychosocial : .. suivi régulier afin de développer une relation de confiance; .. exploration des résistances et ébranlement des croyances; .. soutien pour adaptation à de nouvelles habitudes de vie; .. soutien pour améliorer l'estime de soi et retrouver un sentiment d'utilité; .. rencontres individuelles, de famille / réseau; .. etc. • Etc.	

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
7. Perception de l'usager (p. 18) - OEMC ➔ *Voir aussi «Autres problèmes», p. 73, 74 du Guide.*	
Changement de milieu de vie	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté à prendre une décision concernant un déménagement en résidence, un hébergement, etc. ou • Difficulté à accepter un hébergement recommandé à la suite d'une perte d'autonomie reliée à : .. méconnaissance des ressources d'hébergement .. attachement au milieu de vie actuel .. choix restreints par des moyens financiers limités .. difficulté à accepter la perte d'autonomie .. état dépressif .. limitations cognitives .. pressions exercées par l'entourage .. valeurs culturelles .. refus de se séparer de son animal de compagnie .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant le choix d'un nouveau milieu de vie.* .. *Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant le maintien ou non dans son milieu de vie actuel.* .. *Monsieur/Madame aura visité au moins deux résidences afin de faire un choix éclairé.* .. *Monsieur/Madame (et sa famille s'il y a lieu) aura reçu toute l'information pertinente concernant les choix d'hébergement qui s'offrent à elle et l'impact de ses choix sur sa qualité de vie.* .. *Monsieur/Madame aura amorcé une demande d'hébergement.* • *Aucun résultat visé pour le moment car refus par Monsieur/Madame de quitter son domicile.*
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi psychosocial : .. information concernant les ressources disponibles et les critères d'admissibilité en hébergement; .. exploration des résistances; .. soutien à la prise de décision concernant un changement de milieu de vie; .. rencontres individuelles, de famille/réseau; .. élaboration du génogramme; .. etc. • Etc.	

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
8. Sexualité (p. 18) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Sexualité non satisfaisante reliée à : .. perte de capacités physiques ou psychiques .. prise de médicaments .. douleurs .. stress .. état dépressif .. problèmes conjugaux .. etc. • Comportement sexuel dérangeant relié à : .. problèmes cognitifs ou psychiatriques, déficience intellectuelle .. etc. • Comportement sexuel à risque relié à : .. méconnaissance des facteurs de risque .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura rapporté une amélioration de sa vie sexuelle. .. Monsieur/Madame aura développé la capacité de s'adapter à sa situation. .. Monsieur/Madame aura amorcé une démarche pour réduire ou mettre fin aux comportements perturbateurs suivants… .. Monsieur/Madame aura reçu toute l'information pertinente concernant les conséquences d'un comportement sexuel à risque.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence à un médecin, un sexologue ou autres ressources.
- Référence en psychogériatrie.
- Suivi infirmier :
  .. révision de la médication;
  .. information concernant les moyens de contraception.
- Suivi psychosocial :
  .. écoute/soutien;
  .. information concernant l'effet du stress sur la sexualité;
  .. soutien pour modifier les comportements perturbateurs;
  .. etc.
- Suivi en réadaptation (ergothérapie ou physiothérapie) :
  .. conseils et enseignement sur le positionnement en fonction des limitations physiques.
- Etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE	
9. Croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles (p. 18) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Inconfort de Monsieur/Madame suscité par l'écart existant entre ses choix de vie (ex. : vivre en union de fait) et ses croyances religieuses relié à : .. réprobation de son entourage et des représentants de sa religion .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame exprimera avoir atteint un niveau de confort acceptable dans la conciliation de ses choix de vie et de ses valeurs spirituelles.
• Difficulté pour Monsieur/Madame de trouver un sens acceptable aux épreuves qu'il/elle vit actuellement reliée à : .. annonce récente d'une maladie grave .. accumulation de pertes .. crise des valeurs .. etc.	.. Monsieur/Madame aura démontré des indices de sérénité dans ses propos concernant sa situation actuelle. .. Monsieur/Madame sera capable de verbaliser ses émotions sans crainte d'être jugé.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence à une ressource d'accompagnement spirituel.
- Suivi psychosocial :
  - .. écoute/soutien;
  - .. exploration de la souffrance et favoriser l'expression des émotions;
  - .. valorisation des forces et des accomplissements;
  - .. accompagnement pour bilan de vie;
  - .. etc.

CONDITIONS ÉCONOMIQUES	
Capacité de faire face à ses obligations selon ses revenus actuels (p. 18) - OEMC ➔ *Voir aussi «Gérer son budget», p. 47 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Déséquilibre revenus/dépenses relié à : .. frais de subsistance trop élevés pour les revenus .. baisse imprévue du revenu .. dépenses imprévues .. etc.	• D'ici à telle date… .. *Monsieur/Madame aura fait des démarches pour améliorer sa situation financière.* .. Monsieur/Madame aura fait un budget équilibré qu'il aura expérimenté durant trois mois.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence à L'ACEF (Option Consommateur) pour budget.
- Demande d'allocation-logement ou autres prestations.
- Inscription à des banques alimentaires.
- Référence à la Société canadienne du cancer
- Démarches afin d'obtenir des subventions (ex. : matériel d'incontinence, etc.).
- Suivi psychosocial :
  .. information concernant les ressources;
  .. soutien dans les démarches;
  .. soutien pour modifier certaines habitudes de dépenses;
  .. démarches pour défense des droits;
  .. soutien pour démarches de changement de milieu de vie;
  .. etc.
- Suivi infirmier : démarches pour obtenir des compensations financières (médicaments ou patient d'exception, etc.).
- Etc.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	
1. Conditions du logement (p. 19) - OEMC ➔ *Voir aussi «Sécurité personnelle et environnementale», p. 70 , «Accessibilité», p. 71 et «Entretenir la maison», p. 39 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Santé et sécurité compromise reliée à : .. logement insalubre, encombré, négligé (par le propriétaire ou l'usager) ou • Conditions de logement insatisfaisantes pour Monsieur/Madame reliées à : .. logement négligé par le propriétaire .. logement devenu trop grand pour les besoins .. hausse de loyer .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura rétabli les conditions de santé/sécurité suivantes dans son logement : - les risques de feu auront été éliminés (plinthes électriques et cuisinières seront désencombrées, etc.) - les sorties de secours et passages auront été dégagés, etc. .. Monsieur/Madame aura obtenu des conditions de logement adéquates (les moisissures/coquerelles auront été éliminées, les escaliers auront été réparés, etc.). .. Monsieur/Madame aura intégré un milieu de vie plus adéquat. .. Monsieur/Madame aura rapporté une amélioration des conditions de logement suivantes… .. Monsieur/Madame aura intégré un nouveau milieu de vie répondant mieux à ses attentes/besoins.
• Difficulté à trouver un nouveau logement (à la suite d'un avis d'éviction, avis de reprise de possession ou autre) reliée à : .. manque de logement à prix abordable .. attentes irréalistes .. incapacité à faire seul ses démarches .. etc.	.. Monsieur/Madame aura trouvé un nouveau milieu de vie répondant à ses besoins.

(suite page suivante)

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

1. Conditions du logement, p. 19 - OEMC (suite)

➔ *Voir aussi «Sécurité personnelle et environnementale», p. 70,«Accessibilité», p. 71 et «Entretenir la maison», p. 39 du Guide.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence au Comité logement, à la Régie du logement ou au Service de salubrité de la ville, etc.

- Référence à l'Office municipal d'habitation pour demande de HLM ou une autre ressource d'habitation sociale et communautaire, référence à une agence de recherche de résidences, etc.

- Référence à un service de grand ménage.

- Suivi psychosocial :

  .. information concernant les droits/responsabilités
  .. information concernant les ressources;
  .. soutien dans les démarches (défense des droits, recherche d'un nouveau milieu de vie, etc.);
  .. encourager et soutenir la personne dans les démarches visant à désencombrer son logement ou pour contacter un service de grand ménage;
  .. soutien/mobilisation de la famille/réseau;
  .. établir les liens avec les personnes ou ressources concernées (service de salubrité de la ville, propriétaire, exterminateur, …).
  .. etc.

- Suivi en réadaptation (ergothérapie ou physiothérapie) :

  .. recommandations concernant sécurité à domicile.
  .. etc.

- Etc.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	
2. Sécurité personnelle et environnementale (p. 19) - OEMC	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à rester seul/seule reliée à : .. problèmes cognitifs .. risques de chute .. incapacité à utiliser le téléphone .. etc.	• *D'ici à telle date…* .. *Monsieur/Madame sera en sécurité en l'absence du proche aidant.*
• Sécurité compromise reliée à : .. absence de téléphone .. absence de détecteur de fumée, aucun suivi pour changement des piles .. environnement à risque (carpette et fil non fixés, absence de main courante,…) .. comportements à risque (grimper sur tabouret, consommation de tabac au lit,…) .. etc.	.. *Monsieur/Madame aura mis en place de nouveaux moyens pour être en sécurité à la maison.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Inscription à «Pompier secours».
- Information concernant les systèmes de télésurveillance.
- Enseignement sur les mesures de sécurité (changement des habitudes de consommation du tabac, encouragement à se doter d'un détecteur de fumée, etc.).
- Suivi en réadaptation (ergothérapie ou physiothérapie) :
  - .. recommandations et enseignement sur la prévention des chutes et la sécurité à domicile.
  - .. etc.
- Mise en place de services d'aide (ex. : gardiennage, etc.).
- Etc.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	
3. Accessibilité (p. 19) - OEMC ➔ *Voir aussi section «Mobilité», pp. 27, 28, 29, 30, 31, 32 et «Condition du logement», p. 68, 69 du Guide.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté ou incapacité à accéder au logement ou à ses différentes pièces reliée à : .. limitations physiques (équilibre, force, endurance, tolérance, amplitude articulaire, coordination, vision, tremblements, étourdissements, rigidité, spasme, obésité, etc.) .. utilisation d'un fauteuil roulant ou autre aide à la mobilité .. environnement (escaliers intérieurs/extérieurs, seuils élevés, portes difficiles d'accès, aire de circulation restreinte, emplacement des meubles/appareils, etc.) .. etc.	• *D'ici à telle date…* .. *Monsieur/Madame sera capable d'accéder librement à son logement.* .. *Monsieur/Madame sera capable de circuler librement dans son logement.* .. *Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant le choix d'un autre milieu de vie.*
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Suivi en ergothérapie : .. recommandations d'aménagement domiciliaire / modification de l'environnement (PAD, LAAA, …); .. etc. • Suivi psychosocial : .. soutien dans les démarches de changement de milieu de vie. • Suivi en physiothérapie : .. élaboration et enseignement d'un programme d'exercices pour accéder au logement; .. recommandations pour la modification de l'environnement; .. etc. • Etc.	

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	
4. Proximité des services (p. 19) - OEMC ➔*Voir aussi sections «Accessibilité», p. 71, «Circuler à l'extérieur», p. 32, « Faire la lessive », p. 42 et « Faire les courses » du Guide, p. 41.*	
PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Difficulté pour Monsieur/Madame de participer aux offices religieux reliée à : .. fermeture récente du lieu de culte de son quartier .. problème de mobilité .. limitation cognitive .. etc.	• À compter de telle date… .. Les besoins religieux de Monsieur/ Madame seront comblés.
EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES	
• Référence à une ressource d'accompagnement religieux à domicile. • Référence à des ressources bénévoles pour accompagnement au lieu de culte. • Etc.	

AUTRES PROBLÈMES

➔ *Voir aussi «Perception de l'usager», p. 61 du Guide.*

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Milieu de vie actuel ne répondant plus aux besoins de Monsieur/Madame ou • Maintien précaire dans le milieu de vie actuel relié à : .. augmentation des problèmes de santé et de la perte d'autonomie .. isolement/insécurité .. ressources insuffisantes pour compenser les incapacités ou l'épuisement des aidants .. épuisement des aidants .. etc.	• D'ici à telle date… .. Monsieur/Madame aura pris une décision éclairée concernant un changement ou non de milieu de vie. .. Monsieur/Madame aura intégré un milieu de vie adapté à ses besoins. • Aucun objectif visé pour le moment car refus de Monsieur/Madame de quitter son domicile.

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Référence à une agence de recherche de résidence.
- Suivi psychosocial :
  - .. information concernant les différentes ressources offertes;
  - .. procéder à une demande d'hébergement;
  - .. soutien à la personne/famille dans leurs démarches de changement de milieu de vie ou pour l'acceptation d'un hébergement;
  - .. etc.
- Etc.

AUTRES PROBLÈMES

PROBLÈMES	OBJECTIFS
• Risque de détérioration ou d'instabilité de la condition bio-psychosociale relié à : .. précarité de la situation .. refus des recommandations, traitements ou autres .. négation de la perte d'autonomie .. limitations cognitives .. isolement, faible réseau .. incapacité à formuler ses demandes d'aide .. etc.	• *D'ici à telle date…* *.. Monsieur/Madame aura développé une relation de confiance avec une personne significative auprès de laquelle il pourra éventuellement exprimer des besoins.* *.. Monsieur/Madame aura reçu toute l'information pertinente sur les conséquences possibles pour lui, d'un refus des recommandations, traitements ou autres.* • *Les facteurs de risques ou les éléments de dangerosité auront été plus clairement identifiés et mieux documentés afin de formuler les recommandations les plus appropriées pour assurer la sécurité de Monsieur/Madame.* • *Aucun objectif visé pour le moment car refus de Monsieur/Madame de suivre les recommandations, traitements ou autres.*

EXEMPLES DE MOYENS POSSIBLES

- Suivi afin de gagner la confiance et favoriser l'expression des besoins.
- Référence à un groupe communautaire.
- Poursuite d'évaluation bio-psychosociale.

Conclusion

Dans l'intérêt des gens que nous desservons, il est fondamental d'élaborer avec eux des plans qui guident nos interventions. Il faut toutefois savoir demeurer à l'écoute dans la poursuite des objectifs fixés et des moyens à utiliser. « Toutes les possibilités de solution ne peuvent pas être complètement déterminées à l'avance… Il faut respecter le fait que la complexité de l'être vivant implique son propre principe de réorganisation. La personne doit voir avant tout à évoluer dans un contexte respectant sa nature complexe, qui évolue selon des voies imprévisibles. Quand son évolution devient prévisible dans tous ses détails, c'est que l'individu agit en robot [5]. »

Pour atteindre sa cible, un plan d'intervention doit obligatoirement être réévalué en cours de route. Cela permet de s'enquérir des besoins et des attentes de l'usager et d'ajuster la trajectoire du plan, s'il y a lieu.

Nous espérons que l'utilisation de ce guide contribuera à faciliter l'évaluation et le suivi avec la clientèle tout en favorisant la collaboration interprofessionnelle au cœur de cette démarche.

[5] Dr Suzanne Lamarre, Aider sans nuire, Les Éditions Lescop, p. 82-83.

Modèle de synthèse pour l'OEMC

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

- Raison initiale de la demande
- Séjour hospitalier
- Nom, âge et sexe
- Source d'information
- Collaboration
- Ce qui a été fait jusqu'à présent (service antérieur à la demande)
- Identifier les **éléments significatifs** au plan bio-psychosocial, les forces et les caractéristiques de l'usager sur lesquels on peut miser et qui ont un impact sur les services

PROBLÈMES PRIORITAIRES DÉCELÉS

- Indiquer les problèmes prioritaires identifiés en collaboration avec l'usager lors de la collecte de données en intégrant les éléments problématiques recueillis dans les diverses sections.

ATTENTE DE L'USAGER OU DES PROCHES

- Inscrire les attentes formulées par l'usager ou ses proches.

HYPOTHÈSE PROFESSIONNELLE OU IMPRESSION

- Indiquer, s'il y a lieu, l'écart entre l'identification du problème par le client et notre compréhension de la situation (situation non compensée, facteurs de risques, les forces et les caractéristiques sur lesquelles on peut miser, etc.).

ORIENTATIONS SUGGÉRÉES

- Inscrire les orientations à donner au dossier.

N.B. : Ce n'est pas dans la synthèse que le plan d'intervention sera développé.

NOTE : À l'usage des intervenants du CSSS du Cœur-de-l'Île

Veuillez indiquer la priorité en cas de sinistre externe à la fin de la synthèse.

1. *Besoin que l'on intervienne en cas de désastre dans les premières heures (24 heures au maximum);*
2. *Personne qui a des contacts avec l'extérieur mais dont le jugement nous semble altéré et dont il faudrait s'occuper advenant un désastre (au maximum dans les 48 heures);*
3. *Personne parfaitement capable de prendre une décision en cas de désastre.*

Centre de santé et de services sociaux
du Cœur-de-l'Île

Nos coordonnées

CLSC de La Petite-Patrie
6520, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P7
514 273-4508

CLSC de Villeray
1425, rue Jarry Est
Montréal (Québec) H2E 1A7
514 376-4141

Hôpital Jean-Talon
1385, rue Jean-Talon Est
Montréal (Québec) H2E 1S6
514 495-6767

Centre d'hébergement Paul-Gouin
5900, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P3
514 273-3681

Centre d'hébergement Auclair
6910, rue Boyer
Montréal (Québec) H2S 2J7
514 272-3011

Visitez notre site au
www.santemontreal.qc.ca/CSSS/coeurdelile

Septembre 2008