Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

# Document intégrateur sur les informations entourant le plan d'intervention en services spécialisés

Direction des programmes de développement et de réadaptation en DI-TSA-DP (DPDR)

**Juin 2023 – Mise à jour Mai 2026**

Québec

**Remerciements**

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

**Comité consultatif**

Alice Gagnon Germain, PREC au programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPDR

Caroline Blais, coordonnatrice des programmes spécialisés réadaptation externe en DP et des cliniques médicales spécialisées, DPDR

Caroline Bouffard, coordonnatrice du programme spécialisé TSA 7 ans et plus, DPDR

Catherine St-Jean, APPR au volet qualité de la pratique clinique, DSMREU

Cloé Galipeau Roy, psychoéducatrice, programme spécialisé TSA 7 ans +, DPDR

Guy Forcier, coordonnateur des programmes spécialisés URFI et aides techniques, DPDR

Isabel Bourgon, coordonnatrice du programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, DPDR

Isabelle Lavallée, chef de programme au programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde 7-21 ans et CRETCD, DPDR

Isabelle Perreault, coordonnatrice du programme spécialisé TC-TGC, DPDR

Jacynthe Labrecque-Langlois, PREC au programme de déficience auditive, DPDR

Janie Lambert, coordonnateur des programmes spécialisés d'intégration au travail et de logement à soutien gradué et au soutien administratif multiprogramme DI-TSA, DPDR

Jennifer Desrochers, PREC au programme spécialisé DI 7 ans et plus, DPDR

Joëlle Routhier, PREC au programmes spécialisés réadaptation externe en DP et cliniques médicales, DPDR

Josée Coupal, PREC au programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, DPDR

Julie Coulombe, PREC au conduite automobile, DPDR

Julie Fortin, éducatrice spécialisée, programme spécialisé TSA 7 ans +, DPDR

Kathleen Leavey, PREC au programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, DPDR

Katy Choo Fon, agente administrative classe 1 à la coordination des programmes spécialisés réadaptation externe en DP et des cliniques médicales spécialisées, DPDR

Laura-Hélène Roy, coordonnatrice de l'accès, hébergement, qualité et soutien aux milieux de vie, DPDR

Laurence Pérusse-Tardif, coordonnatrice des programmes spécialisés TC-TGC et Nexus, DPDR

Léa Rondeau-Brouillette, chef de programme au programme spécialisé logement à soutien gradué et partenariat intégration au travail, DPDR

Marie-Claude Sylvain, PREC au programme spécialisé Nexus,

DPDR Marie-Ève Garon, adjointe au directeur, DPDR

Marie-Pierre Buisson, coordonnatrice des services spécifiques DI-TSA-DP et programme spécialisé DI 7 ans et plus, DPDR

Mélanie Auclair, PREC au programme spécialisé TC-TGC, DPDR

Nathalie Falardeau, PREC au programme de déficience auditive, DPDR

Stéfanie Blouin, PREC au programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPDR

Stéphane Lebeau, PREC au programmes spécialisés intégration au travail et logement à soutien gradué, DPDR

Valérie Guillette, coordonnatrice du programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPDR

**Comité de révision**

Caroline Blais, coordonnatrice des programmes spécialisés réadaptation externe en DP et des cliniques médicales spécialisées, DPDR

Caroline Bouffard, coordonnatrice du programme spécialisé TSA 7 ans et plus, DPDR

Catherine St-Jean, agente de planification, de programmation et de recherche, volet qualité de la pratique clinique, DSMREU

Guy Forcier, coordonnateur des programmes spécialisés URFI et aides techniques, DPDR

Isabel Bourgon, coordonnatrice du programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, DPDR

Isabelle Perreault, coordonnatrice du programme spécialisé TC-TGC, DPDR

Janie Lambert, coordonnateur des programmes spécialisés d'intégration au travail et de logement à soutien gradué et au soutien administratif multiprogramme DI-TSA, DPDR

Laura-Hélène Roy, coordonnatrice de l'accès, hébergement, qualité et soutien aux milieux de vie, DPDR

Laurence Pérusse-Tardif, coordonnatrice des programmes spécialisés TC-TGC et Nexus, DPDR

Marie-Ève Garon, adjointe au directeur, DPDR

Marie-Pierre Buisson, coordonnatrice des services spécifiques DI-TSA-DP et programme spécialisé DI 7 ans et plus, DPDR

Valérie Guillette, coordonnatrice du programme spécialisé déficience intellectuelle sévère et profonde, DPDR

**Mise à jour juin 2025**

Annie Tremblay, APPR à la DPDR

Caroline Blais, coordonnatrice des programmes spécialisés réadaptation externe en DP et des cliniques médicales spécialisées et DIS-DIP 7-21 ans, DPDR

Marie-Ève Garon, adjointe au directeur, DPDR

Olivier Sainte-Marie, APPR, DSMREU

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, mai 2026
Reproduction autorisée avec mention de la source.

# Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES ..... 5

LISTE DES FIGURES ..... 6

LISTE DES TABLEAUX ..... 6

LEXIQUE ..... 7

AVANT-PROPOS ..... 9

INTRODUCTION ..... 10

1. LE PROCESSUS CLINIQUE DES SERVICES SPECIALISES DE LA DPDR ..... 10

2. DOCUMENTS SOUTENANT LA MISE EN APPLICATION DU REGLEMENT SUR LE PLAN D'INTERVENTION ..... 10

3. FORMULAIRE PLAN D'INTERVENTION DISCIPLINAIRE OU INTERDISCIPLINAIRE (PII-PID) DE LA DPDR 13
   a. Guide d'accompagnement ..... 13
   b. Précisions par sections ..... 14

4. MODALITES INTERPROGRAMMES ..... 19
   a. Principes de la modalité de collaboration interprogrammes à la DPDR et Guide interprogrammes ..... 19
   b. Le plan d'intervention pour un usager ayant terminé dans un programme alors qu'il est en attente dans un autre programme ..... 19

5. AUTRES ELEMENTS ..... 24
   a. SIPAD ..... 24
   b. Mesures de contrôle ..... 24
   c. PI requis versus non requis ..... 24

6. CONCLUSION ..... 28

# Liste des abréviations et des acronymes

| | |
|---|---|
| CASA | Comptoir des aides de suppléance à l'audition |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CISSSMO | Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest |
| CMR | Centre montérégien de réadaptation |
| CRDIME | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de la Montérégie-Est |
| DI | Déficience intellectuelle |
| DIS-DIP | Déficience intellectuelle sévère-Déficience intellectuelle profonde |
| DL | Déficience langagière |
| DM | Déficience motrice |
| DP | Déficience physique |
| DPDR | Direction des programmes de développement et de réadaptation en DI-TSA-DP |
| DSMREU | Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement clinique |
| ÉNA | Environnement numérique d'apprentissage |
| LSSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux |
| MDA | Maintien des acquis |
| ME | Montérégie-Est |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OCCI | Outil de cheminement clinique informatisé |
| PATCom | Programme d'accès aux technologies et aux communications |
| PI | Plan d'intervention |
| PID | Plan d'intervention disciplinaire |
| PII | Plan d'intervention interdisciplinaire |
| PIMC | Plan d'intervention pour mesure de contrôle |
| PIT | Programme intégration au travail de la DPDR |
| PPS | Pronostic de participation sociale |
| PREC | PREC |
| PSI | Plan de services individualisé |
| PT | Plan de traitement |
| PTI | Plan thérapeutique infirmier |
| RSIPA | Outil du réseau de soins intégrés aux personnes âgées |
| SAT | Service des aides techniques |
| SIPAD | Système d'information clientèle pour les personnes avec déficience |
| SMART | Acronyme qualifiant souvent la formulation des objectifs signifiants : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini |
| SPLT | Suivi ponctuel long terme |
| SRSOR | Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort |
| TCCMG | Traumatisme cranio-cérébral modéré-grave |
| TC-TGC | Trouble du comportement-Trouble grave du comportement |
| TSA | Trouble du spectre de l'autisme |
| UA3 | Unité administrative indiquant le programme dans SIPAD |

# Liste des figures

Figure 1 : Processus réflexif permettant d'identifier la modalité de PI la plus appropriée pour répondre aux besoins de l'usager.

Figure 2 : PI pour usager ayant des services terminés dans un programme et en attente d'un autre programme.

Figure 3 : Arbre de décision pour déterminer si un PI est requis ou non requis et la fréquence à laquelle il doit être minimalement révisé.

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Actions à mettre en place lorsqu'un usager a terminé dans un programme et est en attente dans un autre programme

Tableau 2 : Exemples de situations d'usagers ayant terminé dans un programme et en attente dans un autre programme.

Tableau 3 : Conditions à la DPDR pour considérer les interventions comme étant de nature ponctuelle.

# Lexique

| | |
|---|---|
| **Habitude de vie** | « Activité courante ou rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. Les habitudes de vie s'apprécient sur une échelle allant de la « situation de participation sociale optimale » à la « situation de handicap complète » » (RIPPH, 2019). |
| **Intervenant pivot**<br>(au sens du MSSS et non pas de SIPAD) | « Intervenant membre de l'équipe multidisciplinaire, responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Qu'il combine ou non cette fonction à des tâches cliniques propres à son domaine de formation, c'est lui qui soutient et accompagne la personne, sa famille et ses proches dans le processus d'obtention des services » (MSSS, 2017d). |
| **Intervenants** | « Toute personne qui exerce des fonctions cliniques dans l'établissement, ce qui inclut les employés, les professionnels, les médecins, les dentistes, les étudiants stagiaires ainsi que les personnes à contrat ayant les compétences appropriées pour appliquer les pratiques et les conduites de leur champ d'expertise » (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2018). |
| **IP-01** | Formulaire Interprogramme-01 est un formulaire permettant d'harmoniser les demandes de modification au SIPAD. |
| **Octopus** | Système informatique de traitement des requêtes. |
| **Participation sociale** | « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (RIPPH, 2019). |
| **Plan d'intervention** | Englobe les termes : plan de services individualisé, plan d'intervention interdisciplinaire, plan d'intervention disciplinaire, plan de traitement infirmier et note médicale. |
| **Proches** | Personnes significatives pour l'usager et qu'il souhaite voir participer au processus d'intervention. Il peut s'agir de membres de sa famille, tuteurs, d'amis ou tout autre individu ayant un lien notable avec la personne. |
| **Professionnel** | Intervenant membre d'un ordre professionnel. |
| **Programmes ou services spécialisés** | « Visent à répondre à des besoins résultant de problématiques complexes, mais répandues, exigeant une expertise spécialisée, offerts la majorité du temps en interdisciplinarité par des intervenants variés, s'inscrivent en réponse à un besoin d'adaptation ou de réadaptation pour lequel des progrès significatifs sont attendus, services circonscrits dans le temps et prennent fin à la reprise des habitudes de vie ou dès l'atteinte des objectifs de participation sociale » (MSSS, 2017d). |
| **Progrès significatif** | « Un progrès est dit significatif lorsqu'il apporte un changement mesurable du fonctionnement de la personne ou de son environnement, et que les résultats obtenus se font dans un laps de temps relativement court » (MSSS, 2017d). |
| **Projet personnel de réadaptation** | « Projet auquel l'usager et sa famille accordent une grande importance et qu'ils souhaitent actualiser (par exemple, développer un réseau social ou participer à des activités dans la communauté) comme défini dans le guide Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021). |
| **Pronostic de participation sociale** | « Prévision du niveau probable de réalisation des habitudes de vie, en fonction des facteurs personnels et environnementaux de l'usager, dans le présent épisode de service » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021). |

| | |
|---|---|
| **Services spécifiques** | « S'adressent à des clientèles vulnérables et particulières. Ils visent à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, pour la plupart, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue, des services qui leur sont propres. Ces derniers se doivent d'être consolidés et diversifiés pour répondre aux besoins et à la réalité des personnes ayant une déficience et correspondre à leur projet de vie » (MSSS, 2017d, p. 8).<br><br>« Ils sont offerts par une équipe interdisciplinaire composée d'intervenants issus de divers domaines. Ces intervenants possèdent « des connaissances cliniques générales de la déficience » » (MSSS, 2017d, p. 9). |
| **Situation de handicap** | « Réduction de la réalisation ou à l'incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (RIPPH, 2019). |

# Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550[1] médecins répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

[1] Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

# Introduction

Ce document se veut un outil regroupant les informations nécessaires à l'actualisation d'un plan d'intervention à la Direction des programmes de développement et de réadaptation (DPDR). Il vise donc à orienter les intervenants et le personnel administratif vers les documents de soutien déjà disponibles. Son utilisation est encouragée pour appuyer l'implantation des bonnes pratiques quant au plan d'intervention, notamment lors de l'accueil de nouveaux employés ou de stagiaires. Cependant, il n'a pas la prétention de répondre à l'ensemble des questions.

En effet, le plan d'intervention étant l'élément fondamental du processus clinique, plusieurs questionnements perdurent quant aux différents aspects du processus clinique permettant la mise en place du plan d'intervention. Ainsi, le plan de déploiement du processus clinique à la DPDR et le plan d'action sur l'encadrement clinique au Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest devraient apporter des éléments de réponses supplémentaires et supporter sa mise en œuvre.

# 1. Le processus clinique des services spécialisés de la DPDR

Le processus clinique est le processus qui décrit le cheminement d'un usager bénéficiant d'un plan d'intervention lors de son épisode de services à la DPDR. Il est détaillé dans le *Guide Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (GUI-10226), lequel regroupe les principes directeurs et le cadre conceptuel balisant les services offerts à la DPDR. Une capsule de formation sur l'ÉNA (ENA #9843) permet de présenter le processus clinique de la DPDR. Bien que le processus clinique s'applique aux services spécialisés de la DPDR, son cadre conceptuel et les étapes du processus demeurent les mêmes pour les services spécifiques.

# 2. Documents soutenant la mise en application du Règlement sur le plan d'intervention

Le *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers* encadre les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention (PI) au CISSS de la Montérégie-Ouest (REG-10173). Il y décrit les principes directeurs, les assises légales ainsi que les rôles et responsabilités des participants.

Le *Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers* (GUI-10224) vise à accompagner les intervenants dans leur processus réflexif permettant de déterminer la modalité de PI la plus appropriée pour répondre aux besoins de l'usager. Ce guide évoque aussi les distinctions entre les différents types de plans et les éléments de révision des PI, en conformité avec le règlement.

## Quelques précisions

### PSI et PII

Le plan de service individualisé (PSI) s'applique lorsque les services doivent se coordonner entre plus d'un établissement (ex. : entre le CISSS de la Montérégie-Ouest et le CISSS de la Montérégie-Est ou entre le CISSS de la Montérégie-Ouest et le Centre de service scolaire) alors que le plan d'intervention individualisé (PII) concerne l'élaboration d'objectifs communs avec partage de responsabilités entre plusieurs disciplines ou plusieurs intervenants de même discipline ou plan d'intervention disciplinaire (PID), à l'intérieur de la même organisation, soit le CISSS de la Montérégie-Ouest. Lorsque cela s'applique, le PSI est révisé annuellement. Comme illustré sur la Figure 1, pour chaque discipline impliquée, un PID doit en découler.

Un formulaire de PSI a été déployé au CISSS de la Montérégie-Ouest en avril 2026 (CLI-60820) de façon provisoire, jusqu'à la fin des travaux sur le PSI jeunesse. Il peut cependant être utilisé tant pour la clientèle adulte que pour la clientèle jeunesse.

Si la coordination du PSI relève d'une autre organisation, le PSI doit être consigné dans le formulaire PSI de leur organisation. Cependant, si cette dernière n'a pas de formulaire de PSI à sa disposition, vous pouvez consigner le PSI sur le formulaire du CISSS de la Montérégie-Ouest (CLI-60820), en précisant de qui relève la coordination du PSI.

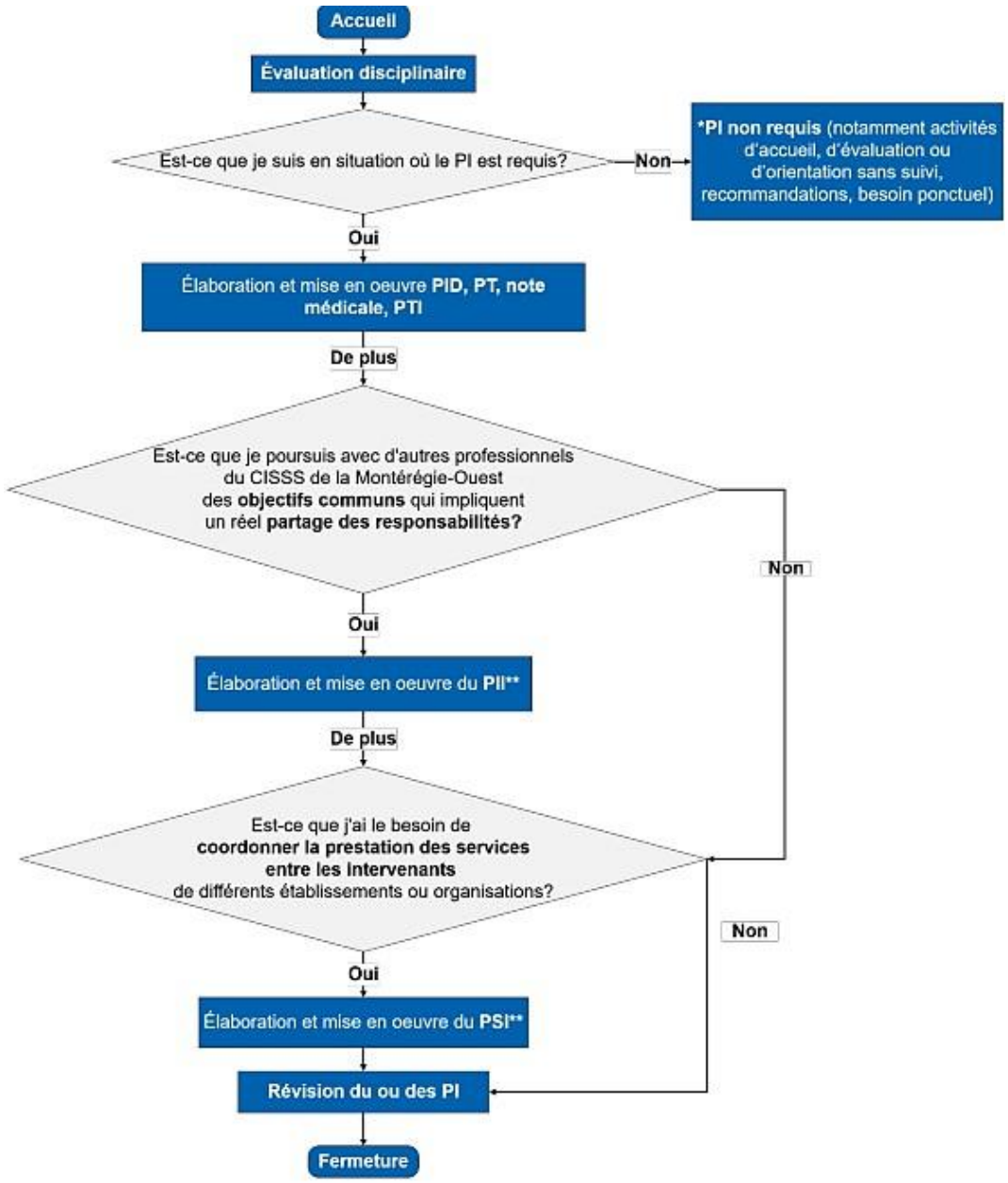
### PID

Il devrait y avoir autant de PID qu'il y a d'intervenants ayant déterminé [2] des objectifs avec l'usager à partir de leur évaluation disciplinaire, à moins que la situation ne réponde aux critères de PI non requis (voir section 5c.). Ces PID sont coordonnés par un PII en présence d'objectifs communs et partagés sinon par le biais de rencontres de concertation.

Le PID peut être consigné sur le formulaire PII-PID (CLI-60431), sur le formulaire PID (CLI-60529) ou dans un rapport professionnel. Il appartient à chaque secteur de déterminer quelle sera la meilleure pratique en fonction de leur contexte et des exigences de tenue de dossier des ordres professionnels. Si le PID est rédigé dans le rapport d'un professionnel, il faut alors officialiser le processus à l'intérieur de l'équipe pour s'assurer que les informations soient saisies au SIPAD dans l'onglet Plan d'intervention. De plus, le rapport rédigé par le professionnel doit être conforme aux exigences de son ordre professionnel ; il n'est donc pas requis de reproduire dans le rapport disciplinaire, l'ensemble des sections du formulaire PII-PID (CLI-60431) ou du formulaire de PID (CLI-60529). À titre de rappel, il n'est pas permis de verser au SIPAD un formulaire qui n'a pas été entériné par le comité des outils cliniques et donc qui ne possède pas de numéro suivant la mention du « CLI » en bas de page.

[2] Exception : les disciplines qui appliquent le PID d'un ou de plusieurs professionnels- (ex. : le TTS qui travaille en dyade avec le TS, le technicien en physiothérapie qui travaille avec le physiothérapeute, l'éducateur qui travaille avec le psychoéducateur ou d'autres intervenants).

**Figure 1 - Processus réflexif permettant d'identifier la modalité de PI la plus appropriée pour répondre aux besoins de l'usager (p. 10 du *Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers)***




*Le professionnel a la responsabilité de se référer à son ordre professionnel, si applicable, afin de connaître les précisions quant à la notion de PI non requis dans sa discipline.
**Pour la clientèle jeunesse, lorsque l'Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) est impliquée, des types de PII et PSI propres à cette équipe peuvent être utilisés au CISSS de la Montérégie-Ouest. Ces types de PI incluent le PII ou PSI régulier, le PII ou PSI Jeunesse et le PII ou PSI ÉIJ. Voir cadre de référence ÉIJ pour plus d'informations.

# 3. Formulaire Plan d’intervention disciplinaire ou interdisciplinaire (PII-PID) de la DPDR

## a. Guide d’accompagnement

Le *Guide d’accompagnement au formulaire Plan d’intervention disciplinaire (PID) / Plan d’intervention interdisciplinaire (PII) DI-TSA-DP de la Direction des programmes Déficiences* (GUI-10242) détaille, section par section, comment compléter le formulaire. Précisons que bien qu’il soit de bonne pratique d’opter pour la concision, il n’y a aucune limite de contenu dans les boîtes de texte (ex. : Section *Projet personnel de réadaptation*).

## b. Précisions par sections ….

Cette section vise à informer davantage quant au contenu des sections du formulaire PII-PID de la DPDR (CLI-60431) qui nécessitent davantage d'explications.

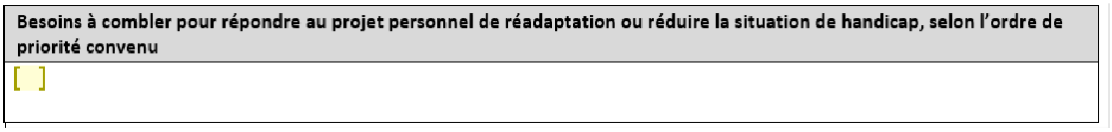
**Entête**




**Section : Projet personnel de réadaptation**

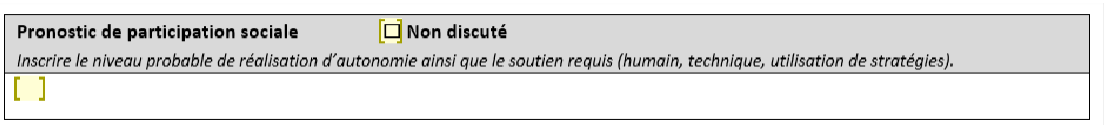
Nous vous référons au Guide 10-226 du Processus clinique des services spécialisés DPDR, section Assises, page 11-12. Le projet personnel se distingue des objectifs par son horizon de temps (projet ultime de réadaptation) qui tient à la fois compte du pronostic de participation sociale, des progrès significatifs, des principes d'auto-détermination, des situations de handicap et des incapacités et des forces de l'usager.

**Section : Besoins à combler**




Dans la section « Besoins à combler pour répondre au projet personnel de réadaptation ou réduire la situation de handicap, selon l'ordre de priorité convenu », on y inscrit les grandes familles de besoins qui doivent être répondus pour l'atteinte du projet personnel de réadaptation **et qui relèvent de notre mandat**. Certains secteurs, par exemple, planifient les étapes pour répondre au projet personnel de réadaptation comme étant les suivantes : les étapes d'adaptation, de réadaptation, de consolidation et de généralisation. D'autres secteurs se référeront aux habitudes de vie à acquérir ou au Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH).

**Section : Pronostic de participation sociale (PPS)- suivre les consignes selon PID ou PII**




Le **pronostic de participation sociale (PPS)** réfère à la prévision du niveau probable de réalisation des habitudes de vie perturbées en fonction des facteurs personnels et environnementaux de l'usager, dans le présent épisode de service.

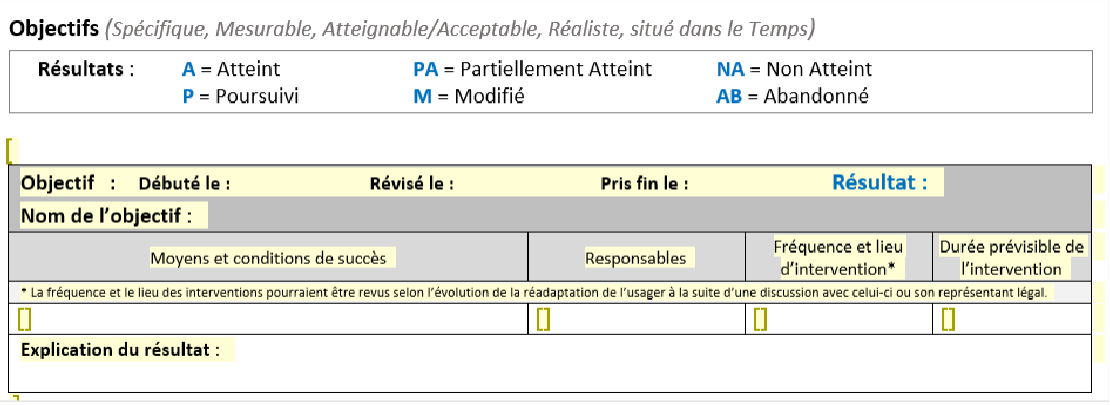
Puisqu'un pronostic de participation sociale (PPS) doit être établi par une équipe multidisciplinaire, cette case est complétée seulement dans le cadre d'un PII. Si les intervenants n'ont pas suivi la formation sur l'approche pronostique, s'ils interviennent en unidisciplinarité ou encore si les services ont débuté depuis peu, il est demandé de cocher la case et ajouter "non applicable" dans la boîte *Pronostic de participation sociale*. Pour les services débutés récemment, cocher également la case « Non discuté ».

Malheureusement, Word ne nous permet pas de masquer cette case.

| Qui est impliqué ? | Situation | Quoi faire |
|---|---|---|
| **Un seul intervenant impliquer au dossier** | Selon le processus clinique à la DPDR le PPS doit être établi par une mise en commun des observations sur l'évolution de l'usager, des résultats des évaluations et du raisonnement clinique des divers intervenants impliqués. | Inscrire *Non applicable* dans la section à remplir |
| • Équipe multi ;<br>• Équipe inter ;<br>• Travail de Dyade ;<br>• Plusieurs intervenants de même discipline | Aucun intervenant impliqué a suivi la formation sur le modèle MDH-PPH | Cocher la case ☒ **Non discuté** et inscrire *Non applicable* dans la section à remplir |
| | Intervenants formés, mais les services ont débuté depuis peu donc l'équipe manque d'information pour établir le PPS. | Cocher la case ☒ **Non discuté** et inscrire *Début des services* dans la section à remplir |
| | Intervenants formés, mais n'a pas été discuté pour autre motif que début des services | Cocher la case ☒ **Non discuté** et inscrire *le motif* dans la section à remplir |

Pour plus de détails, nous vous référons au Guide 10-226 du Processus clinique des services spécialisés DPDR, section Annexe B Informations complémentaires sur le pronostic de participation sociale (PPS).

## Section : Objectifs



**Objectifs** *(Spécifique, Mesurable, Atteignable/Acceptable, Réaliste, situé dans le Temps)*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Résultats :** | **A** = Atteint | **PA** = Partiellement Atteint | **NA** = Non Atteint |
| | **P** = Poursuivi | **M** = Modifié | **AB** = Abandonné |

| **Objectif :** | **Débuté le :** | **Révisé le :** | **Pris fin le :** | **Résultat :** |
|---|---|---|---|---|
| **Nom de l'objectif :** | | | | |

| Moyens et conditions de succès | Responsables | Fréquence et lieu d'intervention* | Durée prévisible de l'intervention |
|---|---|---|---|
| * La fréquence et le lieu des interventions pourraient être revus selon l'évolution de la réadaptation de l'usager à la suite d'une discussion avec celui-ci ou son représentant légal. | | | |
| | | | |

**Explication du résultat :**

La formulation d'objectifs en habitudes de vie, avec des mots accessibles pour l'usager (outil disponible : Clarté santé) et sous un format SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini) est l'approche à privilégier. Pour plus d'information, se référer à l'annexe C du Guide 10-226 - Processus clinique des services spécialisés DPDR. Les objectifs indiquent les besoins qui seront travaillés durant la **période couverte par ce plan**. Ainsi, un objectif général abordé sur une année peut être subdivisé en objectifs spécifiques. Les objectifs généraux et spécifiques, comme c'est exigé pour le PID d'un ergothérapeute, par exemple, peuvent être indiqués sur une même ligne dans la boîte des objectifs. Il est possible de les distinguer en les séparant d'une barre oblique « / ». Nous rappelons toutefois qu'il appartient à chaque intervenant de s'assurer du respect des règles de tenue de dossier propres à sa discipline.

De plus, l'appellation « usager » dans la formulation d'objectifs fait référence uniquement à l'usager. Par conséquent, l'objectif doit être formulé pour l'usager, bien que l'intervention peut être réalisée auprès des proches (ex. : « XXX arrivera à nommer ses émotions sans manifestation d'agressivité » et le moyen identifié pourrait être un groupe de parents, un enseignement de stratégies, le soutien des proches à l'utilisation d'un moyen de communication compensatoire, etc.).

Dans un PID, les objectifs, les moyens, les fréquences propres à la discipline devraient être plus précis, souvent plus « disciplinaires » tout en restant SMART et en habitudes de vie. Pour plus d'informations sur la formulation d'objectifs, se référer à l'Annexe C du Processus clinique de la DPDR. En PII, les objectifs devront impliquer le partage de responsabilités entre les intervenants. Les moyens préciseront les interventions impliquant plusieurs disciplines ou seront plus généraux indiquant les disciplines impliquées, selon les situations.

Lors de la révision du plan d'intervention, l'atteinte des objectifs du plan précédent est évaluée et les résultats indiqués en conformité avec les codes indiqués dans la légende de la section Objectifs (en référence aux progrès significatifs). Au plan suivant, les objectifs du plan précédent ayant déjà été atteints ou abandonnés peuvent être supprimés. Pour ce faire, vous n'avez qu'à sélectionner la boîte à supprimer puis la supprimer. Pour ajouter de nouvelles boîtes d'objectifs, il suffit également de sélectionner une boîte d'objectifs, de la copier puis de la coller.

À savoir : l'intervention en groupe constitue une modalité. Elle peut donc apparaître dans le PII ou dans le PID en tant que moyen pour l'atteinte d'un objectif.

**Section : Services à prévoir pour la personne et ses proches/Besoins non comblés/Ententes particulières**

| Services à prévoir pour la personne et ses proches / Besoins non comblé / Ententes particulières | | | |
|---|---|---|---|
| Besoin non répondu ou reporté ou entente particulière | Service / programme / discipline / autre établissement | Responsable | Date d'inscription / Commentaires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La section des « besoins non comblés » concerne les besoins convenus qui seront adressés probablement après la période couverte par ce plan ou ceux convenus au plan précédent et qui seront travaillés par des partenaires internes ou externes. En effet, c'est à cet endroit qu'on indique les besoins qui ne relèvent pas du mandat de l'équipe clinique concernée et donc, qui seront assurés au-delà de la période couverte par ce plan ou par des partenaires (exemple: un usager desservi par le programme de déficience motrice qui est en attente d'une autorisation de son organisme payeur pour l'obtention d'une adaptation de son domicile). Cette section permet, lors de la révision suivante, de vérifier si les besoins non répondus sont encore d'actualité et si les démarches à effectuer ont été réalisées. Il est privilégié d'indiquer ces éléments dans le PII plutôt que dans le PID, lorsqu'applicable.

**Section : Note de fermeture du Plan d'intervention**

| Note de fermeture du plan d'intervention | S.O. |
|---|---|
| | |

Cette section se distingue de la note de fin d'intervention, du bilan ou du rapport de fin d'intervention en permettant d'indiquer les éléments ayant conduit à la fermeture du plan d'intervention. Elle sert aux partenaires qui assurent la suite des services auprès de l'usager, s'il y a lieu ou encore, lors de l'analyse d'une nouvelle demande de service pour l'usager.

Il importe de respecter la tenue de dossier requise dans le cadre du processus de fermeture établi dans le programme, le processus clinique de la DPDR et au CISSSMO (se référer au Cadre de référence sur la gestion, la tenue et l'accès au dossier des usagers, p.19), tout en évitant le dédoublement de l'information.

Si les services se poursuivent pour l'usager au CISSS de la Montérégie-Ouest en services spécifiques ou dans une autre direction que la DPDR, le PI se poursuit cliniquement et doit être révisé et transféré à l'équipe qui prend le relais. Cependant, le PI doit faire l'objet d'une fermeture au dossier SIPAD de l'usager. Il en est de même lorsque les services de l'usager répondent aux critères de PI non requis décrits à la Figure 3.

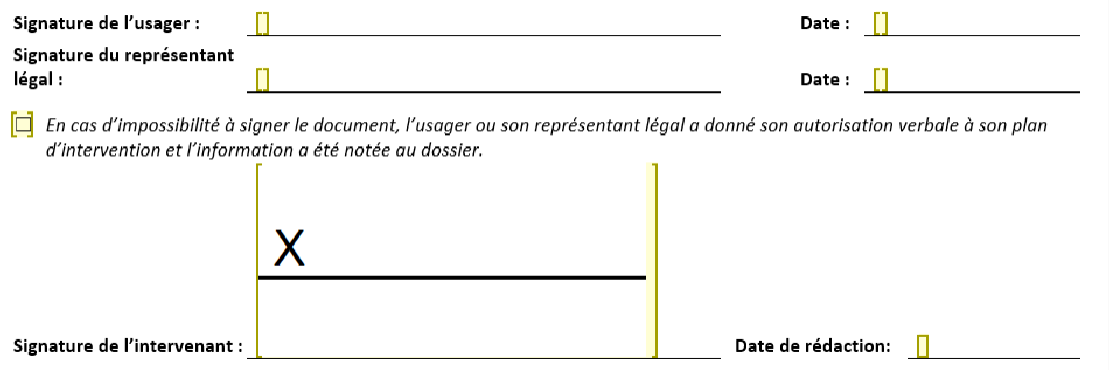
Lors de la fermeture des services au CISSS de la Montérégie-Ouest, un plan d'intervention de fermeture, qui consiste en une révision du plan précédent, est requis notamment afin d'évaluer l'atteinte des objectifs et de cibler les besoins pour des services subséquents par des partenaires, s'il y a lieu. Ce plan peut se réaliser selon différentes modalités, en fonction de la situation (ex. : discussion lors de la dernière rencontre, par téléphone, etc.).

Si une discipline termine alors que l'usager est en attente d'une autre discipline ou d'un autre programme et qu'il n'y a pas d'autre intervenant actif au dossier, l'intervenant qui termine indique « Fermeture » sur son formulaire de PID, **mais le plan n'est pas nécessairement fermé dans SIPAD, se référer à la Figure 1.** Il y a une distinction entre fermer ses

assignations dans SIPAD et clore le plan d'intervention de l'usager. Par ailleurs, si le besoin concernant le suivi subséquent est connu, il devrait y avoir mention de ce besoin non comblé dans la section « Services à prévoir pour la personne et ses proches /Besoins non comblés » du formulaire ou du PID contenu au rapport professionnel. Par ailleurs, toute fin d'intervention dans un programme doit être précédée d'une révision des besoins, afin de s'assurer que l'information concernant les besoins non répondus soit le plus à jour possible, pour les équipes qui débuteront par la suite (ex. : un usager qui a terminé son offre de service au programme 0-6 ans, mais qui transfère vers un programme 7 ans et plus).

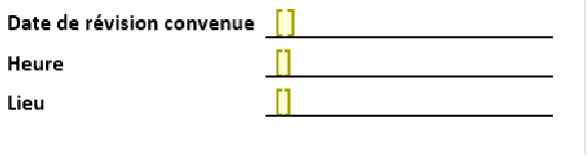
Rappel : lorsque l'épisode de service est terminé pour l'usager aux services spécialisés de la DPDR, le formulaire IP-01 doit être rempli et acheminé à l'agente administrative du secteur d'activité. Pour plus d'information concernant la démarche, se référer au Guide pour compléter le formulaire IP-01.

### Section Signatures




La signature d'un plan d'intervention est facultative mais encouragée, par l'usager ou son représentant légal, ce qui inclut la/les personne(s) habilitée(s) à consentir aux soins, si requis. Sans signature sur le formulaire, le consentement doit être documenté au dossier de l'usager (formulaire du PI, rapport professionnel ou note d'évolution).

### Section Révision du plan d'intervention et Durée d'un plan d'intervention




### Durée de plan d'intervention

Pour la majorité des services de la DPDR, un plan d'intervention a un cycle d'une durée maximale de 12 mois, avec minimalement 4 révisions (se référer à la Figure 3 et 4 pour plus d'informations). Le plan doit donc être fermé après 1 an, à moins que la fin de l'épisode de services soit prévue à l'intérieur des 3 prochains mois suivant la fin de ce plan. Dans cette situation, l'extension pour maximum 3 mois supplémentaires est tolérée. Si l'épisode de service doit se poursuivre pour plus de 3 mois, un nouveau plan est alors ouvert. Pour plus d'informations concernant la procédure à suivre dans SIPAD, prière de se référer au guide d'entrée de données SIPAD. Toutefois, si l'intervention est plus intensive ou les progrès plus rapides, la révision du plan d'intervention serait à prévoir plus rapidement.

En présence d'un PII, c'est ce dernier qui fait l'objet d'une révision tous les 3 mois. La révision des PID peut alors se faire selon les besoins cliniques ou selon les pratiques professionnelles

propres à chaque discipline. Cependant, s'il ne reste qu'une discipline active, le PID qui en découle devra faire l'objet d'une révision à des intervalles maximaux de 3 mois.
Toutefois, bien que la durée maximale entre les révisions d'un plan d'intervention soit de 3 mois, la DPDR tolère que le PI d'un usager en attente d'un service subséquent (statut indéterminé) ne soit pas révisé durant la période où aucun intervenant n'est en mesure de donner de services. Pour plus d'informations à ce sujet, se référer à la section 5b.

# 4. Modalités interprogrammes

## a. Principes de la modalité de collaboration interprogrammes à la DPDR et Guide interprogrammes

Pour l'information plus globale sur les modalités de collaboration interprogrammes, consulter la section *Modalités interprogrammes* sur la page intranet de la DPDR.

Pour soutenir la collaboration interprogrammes, la DPDR s'est dotée d'un outil détaillant les coordonnées des PRECs et des gestionnaires, par programme et par territoires de desserte. Ce document est mis à la disposition des gestionnaires et des PRECs.

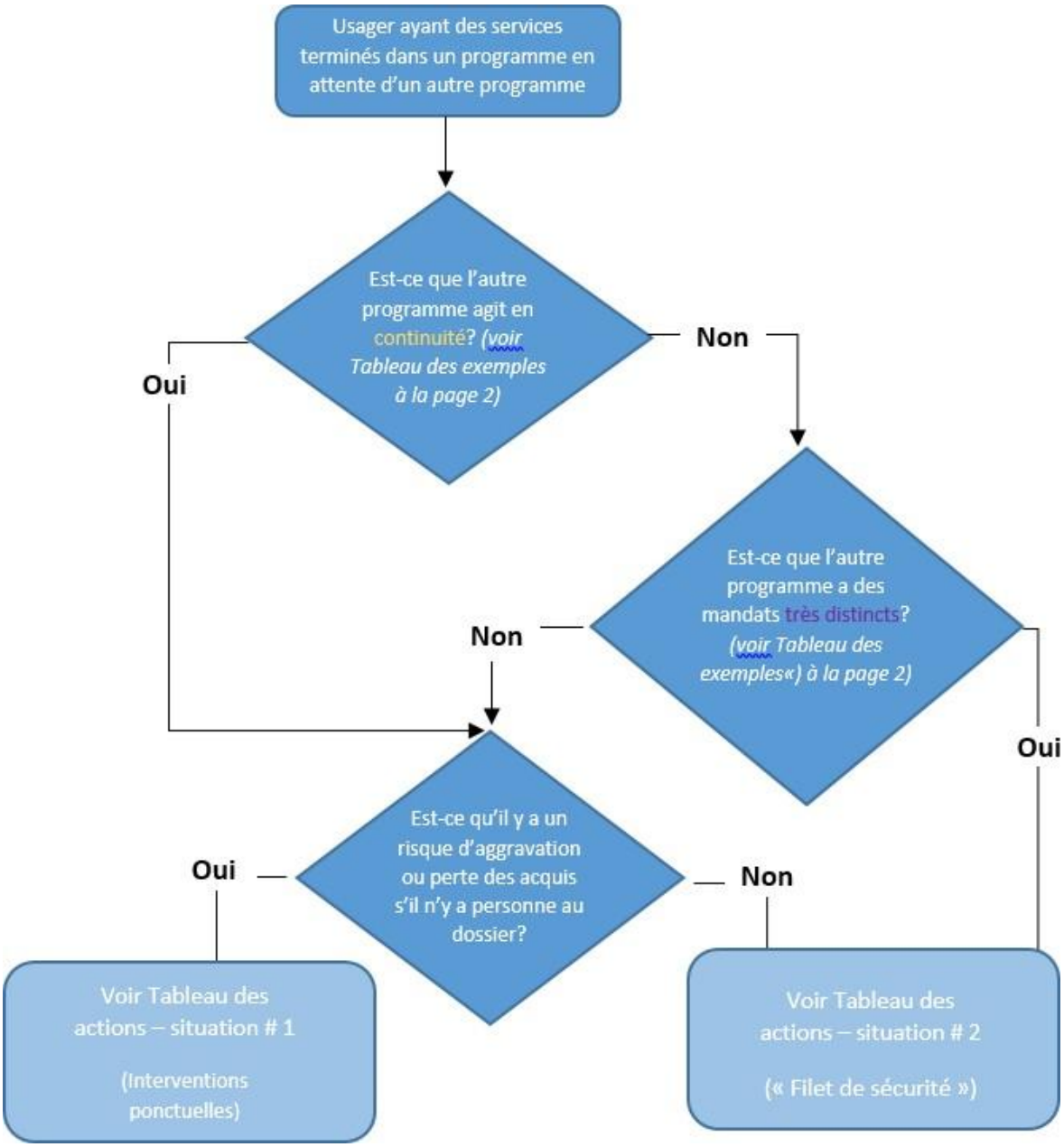
## b. Le plan d'intervention pour un usager ayant terminé dans un programme alors qu'il est en attente dans un autre programme

Si l'usager est suivi par plus d'un programme à la DPDR, il importe de mettre en place un PII, si l'on prévoit avoir des objectifs communs impliquant un réel partage de responsabilités entre des professionnels de plus d'un programme. Dans les autres cas, les équipes doivent mettre en place les bonnes pratiques de concertation afin d'assurer une vision commune de l'usager, de répondre à ses besoins, selon les offres de services et les mandats de chaque programme. Lorsque le PII est rédigé, afin de faciliter les révisions ultérieures, une version Word du PI comportant la mention COPIE est déposée par l'intervenant pivot dans le dossier de travail identifié au nom de l'usager sur le N, pour le secteur DI-TSA et envoyée à la PREC pour le secteur DP.

Lorsque les services se terminent dans un programme, mais sont poursuivis par un autre programme, voici les pratiques à mettre en place :

- ✓ Si l'usager poursuit avec un autre programme à l'intérieur de la période couverte par le plan d'intervention en révision, il serait de bonne pratique que le programme initial informe l'usager du mandat et de l'offre de service du programme subséquent, incluant les moyens et fréquences d'intervention habituellement offerts ou d'indiquer dans le plan « à convenir avec l'usager et l'équipe »;
- ✓ Si l'usager est en attente d'un autre programme pour une durée dépassant la période couverte par le plan en révision : se fier à l'arborescence PI en attente entre 2 programmes à la Figure 2.

**Figure 2 - PI pour usager ayant des services terminés dans un programme et en attente d'un autre programme**




Attention ! La situation no 2 ne s'applique que pour le secteur DP.

**Tableau no 1: Actions à mettre en place lorsqu'un usager a terminé dans un programme et est en attente dans un autre programme**

| | Situation | Action clinique |
|---|---|---|
| **Situation 1 - DI_TSA_DP** | L'usager a terminé dans un programme et est en attente de services dans un autre programme et le programme initial est en mesure de mettre en place certaines interventions pour tenter d'amoindrir l'impact des délais d'attente envers le programme subséquent ou par obligation légale.<br>(Interventions ponctuelles ou réduites) | L'intervenant pivot du programme initial révise le plan d'intervention en mettant en place les interventions, même partielles, en réponse aux besoins en attente. Les services à prévoir ou besoins non répondus sont indiqués dans le plan (dans la section prévue à cet effet dans le formulaire PII-PID ou sur une ligne spécifique dans le formulaire de PID (CLI-60529).<br><br>La transmission des informations sur les besoins non répondus par le programme initial pourra se réaliser au moment où le programme subséquent débute ses interventions et est coordonné soit par l'intervenant pivot, soit par la PREC. |
| **Situation 2 -applicable en DP**[3] | L'usager a terminé dans un programme et est en attente de services dans un autre programme pour un délai dépassant 3 mois, alors que le programme initial ne peut répondre, même en partie, aux besoins non répondus.<br>Ou que l'usager peut attendre sans conséquence<br>(« Filet de sécurité ») | L'intervenant pivot préparant la fermeture du programme initial :<br>• Révise le plan d'intervention dans le formulaire PII-PID, indique la mise à jour sur les besoins non répondus dans la section « Services à prévoir/Besoins non comblés/Ententes particulières »;<br>• S'assure que le programme subséquent est informé de la mise à jour des besoins non répondus et envoie une version Word de ce formulaire, avec indication de la mention COPIE, à l'équipe du programme subséquent, selon la procédure convenue (voir section 5a);<br>• Convient avec l'usager et ses proches des modalités mises en place durant la période d'attente (ex. : fréquence des contacts, qui contacter en cas de changement (nouveaux besoins, détérioration de la situation, besoins répondus ou abandonnés, déménagement et changement de coordonnées, etc.);<br>• Certains programmes pourraient décider de se doter d'un pense-bête pour rappeler les tâches dévolues à l'intervenant pivot; |

[3] À titre de rappel, il se peut que durant la période d'attente ou lorsque le programme subséquent débute les services, le programme initial soit appelé à contribuer en complémentarité à la poursuite de ces services. La reprise des services par le programme initial devra s'effectuer selon les critères de priorisation actuellement en vigueur (ex : implication de l'équipe DM en soutien à la conduite auto ou au PATCom doit être priorisée).

**Tableau no 2: Exemples de situations d'usagers ayant terminé dans un programme et en attente d'un autre programme**

| Situation | Complémentarité | | Continuité |
|---|---|---|---|
| | Mandats distincts | Part commune | |
| **Situation 1** | Un usager TSA ou DI en famille naturelle en attente du programme PIT.<br><br>Un usager DI ou TSA en famille naturelle en attente d'une offre de groupe précise, avec risque de compromission. | L'équipe DI ou TSA a terminé et l'usager est en attente du programme TC-TGC.<br><br>Un usager de 3 ans avec RGD suivi en DM en attente du programme 0-6 DI-TSA.<br><br>Un usager TSA ou DI hébergé en attente d'un autre programme (ex. : PSIT).<br><br>Un usager DI ou TSA suivi par le programme intégration logement gradué qui aurait besoin du soutien du programme DI ou TSA 7+. | Un usager transfère du 0-6 vers le 7+ (DM, DL, DI, DIS-DIP ou TSA) avec risque de compromission.<br><br>Un usager perd son admissibilité à son programme initial et est transféré vers le programme en mesure de répondre à son besoin (ex. : un RGD dont le profil se précise pour un profil moteur ou un retard moteur qui se précise par un diagnostic DI).<br>Un usager hébergé DI ou TSA référé en maintien des acquis[4].<br><br>Une obligation légale de maintenir des services (ex. : ordonnance de cour). |
| **Situation 2** | L'équipe DA a terminé, mais l'usager est en attente du programme TSA.<br>L'équipe DM adulte a terminé, mais l'usager est en attente du programme conduite auto.<br><br>L'équipe DM a terminé, mais l'usager est en attente en DA pour des interventions reliées à son acouphène. | L'équipe DM a terminé, mais l'usager est en attente du PATCom.<br><br>L'équipe DM a terminé, mais l'usager est en attente du programme conduite auto. | Un usager transfère du 0-6 vers le 7+ (DM, DL, DA), sans risque de compromission.<br>Un usager termine à l'URFI et continue son épisode de services en DM. |

[4] Dans ces situations, il y a une obligation légale de maintenir un intervenant actif au dossier dont la fréquence du suivi est souvent ajustée à la baisse, une fois les objectifs atteints.

# 5. Autres éléments

## a. SIPAD

Se référer au guide concernant le PII-PID.

On y indique, notamment, comment produire le rapport qui listera les PI dont on doit assurer la révision à l'intérieur d'une période définie.

Si vous n'avez pas trouvé réponse à votre question en lien avec l'entrée de données dans SIPAD, vous devez d'abord vous référer à votre agente administrative et si cette dernière n'a pas réponse à votre question, elle pourra faire une requête Octopus pour obtenir le soutien de l'équipe SIPAD, au besoin.

## b. Mesures de contrôle

Le plan d'intervention pour mesure de contrôle (PIMC) pour la recommandation de la mesure de contrôle n'est pas en soi un PII ou un PID, au sens du règlement sur les plans d'intervention. En effet, la mesure de contrôle n'est pas un objectif en soi, mais une modalité mise en place à la suite d'une analyse, afin de répondre aux besoins de sécurité ou autre. Cela se traduit donc par l'actualisation d'un PII duquel découleront les PID des intervenants concernés (ex. : les professionnels prescripteurs). Le PIMC est alors intégré au PII et aux PID des intervenants. Pour plus d'informations, se référer à la page intranet sur les mesures de contrôle.

## c. PI requis versus non requis

L'utilisation du plan d'intervention est balisée par la Loi (LSSSS) et demeure l'élément fondamental des interventions à la DPDR. Toutefois, dans certaines **situations exceptionnelles,** il peut être permis de ne pas faire ce plan. On parle alors d'un « PI non requis ». Voici les exemples indiqués au *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers* :

- ✓ Des interventions qui consistent en des activités d'accueil, d'évaluation ou d'orientation sans suivi. Par exemple : intervention téléphonique, visite postnatale sans suivi, consultation en scolaire sans suivi, services d'accueil/évaluation/orientation, clinique infirmière avec ou sans rendez-vous, vaccination, etc.;
- ✓ Des interventions qui visent à répondre aux besoins immédiats de l'usager ainsi qu'à lui fournir des informations concernant la promotion de saines habitudes de vie, la prévention des problèmes sociaux et de santé. Par exemple : suivi dentaire préventif en milieu scolaire;
- ✓ Des interventions qui visent spécifiquement la préparation, l'ajustement et la réparation des aides techniques à l'intérieur de certains programmes de la DPDR. Ces interventions touchent le programme Service des aides techniques (SAT) ainsi que le programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA). Il est à noter que les interventions reliées aux aides techniques se font en accord avec le PID du professionnel assigné au dossier de l'usager, le cas échéant.

- ✓ Achat d'offre de services aux services spécialisés, mais dont le « suivi » de l'usager est assuré seulement par un programme en services spécifiques du CISSS de l'Est ou du Centre (se référer à la Figure 3).

Dans ces situations, nous retrouvons dans les notes d'évolution ou sur les formulaires d'interventions ponctuelles, les éléments nous informant sur la démarche clinique du professionnel ou de l'intervenant. Cependant, selon l'évolution des interventions et le jugement clinique des professionnels ou des intervenants, ceux-ci pourraient décider de rédiger un PID ou PT en collaboration avec l'usager.

La DPDR a développé 2 arbres de décision pour guider les intervenants dans les exigences entourant le plan d'intervention (Figures 3 et 4). On y indique que des interventions ponctuelles ne nécessiteraient pas toujours le recours à un plan d'intervention. La DPDR s'est dotée de balises visant à préciser ce que représente une intervention ponctuelle, afin que ces notions soient intégrées de façon harmonisée entre les secteurs. Chaque coordination pourra illustrer les situations s'appliquant à son secteur. **Toutes** les conditions indiquées dans le tableau 4 doivent être respectées pour considérer les interventions comme étant de nature ponctuelle :

**Tableau no 3: Conditions à la DPDR pour considérer les interventions comme étant de nature ponctuelle**

- ✓ Fréquence de 4 rencontres d'intervention ou moins
- ✓ Durée des interventions de 3 mois ou moins et
- ✓ Implication d'un seul intervenant au dossier

Lorsque ces conditions sont remplies, il importe de se questionner s'il n'y a pas tout de même une valeur ajoutée à réaliser un PID (ex. : partenariat externe, dossier complexe, contexte de plainte ou d'insatisfaction antérieur, contexte d'absentéisme de l'usager, interventions entourant une transition charnière, etc.). Lors de questionnements, la PREC peut être interpellée pour soutenir la prise de décision.

Voici ce qu'il faut faire si les interventions répondent aux critères d'intervention ponctuelle :

- ✓ S'assurer que les interventions ponctuelles sont convenues avec l'usager et consignées au dossier (ex. : rapport d'évolution, note d'évolution, etc.);
- ✓ Le PI doit être coché comme « non requis » au SIPAD et le motif inscrit
- ✓ Si un changement à l'entente avec l'usager survient, l'évaluation de la notion d'intervention ponctuelle doit être revue.

Par ailleurs, dans la situation où plus d'une composante est impliquée, veuillez porter une attention particulière à identifier un intervenant pivot pour chaque composante impliquée au dossier de l'usager et de respecter les indications concernant cette situation dans le guide d'entrée de données SIPAD.

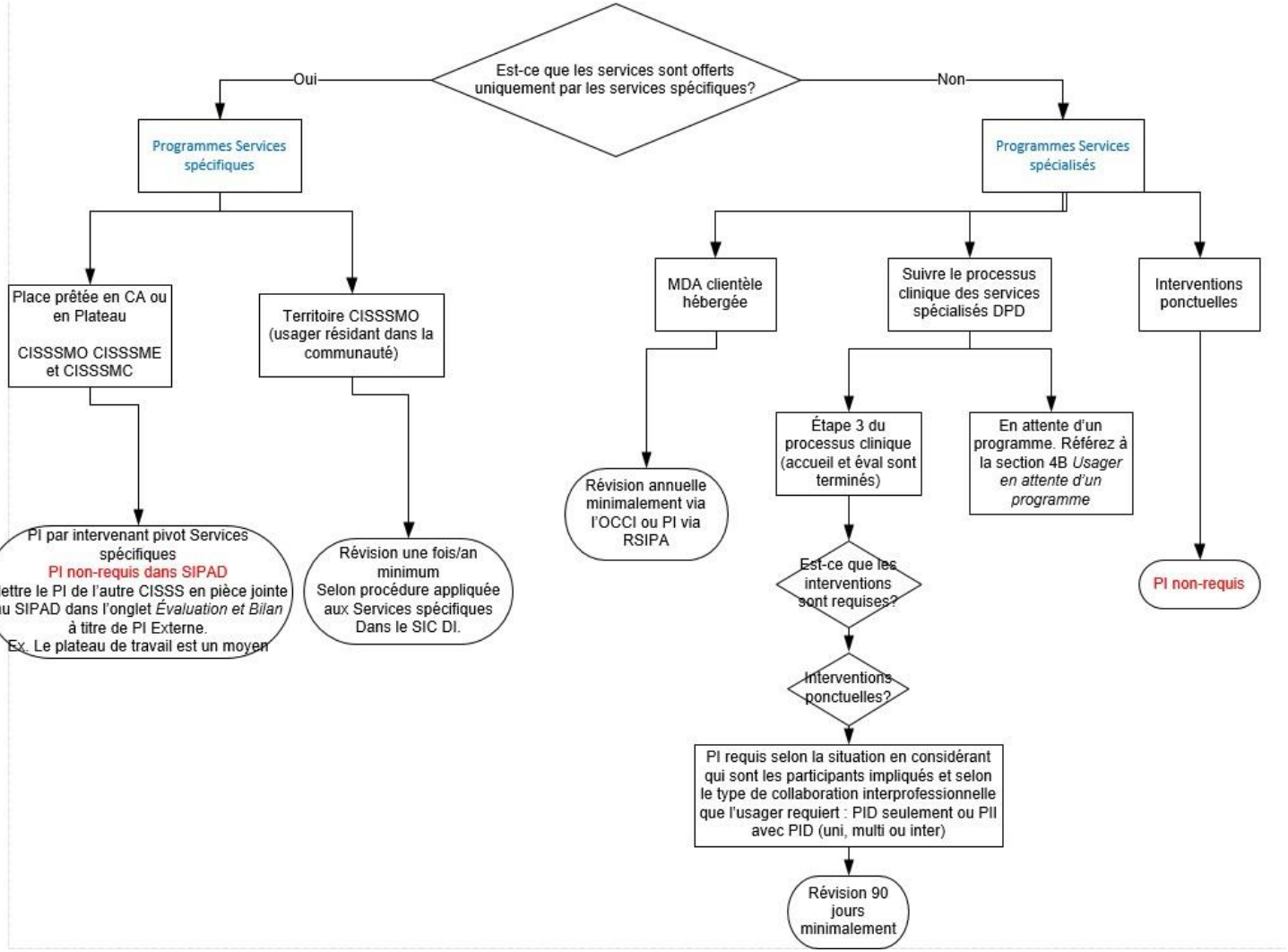
Pour le motif "Processus de fermeture", cette option ne peut être sélectionnée que lorsque toutes les activités cliniques sont terminées (ex.: aucune assignation en attente ou dans d'autres programmes) et que des actions administratives demeurent à réaliser à l'intérieur de 6 semaines depuis la dernière intervention.

Voici les motifs qui peuvent être sélectionnés dans SIPAD lorsqu'un PI y est indiqué comme non requis :

| Condo CMR | Condo CRDIME | Condo SRSOR |
|---|---|---|
| • Actif dans ME;<br>• Actif dans SRSOR;<br>• Interventions ponctuelles (voir tableau 4);<br>• SPLT (pour TCCMG 0-17 ans);<br>• En attente dans un autre programme<br>• Processus de fermeture | • Actif dans CMR;<br>• Actif dans SRSOR;<br>• Interventions ponctuelles (voir tableau 4);<br>• Place achetée par le service spécifique;<br>• En attente dans un autre programme.<br>• Processus de fermeture | • Actif dans CMR;<br>• Actif dans ME;<br>• Interventions ponctuelles (voir tableau 4);<br>• Place achetée par le service spécifique;<br>• En attente dans un autre programme.<br>• Processus de fermeture |

Il se peut que d'autres situations s'ajoutent en fonction des travaux réalisés par coordination et avec le soutien de la DSMREU.

**Figure 3 – Arbre de décision pour déterminer si un PI est requis ou non requis et la fréquence à laquelle il doit être minimalement révisé**



# 6. Conclusion

Si vous avez besoin de soutien :

- ✓ SIPAD : consulter le guide d'entrée de données, les capsules sur l'ÉNA et si vous n'avez pas trouvé réponse à votre question, solliciter votre agente qui pourra faire une requête Octopus, en cas de besoin;
- ✓ Clinique : demander à votre PREC ou votre gestionnaire. S'ils n'ont pas réponse à votre question, ils ont accès à du soutien, au besoin, de la DSMREU.

| Processus d'élaboration/Révision | | |
|---|---|---|
| **Rédigé par** | Caroline Blais, coordonnatrice des programmes spécialisés en réadaptation externe en déficience physique et des cliniques médicales spécialisées, DPDR | 2025-03 |
| **Révisé par** | Isabelle Daneau, agente admin cl.1, DPDR | 2026-05 |
| **Personnes consultées** | Annie Tremblay, APPR à la DPDR | 2025-04 |
| | Olivier Sainte-Marie, APPR à la DSMREU | 2025-04 |
| | Nathalie Fortier, Coordonnatrice DI 7+ et services spécifiques à la DPDR | 2025-05-29 |

| Historique du document | | |
|---|---|---|
| **CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION**<br>**Approuvé par** | Jean-Marc Ricard<br>Directeur des programmes Déficiences | **Date**<br>2022 - |
| **Commentaires** | Révisé en juin 2025 et mai 2026 | |