

# **Cadre de référence sur l'organisation des plans d'intervention interdisciplinaires à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie (volet hébergement)**

Proposé par le  
Comité milieu de vie et milieu de soins  
sur le programme PII et l'interdisciplinarité

13 mai 2016



*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 

# CADRE DE REFERENCE SUR L'ORGANISATION DES PLANS D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRES A LA DIRECTION DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (VOLET HEBERGEMENT)

## La référence suggérée pour ce document est :

Lévesque M., Bisson J., Gagnon F., Georges Louis N. et Roy N. (2016). *Cadre de référence sur l'organisation des plans d'intervention interdisciplinaires à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie (volet hébergement)*. Montréal, QC : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Comité milieu de vie et milieu de soins du Programme SAPA.

## Les auteurs sont :

Michel Lévesque, Cadre supérieur, Chargé de projet, soutien à la réorganisation clinico-administrative, secteur hébergement, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EDIM)

Jocelyn Bisson, Conseiller cadre au développement des processus cliniques, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS EDIM

François Gagnon, Intervenant en soins spirituels, DSAPA, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Nathalie Georges-Louis, Chef d'unité 4-5e étage formatrice et support RSIPA, Centre d'hébergement JH Charbonneau, DSAPA, CIUSSS EDIM

Nathalie Roy, Chef d'unité 2 et 1CD, Centre d'hébergement Biermans, DSAPA, CIUSSS EDIM

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce document sont autorisées, à condition d'en citer la source.

Dépôt légal (à venir)

Bibliothèque nationale du Québec, 2016

Bibliothèque nationale du Canada, 2016

ISBN x – xxxx – xx – x

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2016

Tous droits réservés

Distribué par la

Téléphone : (514) xxx, poste xxx Télécopieur : (514) xxx

Courriel :

## Remerciements

---

Ce document n'aurait pu être réalisé sans la contribution de certaines personnes que les quatre auteurs de ce document tiennent ici à remercier très chaleureusement.

### **Pour leur contribution à la rédaction ou la révision du document :**

- Claude Riendeau, Directeur adjoint à l'hébergement, DSAPA, CIUSSS EDIM
- Sylvie Martel, Directrice adjointe, Direction des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles, CIUSSS EDIM
- Rémi Beauregard, Conseiller clinique aux pratiques psychosociales, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS EDIM
- Ève Cadieux, psychoéducatrice, Programme CAFE et JED, CIUSSS EDIM
- Martin Courchesne, Chef d'unité, Centre d'hébergement Rousselot, DSAPA
- Monique Corriveau, adjointe à la direction, DSAPA

## Table des matières

1.	<b>Résumé</b> .....	1
2.	<b>Mise en contexte</b> .....	2
2.1.	Raison d'être .....	2
2.2.	Orientations .....	2
2.3.	Valeurs .....	3
2.4.	Outils de communication .....	4
3.	<b>Plan d'intervention interdisciplinaire</b> .....	4
3.1.	Définition .....	4
3.2.	Objectifs .....	5
3.2.1.	Objectif général .....	5
3.2.2.	Objectifs spécifiques .....	5
4.	<b>Mécanismes de coordination du processus interdisciplinaire</b> .....	5
4.1.	Rôle du coordonnateur de site .....	5
4.2.	Rôle du chef d'unité .....	5
4.3.	Rôle du chef de service loisirs et bénévolat .....	5
4.4.	Rôle du chef de service des professionnels .....	5
5.	<b>Organisation des PII</b> .....	6
5.1.	Cadre normatif .....	6
5.2.	Échéanciers de réalisation et de mise à jour .....	6
5.3.	Mise à jour du profil Iso-Smaf .....	6
5.4.	Calendrier et révision annuelle .....	6
5.5.	Participants au PII .....	7
5.6.	Rôles et responsabilités spécifiques des participants au PII .....	7
5.6.1.	Assistante au supérieur immédiat ou infirmière .....	7
5.6.2.	Résident et/ou proche .....	8
5.6.3.	Infirmière auxiliaire .....	8
5.6.4.	Préposé aux bénéficiaires (PAB accompagnateur) .....	8
5.6.5.	Intervenant social .....	8
5.6.6.	Intervenant en soins spirituels .....	8
5.6.7.	Équipe d'animation et loisirs .....	9
5.6.8.	Équipe de nutrition clinique .....	9
5.6.9.	Équipe de réadaptation .....	9
6.	<b>Préparation à la rencontre PII</b> .....	9
6.1.	Vérifications préliminaires à la rencontre du PII .....	9
6.2.	Participation du résident et/ou proche .....	10
7.	<b>Tenue de la rencontre PII</b> .....	10
7.1.	Animation .....	10
7.2.	Prise de notes et saisie du formulaire .....	10
7.3.	Élaboration des deux objectifs .....	10

7.4.	Planification des interventions .....	10
7.5.	Déroulement de la rencontre .....	11
8.	<b>Saisie du PII</b> .....	11
8.1.	Outil de saisie du PII.....	11
8.2.	Guide d'utilisation de l'outil de saisie .....	11
9.	<b>Diffusion et consignation du PII</b> .....	14
10.	<b>Mécanisme de suivi et d'évaluation de la qualité</b> .....	14
10.1.	Comité de vigie du PII.....	14
10.2.	Indicateur de la qualité/performance du PII.....	14
10.3.	Traceur qualité du PII .....	14
ANNEXE A	Outil de saisie du PII .....	15
ANNEXE B	Exemple de PII complété (fictif).....	17
ANNEXE C	Dépliant explicatif pour le résident / proche.....	19
ANNEXE D	Grille du traceur qualité du PII.....	21
ANNEXE E	Grille de satisfaction du résident et/ou proche.....	22
ANNEXE F	Cadre législatif sommaire.....	23
ANNEXE G	Registre annuel des PII.....	27
ANNEXE H	Plan de déploiement .....	28
ANNEXE I	Charte de projet du PII.....	29

## 1. RÉSUMÉ

---

Le projet d'utiliser le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) au secteur Hébergement du Programme SAPA permet d'actualiser trois axes du projet clinique : (1) l'amélioration continue de l'approche relationnelle ; (2) la promotion des droits, l'autodétermination et contrer la maltraitance ; (3) l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. En outre le projet est un moyen concret pour intégrer l'approche citoyenne, de donner un sens au milieu de vie, d'améliorer la qualité de vie de nos résidents, de standardiser notre approche de la planification des soins et services via le PII pour l'ensemble de nos installations d'hébergement et de répondre au cadre légal et normatif. Ce cadre concerne des articles spécifiques de la LSSSS, de la Charte québécoise des droits et libertés et du Code civil du Québec relativement à la planification des services, à la participation et au consentement des personnes à leurs soins. Il concerne aussi les normes professionnelles, le code d'éthique du CIUSSS, l'orientation du MSSS relativement à la qualité des milieux de vie et les certaines normes d'Agrément Canada dont celle concernant l'approche collaborative impliquant les personnes et leurs proches.

Les valeurs centrales à la démarche de PII sont d'intégrer systématiquement la participation citoyenne et le résident partenaire dans la culture des services ; de favoriser l'autonomie et respecter la dignité des résidents ; de s'appuyer sur le savoir expérientiel des résidents ; de considérer la personne dans sa globalité et son unicité ; de favoriser l'implication des proches en tant que partenaires ; d'intégrer l'histoire de vie du résident dans la démarche du PII ; et de travailler en interdisciplinarité pour l'atteinte d'objectifs communs.

Sont invités à participer à la rencontre de PII : le résident et/ou proche, l'assistante au supérieur immédiat (ASI) ou l'infirmière chef d'équipe, l'infirmière auxiliaire, le préposé aux bénéficiaires, deux professionnels ou techniciens du site, dont un membre du volet social et un membre du volet réadaptation et nutrition. Dans certains cas, la présence du médecin traitant et/ou du pharmacien peut être requise.

Le PII comprend deux objectifs : (1) un objectif de soins, qui touche à la santé de la personne ; (2) et un objectif de qualité de vie, pour tout ce qui ne concerne pas directement la santé, tels les loisirs, la culture ou autre intérêt qui motive la personne et pour lequel les intervenants peuvent l'aider. Ces objectifs sont centraux à la démarche de PII. Ils déterminent les priorités d'intervention de l'équipe et les moyens à mettre en place par chacun pour les réaliser.

Avant la rencontre de PII, plusieurs actions doivent être planifiées, coordonnées et mises en œuvre. D'abord, les rencontres sont planifiées sous la supervision du chef d'unité. On envoie une lettre d'invitation au résident et/ou proche ainsi qu'un dépliant explicatif de la démarche de PII et on fait un rappel téléphonique une semaine avant la rencontre. Pour chaque PII, les intervenants concernés sont invités à la rencontre, ils doivent d'abord colliger l'information pertinente auprès des résidents / proches, apporter à la rencontre les documents nécessaires, compléter l'outil de collecte d'information, réfléchir aux besoins prioritaires de l'utilisateur, aux moyens et interventions pouvant répondre à ces besoins, aux services manquants s'il y a lieu et bien informer et préparer le résident et/ou proche à la rencontre.

La rencontre de PII est animée par l'ASI ou autre professionnel de l'équipe. La prise de note et la saisie du formulaire de PII est faite par une autre personne que l'animateur. La rencontre permet de faire le point sur la situation de vie du résident, sur ses besoins et objectifs, et les interventions à mettre en place et à coordonner pour atteindre les deux objectifs prioritaires du résident et/ou proche. Ces informations sont colligées dans le formulaire de saisie du PII.

Enfin, plusieurs moyens sont mis en place pour assurer la qualité et l'amélioration continue de la démarche de PII, dont la réalisation périodique d'audits, la mise en place d'activités de formation et d'amélioration continue et l'exercice d'un comité de vigie.

## 2. MISE EN CONTEXTE

---

Le présent cadre s'inscrit dans l'engagement de la direction adjointe des services aux personnes en perte d'autonomie, volet hébergement (DPSAPA) à offrir aux résidents hébergés dans ses installations des services de qualité répondant à des valeurs et principes reconnus qui concernent le résident lui-même ou ses proches<sup>1</sup> et l'équipe d'intervenants. Ces valeurs et principes sont énoncés principalement dans le code d'éthique de même que dans l'énoncé de mission de la direction DPSAPA et de l'établissement. **Le résident et/ou proche sont au cœur du plan d'intervention.** Les objectifs de ce plan traduisent donc des résultats visés **à la fois** par le résident et/ou proche et par les intervenants. Le résident et/ou proche sont des **partenaires essentiels** à l'élaboration, la révision et l'évaluation du plan d'intervention.

### 2.1. Raison d'être

La raison d'être de ce cadre de référence sur l'organisation des PII au programme SAPA hébergement est de présenter à l'ensemble du personnel du programme et dans un document complet, concis et clair les raisons d'être de la démarche de PII, le cadre légal, les principes et valeurs sur lesquels la démarche de PII s'appuie, les modalités avec lesquelles on prépare et réalise un PII, ainsi que les outils développés pour préparer, réaliser et suivre l'évolution des PII.

Les raisons d'être de la démarche de PII sont :

- d'améliorer sur une base continue la qualité des services d'hébergement du SAPA, de les inscrire résolument dans la perspective de la participation citoyenne où la personne est au cœur de l'offre de services et, par le fait même de son plan d'intervention interdisciplinaire ;
- de respecter : (1) les lois et règlements spécifiques de la LSSSS à l'égard des plans d'intervention; (2) les règlements sur l'organisation et l'administration des établissements ; (3) les normes professionnelles et (4) les normes des organismes d'accréditation dont celles d'Agrément Canada et des visites ministérielles ;
- d'adopter les meilleures pratiques cliniques, pratiques professionnelles collaboratives et organisationnelles possibles.

### 2.2. Orientations

- Il est proposé d'appliquer la démarche de PII pour toutes les personnes hébergées dans les CHSLD du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Cette orientation vise à favoriser l'expression du résident et/ou proche sur ses besoins en lui permettant de parler de son expérience de résident, d'être accompagné pour donner du sens à son expérience de vie et de soins en CHSLD et de participer avec l'équipe interdisciplinaire à améliorer ou maintenir son état de santé, son confort et ses soins sécuritaires.
- Notons également qu'avec l'alourdissement clinique des résidents en CHSLD, avec le rehaussement des critères pour y référer des personnes (notamment avec la catégorisation en profils Iso-Smaf) et la référence tardive qui s'en suit, les résidents de CHSLD sont tous suivis par plus d'un professionnel de la santé, en plus du médecin. Cette réalité justifie l'utilisation du PII, qui se veut un outil de coordination du travail interprofessionnel.

---

<sup>1</sup> Dans le présent cadre, nous utiliserons le terme résident et/ou proche. Le proche peut être le représentant légal tel que prévu par la loi ou toute personne ayant un intérêt face au résident et sur approbation de ce dernier (en présumant que ce dernier est apte).

- Le PII se veut également un outil de coordination des soins et services centrés sur les besoins et objectifs prioritaires du résident. Nous le verrons plus loin, cela répond à plusieurs valeurs et principes guidant la prestation des services en CHSLD.
- Enfin, pour simplifier et rendre possible la démarche de PII, il est proposé ici de ne pas retenir plus de deux objectifs prioritaires : soit un objectif de soins du résident et un objectif de qualité de vie du résident. **L'objectif de soins du résident** concerne tout ce qui touche à la santé et aux soins de santé de la personne. **L'objectif de qualité de vie du résident** concerne tout autre objectif de la personne non directement lié à sa santé ou ses soins. Cela peut comprendre les loisirs, la culture, ou tout autre intérêt ou objectif qui motive la personne et pour lequel les intervenants peuvent l'aider.

### 2.3. Valeurs

L'approche proposée pour réaliser les PII, où le résident est au cœur de la démarche de PII, repose sur plusieurs valeurs centrales des modèles de la pleine citoyenneté et de la participation citoyenne.

#### **Favoriser l'autodétermination et respecter la dignité des résidents**

- En centrant l'ensemble de la démarche de PII sur les besoins et objectifs prioritaires de la personne, c'est d'abord sa dignité que l'on respecte et son autodétermination que l'on stimule et encourage.

#### **S'appuyer sur le savoir expérientiel des résidents**

- Le résident est le mieux placé pour connaître ses besoins, déterminer ses objectifs de qualité de vie et de soins et orienter ainsi le travail de l'équipe. Le droit du résident de décider de ses soins et notre obligation d'obtenir son consentement ou celui de son proche engendrent nécessairement le fait que ce dernier peut orienter ses soins de façon différente que celle préconisée par l'équipe soignante.
- Cela s'inscrit dans la perspective de la décision partagée, où les décisions de soins et services s'élaborent en collaboration entre la personne et l'équipe.

#### **Considérer la personne dans sa globalité**

- La réalisation du PII est fondée sur une considération de la personne dans sa globalité, incluant l'ensemble de ses besoins - tant physiques, que psychologiques, sociaux et spirituels - ainsi que ses forces et difficultés et celles de son environnement.

#### **Favoriser l'implication des proches**

- Les proches peuvent constituer une grande source de connaissance, de soutien et de motivation pour le résident et il importe de les impliquer dans la démarche de PII quand c'est possible.

#### **Travailler en interdisciplinarité**

- La démarche de PII s'appuie non seulement sur l'apport de différents professionnels (multidisciplinarité), mais surtout sur leur travail concerté et bien arrimé autour de la participation de la personne (interdisciplinarité).



## 2.4. Outils de communication

- Plusieurs outils de communication sont élaborés pour faciliter la démarche de PII. D'abord, ce cadre de référence présente l'ensemble de la démarche, ses fondements, ses modalités et les outils cliniques utilisés par l'équipe pour préparer la rencontre de PII, colliger l'information lors de la rencontre et suivre l'évolution de la démarche de PII pour chaque résident.
- Les aide-mémoire pour aider le résident et/ou son proche à se préparer à la rencontre de PII (dépliant explicatif Annexe C), rappeler aux professionnels les étapes préliminaires à la rencontre, les principes à respecter et les informations à colliger lors de la rencontre et les étapes suivant la rencontre.
- Un guide explique en détails la façon de colliger les informations au PII.
- Le registre annuel des PII mis à jour en continu permet un suivi serré des PII révisés (4-6 semaines post-admission ou annuel) et les participants (professionnels, résidents et/ou proches).
- Enfin, des formations à la démarche de PII sont prévues pour tous les intervenants du programme SAPA travaillant en CHSLD et aux nouveaux employés.

## 3. PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE

---

### 3.1. Définition

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est un outil de coordination des services faisant partie intégrante du dossier du résident. Il réfère aux interventions planifiées de façon concertée par les membres de l'équipe interdisciplinaire<sup>2</sup>, en collaboration avec le résident et/ou proche, le cas échéant, en vue de répondre aux besoins du résident au cours de son séjour en hébergement. Il est élaboré à partir d'une évaluation interdisciplinaire où sont pris en compte les plans d'interventions disciplinaires (PID) de chaque intervenant.

Le PII est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique du résident :

- Les besoins du résident et/ou proches auxquels le PII répond et leur mise en priorité ;
- Les objectifs communs spécifiques au milieu de vie (objectif qualité de vie du résident) et milieu de soins (objectifs de soins du résident) (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour le résident en accord avec ses attentes ;
- Les interventions de l'équipe interdisciplinaire (types, fréquence et séquence ou ordonnancement) ;
- La durée prévisible des interventions planifiées ;
- La date de révision.

---

<sup>2</sup> Interdisciplinaire : Plusieurs disciplines se concertent sur la lecture du problème, l'élaboration d'objectifs communs, la dispensation des services et l'évaluation des résultats. Chaque professionnel poursuit des objectifs différents; toutefois ces objectifs ont un but commun en ce qui concerne le résident et/ou proche.

## 3.2. Objectifs

### 3.2.1. Objectif général

- Assurer à chacun des résidents hébergés dans nos installations un PII élaboré à l'admission et révisé annuellement afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle ces services devront lui être fournis.

### 3.2.2. Objectifs spécifiques

- S'assurer que la coordination des services dispensés par les différents intervenants concernés se fasse autour des objectifs communs identifiés au PII ;
- S'assurer de l'élaboration du **PII à l'admission (4-6 semaines) et de sa révision annuelle** ;
- À moins de circonstances exceptionnelles, **toujours impliquer le résident et/ou proche dans son PII** ;
- S'assurer que les intervenants complètent leur plan d'intervention unidisciplinaire (PID, PTI, etc.) pour les résidents bénéficiant d'un **suivi** consécutif au PII.

## 4. MÉCANISMES DE COORDINATION DU PROCESSUS INTERDISCIPLINAIRE

---

### 4.1. Rôle du coordonnateur de site

Le coordonnateur de site s'assure d'appliquer les principes du « Cadre de référence sur l'organisation des PII à la direction adjointe des services aux personnes en perte d'autonomie - volet hébergement » pour l'(les) installation(s) dont il est responsable. Il est responsable et imputable de l'atteinte des résultats quantitatifs et qualitatifs du programme PII tel que décrit dans le présent cadre de référence.

### 4.2. Rôle du chef d'unité

Le chef d'unité s'assure :

- de la planification du calendrier des PII ;
- que les invitations aux familles et les convocations aux intervenants sont envoyées ;
- que les relances téléphoniques soient faites;
- de la participation de ses employés aux rencontres;
- que le registre annuel des PII soit à jour;
- de transmettre les informations au coordonnateur de site.

### 4.3. Rôle du chef de service loisirs et bénévolat

- Collaborer à la planification du calendrier PII pour ses employés ;
- voir à la participation de ses employés aux rencontres planifiées.

### 4.4. Rôle du chef de service des professionnels

- Collaborer à la planification du calendrier PII pour ses employés ;
- voir à la participation de ses employés aux rencontres planifiées.

## 5. ORGANISATION DES PII

---

### 5.1. Cadre normatif

Le PII est régi par le présent cadre de référence et par le règlement et la politique qui seront issus de la Direction des services multidisciplinaires (à venir).

Le PII est aussi encadré par la LSSSS<sup>3</sup> en relation avec notre obligation d'avoir un PI individualisé pour chacun de nos résidents, par le Code Civil du Québec (C.c.Q)<sup>4</sup> notamment pour le consentement aux soins requis et la représentation de l'usager inapte, par les indicateurs de qualité des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie<sup>5</sup>, par les normes d'Agrément Canada<sup>6</sup>, par le code d'éthique de notre établissement<sup>7</sup> et enfin par les normes déontologiques et professionnelles des différents intervenants membres des ordres professionnels visés par l'obligation d'adhérer à une démarche interdisciplinaire (voir le cadre législatif sommaire à l'Annexe F).

### 5.2. Échéanciers de réalisation et de mise à jour

Le PII est élaboré entre 4 et 6 semaines suite à l'admission et mis à jour annuellement ou plus fréquemment selon l'évolution ou les besoins des résidents.

### 5.3. Mise à jour du profil Iso-Smaf

L'élaboration du PII ou sa mise à jour doit se faire en même temps que la mise à jour du profil Iso-Smaf. Notamment la reddition de compte biannuelle Gestred au MSSS inclus les données relatives à la mise à jour des profils Iso-Smaf ET la mise à jour des PII.

### 5.4. Calendrier et révision annuelle

Les PII de l'ensemble des résidents de l'installation sont planifiés à l'intérieur d'une année. Lorsque c'est possible, les PII peuvent être tenus en période estivale.

Chaque année **pour le 1<sup>er</sup> avril**, le chef d'unité dépose à son coordonnateur de site le plan des rencontres PII de ses unités pour l'installation visée.

Si un PII est tenu **en dehors de la planification annuelle** (PII en stat, résident instable, admission etc.), le PII qui est tenu **remplace** le PII annuel. Chaque résident doit avoir un PII au dossier qui est révisé annuellement.

Le registre annuel des PII est mis à jour à chacune des rencontres PII (ex : dossier, nom, chambre, date admission, date du PII, présence résident et/ou proche, infirmière, IA, PAB, intervenant psychosocial, intervenant en réadaptation, nom de l'intervenant accompagnateur) tel que décrit dans ledit plan.

---

<sup>3</sup> Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> mai 2014, [Québec], Éditeur officiel du Québec. (ci-après nommée LSSSS).

<sup>4</sup> Code Civil du Québec, RLRQ c C-1991. (ci-après nommé C.c.Q.), article 15,

<sup>5</sup> MSSS (2014). Guide de soutien à l'intention des établissements. Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD.

<sup>6</sup> Agrément Canada (2017). Normes Soins de longue durée. Pour les visites qui commencent après le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

<sup>7</sup> CIUSSS de l'Est-de-L'île-de-Montréal (2016), Direction générale. Code d'éthique.

## 5.5. Participants au PII

Chaque chef d'unité s'assure de la **planification** des participants et du cheminement des invitations (résident et/ou proche, membres de l'équipe interdisciplinaire). Après approbation auprès du résident apte, une lettre type peut être envoyée aux proches du résident. Le dépliant explicatif destiné au résident et/ou proche est joint à l'envoi. Un appel téléphonique aux proches doit alors être fait par l'agent administratif afin de s'assurer la présence de ces derniers à la rencontre. Dans le cas où le résident ou le proche refuse de participer au PII, une note est inscrite dans les notes au dossier du résident.

Pour chaque PII, les participants suivants seront requis (équipe de base):

- L'ASI ou l'infirmière chef d'équipe
- Le résident et/ou proche
- L'infirmière auxiliaire
- Le préposé aux bénéficiaires (intervenant accompagnateur désigné)
- Deux professionnels ou techniciens du site :
  - un membre volet social (travail social, technicien en animation/loisirs ou récréologue ou intervenant en soins spirituels)
  - un membre volet réadaptation et nutrition (ergothérapie, physiothérapie, technique de réadaptation physique, nutrition, technique de diététique ou éducation spécialisée)
- Le pharmacien pourra être invité, de façon ponctuelle, dans les cas plus complexes où son expertise sera requise.
- Le médecin traitant du résident (invité selon la complexité et la disponibilité). La présence du médecin est souhaitée lors du PII admission (4-6 semaines). S'il ne peut être présent l'ASI assure le lien avec ce dernier en prévision de la rencontre PII. Une rencontre individuelle en personne ou téléphonique entre le médecin et la famille demeure possible.

Le calendrier de base de la planification annuelle des PII se fait donc par un partage des PII à faire ou réviser entre l'ASI, l'IA, le PAB accompagnateur, le résident et/ou proche, le membre du volet social et le membre du volet réadaptation et nutrition. Pour chacun de ces volets, le membre le plus pertinent au cas discuté doit être priorisé (si possible). En tout temps un membre peut s'ajouter selon les besoins.

## 5.6. Rôles et responsabilités spécifiques des participants au PII

### 5.6.1. Assistante au supérieur immédiat ou infirmière

- L'assistante au supérieur immédiat ou l'infirmière s'assure :
- de la réalisation et de la révision du PII pour chaque résident ;
- de la participation des personnes concernées par le plan d'intervention, particulièrement le résident et/ou proche ;
- que le PII soit rédigé ;
- de l'atteinte des résultats de soins du résident et de qualité de vie du résident;
- de générer les tâches à inscrire dans le PTI aux infirmières auxiliaires et aux PAB qui découlerait de l'application du PII.

### **5.6.2. Résident et/ou proche**

- Participe activement à l'élaboration de son propre PII en fonction de ses besoins et obligations ;
- Fait part à l'équipe interdisciplinaire de tout besoin pouvant améliorer sa qualité de vie, son bien-être et son intégration dans son milieu de vie ;
- Échange sur ses préférences, goûts, valeurs et son histoire de vie ;
- Fait part à l'équipe de son objectif de qualité de vie ;
- Fait part à l'équipe de son objectif de soins ;
- À défaut d'avoir la participation du résident et/ou proche, l'équipe doit d'autant plus axer sur les aspects reliés à la qualité de vie du résident.

### **5.6.3. Infirmière auxiliaire**

- Contribue à la réalisation du PII et à la mise à jour du plan de soins;
- Contribue au suivi clinique en appliquant les directives infirmières inscrites au PTI (qui découle du PII).

### **5.6.4. Préposé aux bénéficiaires (PAB accompagnateur)**

- Accompagne le résident dans le cadre de ses AVQ et son accueil/intégration (participe au PII en raison de sa proximité avec le résident, tant au plan des AVQ, de son bien être que de sa sécurité) ;
- Participe aux activités d'animation ludiques et thérapeutiques en accompagnement du résident ;
- Contribue au suivi clinique en appliquant les directives infirmières inscrites au PTI (qui découlent du PII).

### **5.6.5. Intervenant social**

- Échange avec le résident et/ou proche dans le but de connaître ses besoins et l'amener à verbaliser ses objectifs dans le cadre de son milieu de vie ;
- Aide le(s) proche(s) à s'adapter à la réalité de l'hébergement du résident et à développer des mécanismes d'adaptation ;
- Complète et fait part de l'histoire de vie du résident afin de guider les membres de l'équipe interdisciplinaire dans les activités significatives pour ce dernier;
- Contribue étroitement à l'identification et la réalisation de l'objectif qualité de vie du résident.

### **5.6.6. Intervenant en soins spirituels**

- Accompagne le résident et/ou proche dans son cheminement social et spirituel dans le cadre de son intégration dans son milieu de vie ;
- Apporte du soutien, du réconfort et de l'assistance morale au résident et/ou proche dans ses convictions sociales et spirituelles ;
- Agit comme personne-ressource pour les questions éthiques et bioéthiques ;
- Offre un accompagnement individualisé ou de groupe qui respecte la diversité des croyances, des valeurs personnelles et des besoins spirituels de la personne ;
- Visite les résidents aux unités de vie ;

- A la demande, offre des liturgies de la parole et autres célébrations pertinentes de rites selon l'appartenance religieuse et les besoins identifiés de la clientèle ou des proches qui en expriment le désir ;
- Collabore et, au besoin, offre des services de référence vers des représentants de diverses confessions religieuses.

#### **5.6.7. Équipe d'animation et loisirs**

- Le technicien en loisirs organise et anime des activités individuelles ou de groupe, à caractères physiques, intellectuelles, d'expression/de création, sociales, de divertissement et spirituelles qui favorisent le bien-être et la réadaptation des résidents.
- Il élabore des programmes récréatifs, fournit des observations sur le comportement et les attitudes des résidents ;
- Il s'assure d'avoir des activités adaptées qui répondent aux besoins et aux attentes des résidents.

#### **5.6.8. Équipe de nutrition clinique**

- La technicienne en diététique / la nutritionniste procèdent à l'évaluation des besoins alimentaires et la mise en œuvre d'une activité repas aux goûts et besoins du résident.

#### **5.6.9. Équipe de réadaptation**

- L'équipe de réadaptation est composée de l'ergothérapeute, de la physiothérapeute et de la technicienne en réadaptation (éducatrice spécialisée selon le site). Leur rôle est d'assurer aux résidents les interventions de réadaptation et/ou adaptation requises par ceux-ci dans le but de promouvoir une qualité de vie optimale.
- Elle met en œuvre les activités d'animation thérapeutiques pour les résidents ciblés.

## **6. PRÉPARATION À LA RENCONTRE PII**

---

### **6.1. Vérifications préliminaires à la rencontre du PII**

- S'assurer que tous les intervenants impliqués auprès du résident et dont la présence est pertinente, soient invités à la rencontre de PII.
- S'assurer que les différents professionnels impliqués dans le suivi du résident colligent les informations auprès du résident et/ou de son proche qui peuvent être pertinentes à la formulation du PII : observations, collectes de données, notes, bilans, évaluations professionnelles, etc.
- S'assurer de recueillir l'information par l'équipe de soir et de nuit,
- S'assurer que chacun apporte, s'il y a lieu, une copie de ces documents à la rencontre de PII afin de participer à la mise en commun des évaluations professionnelles des membres de l'équipe.
- S'assurer que chacun réfléchisse aux besoins de la personne qui devraient être priorités selon sa propre évaluation et qu'il les traduise en objectifs. Ceci constitue l'amorce du PII.

- S'assurer que chacun identifie les services et moyens qui pourraient répondre le mieux aux besoins priorités.
- S'assurer que chacun identifie les services manquants, s'il y a lieu.
- S'assurer de la pertinence de sa présence. Chaque professionnel est responsable d'indiquer la pertinence de sa présence au PII d'un résident pour lequel il ne serait pas convoqué d'emblée, s'il considère détenir de l'information privilégiée pouvant contribuer à la démarche de PII du résident.

## 6.2. Participation du résident et/ou proche

- S'assurer que le résident/son proche aient été bien informés et préparés à la rencontre de PII.
- S'assurer qu'un intervenant lui ou leur explique la démarche de PII. Qu'il utilise à cette fin le dépliant préparé à l'attention du résident et/ou proche.
- S'assurer que cet intervenant discute avec le résident des objectifs qu'il souhaite réaliser dans les prochains mois ou la prochaine année, de ses forces et difficultés qui pourraient l'aider ou lui nuire dans la réalisation de son ou ses objectifs.
- S'assurer que l'équipe, en collaboration avec le résident, évalue la pertinence d'impliquer les proches et détermine avec lui leur degré d'implication.

## 7. TENUE DE LA RENCONTRE PII

---

### 7.1. Animation

Le PII **est animé** par l'ASI, l'infirmière chef d'équipe ou tout autre professionnel. Sa **durée maximale est d'une heure**. Les membres doivent se préparer avant la rencontre afin de maximiser l'efficacité du PII.

### 7.2. Prise de notes et saisie du formulaire

Il est suggéré qu'un autre participant que l'animateur soit chargé de la prise de notes et la saisie du formulaire de PII. L'animateur sera responsable d'en valider le contenu final.

### 7.3. Élaboration des deux objectifs

En collaboration avec le résident et/ou proche, les membres établissent les **objectifs prioritaires du résident** (1 objectif de qualité de vie du résident et 1 objectif de soins du résident) par la mise en commun de leurs expertises et de leurs connaissances de la personne et du milieu.

Les membres font un consensus sur les deux objectifs retenus en regard de la santé et du bien-être global de la personne.

Les objectifs non retenus prioritaires pour le résident demeurent importants et doivent se retrouver dans le PI de chacun des professionnels concernés.

### 7.4. Planification des interventions

Les membres planifient avec le résident et/ou proche les interventions à réaliser dans leurs disciplines pour favoriser l'atteinte des objectifs.



Le PII sera par la suite **saisi sur le formulaire PII** par l'infirmière ou un professionnel.

Le plan thérapeutique infirmier (PTI) est ajusté en conséquence pour assurer le suivi des interventions infirmières retenues (constats et directives au plan de travail des infirmières, infirmières auxiliaires et PAB).

### **7.5. Déroulement de la rencontre**

Le cheminement de la rencontre se fait dans l'ordre et avec les durées approximatives suivantes pour les différentes parties (les proportions peuvent varier):

- 1) Accueil des membres du PII et du résident et/ou proche par l'ASI, rappel des objectifs du PII et présentation des participants (tour de table) (5 minutes)
- 2) Échange sur l'histoire de vie (5 minutes)
- 3) Retour sur le dernier PII (si applicable) et évaluation de l'atteinte des résultats (5 minutes)
- 4) Identification des besoins et discussion (10 minutes)
- 5) Identification des objectifs (un objectif de qualité de vie du résident et un objectif de soins du résident) (15 minutes)
- 6) Liste des actions à réaliser (interventions) (15 minutes)
- 7) Finaliser la rédaction du PII et signature (une relecture verbale est faite aux membres de l'équipe par le rédacteur, avant sa signature)
- 8) Levée de la rencontre

## **8. SAISIE DU PII**

---

### **8.1. Outil de saisie du PII**

- Voir le document en Annexe A

### **8.2. Guide d'utilisation de l'outil de saisie**

L'espace en haut à droite du formulaire est prévu pour l'adressographe (nom du résident, numéro de dossier, adresse, service). Complétez, à gauche dans les champs appropriés, la date d'élaboration du PII, la date de révision prévue (le mois et l'année peuvent suffire pour une rencontre planifiée un an d'avance), l'animateur du PII, la personne qui rédige le PII, les noms des proches présents à la rencontre de PII et leur lien de parenté ou de relation avec le proche. Cochez à la case appropriée si le résident est présent à la rencontre de PII.

#### **Participants**

Identifiez dans cette section tous les intervenants présents à la rencontre de PII. Le numéro associé à chaque intervenant pourra être utilisé par la suite dans la section « Objectifs spécifiques » pour identifier l'intervenant porteur de chacun des objectifs spécifiques. Précisez également le titre d'emploi de l'intervenant.

#### **Objectifs du résident**

- Le but central de la rencontre de PII est de déterminer ensemble, le résident et/ou proche et tous les intervenants invités à la rencontre, le ou les objectifs prioritaires du résident et la façon dont chacun peut contribuer à les atteindre.



- Dans le contexte de services en centre d'hébergement, il est suggéré de ne pas retenir plus de deux objectifs prioritaires : soit un objectif de qualité de vie du résident et un objectif de soins du résident. Cette restriction est fortement suggérée afin de simplifier la coordination des interventions des différents intervenants. Avec plus d'objectifs, cette coordination devient très ardue et risque de nuire à la réalisation des objectifs.
- **L'objectif de soins du résident** concerne tout ce qui touche à la santé de la personne, que ce soit en lien avec sa problématique principale ou autre, dans la mesure où c'est un objectif qui motive réellement la personne et pour lequel les intervenants peuvent aider la personne dans le cadre de leur mandat.<sup>8</sup>
- **L'objectif de qualité de vie du résident** concerne tout autre objectif de la personne qui ne soit pas directement lié à sa santé. Cela peut concerner les loisirs, la culture, ou tout autre intérêt ou objectif qui motive la personne et pour lequel les intervenants peuvent aider la personne.
- Dans la situation où l'objectif de soins ou l'objectif de qualité de vie que le résident tient à poursuivre comporte des risques, l'équipe peut se référer au Comité d'éthique du CIUSSS qui peut l'assister en matière de consentement aux soins et du pouvoir du résident ou proche à participer à son plan d'intervention.

### **Forces / facilitateurs**

- Identifiez dans cette section les forces de la personne et les éléments de son environnement (les facilitateurs) qui peuvent l'aider à atteindre ses objectifs prioritaires.

### **Difficultés / obstacles**

- Identifiez dans cette section les difficultés de la personne et les éléments de son environnement (les obstacles) qui peuvent lui nuire dans l'atteinte de ses objectifs prioritaires.

### **Objectifs spécifiques : précisions et suivis**

- Les objectifs spécifiques sont les objectifs d'intervention identifiés par chaque intervenant pour aider la personne à atteindre ses objectifs de soins ou de qualité de vie. Ces objectifs peuvent déjà faire partie ou non du plan d'intervention (PI) de l'intervenant pour la personne. Dans un cas comme dans l'autre, **il importe d'identifier dans le PII uniquement le ou les objectifs spécifiques de l'intervenant qui contribuent aux objectifs prioritaires du résident inscrits à son PII.**
- Notez qu'un ou des objectifs spécifiques peuvent être formulés par tous ou une partie des intervenants présents au PII. Seuls ceux qui peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs prioritaires de la personne dans ce PII doivent préciser des objectifs spécifiques d'intervention.
- La discussion préalable à l'identification de ces objectifs permettra aux différents intervenants de voir en quoi leurs interventions respectives pourront être complémentaires et aider collectivement à l'atteinte des objectifs prioritaires de la personne.

---

<sup>8</sup> Référez-vous à l'Annexe B pour un exemple de PII complété.

## **Moyens**

- Les moyens sont les activités et interventions spécifiques mis en place par l'intervenant pour aider la personne à réaliser son ou ses objectifs.
- Le choix des moyens est dicté par l'expérience de l'intervenant, les normes de qualité et d'excellence de sa discipline professionnelle ainsi que le souci d'efficacité et d'efficience pour atteindre son objectif spécifique et, ultimement soutenir le résident dans l'atteinte de son objectif de PII.

## **Porteur**

- Le porteur est la personne identifiée qui est responsable de réaliser l'objectif spécifique. S'il s'agit d'un intervenant, on le désigne via son numéro dans la liste des intervenants au début du formulaire.
- S'il s'agit du résident comme porteur, on l'indique par un « R » et s'il s'agit d'un proche, on l'indique par un « P ». Enfin, s'il s'agit d'une autre personne, on l'indique par un « A » et on indique son nom à la fin de l'objectif.

## **Résultats**

- Le même formulaire de PII peut être utilisé pour faire la révision du PII, soit faire le bilan des progrès du résident dans l'atteinte de ses objectifs depuis la dernière rencontre, voir si les objectifs spécifiques des différents participants ont été réalisés et à quel point et valider s'ils sont encore pertinents.
- Si l'objectif est atteint, on l'indique par un « A », pour atteint.
- Si l'objectif est en cours d'atteinte, ou atteint à plus ou moins 50%, on l'indique par un « B ».
- Enfin, si l'objectif n'est pas du tout atteint, on l'indique par un « C ».

## **Objectif**

- La colonne « Objectif » permet de préciser si l'objectif est : « 1 » maintenu, « 2 » modifié ou « 3 » abandonné.
- Lors de la révision du PII, seules les sections de révision (colonnes en gris et section de consentement en gris) peuvent être complétées. En aucun temps, on ne peut retoucher un PII ayant été validé et signé. On prendra soin de compléter ces sections dans le PII actuel afin de bien indiquer les résultats de la démarche de PII, soit l'atteinte ou non des objectifs ainsi que leur maintien ou non ou leur modification pour le prochain PII.

## **Commentaires**

- La section Commentaires permet d'inscrire tout autre commentaire relatif à la conduite de la rencontre de PII, des éléments de contexte permettant de mieux comprendre la situation du résident ou de l'atteinte ou non des objectifs du résident et des intervenants.

## **Consentement**

- Le formulaire de PII doit être signé par l'intervenant qui a rédigé le PII ainsi que par le résident ou son proche s'il en est incapable, et une date de révision doit être précisée.
- Une copie doit être remise au résident et/ou proche.

- Un proche qui n'aurait pas assisté au PII et qui voudrait avoir une copie du PII devra faire une demande aux archives médicales pour cela.
- La section pour la révision du PII doit être signée et datée uniquement à la révision du PII.
- Dans la situation où le résident ou le proche refuse de participer au PII, l'information est inscrite sur la ligne Commentaires.

## **9. DIFFUSION ET CONSIGNATION DU PII**

---

- Une copie du PII est remise au résident et/ou proche.
- Dans les situations cliniques complexes et où le résident est représenté par le Curateur publique du Québec, une copie du PII lui sera envoyée.
- Le PII original est placé au dossier du résident.
- Une copie du PII est placée dans un cartable au poste infirmier. Ce cartable doit notamment être accessible aux PAB pour consultation au poste.
- Le PII rédigé ou mis à jour est présenté par l'ASI à l'équipe de soins de l'unité lors du rapport inter-service (jour, soir, nuit).
- Toute personne absente de la rencontre PII à laquelle il avait été convoqué est responsable de consulter les PII des résidents.
- L'ASI est responsable de contacter le ou les professionnels concernés par un des objectifs du PII auquel il n'aurait pas été invité.

## **10. MÉCANISME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ**

---

### **10.1. Comité de vigie du PII**

- Le comité milieu de vie et milieu de soins sur le programme PII et l'interdisciplinarité responsable du présent cadre de référence exerce la fonction de vigie du programme PII et est principalement responsable de : (mandat à venir).


### **10.2. Indicateur de la qualité/performance du PII**

- Nombre de PII post admission dans le délai 4-6 semaines / nombre d'admissions
- Nombre de PII ayant une révision annuelle/ nombre de résidents
- Nombre de résident et/ou proche ayant participé / nombre de PII faits à l'admission
- Nombre de PII révisés avec le profil Iso-Smaf
- Statistiques du registre annuel des PII
- Nombre de grilles du traceur qualité PII réalisées
- Score des grilles du traceur qualité PII réalisées
- Nombre de questionnaire de satisfaction du résident et/ou proche
- Taux de satisfaction du questionnaire satisfaction résident et/ou proche

### **10.3. Traceur qualité du PII**

- La grille du traceur qualité du PII (Annexe D) cible les principales étapes du processus PII
- à développer

## ANNEXE A OUTIL DE SAISIE DU PII

		<b>PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)</b> <b>POUR LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DU CIUSSS</b> <b>DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL</b>		
DATE DE L'ÉLABORATION :		DATE DE RÉVISION PRÉVUE :		
Année / Mois / Jour		Année / Mois / Jour		
ANIMATEUR DU PII		RÉDACTEUR DU PII		
NOM DU PROCHE (FAMILLE, AMI)		LIEN		
1.				RÉSIDENT PRÉSENT À LA RENCONTRE DE PII <input type="checkbox"/>
2.				
3.				
<b>PARTICIPANTS : INTERVENANTS ASSOCIÉS</b>				
NOM (lettres moulées)		TITRE D'EMPLOI		
1.				6.
2.				7.
3.				8.
4.				9.
5.				10.
<b>OBJECTIFS INTERDISCIPLINAIRES DU RÉSIDENT</b>				
1 – OBJECTIF DE QUALITÉ DE VIE DU RÉSIDENT (MAXIMUM 1)				
2 – OBJECTIF DE SOINS DU RÉSIDENT (MAXIMUM 1)				
<b>FORCES ET DIFFICULTÉS LIÉES AUX OBJECTIFS DE SOINS ET DE QUALITÉ DE VIE DU RÉSIDENT</b>				
FORCES/FACILITATEURS		DIFFICULTÉS/OBSTACLES		

Version du 27 avril 2016



## ANNEXE B EXEMPLE DE PII COMPLÉTÉ (FICTIF)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal <b>Québec</b>		<b>PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)</b> POUR LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DU CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL		<b>EXEMPLE DE PII          COMPLÉTÉ          (FICTIF)</b>
DATE DE L'ÉLABORATION : _2016 / _03 / _24_		DATE DE RÉVISION PRÉVUE : _2017 / _03 / ____		
ANIMATEUR DU PII DIANE SAUVÉ		RÉDACTEUR DU PII ANNICK COUTURE		
NOM DU PROCHE (FAMILLE, AMI) 1. MME HUGUETTE TRÉVIS		LIEN ÉPOUSE		
2. MME NICOLE TRÉVIS		FILLE		RÉSIDENT PRÉSENT À LA RENCONTRE DE PII <input type="checkbox"/>
3.				
<b>PARTICIPANTS : INTERVENANTS ASSOCIÉS</b>				
NOM (lettres moulées)		TITRE D'EMPLOI		
1. PAULINE BÉRUBÉ		INFIRMIÈRE AUXILIAIRE		6.
2. DIANE SAUVÉ		ASI		7.
3. JULIE TRÉPANIER		PAB		8.
4. ANNICK COUTURE		TECH. EN LOISIRS		9.
5. YVAN LAMARCHE		T.R.P.		10.
<b>OBJECTIFS INTERDISCIPLINAIRES DU RÉSIDENT</b>				
<b>1 – OBJECTIF DE QUALITÉ DE VIE DU RÉSIDENT (MAXIMUM 1)</b>				
ME DIVERTIR DAVANTAGE.				
_____				
<b>2 – OBJECTIF DE SOINS DU RÉSIDENT (MAXIMUM 1)</b>				
ÊTRE PLUS ÉVEILLÉ, MOINS SOMNOLENT DURANT LA JOURNÉE.				
_____				
<b>FORCES ET DIFFICULTÉS LIÉES AUX OBJECTIFS DE SOINS ET DE QUALITÉ DE VIE DU RÉSIDENT</b>				
FORCES/FACILITATEURS		DIFFICULTÉS/OBSTACLES		
JE SUIS MOBILE. JE PEUX PRENDRE LES TRANSPORTS ADAPTÉS.		MES PROBLÈMES DE SANTÉ ME RESTREIGNENT AU CHSLD.		
JE PEUX CHOISIR CERTAINES ACTIVITÉS QUE J'AIMERAIS FAIRE : COMME		J'AI BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ LORS DE MES SORTIES.		
VOIR DES FILMS, ALLER AU BINGO, VOIR DU MONDE.				
_____				
J'AI DE LA MOTIVATION POUR ÊTRE ÉVEILLÉ.		LA MÉDICATION QUE JE PRENDS M'ENDORT.		
SI JE SUIS INTÉRESSÉ PAR QUELQUE CHOSE, ÇA PEUT ME GARDER ÉVEILLÉ.		JE NE FAIS PAS BEAUCOUP D'EXERCICE ET MON SURPLUS DE POIDS		
_____		N'AI PAS D'AIDE.		

Version du 27 avril 2016

NO	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES (résultats recherchés)	MOYENS (interventions, fréquence, durée)	<sup>1</sup> PORTEUR R, P, I (no.), A	<sup>2</sup> RÉSULTAT A, B, C	<sup>3</sup> OBJECTIF 1, 2, 3
<b>1 – EN LIEN AVEC L'OBJECTIF DE QUALITÉ DE VIE DU RÉSIDENT</b>					
1	Soutenir Monsieur dans une activité cinéma à l'extérieur une fois par mois.	Aider Monsieur à identifier un film qu'il aimerait voir et coordonner la sortie et l'accompagnement avec un service de bénévolat.	4		
		Aller au cinéma une fois par mois.	R		
		Accompagner Monsieur au cinéma une fois par mois. (bénévole)	A		
<b>2 – EN LIEN AVEC L'OBJECTIF DE SOINS DU RÉSIDENT</b>					
1	Réduire la somnolence liée à la médication.	Ajuster la médication. (médecin)	A		
		Documenter l'état d'éveil et colliger les observations au dossier	2		
2	Augmenter les activités physiques pour stimuler l'intérêt et l'état d'éveil de Monsieur.	Offrir à Monsieur différentes activités physiques selon ses intérêts et capacités.	4		
		Participer aux activités physiques.	R		
		Accompagner Monsieur lors de ses activités physiques.	3		
1) Porteur : R = résident P = proches I = no intervenant A : autre 2) Résultat : A = atteint B = 50% atteint (+ ou -) C = non atteint Compléter à la révision uniquement. 3) Objectif : 1 = maintenu 2 = modifié 3 = abandonné Compléter à la révision uniquement.					
NO	COMMENTAIRES (en lien avec l'atteinte des objectifs)		SIGNATURE DE L'INTERVENANT		
<b>CONSENTEMENT</b>					
J'atteste avoir participé à l'élaboration de ce document. Je comprends et je consens à sa mise en application.					
Plan initial _____					
		Signature du résident/proche	Signature du rédacteur	Date	
Copie remise au résident/proche <input type="checkbox"/> Commentaires : _____					
_____					
J'atteste avoir participé à la révision de ce PII. Je comprends et je consens à sa mise en application.					
Plan révisé _____					
		Signature du résident/proche	Signature du rédacteur à la révision	Date	
Copie remise au résident/proche <input type="checkbox"/> Commentaires : _____					
_____					





## Le plan d'intervention interdisciplinaire: pour nous aider à vous aider!

### Qu'est-ce qu'un plan d'intervention interdisciplinaire (P.I.I.) ?

Le **plan d'intervention interdisciplinaire** est un outil de coordination des services qui vous sont offerts.

Avec votre collaboration, celle d'un proche, s'il y a lieu, et celle de membres de l'équipe, le P.I.I. permet **d'échanger sur vos besoins** et de trouver une façon d'y répondre adéquatement.

Avec vous, l'équipe veut s'investir **pour améliorer** vos soins et votre qualité de vie.

Le P.I.I. est aussi une occasion de nous assurer que vous vous appropriez **votre milieu de vie**.

### Comment se déroule la rencontre de votre P.I.I. ?

**Une fois par année**, ou plus fréquemment lorsque nécessaire, la rencontre de votre P.I.I. se veut un moment privilégié pour apprendre à mieux se connaître.

Elle **vous permet d'exprimer** vos préoccupations ainsi que vos attentes.

### Qui planifie cette rencontre ?

**C'est votre infirmière** qui vous contactera pour vous inviter à la rencontre, ainsi qu'un de vos proches si vous le désirez.

### Qui participe à la rencontre de votre P.I.I. ?

- Vous, comme résident.
- Un de vos proches, si vous le désirez.
- Une infirmière.
- Une infirmière auxiliaire.
- Un préposé aux bénéficiaires.
- Deux autres intervenants professionnels du centre d'hébergement.
- Tout autre intervenant si requis.



**ANNEXE D GRILLE DU TRACEUR QUALITÉ DU PII**

Item	Phase du PII	Critère du traceur	Cote	Remarque
1.	Planification	Les informations du résident sont inscrites au plan de rencontre annuel des PII		<b>A développer</b>
2.		L'invitation est faite au résident et/ou proche		
3.		L'outil de préparation à la rencontre PII est complété avant la rencontre et les intervenants visés ont manifesté leur intérêt à y participer		
4.				
5.	Réalisation	Le déroulement de la rencontre est conforme		
6.		Le résident et / proche est (sont) présent (s)		
7.		Les 2 objectifs sont libellés en fonction du résident et non des intervenants		
8.		Les PID sont identifiés		
9.		Le profil Iso-Smaf est mis à jour		
10.				
11.	Suivi	L'outil de saisie est complété et au dossier		
12.		Le PTI est ajusté avec le constat et les directives requises		
13.		Le plan de travail de l'IA est mis à jour		
14.		Le plan de travail du PAB est mis à jour		
15.		Une date de réévaluation est planifiée		
16.				
Cote : 1= fait et pertinent, 2= fait mais non pertinent, 3= non fait, 0= non applicable				

## **ANNEXE E GRILLE DE SATISFACTION DU RÉSIDENT ET/OU PROCHE**

## ANNEXE F CADRE LÉGISLATIF SOMMAIRE

### Charte des droits et libertés du Québec, chapitre C-12

- Art. 1 Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.(1975, c. 6, a. 1; 1982, c. 61, a. 1.)
- Art. 4 Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.(1975, c. 6, a. 4.)
- Art. 5 Toute personne a droit au respect de sa vie privée. (1975, c. 6, a. 5)
- Art. 48 Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation. Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu. (1975, c. 6, a. 48; 1978, c. 7, a. 113.)

### Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)<sup>9</sup> énonce les obligations des établissements en regard du plan d'intervention de l'usager/résident.

#### ARTICLE 102 : PLAN D'INTERVENTION (PI)

*« Un établissement doit élaborer pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les différents intervenants concernés de l'établissement. (1991, c.42, art.102) ».*

#### ARTICLE 103 : PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)

*« Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux, doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. (1991, c.42, art.103) ».*

#### ARTICLE 104 : COLLABORATION DE L'USAGER

*« Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que le prévoit l'article 10. Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles. (1991, c.42, art.104) ».*

<sup>9</sup> MSSS. (2013). Loi sur les services de santé et des services sociaux.

## **ARTICLE 10 : PARTICIPATION, PLAN D'INTERVENTION ET MODIFICATION**

*« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. (1991, c.42, art. 10) ».*

## **Code civil du Québec (C.c.Q.)**

### **ARTICLE 11 : DES SOINS**

*« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. (1991, c. 64, a. 11; 2014, c. 2, a. 65)».*

### **ARTICLE 12 : DES SOINS**

*« Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. (1991, c. 64, a. 12; 2014, c. 2, a. 66).*

### **ARTICLE 15 : DES SOINS**

*Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. (1991, c. 64, a. 15; 2002, c. 6, a. 1; 2014, c. 2, a. 67).*

### **ARTICLE 18 : DES SOINS**

*« Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur ; l'autorisation du*

*tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents. (1991, c.54, a.18 ».*

### **Code d'éthique du CIUSSS de l'Est-de-L'île-de-Montréal (DG, 2016)**

Pour les intervenants, notamment :

[...] s'engageant dans le travail en équipe;

[...] croire que la personne est le principal acteur de son changement, en lui permettant de participer, dans la mesure de ses capacités, à l'élaboration de son plan d'intervention, ainsi qu'à la planification et à l'évaluation des services;

[...] soutenant la personne dans son milieu de vie;

Pour l'usager, notamment :

[...] collaborer à l'élaboration et à l'actualisation de votre plan d'intervention ou de soins établi avec votre équipe soignante;

[...] informer le personnel de vos volontés et de vos choix en regard des services dispensés :

La participation citoyenne :

[...] La participation citoyenne est au cœur de notre vision : les citoyens, les personnes qui reçoivent des soins et services, les patients et ceux qui les représentent participent activement à la définition des enjeux qui les concernent, aux décisions qui influencent leur vie et à l'élaboration de solutions qui les touchent.

### **Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles (2003)**

Plan d'intervention 5.3 :

La mise au point du plan d'intervention est une opération qualitative de convergence entre le résident et son milieu de vie. C'est une occasion exceptionnelle de définir le type d'échanges et de liens que la personne ou ses proches veulent développer ou préserver dans son milieu de vie. C'est une mise en relation de certains besoins d'aide et de vivre de la personne avec certains services ou possibilités présentes ou à développer dans le contexte actuel.

Le plan est individualisé. Il ne doit pas être que le résultat d'une opération technique d'analyse de besoins et d'identification des services requis. Le processus doit répondre aux attentes exprimées par le résident et ses proches à la période d'accueil et s'actualiser tout au long du séjour de la personne. Il traduit une vision dynamique des possibilités d'évolution et d'acquisition que possèdent les personnes hébergées malgré leurs différentes incapacités. Le plan d'intervention contribue à l'adaptation continue et réciproque du résident et de son milieu.

Son élaboration et sa révision, effectuées en interdisciplinarité, permettent de détecter l'apparition de nouveaux problèmes de santé, mais aussi de revoir périodiquement la concordance entre le résident et son milieu. Il en découle une meilleure coordination et une meilleure continuité des interventions entre les différents services de l'établissement et les divers types d'intervenants. Lorsque la personne arrive en fin de vie, dans sa phase terminale, tout doit être mis en place afin de l'accompagner dans la dignité, le respect et le confort, de concert avec les proches, et tout en procédant selon ses convictions, ses croyances, sa culture et ses choix. L'atteinte des objectifs associés au plan d'intervention sera facilitée par : – une équipe multidisciplinaire travaillant en interdisciplinarité ; - l'ouverture à un assouplissement des pratiques de travail.

## **Agrément Canada (normes pour les visites de 2017)**

### **Norme 4 Les services sont offerts dans un milieu favorisant le travail en équipe collaborative.**

- 4.1 Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.
- 4.2 L'équipe travaille en collaboration avec les résidents et les familles.
- 4.4 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins du résident au sein des équipes et entre elles.
- 4.5 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.

## **Visites ministérielles de la qualité du milieu de vie en CHSLD**

Thème 1 : Les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles

Cible 4 : Élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire

[...] L'établissement a aussi la responsabilité de s'assurer que l'équipe soignante dispense des services continus et de qualité aux résidents. Ceci se traduit par des soins infirmiers disponibles en tout temps, une stabilité du personnel (en évitant la rotation du personnel), en évaluant les besoins et en élaborant un plan d'intervention qui se décline notamment par un plan de travail personnalisé pour chaque résident.

[...] Il doit mettre en place, en collaboration avec le résident et ses proches, des processus structurés pour l'élaboration et la révision des plans d'intervention. Plus précisément, l'établissement doit s'assurer qu'un calendrier d'élaboration et de révision des plans d'intervention est prévu, que pour chaque résident, un plan d'intervention est élaboré en interdisciplinarité et dans un délai de 4 à 6 semaines suivant son admission.

## **ANNEXE G REGISTRE ANNUEL DES PII**



## **ANNEXE H PLAN DE DÉPLOIEMENT**

## ANNEXE I CHARTE DE PROJET DU PII

IDENTIFICATION DU PROJET : <b>IMPLANTATION DU PROGRAMME PII DANS TOUS LES CHSLD (PROJET CLINIQUE DE L'HEBERGEMENT)</b>		
NOM : <b>CLAUDE RIENDEAU</b>	DIRECTION / SERVICE : <b>DA-HEBERGEMENT</b>	TELEPHONE : <b>514 250-3125</b>

<p><b>CONTEXTE :</b> Décrivez ici la situation actuelle en termes de points spécifiques à améliorer, principaux irritants de la situation actuelle, données disponibles (statistiques, coûts, ressources utilisées, temps requis, ...)</p> <p>Dans le cadre du projet clinique en hébergement et des travaux des 8 équipes des programmes cliniques, l'équipe responsable de développer et implanter le programme PII présente cette charte de projet pour répondre entièrement aux attentes du MSSS, d'Agrément Canada et des ordres professionnels dans les 15 CHSLD du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. Présentement, 75% des CHSLD n'ont pas de programme PII conforme et plusieurs font l'objet d'une recommandation suite à une visite du MSSS. Le PII représente un atout important pour permettre à l'équipe interdisciplinaire d'intégrer son offre de service directement avec le résident et ses proches dans le but de mieux comprendre son histoire de vie, son expérience-résident, ses besoins et ses attentes à l'intérieur de son milieu de vie-soins. De plus, le PII permet de mettre en commun l'expertise complémentaire des différents intervenants aux services du résident-famille.</p> <p>Le programme PII retenu pour les CHSLD du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal est innovant puisqu'il va au-delà du volet clinique en mettant aussi l'emphase sur «donner un sens à l'épisode de vie» en CHSLD pour le résident. Dans ce contexte, le résident pourra formuler deux objectifs en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire lors du PII ; un objectif «expérience-résident» visant à améliorer sa qualité de vie en CHSLD et un objectif d'amélioration «soins» visant à améliorer ou maintenir son état de santé, son confort et ses soins sécuritaires. Un registre intégré permettra de suivre périodiquement le bilan des indicateurs PII et un comité de vigie assurera la pérennité de la qualité du programme.</p>
---

<p><b>BUT:</b> Décrivez ici la situation désirée, les bénéfices attendus. Cela peut être en termes monétaires ou en qualité des services rendus...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir un programme PII harmonisé avec une procédure assurant l'interdisciplinarité pour l'ensemble des besoins du résident et de ses proches dans tous les CHSLD.</li> <li>• Favoriser l'expression du résident et de ses proches sur ses besoins en permettant au résident de parler de «son expérience-résident», d'être accompagné pour «donner du sens à son épisode de vie-soins» en CHSLD et de participer avec l'équipe interdisciplinaire à améliorer ou maintenir son état de santé, son confort et ses soins sécuritaires.</li> <li>• Consolider la connaissance de l'équipe interdisciplinaire de l'histoire de vie du résident.</li> <li>• Tenir un registre sur la réalisation des PII (nom des résidents, date du PII, présence du résident-famille, noms des employés et professionnels ayant participé).</li> <li>• Réaliser des PII maximum 4 à 6 semaines suivant l'admission.</li> <li>• Rédiger formellement deux objectifs PII pour chaque résident et réaliser les suivis annuellement ou selon les besoins.</li> <li>• Former les membres de l'équipe interdisciplinaire, les résidents et les proches sur le PII.</li> <li>• Déployer un dépliant d'informations pour le résident et ses proches sur le PII.</li> <li>• Créer une équipe de vigie pour assurer la pérennité du programme par la réalisation périodique d'audits et l'amélioration continue par du «coaching» et de la formation.</li> </ul>
---

<p><b>OBJECTIFS VISES :</b> (Mentionnez ici des objectifs réalistes (SMART : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel) en termes de résultats attendus)</p> <p>Rédiger un programme PII répondant aux attentes MSSS, aux POR de l'Agrément Canada, aux normes de pratiques exemplaires d'Agrément Canada et des ordres professionnels avant le 15 mars 2016.</p> <p>Rédiger le programme, un registre pour le contrôle des indicateurs, une procédure de réalisation et un guide pour la rédaction des objectifs et leurs suivis, un plan de déploiement et de formation et un dépliant pour le résident-famille pour le 15 mars 2016.</p> <p>Déployer le programme auprès de toutes les équipes des CHSLD avant le 30 avril 2016.</p> <p>Implanter l'équipe de vigie pour en assurer la pérennité avant le 31 mai 2016.</p>	<p><b>INDICATEURS DE RESULTATS :</b> (indiquez ici de quelle façon vous allez mesurer l'atteinte des objectifs, soyez précis et assurez-vous d'avoir accès à des données)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'analyse de chaque indicateur du programme en regard des attentes du MSSS, d'Agrément Canada et des Ordres professionnels.</li> <li>• Les résultats des visites MSSS et d'Agrément Canada.</li> <li>• Le taux de participation aux formations de l'équipe interdisciplinaire, des résidents et des proches.</li> <li>• Le suivi et les audits en regard du registre (statistiques de réalisation des PII, participants présents, nombre de présences des résidents et des proches aux PII, audits sur la qualité des objectifs et leurs suivis).</li> <li>• Audits sur le respect du programme (objectifs «d'expérience-résident» et de soins).</li> <li>• La satisfaction des résidents-familles et des équipes interdisciplinaires sur le programme.</li> </ul>
--	---

<b>IDENTIFICATION DU PROJET : IMPLANTATION DU PROGRAMME PII DANS TOUS LES CHSLD (PROJET CLINIQUE DE L'HEBERGEMENT)</b>		
<b>NOM : CLAUDE RIENDEAU</b>	<b>DIRECTION / SERVICE : DA-HEBERGEMENT</b>	<b>TELEPHONE : 514 250-3125</b>
<b>LIVRABLES / CONTENU DU PROJET :</b> ce qu'il inclut, ce qu'il n'inclut pas. Mentionnez ici les résultats tangibles attendus par ce projet ; <b>Exemples :</b> rapport, guide d'utilisation, cadre de référence, construction, outil d'évaluation, ... <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place d'une équipe multidisciplinaire responsable du programme clinique PII et par la suite de la vigie pour en assurer la pérennité</li> <li>• La rédaction d'un programme PII avec une procédure pour l'invitation du résident-famille et la remise d'un dépliant, l'animation du PII, la saisie de deux objectifs à chaque PII, la gestion du registre intégré et le suivi (évaluation) des objectifs.</li> <li>• Un plan de formation avec diaporama et fiches guide</li> <li>• Un plan de déploiement pour l'implantation dans tous les CHSLD</li> <li>• Un dépliant pour le résident-famille</li> <li>• Le déploiement d'un registre dans chaque unité de soins pour le contrôle de la réalisation et des suivis des PII</li> <li>• La réalisation d'une rencontre d'équipe d'une heure dans chaque unité et chaque comité interservices sur le sujet</li> <li>• La rencontre des résidents-familles (participation citoyenne) en mai-juin 2016 avec de la formation sur le PII</li> </ul>		

<b>PARTIES PRENANTES:</b> Décrivez qui sera touché par ce projet, qui doit être impliqué et quels sont les experts à consulter dans le cadre de ce projet.		<b>ÉQUIPEMENTS TOUCHES :</b> Indiquez si des équipements sont touchés ou requis par le projet (bureau, informatique, médical)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSAPA</li> <li>• DSM</li> <li>• DA-Hébergement</li> <li>• Coordonnateurs de l'hébergement</li> <li>• Chefs d'unité</li> <li>• Infirmières, ASI</li> <li>• Infirmières-auxiliaires</li> <li>• Préposés aux bénéficiaires</li> <li>• Tous les professionnels de l'hébergement</li> <li>• Résidents</li> <li>• Familles et proche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• France Fournier, infocentre</li> <li>• Jocelyne Trudel, DA-QÉQÉ</li> <li>• Équipe d'expert : Jocelyn Bisson (DSM), Michel Levesque (chargé de projet hébergement, Claude Riendeau, DA-Hébergement, Martin Courchesne (chef d'unité), Nathalie Roy (chef d'unité), Nathalie Georges-Louis (chef d'unité), François Gagnon (intervenant en soins spirituels DSM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un registre informatisé, utilisation de SICHELD, Clinibase</li> </ul>

<b>RISQUES / OPPORTUNITES:</b> Décrivez ce qui pourrait nuire ou compromettre le projet / ce qui pourrait aider le projet, dans le contexte actuel ou futur et en quoi ce serait approprié ou non de le faire maintenant)	
<b>Risques</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le défi du nombre d'équipes et d'employés à rejoindre</li> <li>• Les délais très courts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le modèle PII développé au CSSS de la PDI qui est une pratique exemplaire</li> <li>• Les valeurs de participation citoyenne retenues par la direction et les valeurs de «l'expérience-résident»</li> <li>• Les attentes MSSS très claires pour guider les travaux</li> <li>• L'expertise de la DSM</li> </ul>

<b>IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESSOURCE DU CLIENT :</b> CLAUDE RIENDEAU DA-HEBERGEMENT	<b>TELEPHONE :</b> 514 250 3125
--	------------------------------------

<b>IDENTIFICATION DU PROJET : IMPLANTATION DU PROGRAMME PII DANS TOUS LES CHSLD (PROJET CLINIQUE DE L'HEBERGEMENT)</b>	
<b>NOM : CLAUDE RIENDEAU</b>	<b>DIRECTION / SERVICE : DA-HEBERGEMENT</b>
<b>TELEPHONE : 514 250-3125</b>	
<b>APPROXIMATION DU BUDGET REQUIS POUR LE PROJET ET DES COUT RECURRENTS :</b>	<b>FINANCEMENT DISPONIBLE : (Identifier toutes les sources de financement disponibles et s'il y a lieu, les dates de disponibilité)</b>
LA FORMATION SANS REMPLACEMENT (AUCUN COUT) LE REPRODUCTION PROGRAMMES ET DES DEPLIANTS ESTIME A 4,000.00\$	<b>BUDGET HEBERGEMENT</b>

<b>DATE DE LA DEMANDE :</b>	<b>DATE DE DEBUT DE PROJET SOUHAITEE :</b>
Février 2016	30 avril 2016

<b>APPROBATION DE LA DIRECTION :</b>
--------------------------------------

<b>Veillez faire parvenir votre demande : PAR LOTUS NOTES ou PAR COURRIER INTERNE</b>	
<b>LOTUS NOTES :</b>	<b>COURRIER INTERNE :</b>

<b>STRATEGIE DE REALISATION</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la pratique exemplaire sur les PII de l'ex-CSSS de la PDI</li> <li>• Valider le PII avec l'expertise de la DSM et d'un visiteur de l'Agrément Canada</li> <li>• Valider chaque indicateur avec les attentes MSSS</li> <li>• Utiliser la mobilisation du comité Milieu de vie-soins</li> <li>• Utiliser le leadership du comité de coordination et des cadres pour l'implantation</li> <li>• Faire de la vigie par des audits et de la formation continue annuellement pour assurer la pérennité</li> </ul>

...the first of these is the fact that the ...

...the second of these is the fact that the ...

...the third of these is the fact that the ...

...the fourth of these is the fact that the ...

...the fifth of these is the fact that the ...

...the sixth of these is the fact that the ...

...the seventh of these is the fact that the ...

...the eighth of these is the fact that the ...

...the ninth of these is the fact that the ...

...the tenth of these is the fact that the ...