

ANNEXE 1

Données sociodémographiques et état de santé

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sujet # : _____

Date de l'entrevue : ____/____/____
Jour mois année

Date de l'entrevue : ____/____/____
Jour mois année

Intervieweuse : _____

Région

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 – Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> 09 – Côte-Nord |
| <input type="checkbox"/> 02 – Saguenay – Lac-Saint-Jean | <input type="checkbox"/> 10 – Nord-du-Québec |
| <input type="checkbox"/> 03 – Capitale-Nationale | <input type="checkbox"/> 11 – Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> 04 – Mauricie et Centre-du-Québec | <input type="checkbox"/> 12 – Chaudière-Appalaches |
| <input type="checkbox"/> 05 – Estrie | <input type="checkbox"/> 13 – Laval |
| <input type="checkbox"/> 06 – Montréal | <input type="checkbox"/> 14 – Lanaudière |
| <input type="checkbox"/> 07 – Outaouais | <input type="checkbox"/> 15 – Laurentides |
| <input type="checkbox"/> 08 – Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> 16 – Montérégie |

Milieu

A1 ☐ Nouvelle formules d'hébergement (NFH)

A2 ☐ CHSLD public

Nom de la résidence : _____

1. Il s'agit d'un...

- ☐ domicile individuel conventionnel
(appartement, logement ou maison privée)
- ☐ domicile collectif conventionnel
(HLM, condominium, coopérative d'habitation)
- ☐ domicile individuel ou collectif avec services
(chambre et pension, logement adapté, résidence)

2. Combien de pièces contient votre logement ? _____

3. L'accès au domicile se fait par... (cocher une ou plusieurs réponses)

- ☐ accès direct
- ☐ escalier intérieur (> 4 marches)
- ☐ escalier extérieur (> 4 marches)
- ☐ ascenseur
- ☐ rampe d'accès

4. Recevez-vous les services d'un système de surveillance quelconque ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Lequel ?

- ☐ Surveillance téléphonique
- ☐ Visite du facteur
- ☐ Autre : spécifiez l'instrument ou le type de programme. Indiquez par qui le paiement a été effectué s'il y a lieu :

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Date de naissance : ____ / ____ / ____
 Jour mois année

2. Âge : _____

3. Sexe : F ☐ M ☐

4. Langue usuelle

- ☐ Français
- ☐ Anglais
- ☐ Autre : _____

5. Nationalité d'origine : _____

6. État civil

- ☐ célibataire
- ☐ veuf(ve)
- ☐ marié(e)
- ☐ séparé(e)/divorcé(e)

7. Situation de vie (avec qui demeurez-vous ?) (cochez une ou plusieurs réponses).

- ☐ seul(e)
- ☐ conjoint(e)
- ☐ enfant(s)
- ☐ conjoint et enfant
- ☐ autre : _____

8. Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, combien ? _____

8a. Un ou plusieurs des enfants vivent-ils près de l'endroit où vous résidez (accès à moins d'une demi-heure de transport pour aller seulement) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, combien ? _____

8b. Personnes significatives (famille, amis, voisins, etc.) :

8c. Fréquence de leur visite :

- ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Plus d'une fois par semaine

9. Scolarité

- ☐ aucune
- ☐ 1-4 ans
- ☐ 5-8 ans
- ☐ 9-10 ans
- ☐ 11-13 ans
- ☐ 14-17 ans
- ☐ > 18 ans

Nous aimerions avoir une idée du niveau de revenu et du sentiment de sécurité qu'ont les aînés. Ceci est entièrement confidentiel et nous ne nous intéressons pas aux données individuelles.

10. Source de revenu

- ☐ aucune
- ☐ supplément de revenu garanti
- ☐ pension fédérale / pension de la Sécurité de la vieillesse sans supplément ou pension de veuve
- ☐ Rentes du Québec (rentes de retraite, rentes de conjoint survivant)
- ☐ rentes de retraite privée (employeur)
- ☐ revenus de placements et intérêts

* Noter que la pension fédérale et le supplément de revenu garanti = 900/mois x 12 mois = 10 000\$ /an

11. Voici une liste qui correspond à différents niveaux de revenus. Quelle catégorie correspond à votre revenu annuel si vous tenez compte de toutes les sources ? (ex : emplois, pensions, rentes, assistance sociale)(montrer le carton de choix de réponses).

Moins que 9,999	10,000-14,999	15,000-19,999	20,000-24,999	25,000-29,999	30,000-34,999	35,000-39,999	40,000-44,999	45,000-49,999	50,000-59,999	60,000-69,999	70,000-ou plus	Ref.	NSP
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	77	88

12. Dans quelle mesure estimez-vous que votre revenu vous permet de satisfaire vos besoins ?

Très bien	Convenablement	Difficilement	Pas très bien	Pas du tout	Refus	NSP
1	2	3	4	5	6	7

13. Recevez-vous de l'argent de votre CLSC pour des services d'hygiène, de préparation de repas, d'entretien ménager, etc. (ex : allocation directe, SIMAD, répit/dépannage, allocation locale, chèque-emploi-service, soutien à la famille, etc.) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, décrivez :

ÉTAT DE SANTÉ

HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE, ET DIAGNOSTICS ACTUELS

Maladies physiques et mentales – incluant maladies ou problèmes chroniques ou stabilisés, anomalies congénitales, traumatismes. *Porter attention aux problèmes cognitifs et au type de démence.*

Cardiaques	PR	AB	Pulmonaires	PR	AB
Infarctus du myocarde			Apnée du sommeil		
Arythmie cardiaque			Embolie pulmonaire		
Hypertension			Emphysème/asthme/syndrome obstructif chronique		
Hypotension orthostatique					
Insuffisance cardiaque			Fibrose pulmonaire		
Maladie cardiaque ischémique			Pneumonie		
Maladie valvulaire			Tuberculose		
Maladie vasculaire périphérique			Autre :		
Thrombose veineuse profonde			Autre :		
Maladie cardiaque artériosclérotique (MCAS)			Autre :		
Maladie vasculaire artériosclérotique (MVAS)			Autre :		
Autre :			Autre :		
Neurologiques	PR	AB	Psychiatriques	PR	AB
Accident vasculaire cérébral			Maladie bipolaire		
Démence frontale (Pick)			Trouble dépressif majeur		
Maladie d'Alzheimer			Troubles psychotiques :		
Autre démence			Schizophrénie		
Déficiência intellectuelle			Trouble délirant		
Delirium			Trouble schizo-affectif		
Dyskinésie tardive			Troubles anxieux :		
Épilepsie			Phobie sociale		
Hémiplégie/hémi-parésie			Syndrome stress post-traumatique		
Hématome sous-dural			Trouble anxieux généralisé		
Hydrocéphalie			Trouble obsessionnel-compulsif		
Maladie de parkinson/parkinsonisme			Trouble panique		
Sclérose en plaques			Trouble de la personnalité		
Sclérose latérale amyotrophique			Troubles d'adaptation		
Traumatisme crânien			Autre :		
Trisomie 21			Autre :		
Autre :			Autre :		

Cocher PR pour présent, AB pour absent et ≠ dans la colonne AB lorsque vous n'avez pas l'information.

HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE, ET DIAGNOSTICS ACTUELS (SUITE)					
Autres	PR	AB	Organes des sens	PR	AB
Chutes/troubles de la mobilité			Dégénérescence maculaire		
Éthylisme			Cataracte		
Toxicomanie			Cécité		
VIH-Sida			Glaucome		
Autre :			Hémianopsie/quadrantopsie		
Autre :			Surdité		
Autre :			Vertiges		
Autre :			Autre :		
Musculosquelettiques	PR	AB	Digestifs	PR	AB
Amputation			Cholélithiase		
Arthrose			Colon irritable		
Bursite/tendinite			Diverticulose/lite		
Entorse			Dysphagie		
Fracture de la hanche			Incontinence fécale		
Autre fracture			Maladie hépatique légère		
Goutte			Maladie hépatique modérée ou sévère		
Pseudogoutte			Maladie inflammatoire des intestins		
Hernie discale			Maladie ulcéreuse		
Ostéoporose			Reflux gastro-oesophagien		
Polyarthrite et autres connectivités			Autre :		
Radioculopathie			Autre :		
Autre :			Autre :		
Héмато-oncologiques	PR	AB	Cutanés	PR	AB
Anémie			Phlegmon/abcès/cellulite		
Leucémie			Eczéma		
Lymphome malin			Plaie de pression		
Tumeur maligne ou cancer			Psoriasis		
Tumeur solide métastatique			Zona		
Déficience vitamine B12			Autre :		
Autre :			Autre :		
Endocrino/métaboliques	PR	AB	Urinaires	PR	AB
Diabète			Hypertrophie bénigne de la prostate		
Diabète avec atteinte d'un organe cible			Incontinence urinaire		
Dénutrition			Infection des voies urinaires		
Dyslipidémie			Insuffisance rénale		
Hyperparathyroïdie			Urolithiase		
Hyperthyroïdie			Maladie rénale modérée ou sévère		
Hypothyroïdie			Autre :		
Obésité			Autre :		
Autre :			Autre :		

Cocher PR pour présent, AB pour absent et ≠ dans la colonne AB lorsque vous n'avez pas l'information.

Détérioration récente (dans le dernier mois) de l'état de santé : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser : _____

Hospitalisations (impact sur condition présente) : _____

Chirurgies (impact sur condition présente) : _____

Allergies (médicament, alimentation, environnement) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser : _____

Infections

SARM ☐ _____

C-difficile ☐ _____

Autre infection ☐ Préciser : _____

Autre infection ☐ Préciser : _____

Autre infection ☐ Préciser : _____

Autre infection ☐ Préciser : _____

Précautions :

Isolement

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Commentaires : _____

Cocher PR pour présent, AB pour absent et ≠ dans la colonne AB lorsque vous n'avez pas l'information.

ANNEXE 2

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

HANDICAP

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

A3. S'HABILLER	
<input type="checkbox"/> 0 S'habille seul _____ <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non → -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div> Norme : 7 fois s'habiller ; 7 fois se déshabiller ; T =14 Inclus : attacher le fermoir, boutons, lacets, bas de soutien * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin de surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter ses vêtements OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)	
<input type="checkbox"/> -2 Nécessite de l'aide pour s'habiller	
<input type="checkbox"/> -3 Doit être habillé par une autre personne	
<input type="checkbox"/> bas de soutien	
Commentaires :	

A4. ENTRETENIR SA PERSONNE (brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, couper ses ongles, se maquiller)	
<input type="checkbox"/> 0 Entretien sa personne seul _____ <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non → -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div> Norme : ongles d'orteils = 1 fois/mois ; dents = 2 fois/jour ; tête = 1/sem Barbe = 1 fois/jour (noter l'item en haut de la colonne) * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -1 A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne	
<input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne	
<input type="checkbox"/> -3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne	
Commentaires :	

INCAPACITÉS

HANDICAP

- * Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile
- ** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

A5. FONCTION VÉSICALE	
<input type="checkbox"/> 0 Miction normale _____	
<input type="checkbox"/> -1 Incontinence occasionnelle OU en gouttes à gouttes OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui } 0 <input type="checkbox"/> Non } -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div>
<input type="checkbox"/> -2 Incontinence urinaire fréquente	Norme : 6 fois/jour. Si sonde à demeure ou condom 2/jours.
<input type="checkbox"/> -3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence OU une sonde à demeure OU un condom urinaire	* Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> condom <input type="checkbox"/> incontinence diurne <input type="checkbox"/> incontinence nocturne	<u><i>Demander qui paie pour les couches :</i></u>
Commentaires :	
A6. FONCTION INTESTINALE	
<input type="checkbox"/> 0 Défécation normale _____	
<input type="checkbox"/> -1 Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui } 0 <input type="checkbox"/> Non } -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div>
<input type="checkbox"/> -2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier	Norme : 1 fois/jour. Stomie = 2/sem. Entretien sac = 3/jours.
<input type="checkbox"/> -3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence OU une stomie	* Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> incontinence diurne <input type="checkbox"/> incontinence nocturne	<u><i>Demander qui paie pour les couches :</i></u>
Commentaires :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

A7. UTILISER LES TOILETTES (se dévêtir, s'asseoir, se relever, s'essuyer, se revêtir)

<input type="checkbox"/> 0 Utilise seul les toilettes _____ <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____ <input type="checkbox"/> -1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une baignoire <input type="checkbox"/> -2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal <input type="checkbox"/> -3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal <input type="checkbox"/> chaise d'aisance <input type="checkbox"/> baignoire <input type="checkbox"/> urinal	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> Norme : 7 fois/jour. * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
--	--

Commentaires :

B. MOBILITÉ

B1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice versa)

<input type="checkbox"/> 0 Se lève, s'assoit et se couche seul _____ <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____ <input type="checkbox"/> -1 Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé OU surveillé OU guidé dans ses mouvements Préciser : _____ <input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher Préciser : _____ <input type="checkbox"/> -3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc) _____ <input type="checkbox"/> positionnement particulier : <input type="checkbox"/> lève-personne <input type="checkbox"/> planche de transfert	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> Norme : 6 fois/jour. Grabataire = 10 fois/jour (installation et mobilisation) * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
---	---

Commentaires :

- * Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile
 ** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

B2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur)	
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire OU utilise une marchette </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide d'une autre personne </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -3 Ne marche pas </div> <div style="margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> canne simple <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> quadripode <input type="checkbox"/> marchette </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 80%;"> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>Norme : 3 fois/jour ; environ 10 mètres</p> <p>* Ressources : _____</p> <p>** Paiement : _____</p> <p>*** Fréquence : _____</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: right;"> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non → -1 <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 10px;">-2 <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 10px;">-3 <input type="checkbox"/></p> </div> </div>
Commentaires : _____	
B3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE	
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 0 Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -1 Installe seul sa prothèse ou son orthèse </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -1.5 Avec difficulté </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -2 A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'aide partielle </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> -3 La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 80%;"> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>Norme : 2 fois/jour</p> <p>* Ressources : _____</p> <p>** Paiement : _____</p> <p>*** Fréquence : _____</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: right;"> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non → -1 <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 10px;">-2 <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 10px;">-3 <input type="checkbox"/></p> </div> </div>
Type de prothèse ou d'orthèse : _____	
Commentaires : _____	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

B4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT (F.R.) À L'INTÉRIEUR	
<input type="checkbox"/> 0 N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer <input type="checkbox"/> -1 Se déplace seul en F.R. _____ <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> -1.5 Avec difficulté _____</div> <input type="checkbox"/> -2 Nécessite qu'une personne pousse le F.R. _____ <input type="checkbox"/> -3 Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière) Indiquez le type de fauteuil : <input type="checkbox"/> F.R. simple <input type="checkbox"/> F.R. à conduite unilatérale <input type="checkbox"/> F.R. motorisé <input type="checkbox"/> triporteur <input type="checkbox"/> quadriporteur	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Le logement où habite le sujet permet la circulation en F.R. Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Normes 6 fois/jour. Civière 2/sem </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 0 Oui Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____ </div>
Commentaires :	
B5. UTILISER LES ESCALIERS	
<input type="checkbox"/> 0 Monte et descend les escaliers seul <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____</div> <input type="checkbox"/> -1 Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire <input type="checkbox"/> -2 Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne <input type="checkbox"/> -3 N'utilise pas les escaliers Ascenseur disponible : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> F.R. Non	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Le sujet doit utiliser un escalier Non Oui ↓ Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Norme : Pas de fréquence sauf si situation particulière, ex. pour aller à la salle de bain, doit utiliser un escalier. </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 0 Oui Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____ </div>
Commentaires :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile
 ** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

B6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR	
<input type="checkbox"/> 0 Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____	<p>L'environnement extérieur où habite le sujet permet l'accès et la circulation en F.R. ou triporteur ou quadriporteur</p> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non ↓</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non → -1 <input type="checkbox"/></p> <p>-2 <input type="checkbox"/></p> <p>-3 <input type="checkbox"/></p> <p>Norme : selon besoin</p> <p>* Ressources : _____</p> <p>** Paiement : _____</p> <p>*** Fréquence : _____</p>
<input type="checkbox"/> -1 Utilise seul un F.R. ou un triporteur ou un quadriporteur. ↓ <input type="checkbox"/> -1.5 Avec difficulté OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire	
<input type="checkbox"/> -2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher OU utiliser un F.R.	
<input type="checkbox"/> -3 Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière)	
Commentaires :	
C. COMMUNICATIONS : aucun ressource/paiement/fréquence	
C1. VOIR	
<input type="checkbox"/> 0 Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs <input type="checkbox"/> -1 Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes <input type="checkbox"/> -2 Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes <input type="checkbox"/> -3 Aveugle <input type="checkbox"/> verres correcteurs <input type="checkbox"/> loupe	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non → -1 <input type="checkbox"/></p> <p>-2 <input type="checkbox"/></p> <p>-3 <input type="checkbox"/></p>
Commentaires : <i>justifier la cote du handicap</i> :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

C2. ENTENDRE	
<input type="checkbox"/> 0 Entend convenablement avec ou sans appareil auditif <input type="checkbox"/> -1 Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif <input type="checkbox"/> -2 N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes <input type="checkbox"/> -3 Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer <input type="checkbox"/> appareil auditif	<div> Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div> Oui → 0 <input type="checkbox"/> </div> <div> Non <div> -1 <input type="checkbox"/> </div> <div> -2 <input type="checkbox"/> </div> <div> -3 <input type="checkbox"/> </div> </div> </div>
Commentaires : <i>justifier la cote du handicap</i> :	
C3. PARLER	
<input type="checkbox"/> 0 Parle normalement <input type="checkbox"/> -1 A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée <input type="checkbox"/> -2 A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel <input type="checkbox"/> -3 Ne communique pas Aide technique : <input type="checkbox"/> ordinateur <input type="checkbox"/> tableau de communication	<div> Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div> Oui → 0 <input type="checkbox"/> </div> <div> Non <div> -1 <input type="checkbox"/> </div> <div> -2 <input type="checkbox"/> </div> <div> -3 <input type="checkbox"/> </div> </div> </div>
Commentaires : <i>justifier la cote du handicap</i> :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services    domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

D. FONCTIONS MENTALES : aucun ressource/paiement/fréquence**D1. MÉMOIRE**

<input type="checkbox"/> 0 Mémoire normale	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui <input type="checkbox"/> 0 Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3
<input type="checkbox"/> -1 Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants	
<input type="checkbox"/> -2 Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer la cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs, etc.)	
<input type="checkbox"/> -3 Amnésie quasi-totale	

Commentaires : *justifier la cote du handicap* :**D2. ORIENTATION**

<input type="checkbox"/> 0 Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui <input type="checkbox"/> 0 Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3
<input type="checkbox"/> -1 Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes	
<input type="checkbox"/> -2 Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières	
<input type="checkbox"/> -3 Désorientation complète	

Commentaires : *justifier la cote du handicap* :

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel

6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

D3. COMPRÉHENSION	
<input type="checkbox"/> 0 Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande <input type="checkbox"/> -1 Est lent à saisir des explications ou des demandes <input type="checkbox"/> -2 Ne comprend que partiellement même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages <input type="checkbox"/> -3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui	<div> Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div> Oui <input type="checkbox"/> 0 Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 </div> </div>
Commentaires : <i>justifier la cote du handicap</i> :	
D4. JUGEMENT	
<input type="checkbox"/> 0 Évalue les situations et prend des décisions sensées <input type="checkbox"/> -1 Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées <input type="checkbox"/> -2 Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère <input type="checkbox"/> -3 N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place	<div> Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div> Oui <input type="checkbox"/> 0 Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 </div> </div>
Commentaires : <i>justifier la cote du handicap</i> :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

D5. COMPORTEMENT	
<input type="checkbox"/> 0 Comportement adéquat <input type="checkbox"/> -1 Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation <input type="checkbox"/> -2 Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants) <input type="checkbox"/> -3 Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver	<p>Actuellement, le sujet a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non → -1 <input type="checkbox"/></p> <p>-2 <input type="checkbox"/></p> <p>-3 <input type="checkbox"/></p>
Commentaires : justifier la cote du handicap :	
E. TÂCHES DOMESTIQUES (Activités de la vie domestique)	
E1. ENTRETENIR LA MAISON (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)	
<input type="checkbox"/> 0 Entretien seul la maison <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté <input type="checkbox"/> -1 Entretien la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert une surveillance ou une stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver le plancher, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.) <input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison <input type="checkbox"/> -3 N'entretient pas la maison	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>Oui → 0 <input type="checkbox"/></p> <p>Non → -1 <input type="checkbox"/></p> <p>-2 <input type="checkbox"/></p> <p>-3 <input type="checkbox"/></p> <p>Norme 1 fois/sem</p> <p>* Ressources : _____</p> <p>** Paiement : _____</p> <p>*** Fréquence : _____</p>
Commentaires :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

E2. PRÉPARER LES REPAS	
<input type="checkbox"/> 0 Prépare seul ses repas <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui <input type="checkbox"/> 0 Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 Norme : 7 jrs/7 ; 3 fois/ jour ; T = 21 * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -1 Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable	
<input type="checkbox"/> -2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)	
<input type="checkbox"/> -3 Ne prépare pas ses repas	
Commentaires :	
E3. FAIRE LES COURSES	
<input type="checkbox"/> 0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui <input type="checkbox"/> 0 Non <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 Norme : 1 fois/sem. * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre	
<input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses	
<input type="checkbox"/> -3 Ne fait pas les courses	
Commentaires :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile
 ** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

E4. FAIRE LA LESSIVE	
<input type="checkbox"/> 0 Fait toute la lessive seul <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non { -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div>
<input type="checkbox"/> -1 Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable	Norme : Cote les journées de lessive et non le nb de brassées En cas d'handicap, l'aide doit être apportée 1 fois/sem. au moins
<input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour faire la lessive	* Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -3 Ne fait pas la lessive	
Commentaires :	
E5. UTILISER LE TÉLÉPHONE	
<input type="checkbox"/> 0 Se sert du téléphone (incluant la recherche d'un numéro de téléphone dans le bottin) <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non { -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div>
<input type="checkbox"/> -1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence	
<input type="checkbox"/> -2 Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur	* Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -3 Ne se sert pas du téléphone	
Commentaires :	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile
 ** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

INCAPACITÉS

HANDICAP

E6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT																	
<input type="checkbox"/> 0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.) <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité </div> <div style="text-align: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non → -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____ </div>																
<input type="checkbox"/> -1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté																	
<input type="checkbox"/> -2 N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre																	
<input type="checkbox"/> -3 Doit être transporté sur civière																	
Commentaires : _____																	
E7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS																	
<input type="checkbox"/> 0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité </div> <div style="text-align: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non → -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Norme : Nb de prise de médicament/jour, pas nb. de médicaments <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Si pilulier qui fait pilulier</th> <th style="text-align: center;">qui fait prendre médicaments</th> <th style="text-align: center;">combien de prise de médic. /jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>* Ressources :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>** Paiement :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>*** Fréquence :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> </div>		Si pilulier qui fait pilulier	qui fait prendre médicaments	combien de prise de médic. /jour	* Ressources :	_____	_____	_____	** Paiement :	_____	_____	_____	*** Fréquence :	_____	_____	_____
	Si pilulier qui fait pilulier	qui fait prendre médicaments	combien de prise de médic. /jour														
* Ressources :	_____	_____	_____														
** Paiement :	_____	_____	_____														
*** Fréquence :	_____	_____	_____														
<input type="checkbox"/> -1 A besoin de la surveillance (incluant surveillant à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)																	
<input type="checkbox"/> -2 Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement																	
<input type="checkbox"/> -3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun																	
Utilise un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
Commentaires : _____																	

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile

** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

Indiquez la fréquence des services sur une semaine (**7 jours**) et répartition entre les ressources.

INCAPACITÉS

HANDICAP






E8. GÉRER SON BUDGET	
<input type="checkbox"/> 0 Gère seul son budget _____ <input type="checkbox"/> -0.5 Avec difficulté _____	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <div style="float: right;"> Oui → 0 <input type="checkbox"/> Non → -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> </div> * Ressources : _____ ** Paiement : _____ *** Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> -1 A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes	
<input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet	
<input type="checkbox"/> -3 Ne gère pas son budget	
Commentaires :	
<u>Sous-total</u>	
SCORE INCAPACITÉ : ____/-87	SCORE HANDICAP : ____/-87

* Ressources : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
 6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/Coop services à domicile
 ** Paiement : 0. Aucune 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

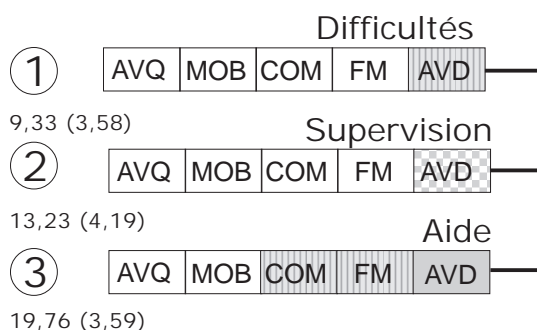
ANNEXE 3

Profils Iso-SMAF

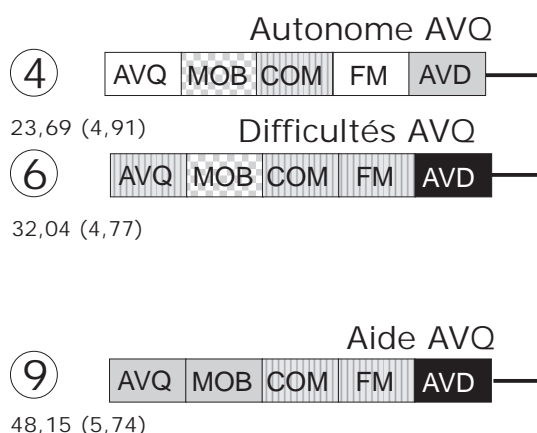
PROFILS ISO-SMAF

LÉGENDE	
	Autonome (0)
	Difficultés (0,5)
	Supervision (1)
	Aide (2)
	Dépendant (3)
AVQ Activités de la vie quotidienne	
MOB Mobilité	
COM Communication	
FM Fonctions mentales	
AVD Activités de la vie domestique	

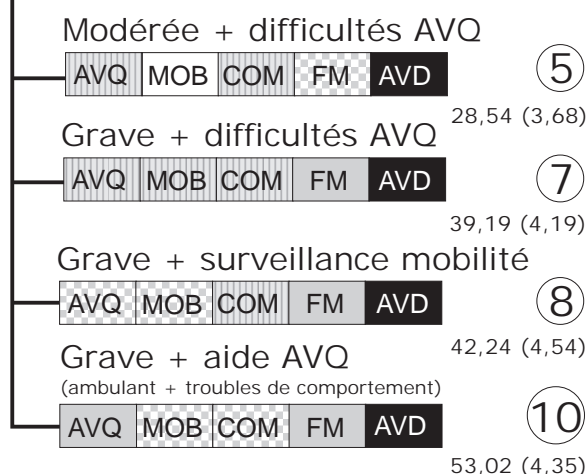
CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES



CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE

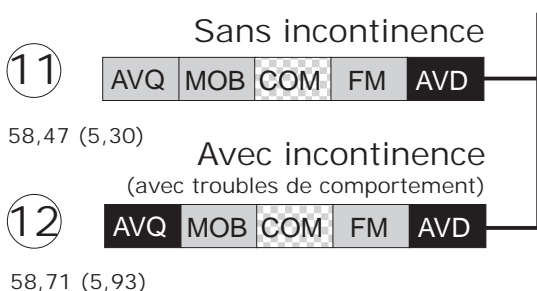


CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE



ATTEINTE MIXTE MOTRICE + MENTALE

CATÉGORIE 4: AIDE À LA MOBILITÉ



CATÉGORIE 5: ALITÉ ET DÉPENDANT AVQ



ANNEXE 4

SMAF social

Grille d'évaluation du fonctionnement social

SMAF SOCIAL[®]

STABILITÉ **

INCAPACITÉS		HANDICAP			
1. Occuper son temps libre.					
0	Capable d'identifier et de choisir des activités et d'y participer de façon autonome				
-1	Doit être encouragé ou stimulé à choisir des activités ou à prendre part à des activités sociales ou récréatives	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ressources * : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
-2	Demande de l'aide afin d'identifier des activités ou d'y participer				
-3	N'a plus la capacité d'identifier des activités et d'y prendre part OU ne fait aucune activité				
Commentaires : _____					
2. Maintenir ou créer des liens significatifs avec sa famille, ses proches, ses amis et ses intervenants.					
0	A des contacts significatifs avec son entourage				
-1	Doit être encouragé ou stimulé à créer ou maintenir des liens significatifs	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
-2	N'entre plus par lui-même en relation avec son entourage				
-3	N'a plus de relations significatives avec son entourage				
Commentaires : _____					
3. Utiliser les ressources de son milieu					
0	Utilise les ressources de son réseau en temps opportun				
-1	A besoin d'être stimulé ou orienté à aller chercher les ressources de son réseau	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
-2	A besoin d'aide pour utiliser les ressources de son réseau				
-3	Ne fait aucune démarche				
Commentaires : _____					

INCAPACITÉS		HANDICAP	
4. Agir de façon appropriée (respect, harmonie, politesse) dans ses relations avec les autres.			
0	Agit de façon appropriée avec les autres		
-1	Présente à l'occasion un manque de respect, de politesse ou d'harmonie nécessitant un rappel à l'ordre occasionnel	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0
-2	Présente fréquemment des attitudes conflictuelles ou de non-respect dans ses relations avec les autres		-1
-3	Agit toujours de façon non appropriée dans ses relations avec les autres OU n'a plus la capacité d'interagir avec les autres		-2
Commentaires : _____			-3
5. Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation			
0	Accomplit ses rôles sociaux		
-1	N'accomplit pas un de ses rôles sociaux significatifs	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0
-2	N'accomplit pas plusieurs de ses rôles sociaux significatifs		-1
-3	N'accomplit plus ses rôles sociaux significatifs OU n'a jamais eu de rôles sociaux significatifs		-2
Commentaires : _____			-3
6. Exprimer ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites.			
0	Exprime facilement ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites		
-1	Doit être stimulé ou encouragé à s'exprimer	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0
-2	A besoin d'aide pour s'exprimer		-1
-3	N'exprime plus ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites		-2
Commentaires : _____			-3

ANNEXE 5


Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)

QUESTIONNAIRE MMSE


J'aimerais maintenant vous poser quelques questions pour vérifier votre mémoire, votre attention et votre concentration. Certaines d'entre elles vont vous sembler faciles, d'autres plus difficiles.

TEST	0	1
1. En quelle année sommes-nous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quelle est la saison ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quelle est la date ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Quel jour de la semaine sommes-nous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quel est le mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pouvez-vous me dire dans quel pays nous sommes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dans quelle province sommes-nous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Dans quelle ville/village sommes-nous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Quel est le nom de la rue ou l'adresse de l'endroit où nous sommes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. À quel étage sommes-nous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Je vais vous dire trois mots dont vous devez vous rappeler. Répétez-les quand j'aurai fini de les lire tous les trois.</p> <p style="text-align: center;">11. Chemise</p> <p style="text-align: center;">12. Bleu</p> <p style="text-align: center;">13. Honnêteté</p> <p>Quels sont les trois mots que je viens de dire ?</p> <p><i>(Donner 1 point pour chaque réponse correcte au premier essai. Nommer les mots jusqu'à quatre fois pour que le sujet les sache.)</i></p>		

 = problème de vision important, cécité

 = analphabète





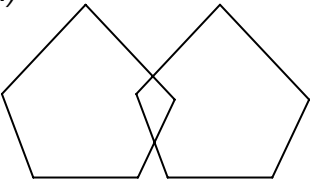


A  = problème d'écriture seulement (sait lire)

 = handicap physique empêchant la manipulation

QUESTIONNAIRE MMSE

TEST	0	1	2	3	4	5										
<p>14. Veuillez maintenant épeler le mot « MONDE » à l'endroit.</p> <p>Maintenant épelez-le à l'envers, en commençant par la dernière lettre.</p> <p><i>(Si le répondant est incapable d'épeler le mot « MONDE » à l'endroit, épelez-le une fois avec un intervalle de temps de 1,5 seconde entre chaque lettre.)</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>E</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td></tr> <tr><td>O</td><td></td></tr> <tr><td>M</td><td></td></tr> </table> <p><i>(Nombre de lettres données dans le bon ordre.)</i> </p>	E		D		N		O		M		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E																
D																
N																
O																
M																
<p>Quels sont les trois mots que je vous ai demandé de mémoriser un peu plus tôt ?</p> <p style="text-align: center;">15. Chemise</p> <p style="text-align: center;">16. Bleu</p> <p style="text-align: center;">17. Honnêteté</p> <p><i>(Donner 1 point pour chaque réponse.)</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>														
18. <i>(Présenter une montre.)</i> Comment cet objet s'appelle-t-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>														
19. <i>(Présenter un crayon.)</i> Comment cet objet s'appelle-t-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>														
20. <i>J'aimerais que vous répétiez une phrase après moi.</i> « Pas de si ni de mais » <i>(Ne permettre qu'un seul essai.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>														
21. Montrer « Fermez les yeux » et dites « S'il-vous-plait, faites ceci » <i>(Donner 1 point si la personne ferme les yeux.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>														

QUESTIONNAIRE MMSE

TEST	0	1	2	3	4	5
<p>22. Je vais vous donner une feuille de papier. Prenez-la de la main gauche (ou main non dominante), pliez-la en deux et placez la sur vos genoux.</p> <p><i>(Lire toutes les instructions, puis tendre la feuille de papier. Ne pas répéter les instructions ou guider la personne. Donner 1 point par étape correcte.)</i></p> <p>a) main non dominante b) plier la feuille c) sur les genoux</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<p>23. J'aimerais que vous écriviez une phrase complète sur cette feuille de papier.</p> <p><i>(Ne pas dicter la phrase. La personne doit écrire la phrase spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et doit avoir un sens. La grammaire, la ponctuation ou l'orthographe ne comptent pas.)</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<p>24. Voici un dessin. Je veux que vous copiez ce dessin sur la même feuille de papier.</p> <p><i>(Donner 1 point si les figures à cinq côtés s'intersectent pour former une figure à quatre côtés et si tous les angles sont conservés. Les tremblements ou rotations ne comptent pas.)</i></p> 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
ADDITIONNER LES POINTS	/ 30 Autre total__					

Au besoin : le sujet n'a complété **aucun item** pour **cause** :

- ☐ de surdité ou de problème d'audition très important
- ☐ d'aphasie
- ☐ de problèmes cognitifs graves (résultat = 0 / 30)
- ☐ de refus du sujet à cause de fonctions cognitives atteintes (résultat = 0 / 30)
- ☐ de refus du sujet sans atteinte de fonctions cognitives

Si la personne obtient un score de **20 et plus**, administrer les questionnaires suivants en s'adressant principalement au sujet.

Si la personne obtient un score **de 19 et moins**, administrer les questionnaires suivants avec l'aide de l'aidant naturel.

ANNEXE 6

Inventaire des comportements de Cohen-Mansfield

Inventaire des comportements de Cohen-Mansfield (version abrégée)

1. Faire les cent pas	Se déplace sans but précis ; marche sans arrêt ; dénote de l'anxiété.	1 2 3 4 5 6 7
2. Habillage ou déshabillage inapproprié	Mettre trop de vêtements ; un par-dessus l'autre ; inapproprié ; *ne pas confondre # 24.	1 2 3 4 5 6 7
3. Cracher	Inclus en mangeant, sur les gens ; ne pas considérer l'hyper salivation, cracher dans un mouchoir, dans la toilette ou à l'extérieur.	1 2 3 4 5 6 7
4. Sacrer ou agresser verbalement	Veut confronter : « mange d'la merde, ma maudite ».	1 2 3 4 5 6 7
5. Demandes constantes d'attention	Demandes injustifiées et de l'aide est non requise ; « venez m'aidez ... ».	1 2 3 4 5 6 7
6. Répétition de phrases ou de questions	Répète sans cesse, * ne pas confondre avec # 16.	1 2 3 4 5 6 7
7. Frapper	Abus physique, pincer, frapper fort sur les meubles, etc..	1 2 3 4 5 6 7
8. Donner des coups de pied	Avec force, violence, sur les gens ou les objets.	1 2 3 4 5 6 7
9. Empoigner	Tirer vers soi, ex. te prends par le bras et te tire vers lui.	1 2 3 4 5 6 7
10. Pousser	Tasser les autres, se frayer un passage, mettre de la pression.	1 2 3 4 5 6 7
11. Émettre des bruits étranges	« YAHOO », pleurs, sanglots, gémissements, rires étranges, grincer des dents.	1 2 3 4 5 6 7
12. Crier	Hurler, cris perçants.	1 2 3 4 5 6 7
13. Égratigner	Avec ses ongles, sur soi ou sur les autres.	1 2 3 4 5 6 7
14. Essayer de se rendre ailleurs	Veut aller ailleurs, dans un autre endroit, sans permission, ne reste pas tranquille.	1 2 3 4 5 6 7
15. Turbulence générale	Nerveux, brasse les objets, se lève, s'assoit, se tortille sur sa chaise.	1 2 3 4 5 6 7
16. Se plaindre	Complaintes sans fin : « j'ai mal à la tête », « j'ai mal au ventre », etc..	1 2 3 4 5 6 7
17. Négativisme	Attitude négative, n'aime rien, il n'y a jamais rien de bon, « c'est plate, c'est sale, etc. ».	1 2 3 4 5 6 7
18. Manipuler des choses incorrectement	Ex. : se brosse les dents avec son peigne, déménage ses meubles, dessine avec ses selles.	1 2 3 4 5 6 7
19. Cacher des choses	Place les objets sous ou à l'arrière de quelque chose.	1 2 3 4 5 6 7
20. Amasser des choses	Ramasse plein de choses : conserve et serres les serviettes de tables usées, verres sales.	1 2 3 4 5 6 7
21. Déchirer ou arracher des choses	Déchiqueter, déchirer, écraser les objets, etc..	1 2 3 4 5 6 7
22. Maniérisme répétitif	Donne des coups constants sur la table, se berce répétitivement, frotte ses cheveux, etc..	1 2 3 4 5 6 7
23. Avances sexuelles verbales	« T'es belle toé, viens me voir... » - Langage vulgaire ou sous-entendus	1 2 3 4 5 6 7
24. Avances sexuelles physiques	Flatte les fesses, touché non désiré, tripotter, masturbation inappropriée	1 2 3 4 5 6 7
25. Chuter intentionnellement	Ex. : chuter du fauteuil ou du lit, en regardant l'intervenant	1 2 3 4 5 6 7
26. Lancer des choses	Lancer avec violence, vider de son contenu un sac en envoyant les choses dans les airs	1 2 3 4 5 6 7
27. Mordre	Mordiller, se mordre ou mordre les autres	1 2 3 4 5 6 7
28. Manger des substances inappropriées	Manger des serviettes de tables, contenants de plastique, des produits nettoyants, etc..	1 2 3 4 5 6 7
29. Se faire mal à soi-même	Se brûler, se couper, se mutiler, etc.	1 2 3 4 5 6 7
30. Résister lors de la prise de médicament	Ferme la bouche, refuse d'avalier.	1 2 3 4 5 6 7
31. Résister lors de l'assistance dans les AVQ	Refuse d'enlever ses vêtements, ne veut pas qu'on lui touche, refuse de manger, etc.	1 2 3 4 5 6 7
32. Fouille dans les affaires des autres	Ex. : va dans les chambres des autres et fouille dans leurs tiroirs	1 2 3 4 5 6 7
33. Tente de se sauver	Surveille la porte, car il a l'intention de sortir, d'aller hors de l'endroit réservé, etc.	1 2 3 4 5 6 7
34. Erre au hasard	Va d'une place à l'autre sans but, suit les stimuli, facile à distraire...	1 2 3 4 5 6 7

ANNEXE 7

**Grille descriptive de l'environnement physique et organisationnel des ressources
d'hébergement accueillant des personnes âgées**

**Grille descriptive de l'environnement physique et
organisationnel des ressources d'hébergement
accueillant des personnes âgées**

A. IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

1. Informations sur le répondant

Nom

Prénom

Date de compilation des informations

Jour

Mois

Année

2. Coordonnées de la ressource

Nom de la ressource

Adresse

Ville

Code postal

3. Statut de la ressource

☐ Ressource publique (RI ou RTF)

☐ Ressource privée

☐ Ressource mixte (privée et RI)

☐ Autre (*spécifiez*) : _____

4. Type de ressource

☐ Ressource à but lucratif

☐ Autre (*spécifiez*) : _____

☐ Ressource à but non lucratif (OBNL/OSBL)

5. Permis, attestations et autorisations

Quels sont les permis, attestations et autorisations **en vigueur** dans votre ressource (valide pour l'année en cours) ?

a) Ministère de l'Agriculture – MAPAQ

☐ Oui

☐ Non

b) Municipal (réglementation)

☐ Oui

☐ Non

c) Ascenseur (Régie du bâtiment)

☐ Oui

☐ Non

d) Bail (Régie du logement)

☐ Oui

☐ Non

e) Bail maison

☐ Oui

☐ Non

B. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Clientèles accueillies

a) Votre ressource accueille-t-elle ces groupes d'âge ? **Si oui**, inscrivez la **proportion approximative** de ces personnes parmi celles actuellement hébergées dans votre ressource.

jeunes adultes (18-40 ans) ☐ Oui ☐ Non _____ %

adultes (41-64 ans) ☐ Oui ☐ Non _____ %

personnes âgées (65 ans et plus) ☐ Oui ☐ Non _____ %

total 100%

b) Votre ressource accueille-t-elle des personnes présentant majoritairement ces états ? **Si oui**, inscrivez la **proportion approximative** de ces personnes parmi celles actuellement hébergées dans votre ressource. Si une personne présente deux états ou plus, veuillez considérer que l'état **prédominant**.

personne **autonome** ☐ Oui ☐ Non _____ %

personne avec **troubles cognitifs**
(ex. démence, Alzheimer, etc.) ☐ Oui ☐ Non _____ %

personne avec **troubles de mobilité**
(ex. canne, marchette, fauteuil roulant, etc.) ☐ Oui ☐ Non _____ %

personne atteinte d'une **déficience intellectuelle** ☐ Oui ☐ Non _____ %

personne présentant des **problèmes de santé mentale** (ex. schizophrénie, etc.) ☐ Oui ☐ Non _____ %

total 100%

2. Regroupement des clientèles

Votre ressource regroupe-t-elle (ex. sur une même unité) les personnes présentant un même état (ex. problèmes cognitifs, problèmes de mobilité, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non

3. Admission et transfert

Expliquez les soins et/ou services requis qui entraînerait de la part de votre ressource un refus quant à l'admission d'une personne âgée ou son transfert vers un autre milieu de vie, autrement dit expliquez les limites de votre offre de services?

4. Capacité d'accueil

**** Chambre simple** : est une pièce habitée par une personne ou un couple. Cette pièce ne permet pas à son ou ses occupants de faire de la cuisine tous les jours, de manière auto-suffisante.

**** Chambre partagée** : est une pièce habitée par 2 personnes ne formant pas un couple. Cette pièce ne permet pas à ses occupants de faire de la cuisine tous les jours, de manière auto-suffisante.

**** Logement 1½** : est un logement comprenant une pièce ainsi qu'une salle de bain. Contrairement à la chambre, ce type d'unité locative permet à son ou ses occupants de faire de la cuisine.

**** Logement 2½ et +** : est un logement comprenant deux pièces et plus, une salle de bain ainsi qu'une cuisine.

A) Votre ressource offre-t-elle les unités locatives suivantes ? **Si oui**, inscrivez le nombre total des unités locatives offertes.

		Nb. total
a) Des chambres simples ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) Des chambres partagées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) Des logements 1 ½ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
d) Des logements 2 ½ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
e) Des logements 3 ½ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
f) Des logements 4½ et + ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

B) Est-ce que le prix mensuel de base des chambres inclus ... Cochez NA, si vous n'offrez pas de chambres ☐ NA

	simples	partagées		simples	partagées
eau chaude	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	téléphone (sans interurbains)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
électricité	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	câble ou satellite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
chauffage	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	produits d'incontinence	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

C) Est-ce que le prix mensuel de base des logements inclus ... Cochez NA, si vous n'offrez pas de logements ☐ NA

	1 ½	2½ et +		1 ½	2½ et +
eau chaude	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	téléphone (sans interurbains)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
électricité	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	câble ou satellite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
chauffage	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	produits d'incontinence	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

5. Taux d'occupation et de roulement

** Lorsque la ressource est un CHSLD, complétez que les sous-questions a et e **

a) Quel est votre nombre de places au permis ? _____

b) Dans la dernière année, avez-vous eu des changements de résidents PPP ? ☐ Oui ☐ Non

c) Dans la dernière année, est-ce que des chambres et/ou logements ont été vacants ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez le nombre de jours exacts : _____

d) Actuellement, quel est votre taux d'occupation ? _____ %

e) Votre ressource possède-t-elle une liste d'attente pour ses chambres ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Si oui, indiquez combien de personnes se trouvent actuellement sur cette liste d'attente : _____

f) Votre ressource possède-t-elle une liste d'attente pour ses logements ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Si oui, indiquez combien de personnes se trouvent actuellement sur cette liste d'attente : _____

6. Meubles et électroménagers

A) Cochez lesquels de ces meubles ou électroménagers peuvent être fournis par votre ressource aux résidents désirant louer une chambre (simple/partagée) ? Cochez NA si vous n'offrez pas de chambres ☐ NA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> lit simple | <input type="checkbox"/> lit double | <input type="checkbox"/> lit queen |
| <input type="checkbox"/> table de nuit | <input type="checkbox"/> commode 3 tiroirs et moins | <input type="checkbox"/> commode 4 tiroirs et plus |
| <input type="checkbox"/> bureau de travail | <input type="checkbox"/> chaise | <input type="checkbox"/> chaise berçante |
| <input type="checkbox"/> miroir | <input type="checkbox"/> mini-réfrigérateur | <input type="checkbox"/> plaque de cuisson |
| <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ | | |

B) Cochez lesquels de ces meubles ou électroménagers peuvent être fournis par votre ressource aux résidents désirant louer un logement (1½ et +) ? Cochez NA si vous n'offrez pas de logements ☐ NA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> lit simple | <input type="checkbox"/> lit double | <input type="checkbox"/> lit queen |
| <input type="checkbox"/> table de nuit | <input type="checkbox"/> commode 3 tiroirs et moins | <input type="checkbox"/> commode 4 tiroirs et plus |
| <input type="checkbox"/> bureau de travail | <input type="checkbox"/> chaise | <input type="checkbox"/> chaise berçante |
| <input type="checkbox"/> miroir | <input type="checkbox"/> réfrigérateur | <input type="checkbox"/> cuisinière (poêle) |
| <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ | | |

7. Heures de visites

Est-ce que votre ressource restreint les heures de visite à des heures spécifiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez quelles sont les heures permises en semaine : _____

les fins de semaine : _____

8. Ascenseurs et autres

Avez-vous un(e) ou plusieurs ...

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| a) ascenseur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NA (aucun 2 ^e étage) |
| b) fauteuil élévateur d'escalier | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NA (aucun escalier) |
| c) plate-forme élévatrice | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NA (aucun 2 ^e étage) |

C. VOISINAGE DE LA RESSOURCE

1. Quartier

a) Selon vous, votre ressource est située dans un quartier...

☐ Majoritairement résidentiel ☐ Majoritairement commercial ☐ Autant résidentiel que commercial

b) Est-ce que les rues avoisinantes à votre ressource ont des trottoirs bétonnés permettant de marcher **au moins 500 mètres ou 1500 pieds sur un sol sans dénivellation importante** ?

☐ Oui ☐ Non

2. Transport en commun

Est-ce que la municipalité dans laquelle votre ressource est située offre un système de transport en commun (autobus) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce qu'il y a un arrêt d'autobus à proximité de votre ressource (maximum 500 mètres ou 1500 pieds) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce que, selon vous, cet arrêt est facilement accessible à pieds ?

☐ Oui ☐ Non

3. Commerces

Approximativement, à quelle distance de votre ressource sont situés les commerces suivants ? Si le commerce est localisé dans votre ressource, cochez la case « ressource ».

a. Épicerie _____ km ☐ ressource

Offre-t-elle un service de livraisons ?

☐ Oui ☐ Non

b. Pharmacie _____ km ☐ ressource

Offre-t-elle un service de livraisons ?

☐ Oui ☐ Non

c. Banque _____ km ☐ ressource

Est-ce qu'un employé de la banque se déplace à votre ressource ?

☐ Oui ☐ Non

d. Centre des loisirs ou centre communautaire ? _____ km

D. EXTÉRIEUR			
1. Espaces de stationnement			
a) Est-ce qu'il y a un stationnement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
b) Est-ce qu'il y a des espaces de stationnement réservés pour les résidents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
c) Est-ce qu'il y a des espaces de stationnement réservés pour les visiteurs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
2. Terrain			
a) Est-ce que votre ressource d'hébergement possède un terrain qu'elle rends accessible aux résidents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu NON à la question 2a, passez à la question 2h de cette même section.			
b) Est-ce que votre terrain est gazonné ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
c) Est-ce que votre terrain est clôturé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
d) Est-ce qu'il y a des bancs à l'extérieur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
e) Est-ce que votre terrain/cour est sécuritaire (bien entretenu, sans dénivellation importante) de manière à ce que les résidents puissent s'y promener ?	en été <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	en hiver <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) Est-ce que l'on retrouve des trottoirs adaptés aux utilisateurs de fauteuils roulants sur le terrain de votre ressource ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
g) Est-ce que votre terrain est aménagé pour la pratique d'activités de loisirs ? <u>Exemples</u> : BBQ, balançoires, jeux de fer, etc.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
h) Est-ce que votre ressource a un patio ou une terrasse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, est-ce que l'été des tables sont disponibles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
est-ce que l'été des chaises sont disponibles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
est-ce que l'été des parasols y sont installés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NA (a un toit)

E. INTÉRIEUR

1. Vestibule et entrée

- a) Est-ce que votre ressource est accessible de l'extérieur par au moins une entrée ne nécessitant pas d'utiliser des escaliers ? ☐ Oui ☐ Non
- b) Est-ce qu'il y a une sonnette ou un système d'intercom à l'entrée principale ? ☐ Oui ☐ Non
- c) Est-ce que votre ressource est munie d'un système d'alarme, en cas d'entrée par infraction ? ☐ Oui ☐ Non
- d) Est-ce que la porte principale de votre ressource peut s'ouvrir automatiquement ? ☐ Oui ☐ Non
- e) Est-ce que la porte principale se verrouille automatiquement ? ☐ Oui ☐ Non
- f) Est-ce que la porte principale est assez large pour le passage d'un fauteuil roulant (minimum 85 centimètres ou 33,5 pouces) ? ☐ Oui ☐ Non
- g) Est-ce que l'on retrouve, dans l'entrée ou le vestibule, des indications permettant aux visiteurs et aux résidents de s'orienter à l'intérieur de votre ressource ? ☐ Oui ☐ Non

2. Corridors et escaliers intérieurs : utilisés par les résidents

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource

Les corridors de la ressource sont munis ...	Tous	La plupart	Plusieurs	Certains	Aucun
a) d'une main courante sur au moins 1 côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) d'un détecteur de fumée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) d'un extincteur portatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'une porte donnant sur l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Cochez la ou les surface(s) du sol des corridors de votre ressource :

☐ Bois/plancher flottant ☐ Tapis ☐ Linoléum ☐ Autre (*spécifiez*) : _____

**Si votre ressource n'a pas d'escaliers intérieurs,
passez à la section 3 : *salle à manger : utilisée par les résidents***

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux votre ressource

Les escaliers intérieurs sont...	Tous	La plupart	Plusieurs	Certains	Aucun
f) éclairés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) munis de bandes antidérapantes sur les marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Salle à manger : utilisée par les résidents

- a) Est-ce que votre ressource possède au moins une salle à manger ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien de salles à manger possède-t-elle ? _____

**Si vous avez répondu NON à la question 3a,
veuillez passer à la section 4 : *aire commune utilisée par les résidents***

- b) Y a-t-il des tables de 4 personnes et moins ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien _____
- c) Y a-t-il des tables de plus de 4 personnes ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien _____

4. Aire commune : utilisée par les résidents

- a) Excluant la salle à manger, y a-t-il une ou des aires communes (salon, bibliothèque, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien _____

b) Excluant la salle à manger, y a-t-il une salle spécialement aménagée pour les activités de loisirs ou pour les activités spéciales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Excluant la salle à manger, y a-t-il une salle que les résidents et leur famille peuvent utiliser lorsqu'ils souhaitent organiser une fête ou une réception ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu NON aux 3 premières questions (4a,4b,4c), passez à la section 5 : <i>chambres</i>	
d) Généralement, est-ce que l'on retrouve des chaises, dans les aires communes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Est-ce que votre ressource dispose de matériel et d'équipements pour la pratique d'activités de loisirs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Exemples</u> : jeux de poches, tapis d'exercices, jeux de cartes, etc.	
f) Est-ce que les aires communes sont munies de fenêtres ?	<input type="checkbox"/> Toutes <input type="checkbox"/> La plupart <input type="checkbox"/> Plusieurs <input type="checkbox"/> Certaines <input type="checkbox"/> Aucune
5. Chambres (à compléter si votre ressource offre des unités locatives de type chambre)	
Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des chambres simples	
a) Quelles sont les dimensions de la plus petite chambre simple ? _____	<input type="checkbox"/> m ² <input type="checkbox"/> pieds ²
b) Quelles sont les dimensions de la plus grande chambre simple ? _____	<input type="checkbox"/> m ² <input type="checkbox"/> pieds ²
Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource	
Les chambres simples sont munies	<input type="checkbox"/> Toutes <input type="checkbox"/> La plupart <input type="checkbox"/> Plusieurs <input type="checkbox"/> Certaines <input type="checkbox"/> Aucune
c) d'un lavabo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) d'une toilette privée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Les chambres simples sont munies	Toutes	La plupart	Plusieurs	Certaines	Aucune
e) d'un bain ou d'une douche privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) d'une garde-robe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) d'une prise de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) d'une prise pour la câblodistribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) d'un système d'appel (ex. cloche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) d'un détecteur de fumée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) de thermostat ajustable par le résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) d'au moins une fenêtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) d'une porte qui se barre de l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Cochez la ou les surface(s) du sol des chambres simples de votre ressource : <input type="checkbox"/> Bois/plancher flottant <input type="checkbox"/> Tapis <input type="checkbox"/> Linoléum <input type="checkbox"/> Autre (<i>spécifiez</i>) : _____					
<p align="center">Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des chambres partagées</p>					
a) Quelles sont les dimensions de la plus petite chambre partagée ? _____ <input type="checkbox"/> m ² <input type="checkbox"/> pieds ²					
b) Quelles sont les dimensions de la plus grande chambre partagée ? _____ <input type="checkbox"/> m ² <input type="checkbox"/> pieds ²					
<p>Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource</p>					
Les chambres partagées sont munies...	Toutes	La plupart	Plusieurs	Certaines	Aucune
c) d'un lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'une toilette réservée à la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) d'un bain ou d'une douche réservée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) d'une garde-robe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) d'un système pour protéger l'intimité des résidents partageant la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) d'une prise de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) d'une prise pour la câblodistribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les chambres partagées sont munies...	Toutes	La plupart	Plusieurs	Certaines	Aucune
j) d'un système d'appel (ex. cloche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) d'un détecteur de fumée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) de thermostat ajustable par les résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) d'au moins une fenêtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) d'une porte qui se barre de l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Cochez la ou les surface(s) du sol des chambres simples de votre ressource : <input type="checkbox"/> Bois/plancher flottant <input type="checkbox"/> Tapis <input type="checkbox"/> Linoléum <input type="checkbox"/> Autre (<i>spécifiez</i>) : _____					
6. Logements (à compléter si votre ressource offre des unités locatives de type logement)					
Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des 1 ½ (studios)					
a) Quelle est la superficie totale du plus petit logement 1½ _____ <input type="checkbox"/> m ² <input type="checkbox"/> pieds ²					
b) Quelle est la superficie totale du plus grand logement 1½ _____ <input type="checkbox"/> m ² <input type="checkbox"/> pieds ²					
Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource					
Les logements 1½ sont munis...	Tous	La plupart	Plusieurs	Certains	Aucun
c) d'une garde-robe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'une prise de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) d'une prise pour la câblodistribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) d'un système d'appel (ex. cloche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) d'un détecteur de fumée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) de thermostat ajustable par le résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) d'au moins une fenêtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) d'un balcon (privé ou partagé) menant à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Cochez la ou les surface(s) de sol de la chambre à coucher des logements 1½ de votre ressource : <input type="checkbox"/> Bois/plancher flottant <input type="checkbox"/> Tapis <input type="checkbox"/> Linoléum <input type="checkbox"/> Autre (<i>spécifiez</i>) : _____					

Complétez cette sous-section uniquement si votre ressource offre des 2½ et plus (3½, 4½, +)

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource

Les logements 2½, 3½, 4½ et plus sont munis...	Tous	La plupart	Plusieurs	Certains	Aucun
a) d'une prise de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) d'une prise pour la câblodistribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) d'un système d'appel (ex. cloche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'un détecteur de fumée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) de thermostat ajustable par le résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) d'un balcon (privé ou partagé) menant à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) Cochez la ou les surface(s) de sol de la **chambre à coucher** des 2½, 3½, 4½ et plus de votre ressource :

☐ Bois/plancher flottant ☐ Tapis ☐ Linoléum ☐ Autre (*spécifiez*) : _____

7. Toilette publique

** Une **toilette publique** est une pièce comprenant une toilette et un lavabo mais qui ne comprend pas de bain ni de douche. Cette pièce est dite « publique » puisque tous les résidents peuvent y avoir accès. **

a) Dans votre ressource, combien y a-t-il de toilette publique ? _____

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource

Les toilettes publiques sont munies ...	Toutes	La plupart	Plusieurs	Certaines	Aucune
b) d'une barre d'appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) d'un système d'appel (ex. cloche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'une porte qui se barre de l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) d'une source de lumière de type veilleuse pour la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Salle de bain publique

** Une **salle de bain publique** est une pièce comprenant soit une douche, soit un bain ou les deux. Elle peut aussi contenir en plus, une toilette et un lavabo. Cette pièce est dite « publique » puisque tous les résidents peuvent y avoir accès. **

a) Dans votre ressource, combien y a-t-il de salle de bain publique (**sans** toilette ni lavabo) ? _____

b) Dans votre ressource, combien y a-t-il de salle de bain publique (**avec** toilette et lavabo) ? _____

Pour chacun des énoncés suivants, cochez ce qui décrit le mieux ce que l'on retrouve dans votre ressource

Les salles de bain publiques sont munies...	Toutes	La plupart	Plusieurs	Certaines	Aucune
c) d'un bain (<i>si aucune, passez à « e »</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'une barre d'appui près ou dans le bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) d'une douche (<i>si aucune, passez à « g »</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) d'une barre d'appui près/dans la douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) d'un système d'appel (ex. cloche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) d'une porte qui se barre de l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parmi les bains et les douches des salles de bain publiques,

i) Avez-vous un ou plusieurs bain(s) équipé(s) d'une chaise avec levier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
j) Avez-vous un ou plusieurs bain(s) muni(s) d'un siège dans le bain ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
k) Avez-vous une ou plusieurs douches munie(s) d'un siège dans la douche ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
l) Avez-vous une ou plusieurs civière(s)-douche(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA

F. ACTIVITÉS ET SERVICES OFFERTS

1. Activités

Pour chacune des activités suivantes, cochez la fréquence à laquelle elles furent offertes, dans la dernière année, aux résidents de votre ressource.

	Très rarement ou jamais	Quelquefois par année	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine ou +
Exercices ou activités de conditionnement physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divertissement fourni par une personne de l'extérieur (ex. pianiste, chanteur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe de chant ou de théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de bibliothèque, lecture, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo, cartes ou autres jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évènement thématique (fêtes, journée spéciale, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services religieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arts, tricot ou artisanats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorties à l'extérieur de la ressource	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Est-ce que l'on retrouve dans votre ressource un babillard affichant les activités offertes dans votre **ressource**, pendant le mois en cours ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucune activité

c) Est-ce que l'on retrouve dans votre ressource un babillard affichant les activités offertes dans votre quartier, pendant le mois en cours ? ☐ Oui ☐ Non

2. Services offerts										
<p>Pour <u>chacun</u> des énoncés suivants, cochez les services qui peuvent être à vos résidents PPP ...</p> <p>Un même service peut être coché plus d'une fois.</p>	Soins d'hygiène	Service de repas (préparation)	Aide aux résidents pour s'alimenter	Aide à la mobilisation et au transfert	Distribution de médicaments	Service d'entretien ménager	Service de coiffeuse/barbier	Service de transport adapté	Service d'accompagnement (visites médicales, magasin, etc.)	Service de buanderie
offert par les employés de votre ressource et inclus dans le prix du loyer mensuel de base.										
offert par les employés de votre ressource, mais un supplément doit être déboursé par le résident.										
offert par un organisme public (CLSC, CHSLD public, etc.)										
offert par un organisme à but lucratif (COOP, entreprise privée, clinique privée, etc.)										
ce service n'est pas offert du tout : ni par votre ressource ni par un organisme de votre communauté.										
3. Précisions sur certains services										
<p>a) Est-ce qu'il y a un endroit, dans la ressource, où les résidents et/ou leur famille peuvent faire la lessive ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>										
<p style="text-align: center;">Si votre ressource offre les services de préparation des repas, veuillez répondre à la section suivante, sinon passez à la section suivante <i>G. Intervenants</i>.</p>										
<p>b) Est-ce que votre ressource offre le service de déjeuner les jours de semaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez la ou les heures où le service est disponible : _____</p> <p>indiquez combien de menus différents sont offerts : _____</p>										

c) Est-ce que votre ressource offre le service de déjeuner la fin de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui, indiquez la ou les heures où le service est disponible : _____</p> <p>indiquez combien de menus différents sont offerts : _____</p>		
d) Est-ce que votre ressource offre le service de dîner les jours de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui, indiquez la ou les heures où le service est disponible : _____</p> <p>indiquez combien de choix offre le menu : _____</p> <p>si un usager n'aime pas le menu, peut-il se procurer un plat substitut ?</p>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
e) Est-ce que votre ressource offre le service de dîner la fin de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui, indiquez la ou les heures où le service est disponible : _____</p> <p>indiquez combien de choix offre le menu : _____</p> <p>si un usager n'aime pas le menu, peut-il se procurer un plat substitut ?</p>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
f) Est-ce que votre ressource offre le service de souper les jours de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui, indiquez la ou les heures où le service est disponible : _____</p> <p>indiquez combien de choix offre le menu : _____</p> <p>si un usager n'aime pas le menu, peut-il se procurer un plat substitut ?</p>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
g) Est-ce que votre ressource offre le service de souper la fin de semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui, indiquez la ou les heures où le service est disponible : _____</p> <p>indiquez combien de choix offre le menu : _____</p> <p>si un usager n'aime pas le menu, peut-il se procurer un plat substitut ?</p>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>h) Généralement, quel est ou quels sont les types de services ?</p> <p><input type="checkbox"/> Cafétéria (cabarets, les résidents n'ont pas accès à la cuisine)</p> <p><input type="checkbox"/> Restaurant (comme dans un restaurant, service aux tables, les résidents n'ont pas accès à la cuisine)</p> <p><input type="checkbox"/> Familial (comme à la maison, les résidents ont accès à la cuisine, mangent ensemble)</p> <p><input type="checkbox"/> Livraison (résidents reçoivent leur repas à leur chambre/logement)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>spécifiez</i>) : _____</p>		

- i) Est-ce que la famille du résident peut manger avec lui, si elle le désire ? ☐ Oui ☐ Non
- j) Est-ce qu'un résident qui a faim en dehors des temps de repas peut recevoir une collation ? ☐ Oui ☐ Non
- k) Est-ce que les menus sont affichés ? ☐ Oui ☐ Non
- l) Est-ce que les résidents nécessitant l'utilisation de vaisselle adaptée (cuillère, tasse, etc.) peuvent être servis avec ce type de vaisselle ? ☐ Oui ☐ Non
- m) Est-ce que les résidents peuvent consommer une boisson alcoolisée (vin, bière, etc.) durant les repas ?
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.
- ☐ Oui, quand ils le désirent ☐ Oui, lorsque leur famille est présente
- ☐ Oui, lors d'occasions spéciales ☐ Non, ils ne peuvent pas en consommer durant les repas

G. INTERVENANTS

1. Employés

1. Indiquez le nombre d'employés (**individus engagés et payés par votre ressource**) qui occupent les professions suivantes.

a) Personnel de soins (infirmière et infirmière auxiliaire) ? _____

b) Personnel d'assistance (préposé aux bénéficiaires et auxiliaire familial) ? _____

2. Inscrivez le nombre d'**employés** présents pour chacun des quarts de travail suivants :

	Personnel de soins (infirmière/inf. auxiliaire)		Personnel d'assistance (préposé/aux. fam.)	
	Semaine	Fin de semaine	Semaine	Fin de semaine
Jour				
Soir				
Nuit				

3. Parmi les gens travaillant pour la ressource, combien ont un cours de PDSB (principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires) ? _____

4. Est-ce qu'il y a une personne majeure, autre qu'un résident, présente en tout temps dans votre ressource ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce que cette personne détient une carte de réanimation cardiorespiratoire (RCR) ? ☐ Oui ☐ Non

5. Lors des périodes de vaccination antigrippales, est-ce que votre ressource fait venir une infirmière pour vacciner les résidents qui le souhaite OU est-ce que votre ressource assure le transport des résidents désirant recevoir le vaccin ? ☐ Oui ☐ Non

6. Est-ce que votre ressource a un programme d'orientation (jumelage, suivi, etc.) pour les nouveaux employés de ces types de professions :

Si oui, quelle est sa durée ?

Personnel de soins (infirmière, infirmière auxiliaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	_____
Personnel d'assistance (préposé aux bénéficiaires, auxiliaire familial)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	_____
Personnel de soutien (employés de la cuisine, de l'entretien ménager, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	_____

7. Est-ce que votre ressource examine le passé de ses futurs employés ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez par quel(s) moyen(s) : ☐ faire une entrevue de sélection

☐ vérifier les références

☐ vérifier les antécédents criminels

☐ autre (spécifiez) : _____

8. Cochez dans quelle mesure votre ressource oblige les employés de ces différents types de professions à suivre de la formation continue (apprentissage de nouvelles connaissances, participation à des colloques, etc.)

		Jamais	Moins d'une fois par année	Une fois par année	Plus d'une fois par année
Personnel de soins	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel d'assistance	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel de soutien	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Intervenants « non employés » par votre ressource

- a. Est-ce que des **intervenants qui ne sont pas engagés** par votre ressource offrent leurs services à vos résidents ? **Si oui**, a) inscrivez la fréquence de leur visite (ex. 7heures/semaine, tous les lundis, etc.)
 b) le quart de travail (JSN)
 c) l'organisation pour laquelle ils œuvrent (CLSC, agence, organisme communautaire, entreprise d'économie sociale, clinique privée, etc.)
 d) le mode de paiement (fonds publics ou fonds privés)

Profession (nb)	Offre de service	Fréquence	Quart	Organisation	Paiement
Infirmière _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Inf. aux. _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Aux. fam. _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Préposée _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Médecin _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Travailleur social _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Physiothérapeute _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Ergothérapeute _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Nutritionniste/Diet. _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Récréologue _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Au besoin		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé

3. Équipe

- a. Est-ce qu'il existe une équipe pour discuter des interventions ou des actions à prendre envers les résidents ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez les fonctions ou professions des membres composants cette équipe :

- Si oui, est-ce que l'équipe invite le résident ou un membre de sa famille à participer aux rencontres ? ☐ Oui ☐ Non

H. POLITIQUES ORGANISATIONNELLES

- | | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Est-ce que votre ressource a un programme d'orientation pour les nouveaux résidents (ex. session d'informations sur les règlements, visites des lieux, etc.) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. | Est-ce que votre ressource constitue un dossier sur le nouveau résident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| a. | Si oui , est-ce que ce dossier contient le nom d'une personne à prévenir en cas d'urgence ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b. | est-ce que ce dossier consigne les besoins particuliers du résident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c. | est-ce que ce dossier fait état des problèmes de santé du résident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d. | est-ce que le nom du médecin traitant du résident y est consigné ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| e. | est-ce que le nom de son pharmacien y est consigné ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f. | est-ce que le nom de la personne responsable de son dossier au centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région y est consigné ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| g. | est-ce que les dossiers sont conservés dans un endroit sous clé, de manière à assurer la protection des renseignements qu'ils contiennent ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

3.	Est-ce que votre ressource communique la philosophie de la ressource aux nouveaux résidents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, comment cela est-il fait ?	<input type="checkbox"/> remise d'un document écrit	<input type="checkbox"/> verbalement <input type="checkbox"/> les 2
4.	Est-ce que votre ressource communique les conditions d'accueil ainsi que les limites quant à sa capacité à héberger certains types de clientèles aux nouveaux résidents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, comment cela est-il fait ?	<input type="checkbox"/> remise d'un document écrit	<input type="checkbox"/> verbalement <input type="checkbox"/> les 2
5.	Est-ce que votre ressource communique les règlements et règles de fonctionnement de la ressource aux nouveaux résidents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, comment cela est-il fait ?	<input type="checkbox"/> remise d'un document écrit	<input type="checkbox"/> verbalement <input type="checkbox"/> les 2
6.	Est-ce que votre ressource remet au résident ou à l'un de ses proches un <u>document écrit</u> expliquant la procédure de gestion des plaintes, que celle-ci se fasse par la ressource ou à l'extérieur de celle-ci ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7.	Dans le cas d'un résident en fin de vie, est-ce que le résident peut choisir de mourir dans votre ressource ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, répondez aux questions suivantes (a,b,c,d) :		
	a) Y a-t-il des conditions particulières ?		
	<hr/>		
	<hr/>		
	<hr/>		
	b) est-ce que le résident peut avoir accès à un lit d'hôpital dans sa chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	c) est-ce que des soins et des services d'assistance supplémentaires sont fournis au résident en fin de vie, par un intervenant employé ou non de votre ressource ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	d) est-ce que du soutien psychosocial est offert au résident en fin de vie et/ou aux membres de sa famille, par un intervenant employé ou non de votre ressource ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

8.	Dans le cas d'un résident en convalescence, est-ce que votre ressource offre des soins et services d'assistance supplémentaires ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9.	Est-ce que votre ressource a un politique concernant la déclaration des accidents ou incidents suivants :		
	a. chutes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	b. fugues	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	c. maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	d. erreur de médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10.	Est-ce que le résident ou un membre de sa famille peut participer aux décisions concernant :		
a.	le choix des activités auxquelles le résident participe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
b.	le choix de sa chambre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
c.	le choix du compagnon de chambre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
d.	le choix de l'endroit où il désire s'asseoir à la salle à manger	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
11.	Est-ce que le résident a le droit de fumer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui,		
	-est-ce qu'il peut fumer dans sa chambre s'il loue une chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
	-est-ce qu'il peut fumer dans son logement s'il loue un logement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
12.	Est-ce que le résident peut avoir un animal de compagnie (chat, poisson, oiseau, etc.) s'il loue une chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
13.	Est-ce que le résident peut avoir un animal de compagnie (chat, poisson, oiseau, etc.) s'il loue un logement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
14.	Est-ce que le résident peut exécuter certains travaux dans votre ressource ? Exemples : plier du linge, faire la cuisine, épousseter, peindre les clôtures, laver des fenêtres, etc.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p align="center">Les prochaines questions de cette section s'adressent uniquement aux ressources offrant des unités locatives de type chambre.</p> <p align="center">Si vous n'offrez pas ce type d'unité, veuillez passer à la section suivante <i>I. Sécurité incendie</i></p>			

15.	Est-ce qu'un couple peut résider dans la même chambre, s'il le désire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
16.	Est-ce que le résident peut décorer sa chambre selon ses goûts (exemples : peinture, cadres, couvre-lit, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
17.	Est-ce que le résident a le droit d'aménager sa chambre avec son mobilier personnel ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
18.	Est-ce que le résident a le droit de verrouiller sa porte de chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
19.	Est-ce que le résident a le droit de fermer sa porte de chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
20.	Est-ce que le résident a le droit de manger dans sa chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
21.	Est-ce que le résident a le droit de boire de l'alcool dans sa chambre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
22.	Est-ce que le résident peut posséder, dans sa chambre, de petits électroménagers (cafetière, plaque-chauffante, bouilloire, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
23.	Est-ce qu'un résident qui ne nécessite pas d'aide ni d'assistance pour se mettre au lit ou en sortir, peut se lever ou se coucher à l'heure qu'il le désire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
24.	Est-ce qu'un résident qui nécessite de l'aide et/ou de l'assistance pour se mettre au lit ou en sortir, peut se lever ou se coucher à l'heure qu'il le désire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

I. SÉCURITÉ INCENDIE

1. Plan de sécurité incendie

1.	Est-ce que votre ressource détient un plan de sécurité incendie en cas de sinistre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
a.	Si oui, est-ce que le service des incendies de votre municipalité est informé de ce plan ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

b.	est-ce qu'il contient les consignes et procédures d'évacuation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
c.	est-ce que les consignes d'évacuation sont affichées sur chaque étage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
d.	est-ce qu'il contient une liste des résidents et des mesures à prendre pour chacun ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
e.	est-ce qu'il contient un plan des emplacements des extincteurs portatifs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
f.	est-ce qu'il contient les trajets d'évacuation jusqu'aux points de rassemblement extérieur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.	Est-ce qu'un abrégé de plan incendie est affiché près de l'entrée principale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Évacuation			
1.	Est-ce qu'il existe un moyen formel de renseigner les résidents sur les moyens de sécurité et d'évacuation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, lequel : _____		
2.	Est-ce qu'il existe un moyen formel de renseigner le personnel sur les moyens de sécurité et d'évacuation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, lequel : _____		
3.	Est-ce qu'un exercice d'évacuation (incluant l'évacuation des résidents) de la ressource est fait au moins une fois par année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quelle est la date du dernier exercice ? _____ / _____ (MM/AAAA)		

3. Extincteurs portatifs, avertisseurs et gicleurs		
a.	Est-ce que votre ressource est munie d'extincteurs de fumée portatifs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Si oui, les extincteurs portatifs se trouvent-ils</p> <p>a. uniquement dans les aires publiques (salon, corridors, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>b. uniquement dans les aires privées (chambres, logements) <input type="checkbox"/></p> <p>c. dans les aires privées et les aires publiques <input type="checkbox"/></p>	
b.	Votre ressource est-elle munie d'un réseau d'avertisseurs d'incendie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Si oui, de quel type d'avertisseurs s'agit-il ?</p> <p>a. signal sonore seulement <input type="checkbox"/></p> <p>b. signal visuel seulement <input type="checkbox"/></p> <p>c. signal sonore et visuel <input type="checkbox"/></p>	
c.	Est-ce que votre ressource est munie d'un système de gicleurs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Si oui, les gicleurs se trouvent-ils</p> <p>a. uniquement dans les aires publiques (salon, corridors, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>b. uniquement dans les aires privées (chambres, logements) <input type="checkbox"/></p> <p>c. dans les aires privées et les aires publiques <input type="checkbox"/></p>	
d.	Est-ce que votre ressource est munie d'un système d'éclairage alternatif, en cas de panne d'électricité ou d'incendie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Si oui, le système d'éclairage alternatif se trouve-t-il</p> <p>a. uniquement dans les aires publiques (salon, corridors, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>b. uniquement dans les aires privées (chambres, logements) <input type="checkbox"/></p> <p>c. dans les aires privées et les aires publiques <input type="checkbox"/></p>	

J. CLIENTÈLE PRÉSENTANT DES TROUBLES COGNITIFS

Cette section doit être répondue, SEULEMENT si votre ressource accueille ou pourrait accueillir un résident présentant des troubles cognitifs. Si ce n'est pas votre cas, veuillez passer à la section suivante K

- a. Est-ce que les fenêtres de votre ressource sont munies d'un système de sécurité, soit pour empêcher les sorties ou les entrées non-désirées? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le système se trouve-t-il

- a. uniquement sur les fenêtres des aires publiques (salon, corridors, etc.) ☐
- b. uniquement sur les fenêtres des aires privées (chambres, logements) ☐
- c. sur les fenêtres des aires privées et des aires publiques ☐

- b. Est-ce que votre ressource dispose de moyens spécifiques pour prévenir les fugues ? Exemples : port d'un bracelet, portes codées, etc. ☐ Oui ☐ Non

Si oui, énumérez lesquels :

- c. La nuit, est-ce qu'une personne est éveillée et responsable de surveiller les résidents ? ☐ Oui ☐ Non

- d. Quels services et/ou interventions sont offerts aux résidents éveillés la nuit ?

e.	Les corridors de votre ressource sont-ils construits en cercle ou de manière à ne pas se terminer dans un endroit sans issues ?				
	<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun
f.	Lors de l'admission d'un résident présentant des troubles cognitifs, est-ce qu'un questionnaire sur les habitudes de vie antérieures du résident est rempli avec la famille ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
K. CLIENTÈLE SE DÉPLAÇANT EN FAUTEUIL ROULANT					
<p>Cette section doit être répondue, SEULEMENT si votre ressource accueille ou pourrait accueillir un résident utilisant un fauteuil roulant.</p> <p>Si cela n'est pas votre cas, veuillez passer à la section suivante L</p>					
1. Clientèle					
Actuellement, combien de personnes utilisent un fauteuil roulant parmi les résidents hébergés dans votre ressource ? _____					
2. Corridor : utilisé par les résidents					
Les corridors de votre ressource permettent le passage d'un fauteuil roulant (minimum 85 cm ou 33,5 pouces) :					
	<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun
3. Salle à manger : utilisée par les résidents <input type="checkbox"/> NA aucune salle à manger					
a.	Est-ce qu'il y a des tables adaptées pour les utilisateurs de fauteuils roulants, dans la ou les salles à manger ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b.	Est-ce qu'il y a suffisamment d'espace entre les tables pour circuler à l'aide d'un fauteuil roulant ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Aire commune : utilisée par les résidents <input type="checkbox"/> NA aucune aire commune					
a.	Est-ce qu'il y a des tables adaptées pour les utilisateurs de fauteuils roulants dans la ou les aires commune(s) ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

b. Est-ce qu'il y a suffisamment d'espace entre les meubles pour circuler à l'aide d'un fauteuil roulant ou d'une marchette ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. Chambres à coucher (autant dans les unités locatives de type chambre que logements)		
Les portes des chambres à coucher de la ressource permettent le passage d'un fauteuil roulant (85 cm) :		
<input type="checkbox"/> toutes	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs
<input type="checkbox"/> certaines	<input type="checkbox"/> aucune	
6. Toilette publique <input type="checkbox"/> NA aucune toilette publique		
a. Les portes des toilettes publiques de la ressource permettent le passage d'un fauteuil roulant (85 cm) :		
<input type="checkbox"/> toutes	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs
<input type="checkbox"/> certaines	<input type="checkbox"/> aucune	
b. Les sièges des toilettes publiques sont surélevés ou la toilette est un modèle surélevé :		
<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs
<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	
c. Les lavabos des toilettes publiques sont accessibles aux utilisateurs de fauteuils roulant :		
<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs
<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	
7. Salle de bain publique <input type="checkbox"/> NA aucune salle de bain publique		
a. Les portes de la ou des salle(s) de bain publique(s) permettent le passage d'un fauteuil roulant (85 cm) :		
<input type="checkbox"/> toutes	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs
<input type="checkbox"/> certaines	<input type="checkbox"/> aucune	
b. Les douches publiques permettent l'entrée d'un fauteuil roulant :		
<input type="checkbox"/> toutes	<input type="checkbox"/> la plupart	<input type="checkbox"/> plusieurs
<input type="checkbox"/> certaines	<input type="checkbox"/> aucune	
8. Assistance		
Est-ce que les résidents en fauteuil roulant peuvent recevoir de l'aide ou de l'assistance pour aller dehors ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L. COMMENTAIRES

Nous avons tenté de décrire la majorité de vos infrastructures physiques et organisationnelles, par contre si vous croyiez que des informations ou détails nous ont échappés, veuillez svp prendre le temps de les inscrire ici.

*Nous tenons sincèrement à vous remercier d'avoir compléter cette grille descriptive de l'environnement physique et organisationnel de votre ressource d'hébergement. Votre contribution est indispensable au secteur de la recherche et nous vous en sommes très reconnaissants. **MERCI!***

ANNEXE 8

Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ)

QUESTIONNAIRE SUR LA SATISFACTION

-Version résident-

→ **Rappelez au sujet que les soins et services concernent tous les soins reçus à la résidence ou ailleurs et ce, par tous les types d'intervenants : infirmière, préposé, médecin, etc. dans les 3 derniers mois.**

Ce questionnaire vise à connaître votre degré de satisfaction face aux soins et services de santé. Pour ce faire, je vais vous demander premièrement votre perception face à différentes situations et deuxièmement l'importance que vous accordez à ces mêmes situations.

- 1) Au cours des 3 derniers mois, **avez-vous eu le sentiment ...**
- 2) Dans quelle mesure **est-ce important pour vous ...** (verbes soulignés)

Pas du tout Un peu Beaucoup Énormément N/A					Énormément d'imp. Beaucoup d'imp. Un peu d'imp. Pas d'imp.				
↓	↓	↓	↓	↓		↓	↓	↓	↓
1	2	3	4		1) Que les intervenants vous traitaient (<u>traitent</u>) avec respect ?	1	2	3	4
1	2	3	4		2) Que les intervenants respectaient (<u>respectent</u>) votre vie privée ?	1	2	3	4
1	2	3	4		3) Que les intervenants traitaient (<u>traitent</u>) votre dossier de façon confidentielle ?	1	2	3	4
1	2	3	4		4) Qu'il était (<u>soit</u>) simple de contacter un intervenant ?	1	2	3	4
1	2	3	4		5) Qu'il était (<u>soit</u>) simple d'obtenir de l'aide ?	1	2	3	4
1	2	3	4		6) Que les intervenants vous informaient (<u>informent</u>) sur les services disponibles ?	1	2	3	4
1	2	3	4		7) Que les rendez-vous pris avec les intervenants étaient (<u>soient</u>) obtenus rapidement ?	1	2	3	4
1	2	3	4		8) Que les intervenants prenaient (<u>prennent</u>) le temps nécessaire pour s'occuper de vous ?	1	2	3	4
1	2	3	4		9) Que les intervenants rencontrés prenaient (<u>prennent</u>) votre problème au sérieux ?	1	2	3	4
1	2	3	4		10) Que les intervenants vous incitaient (<u>incitent</u>) à obtenir le soutien de votre entourage (parents, amis, groupes communautaires) ?	1	2	3	4
1	2	3	4		11) Que les intervenants tenaient (<u>tiennent</u>) compte de vos habitudes ?	1	2	3	4
1	2	3	4		12) Que les intervenants vous parlaient (<u>parlent</u>) dans des mots que vous pouviez (<u>pouvez</u>) comprendre ?	1	2	3	4
1	2	3	4		13) Que les intervenants vous donnaient (<u>donnent</u>) toutes les informations requises sur où aller, quoi faire et ne pas faire ?	1	2	3	4
1	2	3	4		14) Que le même intervenant s'occupait (<u>s'occupe</u>) de vous d'une fois à l'autre ?	1	2	3	4

N/A = Ne s'applique pas.

Vous devez tout de même remplir la deuxième section « est-ce important pour vous ... »

QUESTIONNAIRE SUR LA SATISFACTION

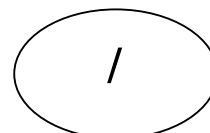
-Version résident-

- 1) Au cours des 3 derniers mois, **avez-vous eu le sentiment ...**
- 2) Dans quelle mesure **est-ce important pour vous ...** (verbes soulignés)

Pas du tout ↓ Un peu ↓ Beaucoup ↓ Énormément ↓ N/A					Énormément d'imp. ↓ Beaucoup d'imp. ↓ Un peu d'imp. ↓ Pas d'imp. ↓				
1	2	3	4	N/A	15) Que les intervenants étaient (<u>soient</u>) accessibles à des heures qui vous convenaient (<u>conviennent</u>) ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	16) Que les intervenants rencontrés semblaient (<u>semblent</u>) compétents ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	17) Que les intervenants comprenaient (<u>comprennent</u>) bien vos besoins ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	18) Que les intervenants étaient (<u>soient</u>) polis ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	19) Que vous pouviez (<u>puissiez</u>) faire confiance aux intervenants ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	20) Que vous receviez (<u>receviez</u>) des réponses honnêtes à vos questions ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	21) Que les intervenants faisaient (<u>fassent</u>) preuve d'un sens des responsabilités à votre égard ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	22) Que vous receviez (<u>receviez</u>) l'aide dont vous aviez (<u>avez</u>) besoin pour vos soins personnels (vous habiller, vous nourrir, etc.) ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	23) Que vous receviez (<u>receviez</u>) l'aide dont vous aviez (<u>avez</u>) besoin pour vous occuper de la maison (faire le ménage, la lessive, etc.) ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	24) Que les intervenants vous présentaient (<u>présentent</u>) des choix ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	25) Que les intervenants vous donnaient (<u>donnent</u>) des conseils pour éviter qu'un problème ne se reproduise ?	1	2	3	4
1	2	3	4	N/A	26) Qu'en général, vous étiez (<u>soyez</u>) satisfait(e) des soins et des services de santé que vous receviez (<u>recevez</u>) ?	1	2	3	4

N/A = Ne s'applique pas.

Vous devez tout de même remplir la deuxième section « est-ce important pour vous ... »



ANNEXE 9

Mesure des habitudes de vie (MHAVIE)

La mesure des habitudes de vie

(MHAVIE)

Instruments généraux : court et abrégé



Une réalisation de
Patrick Fougeyrollas
Luc Noreau

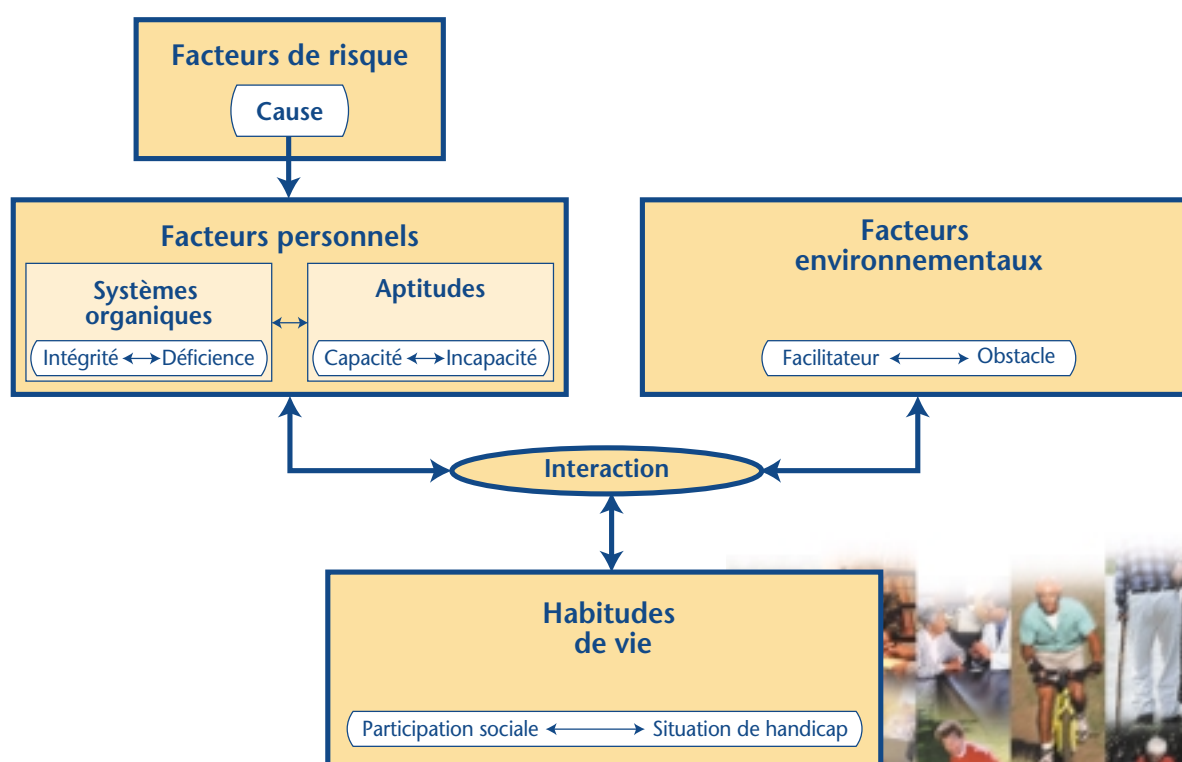
en collaboration avec
Céline Lepage
Ginette St-Michel

Kathy Boschen

Table des matières

Le processus de production du handicap : le modèle de référence	4
Les consignes à l'intention des répondants	5
Les questions et le format du questionnaire	6
Les niveaux de réalisation	7
Les types d'aide requis	8
Des exemples de réalisation de certaines habitudes de vie	9
Les niveaux de satisfaction	12
Questionnaire court	13
Questionnaire abrégé	15

Le Processus de production du handicap : le modèle de référence



Ce modèle, connu sous le nom de PPH, permet d'identifier et d'expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et atteintes au développement d'une personne.

Le PPH montre que la réalisation de nos habitudes de vie est le résultat de notre identité, de nos choix, de déficiences de nos organes, de nos capacités et incapacités mais également des caractéristiques de notre milieu de vie (environnement).

Ainsi cette réalisation peut être influencée par le renforcement de nos aptitudes et la compensation de nos incapacités par la réadaptation, mais également par la réduction des obstacles dus aux préjugés, au manque d'aide ou de ressources, à l'absence d'accessibilité du domicile ou de l'école.

Ainsi, mesurer la réalisation des habitudes de vie, c'est identifier le résultat de la rencontre entre la personne et son environnement. On parlera alors de la qualité de la participation sociale ou de l'intensité de situations de handicap vécues par la personne.

Le PPH est donc un modèle positif qui ne place pas la responsabilité du handicap sur la personne.

Les consignes à l'intention des répondants

Nous vous demandons

de lire ces consignes
très attentivement.

Cela permettra de
vous familiariser avec
le questionnaire et
vous en faciliter
l'utilisation.

De façon générale, ce questionnaire a pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que la personne réalise dans son milieu (son domicile, son lieu de travail ou d'études, son quartier).

Les habitudes de vie sont les *activités courantes* (par ex. : la prise des repas, les communications, les déplacements) et les *rôles sociaux* (par ex. : occuper un emploi, être aux études) qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La réalisation des habitudes de vie dépend de l'âge de la personne, des attentes de son milieu de vie et aussi des aspects culturels.

Pour chacune des habitudes de vie, la personne indique de quelle façon elle est généralement réalisée dans son quotidien, en donnant une moyenne de réalisation. **Il s'agit de la façon la plus courante de réaliser l'habitude de vie.** De plus, le niveau de satisfaction à l'égard de cette réalisation doit être indiqué.

Note à l'attention du répondant:

Vous répondez librement au questionnaire selon votre perception. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si certains éléments plus personnels vous indisposent, vous avez le choix de ne pas y répondre.

Les questions et le format du questionnaire

Pour chacune de ces habitudes de vie, vous devez répondre à deux questions :

La question 1

permet de déterminer, pour chacune des habitudes de vie de la personne :

A le niveau de réalisation
et

B le type d'aide requis pour les réaliser.

Veuillez prendre note que les réponses aux deux sous-questions (**A** et **B**) sont interreliées.

La question 2

permet de déterminer, pour chacune des habitudes de vie de la personne, le **niveau de satisfaction du répondant** (personne, proche, intervenant).

Voici l'en-tête que vous retrouverez dans le haut de chaque page du questionnaire

**Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)**

- 1** Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement ;
B. quel type d'aide est requis.
- 2** Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Question 1					Question 2								
A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)			B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)		Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)								
Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait

Les niveaux de réalisation

Question 1 A

Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez de quelle façon la personne la réalise habituellement.

À cette sous-question, vous ne devez cocher qu'un seul niveau de réalisation pour chacune des habitudes de vie énoncées. Voici comment nous définissons chaque niveau de réalisation.

Sans difficulté

La personne réalise facilement ou avec peu de difficulté l'habitude de vie même si cela est fait avec aménagement*, aide technique* ou aide humaine* selon le cas.

Avec difficulté

La personne réalise difficilement (avec inconfort, beaucoup d'efforts...) l'habitude de vie même si cela est fait avec aménagement, aide technique ou aide humaine selon le cas.

Réalisée par substitution

La personne ne peut pas participer activement à la réalisation de l'habitude de vie en raison de trop grandes incapacités ou d'obstacles trop importants. Comme cette habitude de vie est **essentielle** dans la majorité des cas (se laver, s'habiller, se déplacer...), celle-ci est **entièrement réalisée par une aide humaine**.

Non-réalisée

La personne ne réalise pas l'habitude de vie en raison :

- 1) de trop grandes incapacités;
- 2) d'obstacles trop importants;
- 3) d'un manque d'aide.

Comme cette habitude de vie **n'est pas essentielle** dans la majorité des cas (occuper un emploi, aller au cinéma, ...), celle-ci ne peut être réalisée par une autre personne.

Ne s'applique pas

L'habitude de vie ne fait pas partie de la réalité quotidienne de la personne, soit :

- 1) parce qu'elle ne s'est pas encore présentée ou qu'elle n'a pas besoin de la réaliser (prendre l'avion, planifier un déménagement, utiliser le transport en commun);
- 2) en raison de l'âge ou du sexe (planifier un budget pour un enfant);
- 3) à cause de l'environnement (utiliser le balcon ou le patio, si la personne n'en possède pas);
- 4) par choix personnel, familial ou socioculturel (suivre un cours si la personne n'est pas aux études, pratiquer des activités artistiques comme la musique, la peinture, la danse).

* Les définitions de ces termes se retrouvent à la page suivante.

Les types d'aide requis

Question 1 B

Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le type d'aide requis.

Vous pouvez cocher plus d'une case (dans le type d'aide requis), si cela correspond à la façon dont la personne réalise l'habitude de vie. Voici comment nous définissons chaque type d'aide.

Sans aide

La personne réalise seule l'habitude de vie, sans aide technique, sans aménagement et sans aide humaine. Dans cette situation, **les autres cases ne peuvent pas être cochées.**

Aide technique

Tout soutien (non humain) pour aider à la réalisation des habitudes de vie de la personne tel qu'un fauteuil roulant, une aide visuelle, un appareil auditif, un siège de bain, des médicaments ou tout autre accessoire. Généralement, **la personne peut les apporter avec elle.**

Aménagement

Toute modification de l'environnement ou de la tâche de la personne pour faciliter la réalisation de ses habitudes de vie telle qu'une rampe d'accès, une porte élargie, une modification de l'éclairage, un aménagement de la tâche, une modification de l'habitude de vie ou **du temps de réalisation (disposer de plus de temps pour réaliser une habitude de vie).** Généralement, dans le cas **des aménagements physiques, la personne ne peut pas les apporter avec elle.**

Aide humaine

Cette aide se définit comme toute personne aidant à la réalisation des habitudes de vie de la personne telle que, entre autres, des proches, des amis, des préposés. Cela comprend notamment l'aide physique ou la supervision (surveillance), les consignes verbales et l'encouragement. Cette aide doit être nécessaire en raison «des incapacités de la personne» ou des «obstacles de l'environnement».

Note:

L'aide technique doit être cochée seulement lorsque la réalisation de l'habitude de vie par la personne nécessite son utilisation. Par exemple, le fauteuil roulant pour l'aspect des déplacements, l'appareil auditif pour l'aspect de la communication.

Des exemples de réalisation de certaines habitudes de vie

Préparer un repas

Si la personne réalise facilement cette habitude de vie, cochez la case «**Sans difficulté**».

S'il est difficile pour la personne de «préparer un repas» tel qu'une collation, un déjeuner ou un sandwich, cochez la case «**Avec difficulté**».

Si la personne ne participe pas activement à la réalisation de l'habitude de vie en raison de trop grandes incapacités ou d'obstacles trop importants et qu'une autre personne le fait pour elle, cochez la case «**Réalisée par substitution**».

Si la personne ne peut «préparer un repas», en raison d'une trop grande incapacité ou d'obstacles trop importants, cochez le case «**Non réalisée**».

Si la personne n'a pas l'habitude de «préparer un repas» par choix personnel (et non en raison d'incapacités ou d'obstacles) cette habitude ne fait donc pas partie de son quotidien. Vous devez alors cocher la case «**Ne s'applique pas**».

Si, en règle générale, la personne réalise par elle-même (seule) cette habitude de vie, cochez la case «**Sans aide**». Il se peut que ce soit sans aide, même si vous avez coché le niveau de réalisation «**Avec difficulté**».

Si la personne utilise des appareils spéciaux (pinces, orthèses, ouvre-couvercle, etc.) pour «préparer un repas» cochez le case «**Aide technique**».

Si la personne dispose de plus de temps pour réaliser cette habitude de vie, cochez la case «**Aménagement**».

Si la personne a l'aide d'une personne en raison de son incapacité ou parce que la cuisine n'est pas adaptée pour «préparer un repas», cochez la case «**Aide humaine**».

Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- Satisfait	Satisfait	Très satisfait
✓													
	✓												
		✓											
			✓										
				✓									
	✓				✓								
						✓							
							✓						
								✓					

Des exemples de réalisation de certaines habitudes de vie (suite)

Prendre un bain ou une douche

Si la personne utilise un banc de douche pour réaliser cette habitude de vie, cochez la case «**Aide technique**». De plus, si elle a l'aide d'une personne pour réaliser cette habitude de vie, cochez également la case «**Aide humaine**». De même, si la salle de bain de la personne est aménagée, cochez la case «**Aménagement**».

Entrer et sortir de sa résidence

Entrer et se déplacer dans les lieux de loisirs de son milieu

Si la personne effectue ses déplacements en fauteuil roulant, qu'elle veut avoir accès à un édifice mais qu'elle ne peut y avoir accès (absence de rampe d'accès ou d'ascenseur...), son niveau de réalisation est alors «**Non réalisée**». Cela signifie qu'elle ne réalise pas l'habitude de vie en raison d'obstacles trop importants ou d'un manque d'aide.

Si la personne utilise une rampe d'accès pour réaliser ces habitudes de vie, cochez la case «**Aménagement**».

Utiliser un téléphone (au domicile ou dans un lieu familial)

Si la personne utilise un appareil auditif pour téléphoner, cochez la case «**Aide technique**».

Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- Satisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des exemples de réalisation de certaines habitudes de vie (suite)

Utiliser un ordinateur

Si la personne utilise une aide visuelle (système téléscopique, support à lecture, pointeur agrandi, logiciel d'agrandissement des caractères...), cochez la case «**Aide technique**». Si elle a besoin de plus de temps pour accomplir sa tâche, cochez la case «**Aménagement**». Si la personne a besoin de consignes verbales ou d'encouragement pour réaliser cette habitude de vie que les personnes de son âge réalise habituellement seule, cochez la case «**Aide humaine**».

Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message...)

Si la personne dispose de plus de temps pour réaliser cette habitude de vie, cochez la case «**Aménagement**».

Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- Satisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour certaines habitudes de vie, les niveaux «**Réalisée par substitution**», «**Non réalisée**» ou «**Ne s'applique pas**» ne peuvent être cochés (par ex. : s'endormir et dormir de façon satisfaisante, se réveiller). Cela s'explique par l'aspect essentiel de ces habitudes de vie pour la survie d'une personne.

Note:

Pour certaines habitudes de vie du questionnaire un contenu spécifique a été placé entre parenthèses et ne saurait comprendre toutes les activités reliées à ces habitudes. De plus, certaines habitudes de vie peuvent ne pas correspondre aux caractéristiques ou au style de vie de la personne. La réponse est alors «**Ne s'applique pas**» car il n'y a pas obligation de réaliser toutes les activités mentionnées mais seulement ce qui est pertinent pour la personne.

Les niveaux de satisfaction

Question 2

Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction correspondant à la façon de réaliser l'habitude de vie.

Cette deuxième question a trait à l'appréciation du niveau de réalisation des habitudes de vie de la personne. Vous devez y répondre librement selon votre vécu quotidien et votre expérience de vie. L'évaluation doit se référer à l'appréciation du répondant identifié à la page suivante (question n° 7). Dans le cas où le répondant est la personne elle-même, cette question a trait à son appréciation personnelle de la réalisation de ses habitudes de vie.

Le niveau de satisfaction « +/- **satisfait** » signifie que dans certaines situations ou selon certaines journées la réalisation est satisfaisante alors qu'à d'autres moments la réalisation est insatisfaisante.

Questionnaire court

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Question 1					Question 2								
A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)			B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)		Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)								
Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait

Note: Pour chacun des 16 items de l'instrument, votre réponse doit refléter une appréciation globale de la réalisation des activités ou rôles qui s'appliquent à votre contexte de vie.

Préparer et prendre vos repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	<input type="checkbox"/>
Maintenir une bonne condition physique et mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	<input type="checkbox"/>
Assurer vos soins personnels (hygiène, apparence, soins de santé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3	<input type="checkbox"/>
Vous habiller et vous déshabiller (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4	<input type="checkbox"/>
Échanger de l'information sous différentes formes (orale, écrite, corporelle, électronique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	<input type="checkbox"/>
Réaliser les activités liées à votre résidence (aménagement, entretien, utilisation des équipements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer sur de courtes distances (dans votre résidence ou votre environnement restreint)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer à l'aide de moyens de transport (comme conducteur ou passager)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8	<input type="checkbox"/>
Assurer vos responsabilités financières, civiles, familiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9	<input type="checkbox"/>
Avoir des relations sociales, affectives ou intimes avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	<input type="checkbox"/>
Participer aux activités et organisations de votre milieu (club sociaux, pratique religieuse ou spirituelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	<input type="checkbox"/>
Faire vos achats et utiliser les services de votre milieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	<input type="checkbox"/>

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement ;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Réaliser des activités reliées à votre formation (scolaire, professionnelle...)

Réaliser des activités reliées à un emploi (recherche, exécution de tâche...)

Note: Si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez « non réalisée »

Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée (bénévolat)

Réaliser des activités de loisirs (art, sports, passe-temps, sorties...)

Question 1

A Niveau de réalisation
(1 réponse seulement)

B Type d'aide requis
(1 réponse ou plus, selon le cas)

Question 2

Niveau de satisfaction
(1 réponse seulement)

Sans difficulté
Avec difficulté
Réalisée par substitution
Non réalisée
Ne s'applique pas
Sans aide
Aide technique
Aménagement
Aide humaine
Très insatisfait
Insatisfait
+/- satisfait
Satisfait
Très satisfait

13

14

15

16

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement ;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1					Question 2								
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)								
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
Utiliser les équipements sanitaires autres que ceux de votre domicile (toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.2.2 <input type="text"/>
Vous habiller et vous déshabiller le haut du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.3.1 <input type="text"/>
Vous habiller et vous déshabiller le bas du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.3.2 <input type="text"/>
Mettre, enlever et entretenir vos aides techniques (orthèses, prothèses, lentilles et lunettes...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.3.3 <input type="text"/>
Prendre soin de votre santé (premiers soins, médication, consignes thérapeutiques...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.4.1 <input type="text"/>
Utiliser les services dispensés par une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.4.2 <input type="text"/>
Communication														
Communiquer avec une autre personne à la maison ou dans la communauté (exprimer vos besoins, tenir une conversation...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.1.1 <input type="text"/>
Communiquer avec un groupe de personnes à la maison ou dans la communauté (exprimer vos idées, tenir une conversation...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.1.2 <input type="text"/>
Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.2.1 <input type="text"/>
Lire et comprendre des informations écrites (journaux, livres, lettres, signalisation...) Note: Si vous lisez avec des lunettes, cochez « aide technique »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.2.2 <input type="text"/>
Utiliser un téléphone à votre domicile ou au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.1 <input type="text"/>
Utiliser un téléphone public (ou un téléphone cellulaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.2 <input type="text"/>
Utiliser un ordinateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.3 <input type="text"/>
Utiliser une radio, un téléviseur ou un système de son	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.4 <input type="text"/>

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement ;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1										Question 2				
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)					Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)				
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine		Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
Habitation															
Choisir une résidence selon vos besoins (maison, appartement, centre d'hébergement...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.1 <input type="text"/>
Entretenir votre résidence (ménage, lavage, réparations mineures...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.1 <input type="text"/>
Entretenir l'extérieur de votre résidence (gazon, jardin, neige...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.2 <input type="text"/>
Effectuer des travaux lourds (grand ménage, peinture, réparations majeures...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.3 <input type="text"/>
Entrer et sortir de votre résidence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.3.1 <input type="text"/>
Vous déplacer à l'intérieur de votre résidence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.3.2 <input type="text"/>
Utiliser l'ameublement et les équipements de votre résidence (bureau, rangement, chauffage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.3.3 <input type="text"/>
Vous déplacer sur le terrain de votre résidence (cour, parterre...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.3.4 <input type="text"/>
Déplacements															
Vous déplacer dans la rue ou sur le trottoir (incluant traverser la rue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.1.1 <input type="text"/>
Vous déplacer sur une surface glissante ou inégale (neige, glace, herbe, gravier...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.1.2 <input type="text"/>
Utiliser des moyens de transport comme conducteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.2.1 <input type="text"/>
Vous déplacer à bicyclette (pour vos transports, vos loisirs...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.2.2 <input type="text"/>
Utiliser des moyens de transport comme passager (auto, autobus, taxi...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.2.3 <input type="text"/>
Note: les transports adaptés sont des aménagements															
Responsabilités															
Reconnaître la valeur habituelle de l'argent et utiliser les différentes pièces et le papier monnaie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1.1 <input type="text"/>
Utiliser les cartes bancaires et le guichet automatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1.2 <input type="text"/>

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1										Question 2				
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)					Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)				
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine		Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
Faire des achats (choix de la marchandise, mode de paiement, achats par téléphone...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1.3 <input type="text"/>
Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartition des dépenses et des économies, paiement des comptes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1.4 <input type="text"/>
Assumer vos responsabilités envers autrui et la société (respect des droits et biens d'autrui, vote, respect des lois et règlements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.2 <input type="text"/>
Assumer vos responsabilités personnelles ou familiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.3.1 <input type="text"/>
Assurer l'éducation de vos enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.3.2 <input type="text"/>
Prendre soin de vos enfants (santé, alimentation, habillement...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.3.3 <input type="text"/>
Relations interpersonnelles															
Maintenir des relations affectives avec votre conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.1 <input type="text"/>
Maintenir des relations affectives avec vos enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2.1 <input type="text"/>
Maintenir des relations affectives avec vos parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2.2 <input type="text"/>
Maintenir des relations affectives ou sociales avec d'autres membres de votre famille (frère, sœur, oncle...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2.3 <input type="text"/>
Maintenir des liens avec des amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2.4 <input type="text"/>
Maintenir des liens sociaux avec votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2.5 <input type="text"/>
Avoir des relations sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.3 <input type="text"/>
Vie communautaire															
Vous rendre dans les établissements de services de votre milieu (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1 <input type="text"/>
Entrer et vous déplacer dans les établissements de services (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1.2 <input type="text"/>

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement ;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1					Question 2								
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)								
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait
Utiliser les services publics de votre milieu (gouvernementaux, bancaires, juridiques, postaux...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1.3 <input type="text"/>
Vous rendre dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre commercial, dépanneur...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1.4 <input type="text"/>
Entrer et vous déplacer dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre commercial, dépanneur...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1.5 <input type="text"/>
Utiliser les commerces de votre milieu (supermarché, centre commercial, nettoyeur...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1.6 <input type="text"/>
Participer à des organisations socio-communautaires (clubs sociaux, groupe d'entraide...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.2.1 <input type="text"/>
Participer à des activités reliées à des pratiques religieuses ou spirituelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.2.2 <input type="text"/>
Éducation														
Participer à des activités scolaires ou de formation professionnelle de niveau secondaire (cours, travaux, activités para-scolaires,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.1 <input type="text"/>
Réaliser des activités d'apprentissage liées à la formation professionnelle (école de métier, université, collège...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.2 <input type="text"/>
Travail														
Choisir un métier ou une profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.1 <input type="text"/>
Rechercher un emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.2 <input type="text"/>
Occuper un travail rémunéré Note : si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez « non réalisée »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.3.1 <input type="text"/>
Réaliser des activités non rémunérées (bénévolat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.3.2 <input type="text"/>
Vous rendre à votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.4.1 <input type="text"/>
Entrer et vous déplacer dans votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.4.2 <input type="text"/>

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1					Question 2				
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)				
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	
	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait					
Utiliser les services de votre milieu d'occupation principale (travail, études incluant cafétéria, services au personnel...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.4.3 <input type="text"/>
Réaliser des tâches familiales ou domestiques comme occupation principale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.4.4 <input type="text"/>
Loisirs										
Pratiquer des activités sportives ou récréatives (marche, sports et jeux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.1 <input type="text"/>
Pratiquer des activités artistiques, culturelles ou artisanales (musique, danse, bricolage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.2.1 <input type="text"/>
Assister à des événements sportifs (hockey, baseball...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.2.2 <input type="text"/>
Assister à des événements artistiques ou culturels (spectacles, cinéma, théâtre...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.2.3 <input type="text"/>
Réaliser des activités de type touristique (voyages, visites de sites naturels ou historiques...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.2.4 <input type="text"/>
Réaliser des activités de plein air (randonnée, camping...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.2.5 <input type="text"/>
Utiliser les services de loisirs de votre milieu (bibliothèque, centre de loisirs municipal...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.2.6 <input type="text"/>

Note : Afin de faciliter la lecture du texte,
un seul genre a été retenu pour
indiquer le féminin et le masculin.

RIPPH
C.P. 225
Lac-Saint-Charles (Québec)
Canada G3G 3C1

© RIPPH, 2002 – Tous droits réservés

ANNEXE 10

**Échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence
(EAPÂR)**

ÉCHELLE D'ADAPTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE À SA RÉSIDENCE (ÉAPAR)

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions en lien avec votre quotidien et l'endroit où vous demeurez présentement. Je vais vous lire des énoncés, il suffira de me dire si OUI ; cela ressemble à ce que vous vivez ou si NON ; cela n'y ressemble pas. Alors, je commence par le premier énoncé :

1.	Mes journées sont habituellement organisées de façon semblable.	Oui	Non
2.	Vivre entouré-e de plusieurs personnes me dérange.	Oui	Non
3.	Je pense souvent à la façon dont je vivais avant mon arrivée à la résidence.	Oui	Non
4.	Mes habitudes de vie s'harmonisent bien avec le fonctionnement de la résidence	Oui	Non
5.	Je prends plaisir à participer aux activités de la résidence.	Oui	Non
6.	J'ai moins le goût de vivre qu'avant mon arrivée à la résidence.	Oui	Non
7.	J'ai un bon contact avec les personnes qui travaillent à la résidence.	Oui	Non
8.	Vivre à la résidence ne me permet pas de prendre de décisions.	Oui	Non
9.	Je suis respecté-e et valorisé-e à la résidence.	Oui	Non
10.	Cette période que je vis à la résidence est un moment agréable de mon existence.	Oui	Non
11.	Vivre à la résidence nuit à ma liberté d'action	Oui	Non
12.	Je prends plaisir à participer à des activités en compagnie d'autres résidents.	Oui	Non
13.	Je parle de façon positive de mes expériences à la résidence.	Oui	Non
14.	Vivre à la résidence exige que je prenne trop de décisions.	Oui	Non
15.	Nous nous entraïdons à la résidence.	Oui	Non
16.	J'entretiens de véritables relations d'amitié avec d'autres résidents.	Oui	Non
17.	J'ai encore beaucoup d'expériences intéressantes à vivre à la résidence.	Oui	Non

