

Processus clinique

Direction des services de soutien à domicile et de la
gériatrie

Juin 2022

Remerciements

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

Comité stratégique

Isabelle Lefebvre, Directrice, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG)
Dominique Lécuyer, Directrice adjointe, DSSADG
Émilie Bouchard, Adjointe à la direction, DSSADG
Jonathan Deslisses, Coordonnateur de l'accès et du maintien de l'autonomie, DSSADG
Annick Chaloux, coordonnatrice RI-RTF-RPA et services ambulatoires spécialisés de gériatrie, DSSADG
Manon Rousse, Coordonnatrice SAD – Suroît et Vaudreuil-Soulanges, DSSADG
Angèle Bergevin, Gestionnaire, Hôpital Anna-Laberge, DSSADG
Dorice Boudreault, Médecin cogestionnaire, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Maria Yanela Marquicio de Tomas, Médecin cogestionnaire, CMDP

Participation à un ou des comités de travail

Jennifer Mascitto, chef de services- Développement et évolution des pratiques, Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU)
Marie-Pascale Lanctôt, Travailleuse sociale, CLSC Châteauguay, DSSADG
Véronique Fortin, Travailleuse sociale et spécialiste en activités cliniques, CLSC Valleyfield, DSSADG
Vanessa Vaillancourt, Travailleuse sociale, CLSC Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Isabelle Thomas, Infirmière clinicienne, CLSC Châteauguay, DSSADG
Mélanie Dugas, Infirmière clinicienne, Hôpital Anna-Laberge, DSSADG
Stéphanie Trudeau, infirmière clinicienne, services ambulatoires spécialisés de gériatrie, DSSADG
Martine Larose, Travailleuse sociale, CLSC St-Rémi, DSSADG
Line Richer, Spécialiste en activités cliniques, CLSC Huntingdon, DSSADG
Johanne Chevrier, Infirmière clinicienne assistante au supérieur (ICASI), CLSC Vaudreuil, DSSADG
Alexandra Tremblay, Travailleuse sociale, CLSC Valleyfield, DSSADG
Isabelle Blais, ICASI, CLSC Kateri, DSSADG
Mélanie Guérin, infirmière-conseil secteur RI-RTF-RPA, DSSADG
Stéphanie Loiselle, Thérapeute en réadaptation physique, UTRF/PEIO, Suroît, DSSADG
Julie Côté, APPR, volet Qualité de la pratique clinique, DSMREU

Comité consultatif

Aurore Dutilleul, interniste-gériatrie à la Clinique intégrée de gériatrie spécialisée et cogestionnaire médicale, CMDP
Josiane Brouard, Chef Ressources non institutionnelles (RNI), CLSC Vaudreuil, DSSADG
Lisa Del Guidice, Chef de programme Soutien à domicile (SAD) – volet psychosocial et réadaptation, DSSADG
Sophie Comman, Chef de programme SAD - volet soins infirmiers, auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) et préposé aux bénéficiaires, CLSC Candiac, DSSADG
Isabelle Blais, ICASI, SAD Kateri, DSSADG
Nathalie Arcand, Chef de programme SAD – volet psychosocial et réadaptation, DSSADG
Manon Léger, Chef de programme SAD, CLSC Jardin-du-Québec, DSSADG
Lyne Garand, Chef de programme SAD - volet soins infirmiers et ASSS, CLSC Châteauguay, DSSADG
Michèle Mercier, APPR, Spécialiste en matière de proche aidance, DQEPE
Véronique Labelle, APPR, DQEPE
Stéphanie Loiselle, Thérapeute en réadaptation physique, UTRF/PEIO, Suroît, DSSADG
Véronique Cuerrier, Chef de programme SAD, CLSC Valleyfield, DSSADG
Annie Lanthier, répondante RSIPA
Stéphanie Dionne, répondante RSIPA
Jennifer Mascitto, chef de services- Développement et évolution des pratiques, DSMREU
Julie Côté, APPR, volet Qualité de la pratique clinique, DSMREU

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
LEXIQUE	6
AVANT-PROPOS	10
INTRODUCTION	11
1.1. Objectifs de ce document	12
2. ASSISES	12
2.1. Cadre légal	12
2.2. Principes directeurs	13
3. CADRE CONCEPTUEL	15
3.1. Concepts théoriques fondamentaux	15
3.2. Modèle conceptuel et approche clinique	16
4. ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE	21
4.1. Étape préalable au processus clinique : Guichet d'accès	23
4.2. Accueil au programme	24
4.2.1. Analyser sommairement la demande	24
4.2.2. Contacter l'utilisateur et ses proches	24
4.2.3. Effectuer la ou les premières rencontres	24
4.3. Évaluation et analyse des besoins de l'utilisateur et de ses proches	25
4.3.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents	25
4.3.2. Analyser les données obtenues en considérant le MDH-PPH	26
4.3.3. Déterminer les besoins prioritaires	27
4.4. Élaboration du plan d'intervention (PI) et planification des services	28
4.4.1. Identifier et contacter les partenaires pertinents	28
4.4.2. Préparer la rencontre pour l'élaboration du PI	28
4.4.3. Préparer la rencontre avec l'utilisateur et ses proches	30
4.4.4. Rencontre pour l'élaboration du PI en partenariat avec l'utilisateur et ses proches	30
4.4.5. Établir des ententes avec les parties prenantes	32
4.5. Mise en œuvre du PI, suivi, mesure des résultats et révision du PI au besoin	32
4.5.1. Mettre en œuvre le PI	32
4.5.2. Effectuer des suivis	33
4.5.3. Mesurer les résultats	33
4.5.4. Réviser le PI	33
4.6. Fin de l'épisode de service	34
5. INTERVENANTS CONCERNÉS	34
6. MISE EN APPLICATION	34
6.1. Compétences attendues	35
6.2. Rôles et responsabilités	36
CONCLUSION	39
LISTE DES ANNEXES	39

RÉFÉRENCES	40
ANNEXE A TABLEAU DES PRINCIPAUX FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET DE PROTECTION.....	44
ANNEXE B OUTIL RÉCAPITULATIF POUR L'ANALYSE DES BESOINS DE L'USAGER SELON LE MDH-PPH.....	49

Liste des abréviations et des acronymes

ASSS	Auxiliaire aux soins et services de la santé
AVQ	Activité de la vie domestique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
DSMREU	Direction des services multidisciplinaire, de la recherche et de l'enseignement universitaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPA	Personne proche aidante
PSI	Plan de services individualisé
PT	Plan de traitement
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RI	Ressource intermédiaire
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes adultes
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SASG	Services ambulatoires spécialisés de gériatrie
SPFV	Soins palliatifs de fin de vie
UCDG	Unité de courte durée gériatrique

Lexique

Activité de la vie domestique	Ensemble des tâches accomplies chaque jour par une personne et qui concernent sa vie à l'intérieur et autour de son milieu de vie, telles que cuisiner, faire le ménage, prendre ses médicaments, faire la lessive, gérer les finances, etc. (Blouin et Bergeron, 1997 dans MSSS, 2019).
Activité de la vie quotidienne	Ensemble des gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale, tel que se laver, s'habiller, manger, entrer ou sortir du lit ou s'asseoir et se lever d'une chaise, utiliser les toilettes, etc. (Blouin et Bergeron, 1997 dans MSSS, 2019).
Aptitude	Possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale (RIPPH, 2010).
Autodétermination	« Action de décider par soi-même et pour soi-même. Cette notion englobe la notion d'autonomie décisionnelle qui se définit par la possibilité d'exercer son jugement et de prendre les décisions qui concernent sa vie, de façon éclairée et juste, avec assistance ou non, tout en acceptant les risques qui peuvent y être associés. Elle réfère à la notion de pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>). » (MSSS, 2021a, p. 71)
Autonomie décisionnelle	Possibilité d'exercer son jugement et de prendre les décisions concernant sa vie, de façon éclairée et juste, avec ou sans assistance, tout en acceptant les risques associés (MSSS, 2017).
Autonomie fonctionnelle	Possibilité d'effectuer les principales activités de la vie courante, de natures physique, mentale, sociale ou économique, et ce, avec ou sans aide (MSSS, 2017).
Autonomisation	De l'anglais <i>empowerment</i> , il s'agit du « processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (Office québécois de la langue française, 2003).
Consentement	Expression de la volonté de l'utilisateur quant à un acte que doit accomplir une autre personne. Le consentement aux soins et aux services doit être libre et éclairé. • Consentement libre : sans aucune forme de pression ou discrimination de la part du professionnel, de l'intervenant, de la famille ou de l'entourage de l'utilisateur. L'utilisateur consent en toute confiance. Consentement éclairé : disposant de tous les renseignements appropriés et nécessaires qu'il comprend, et informé des conséquences de son consentement, l'utilisateur consent en toute connaissance de cause. (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021)
Domicile	Lieu de vie de l'utilisateur, c'est-à-dire l'endroit qu'il habite de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison unifamiliale, une chambre ou un appartement loué, toute forme d'habitation multiple privée ou communautaire ou une résidence privée, dont une résidence privée pour aînés. Le domicile inclut aussi les autres milieux de vie, c'est-à-dire l'endroit où réside un usager, lorsque ce lieu n'est pas considéré comme un domicile au sens de la définition précédente, à savoir une ressource intermédiaire, une ressource de type familial, une résidence à assistance continue, des refuges ou ressources d'hébergement d'urgence. (MSSS, 2017).
Données probantes	Ensemble des connaissances issues des données scientifiques, circonstancielles et expérientielles (Straus et al., 2018).

Facteurs de protection	Les ressources qui favorisent la capacité d'adaptation. Ils protègent les individus ou les groupes contre les effets dommageables des facteurs de risque (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2021).
Facteurs de vulnérabilité/risque	Les caractéristiques individuelles, les comportements ou l'exposition à des risques environnementaux ou sociaux qui augmentent chez une personne le risque de tomber malade, d'être blessée ou de mourir prématurément (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2021).
Incapacité	Réduction temporaire, prolongée ou permanente ou l'absence de la capacité d'accomplir certaines activités ou de remplir certains rôles ordinaires, présentés parfois comme des occupations de la vie courante (L'Encyclopédie canadienne, 2021).
Interdisciplinarité	Regroupement de plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'un usager en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches. Les intervenants se concertent sur l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire (Hébert, 1997).
Intervenant	Personne qui, dans le cadre de ses fonctions, intervient auprès de l'utilisateur, en planifiant, coordonnant ou dispensant des soins et des services. Ce terme inclut la notion de professionnel, clinicien, médecin, résident, stagiaire et fait référence à l'ensemble des partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest qui participent à l'offre de service de la DSSADG (MSSS, 2017).
Intervenant pivot	« 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, 2017, p. 24).
Intervenant principal au dossier	Dans ce document, le terme « intervenant principal au dossier » inclut les intervenants pivots des usagers dans les programmes pour lesquels cette fonction existe.
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur l'utilisateur, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de l'utilisateur et du contexte. Il est nécessaire tout au long du processus clinique et est posé par l'ensemble des intervenants à la DSSADG.
Multidisciplinarité	Regroupement de plusieurs intervenants où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et en assure le suivi. Il établit un plan d'intervention et en assume la responsabilité (Larivière et Ricard, 1998 dans CIUSSS MCQ, 2018).
Partenaires de services	« Organismes privés, publics, communautaires ou autres qui rendent des services dans le réseau territorial de services coordonné par un établissement avec lequel des ententes de services ou de collaboration ont été conclues. Parmi ces organismes, on compte les entreprises d'économie sociale en aide à domicile, les organismes communautaires, les groupes de médecine de famille, les cliniques médicales, les pharmacies communautaires, les résidences privées pour aînés, les travailleurs engagés de gré à gré par le biais du chèque emploi-service, etc. » (MSSS, 2017, p. 47).

Partenaire externe	Le terme « partenaire externe » réfère à des intervenants impliqués provenant d'établissements ou d'organismes autres que ceux du CISSS de la Montérégie-Ouest (interétablissements ou intersectoriels).
Partenaire interne	Le terme « partenaire interne » réfère aux intervenants impliqués provenant d'autres programmes du CISSS de la Montérégie-Ouest (intraétablissement).
Partenariat	Usager, proches et intervenants contribuent conjointement à planifier, coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie de l'utilisateur (RIUSSS de l'Université de Montréal, 2014).
Participation sociale	La participation sociale est le résultat d'un processus complexe découlant de l'interaction entre une personne et sa communauté d'appartenance. Elle implique un échange réciproque et égalitaire entre la personne et sa communauté. Ce processus s'appuie sur le besoin fondamental, exprimé ou non, de cette personne de faire partie de sa société ainsi que sur la volonté de la collectivité d'accueillir ce membre et de lui permettre d'actualiser et de développer son potentiel. (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, 2013).
Personne proche aidante	« Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie » (MSSS, 2021a, p. 25).
Plan d'intervention	Le plan d'intervention est « une activité clinique permettant une lecture commune des besoins de l'utilisateur, donnant un sens à l'intervention, permettant un échange pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun, ainsi qu'un moment privilégié pour consolider le lien de confiance avec l'utilisateur » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020, p. 8). Dans ce document, le terme PI désigne l'ensemble des appellations suivantes : Plan d'intervention disciplinaire (PID), le plan de traitement (PT), la note médicale du médecin et le plan thérapeutique infirmier (PTI); Plan d'intervention interdisciplinaire (PII); Plan de services individualisé (PSI).
Précarité	« La précarité est une forte incertitude de conserver ou de récupérer une situation acceptable pour une personne dans un avenir proche. Si elle tend à se prolonger dans le temps et devient continue, elle compromet gravement la capacité de cette personne à demeurer à domicile. Elle s'exprime par un risque de déséquilibre et donc de bascule vers une perte de maîtrise de la situation de vie. » (MSSS, 2017, p. 27)
Prestataire de services	Toute personne ou tout organisme qui dispense des soins et des services à l'utilisateur. Ce terme fait référence au CISSS de la Montérégie-Ouest et aux partenaires externes.
Processus clinique	Ensemble des opérations visant la détermination, sur une base personnalisée, des besoins de la personne en termes de services et d'interventions adaptés à la situation de l'utilisateur (Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal, 2009).

Proche	Personne significative pour l'utilisateur qui est présente dans son entourage. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami, d'un voisin, d'une personne proche aidante, etc.
Projet de vie	« Représentation mentale de la vie que l'utilisateur souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir. Le projet de vie oriente le comportement de la personne à différents moments et selon les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie. Ainsi, le projet de vie évolue dans le temps, tout au long du parcours de vie et de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie » (DMFMU, 2018, p. 24).
Qualité de vie	« La notion de qualité de vie sous-tend l'idée d'un équilibre entre les besoins de la personne, d'une part, et les ressources et les moyens dont elle dispose pour les satisfaire, d'autre part » (MSSS, 2021b, p. 56).
Représentant de l'utilisateur	Personne ayant le droit de représenter l'utilisateur: curateur, tuteur, mandataire, conseiller au majeur, titulaire de l'autorité parentale, ou représentant de l'utilisateur déterminé en application de l'article 15 du Code civil du Québec, soit 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 » (RLRQL, 1991, c. 64).
Soins et services	Toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale. L'hébergement est également un soin qu'il soit préalable à l'administration d'un autre soin ou pas. (Commentaires du ministre de la Justice sur l'article 11 du CCQ).
Soutien à domicile	Diversité de moyens, d'interventions et de services, divisés en trois volets : les services rendus à domicile, les services rendus en périphérie du domicile, en ambulatoire et en établissement, et les services qui s'inscrivent dans une perspective globale et sociétale du soutien à domicile (MSSS, 2017).
Usager	Toute personne qui reçoit ou a reçu des soins et services de la DSSADG.

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550¹ 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

La Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) regroupe un ensemble de programmes et de services visant à assurer une accessibilité à des soins et des services sécuritaires et de qualité aux personnes en perte d'autonomie permanente ou temporaire, et ce, peu importe leur milieu de vie. La DSSADG déploie une offre de service arrimée et en complémentarité étroite avec les partenaires de la communauté.

Cette gamme de services s'adapte et évolue en fonction des besoins de la clientèle. La clientèle desservie par la DSSADG regroupe toute personne, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes qui ne peut se déplacer, qui nécessite des soins post-aigus ou des services spécialisés. La cause peut être physique, sociale ou psychique.

Le soutien s'adresse également aux personnes proches aidantes (PPA) de ces usagers. En concordance avec la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes* (MSSS, 2021c), une offre de services spécifique aux besoins des PPA se retrouve dans des activités de promotion-prévention, par la reconnaissance du rôle des PPA, leur repérage et le référencement vers une ressource ou un service psychosocial individuel, de groupe ou familiale, l'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'accompagnement ainsi que la mise en place d'interventions de soutien auprès des PPA. Cette offre de service spécifique sera développée ou adaptée au besoin sur la base d'une lecture juste et avisée des besoins des PPA, au fur et à mesure que les données probantes à ce sujet deviendront disponibles.

La DSSADG a comme **principal mandat** de :

Soutenir l'autonomie des personnes, peu importe l'origine de leurs incapacités, afin qu'elles puissent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie de façon sécuritaire.

La philosophie d'intervention, en cohérence avec la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003), est que le domicile devrait être la première option à considérer au début de l'intervention auprès de l'utilisateur et ses proches ainsi qu'à toutes les étapes du processus clinique.

À ce mandat, s'ajoute également celui d'offrir les services et l'accompagnement requis auprès des personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile, et ce, peu importe leur âge.

La DSSADG a le mandat d'ajuster en continu son offre de service aux besoins de l'utilisateur de 0-115 ans. De ce fait, la DSSADG regroupe diverses clientèles aux besoins particuliers et plusieurs catégories d'intervenants. Ainsi, les pratiques d'intervention diffèrent d'un programme à l'autre. Toutefois, dans un souci de faciliter la collaboration interdisciplinaire et de mettre de l'avant les assises théoriques et les approches d'intervention à privilégier, l'élaboration d'un processus clinique s'est avérée pertinente.

Le processus clinique est l'ensemble des opérations visant la détermination, sur une base personnalisée, des besoins de la personne et de la PPA en termes de services et d'interventions adaptés à la situation de l'utilisateur (Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal, 2009). Il s'appuie sur des fondements théoriques, les standards de pratique, les meilleures pratiques ainsi que les données probantes auxquels s'ajoutent les données expérientielles et contextuelles.

Organisation des services

La DSSADG vise à améliorer l'accès et la continuité des services, au bénéfice des usagers et leurs proches. Le développement continu de la qualité des services cliniques représente tout autant une cible prioritaire. Pour ce faire, elle apporte actuellement des changements à son organisation : la mise en place d'un mécanisme d'accès centralisé, l'élaboration d'un processus clinique, la création de programmes cliniques et l'articulation des activités cliniques, en fonction des besoins de la clientèle.

Une gamme de services est offerte afin de permettre la réalisation, l'adaptation et l'évolution de ces mandats en fonction des besoins des usagers. Les soins et services offerts par des intervenants de la DSSADG sont regroupés à l'intérieur de différents volets :

- Soutien à domicile (SAD)
- Services de soins post-aigus en réadaptation
- Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)
- Services ambulatoires spécialisés de gériatrie (SASG)
- Ressources de type familial (RTF) et ressources intermédiaires (RI)
- Résidences privées pour aînés (RPA)
- Unité de courte durée gériatrique (UCDG)

Épisode de services

Le processus clinique est circonscrit par un épisode de services. Il s'agit de la période à l'intérieur de laquelle l'utilisateur et ses proches reçoivent les services qui ont été évalués en collaboration avec les professionnels. Il peut prendre différentes formes : être limité dans le temps, se limiter à quelques services, être de longue durée et requérir un amalgame de services, de mesures ou d'activités, etc. De ce fait, le processus clinique peut être de très courte durée, lors d'intervention ponctuelle, de moyenne ou de longue durée.

Lors d'un épisode de services, l'implication et la collaboration simultanées des programmes ou des directions du CISSS de la Montérégie-Ouest sont parfois nécessaires.

1.1. Objectifs de ce document

Le processus clinique est constitué de l'ensemble des actions liées à la prestation des services cliniques. Il est issu des données probantes, puisqu'il tient compte des données scientifiques, des données expérientielles et des données contextuelles. Il s'agit de **ce qui est attendu** de la part des intervenants. De ce fait, l'un des objectifs du processus clinique est de **développer et harmoniser les pratiques cliniques**.

Il vise ainsi à **guider et soutenir les pratiques cliniques** de son personnel pour qu'elles soient adaptées aux besoins de l'utilisateur et ses proches. Il s'agit donc d'un outil ayant des répercussions indirectes favorables pour les usagers et leurs proches en assurant que les soins et services soient en adéquation avec l'évaluation des besoins et l'évolution de la condition de santé physique et mentale et la situation psychosociale de l'utilisateur et de ses proches, et ce, dans leur intérêt et le respect de leurs volontés.

Le processus clinique de la DSSADG vise plus particulièrement à **doter les intervenants d'une vision commune** en informant des étapes à suivre, qui circonscrivent un épisode de service et qui ont pour but l'obtention d'une vue d'ensemble de la situation de l'utilisateur et de ses proches, afin d'orienter l'intervention de façon conséquente. Autrement dit, le processus clinique a « une portée transversale, c'est-à-dire qu'il concerne tous les programmes-services. Il n'est donc pas un programme-service en soi, mais une manière de fournir une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur et de soutenir ses proches, qui se retrouvent dans les programmes-services répondant à leurs besoins » (MSSS, 2021b, p. 9) au sein de la DSSADG.

2. Assises

2.1. Cadre légal

La DSSADG inscrit son processus clinique en conformité aux lois et règlements qui définissent les droits des usagers et encadrent la planification des interventions et la pratique professionnelle :

- Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, c C-12) ;
- Code civil du Québec (c CCQ-1991) ;
- Loi sur les services de santé et services sociaux (RLRQ, c S-4.2) ;
- Règlement sur l'organisation et administration des établissements (RLRQ, c S-5 r.5) ;

- Code des professions (RLRQ, c C-26) ;
- Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, c L-6.3) ;
- Loi sur la protection de la jeunesse (LRQ, c.R-34.1) ;
- Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, c S-32.0001) ;
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, c E-20.1) ;
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, c P-38.001).

2.2. Principes directeurs

Bien qu'un processus clinique soit constitué d'interventions diverses et parfois très techniques, elles demeurent avant tout la traduction opérationnelle de valeurs et d'engagement de services, c'est ce que nous nommerons les principes directeurs.

Les principes directeurs servent à orienter la prise de décision à travers l'organisation des soins et services à la DSSADG, ainsi que dans l'ensemble des interventions auprès de l'utilisateur et ses proches. Ils visent à rallier et mobiliser tous les intervenants et partenaires impliqués dans la prestation des soins et services, autant au soutien à domicile qu'en gériatrie, en les amenant à coordonner leurs efforts pour offrir des interventions adaptées, efficaces et de qualité, et ce, selon les meilleures pratiques et les données probantes disponibles. Les principes directeurs représentent ainsi l'incarnation de la vision de la DSSADG.

Les six principes directeurs du processus clinique DSSADG sont inspirés des orientations proposées par le MSSS pour le SAD (2021b) et sont conformes aux valeurs et concepts sur lesquels se basent les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI) :

- I. **Accessibilité des services et équité** : assurer à l'utilisateur un accès à des soins et services équitables dans les meilleurs délais et envisager le maintien dans un milieu de vie significatif comme la première option pour répondre à ses besoins, en favorisant sa sécurité et son bien-être et en promouvant la santé et le soutien des actions visant les saines habitudes de vie. Assurer également aux PPA un accès aux services requis pour les soutenir dans leur engagement.
- II. **Pertinence des interventions** : assurer des soins et des services efficaces, adaptés aux besoins et aux souhaits réels de l'utilisateur, qui offrent le degré de soutien requis, qui le considèrent dans sa globalité et qui reconnaissent ses besoins spécifiques et ceux de ses proches, tout en encourageant son autonomie et le développement de ses compétences dans ses soins.
- III. **Intensité des services** : assurer à l'utilisateur et ses proches des services souples, diversifiés et centrés sur ses besoins qui s'ajustent selon l'évolution de son état de santé et de sa situation psychosociale, tout en favorisant le maintien et le renforcement des capacités et respectant le niveau d'intervention désiré par l'utilisateur.
- IV. **Prévention et promotion liées à la santé et au bien-être** : anticiper l'évolution des besoins de l'utilisateur et ses proches, afin de planifier les ajustements nécessaires aux services proposés et ainsi prévenir les situations de crise évitables (MSSS, 2017). La prévention et la promotion peuvent également se faire par le repérage de la clientèle vulnérable (signes précurseurs de la fragilité, de la détérioration de la santé, de la maltraitance, des risques d'épuisement de la PPA, etc.).

- V. **Partenariat** : adopter une approche qui repose sur la relation entre les usagers, leurs proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux. Cette relation mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs, ainsi que sur la façon dont les divers partenaires travaillent ensemble. Il s'agit également d'assurer à l'utilisateur et ses proches des soins et des services de qualité organisés en fonction de leurs caractéristiques, besoins, attentes et préférences, par des intervenants qui gravitent autour d'eux et qui favorisent l'autodétermination, l'engagement et l'implication dans la prise de décision éclairée et partagée.
- VI. **Intégration et continuité des services** : assurer à l'utilisateur et ses proches un continuum de soins et de services optimal, fluide, coordonné, sans ruptures et orienté vers la réponse à leurs besoins, avec l'implication concertée et la collaboration de l'ensemble des partenaires internes et externes (voir figure 1), en favorisant la complémentarité des différents niveaux de services. Cette intégration et cette continuité passent notamment par une responsabilité interdirectionnelle partagée dans le suivi et l'expérience de l'utilisateur dans sa trajectoire de soins.

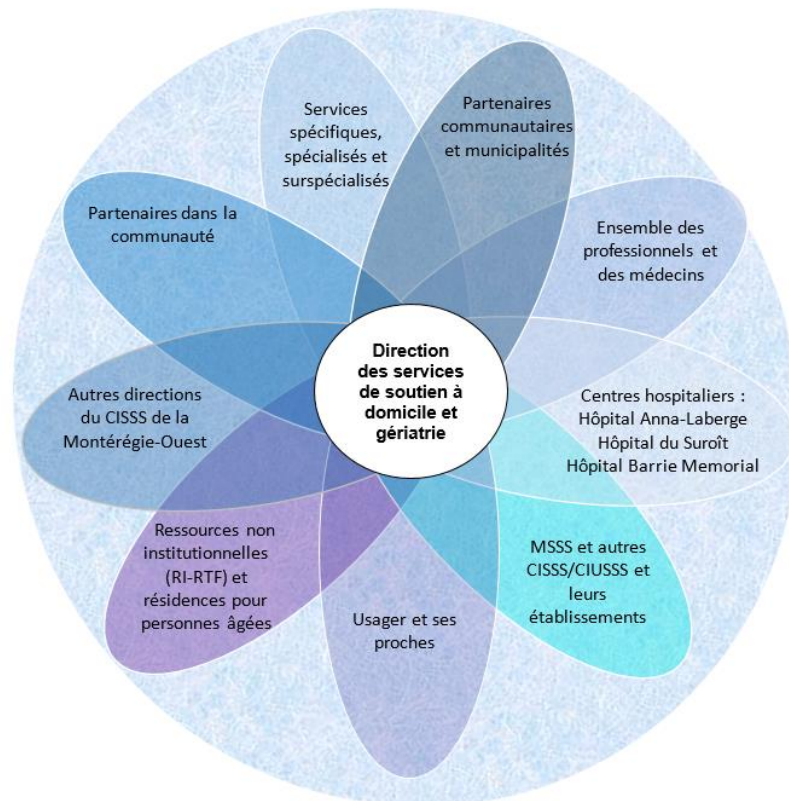
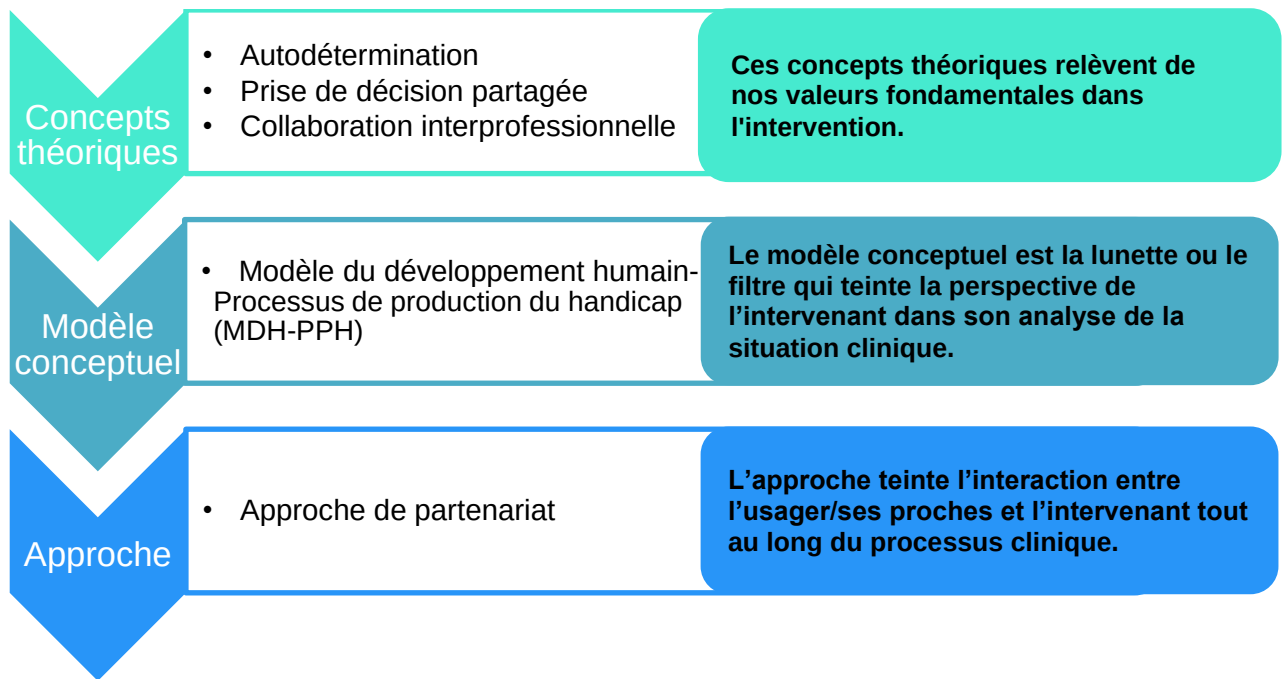


Fig. 1 – Représentation des grandes catégories de partenaires internes et externes

3. Cadre conceptuel

Les concepts théoriques fondamentaux, modèles conceptuels et approches préconisées par la DSSADG sont regroupés sous forme de pyramide inversée afin d'illustrer qu'ils sont intimement liés et qu'ensemble, ils constituent les fondements de l'intervention.



3.1. Concepts théoriques fondamentaux

Outre les principes directeurs précédemment nommés, d'autres concepts-clés ont été retenus comme étant au cœur du processus clinique de la DSSADG :

Autodétermination

Tel que définie dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (MSSS, 2021a, p. 71), l'autodétermination correspondant à l'« action de décider par soi-même et pour soi-même. Cette notion englobe la notion d'autonomie décisionnelle qui se définit par la possibilité d'exercer son jugement et de prendre les décisions qui concernent sa vie, de façon éclairée et juste, avec assistance ou non, tout en acceptant les risques qui peuvent y être associés. Elle réfère à la notion de pouvoir d'agir (*empowerment*) ».

Dans la perspective de l'intervention, la pratique axée sur l'autodétermination devrait présenter les caractéristiques suivantes (Proulx, 2008) :

- Reposer sur un système de croyances qui met l'accent sur les forces des individus;
- Offrir des opportunités d'assumer des fonctions multiples, valorisantes et enrichissantes;
- Disposer d'un réseau de soutien et d'entraide établi par les pairs et source de sentiment d'appartenance à la communauté.

De l'autodétermination découle la prise de décision partagée :

Prise de décision partagée

L'offre des soins et services nécessite de se centrer sur les besoins de l'utilisateur et de ses proches (information, enseignement, assistance, compensation) et leur participation active dans les décisions. En ce sens, la prise de décision partagée s'avère être primordiale. La prise de décision partagée se produit lorsque l'équipe traitante, l'utilisateur et ses proches entrent en dialogue concernant les options thérapeutiques qui s'offrent à l'utilisateur pour ainsi prendre des décisions concernant les traitements et les PI basés sur des données probantes (Felton et al., 2017). Ensemble, ils recherchent un équilibre entre les conséquences négatives potentielles et les résultats attendus, en tenant compte des préférences, des valeurs et des objectifs de soins de l'utilisateur (Hoffmann et al., 2014).

Suite à une décision partagée, les usagers se sentent plus satisfaits de leur expérience de soins, mieux informés, ont une meilleure perception des risques encourus et, à long terme, se sentent plus en contrôle de leur santé (INESSS, 2021).

Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle inhérente à l'approche de partenariat mérite d'être soulignée puisqu'il s'agit d'une pratique préconisée au sein de la DSSADG compte tenu de la diversité des besoins des usagers desservis. Elle se définit comme étant : le fait de travailler ensemble avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins de santé dont chacun apporte sa propre contribution en vue d'atteindre un objectif commun, au plus grand bénéfice des patients. Chaque personne participe dans les limites de ses fonctions. Il s'agit d'un processus de communication et de décision qui permet aux connaissances et aux compétences des différents fournisseurs de soins d'influencer de façon synergétique les soins fournis en modifiant les attitudes et les comportements, tout en mettant l'accent sur des objectifs et des valeurs centrées sur les patients (Santé Canada, 2011 dans Consortium national de formation en santé, 2017).

La collaboration interprofessionnelle s'appuie sur la compréhension et le respect du champ d'exercice des professionnels.

Six principaux domaines de compétences sont au cœur d'une collaboration interprofessionnelle efficace (CPIS, 2010 Dans Consortium national de formation en santé, 2017) :

- Offre de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté ;
- Communication interprofessionnelle efficace ;
- Définition claire des rôles et responsabilités des différents professionnels ;
- Leadership collaboratif ;
- Travail en équipe pour le bien-être de l'utilisateur et ses proches ;
- Résolution de conflits interprofessionnels.

3.2. Modèle conceptuel et approche clinique

Le modèle conceptuel et l'approche clinique servent de balises pour la mise en place des interventions et soutiennent ainsi l'application de chacune des étapes du processus clinique de la DSSADG. Ils s'inscrivent dans une perspective de soutien à l'autonomie décisionnelle et fonctionnelle, peu importe le milieu de vie de l'utilisateur. Elles doivent guider les intervenants et transparaître dans les soins et les services qu'ils offrent aux usagers et à leurs proches.

Le modèle conceptuel influence la perspective de l'intervenant sur tous les aspects à prendre en considération dans ses interventions, tandis que l'approche caractérise l'interaction avec l'utilisateur. Le *modèle du développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)* est retenu par la DSSADG puisqu'il s'applique à l'ensemble des personnes vivant avec des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité de ces incapacités ou déficiences. Il s'inscrit donc en cohérence avec la vaste clientèle desservie par les différents programmes de la direction. Nos intervenants orientent et ciblent leurs interventions à la lumière de cette perspective. Les interactions que génèrent ces interventions sont quant à elles caractérisées par une approche. Celle retenue à la DSSADG est *l'Approche de partenariat*. Selon cette approche, l'utilisateur et ses proches sont considérés comme des partenaires : ils ne sont pas pris en charge par l'équipe de soins et de services, mais sont plutôt des membres à part entière, au même titre que chacun des autres acteurs. Cela signifie qu'on ne travaille pas pour l'utilisateur, mais bien avec l'utilisateur en misant sur ses forces et sur celles de son réseau.

Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH)

Ce modèle, bien qu'il aborde la notion de handicap, met l'accent sur l'aspect situationnel du handicap plutôt que de le voir comme une caractéristique propre à la personne. La responsabilité du handicap ne repose pas sur la personne, mais sur un ensemble de facteurs qui doivent être pris en considération à toutes les étapes du processus clinique, notamment dans les évaluations des professionnels.

Selon ce modèle, la situation de handicap s'explique en mettant en interaction trois domaines conceptuels (RIPPH, 2010) :

- **Facteurs personnels** (caractéristiques appartenant à la personne) :

Le MDH-PPH propose deux échelles de mesure pour les facteurs personnels : une pour les systèmes organiques (intégrité à déficience) et une autre pour les aptitudes (capacité à incapacité). Ce facteur inclut aussi les facteurs identitaires.

- **Facteurs environnementaux** (dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société) :

Le MDH-PPH propose trois niveaux pour les facteurs environnementaux : sociétal, micro, méso et sociétal. Ces facteurs s'apprécient sur une échelle allant de facilitateur majeur à obstacle majeur.

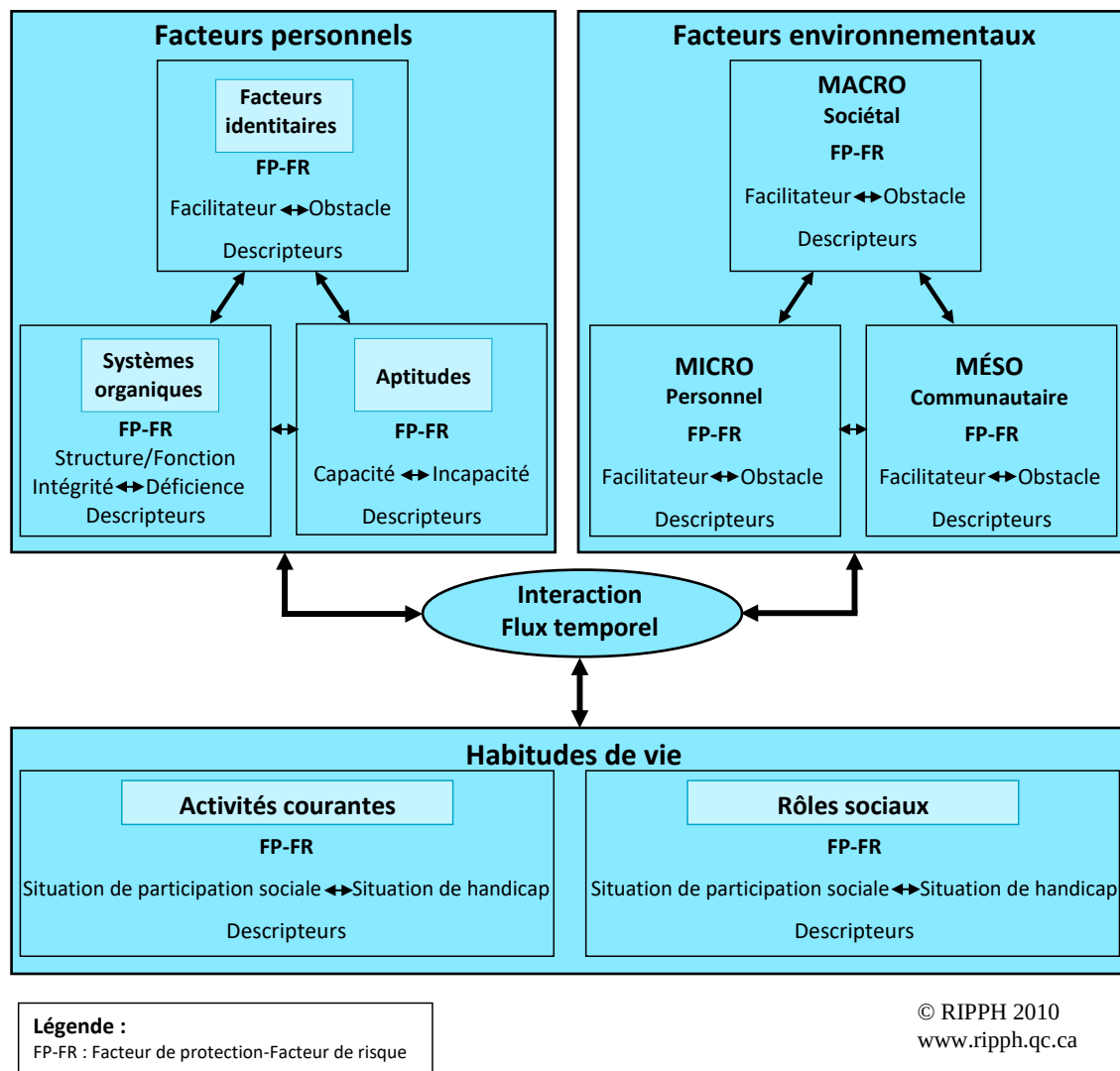
- **Habitudes de vie** (activités courantes ou rôles sociaux valorisés et valorisants pour la personne) :

L'échelle pour apprécier les habitudes de vie va de la « situation de participation sociale optimale à la situation de handicap complète. » (RIPPH, 2010).

La figure 2 permet d'illustrer l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux influençant le fait que la personne se retrouve en situation de handicap ou en situation de participation sociale (RIPPH, 2010). Elle permet également d'apprécier les interactions existantes entre tous ces facteurs.

Les habitudes de vie sont donc issues de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux. Ainsi, les interventions doivent cibler le développement d'habitudes de vie fonctionnelles (visant un objectif fonctionnel optimal) plutôt que des capacités spécifiques à atteindre, et ultimement, elle vise la participation sociale de l'utilisateur (MSSS, 2017).

Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010)



Référence : FOUGEYROLLAS, Patrick (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 315 p.

Fig. 2 – Schéma conceptuel du MDH-PPH

De cette interaction entre les facteurs personnels et environnementaux résultent donc deux types de situations :

- **Situation de participation sociale** : lorsque la réalisation des habitudes de vie est jugée satisfaisante pour l'utilisateur et ses proches
- **Situation de handicap** : lorsqu'il y a un déséquilibre entre les facteurs personnels de l'utilisateur et ceux de son environnement, ce qui entrave la réalisation des habitudes de vie de l'utilisateur.

La situation de handicap de l'utilisateur ne se révèle donc pas être une réalité exclusivement individuelle et permanente, mais bien une situation multifactorielle et évolutive, d'où l'appellation **processus de production du handicap**.

Face à une situation de handicap dans la réalisation d'une habitude de vie, le travail des intervenants est axé sur le développement ou l'optimisation des capacités de l'utilisateur et sur la réduction ou la compensation des incapacités. Parallèlement, il visera la création de facilitateurs ou l'élimination d'obstacles dans l'environnement. Cela se traduit par des **interventions de réadaptation et la mise en place de stratégies d'adaptation**, ce qui est tout à fait cohérent avec le mandat de la DSSADG de permettre aux personnes de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie de façon sécuritaire.

Approche de partenariat

L'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux est une approche ministérielle qui touche l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la province. Cette approche chapeaute l'ensemble des orientations théoriques au CISSS de la Montérégie-Ouest. Elle s'appuie sur :

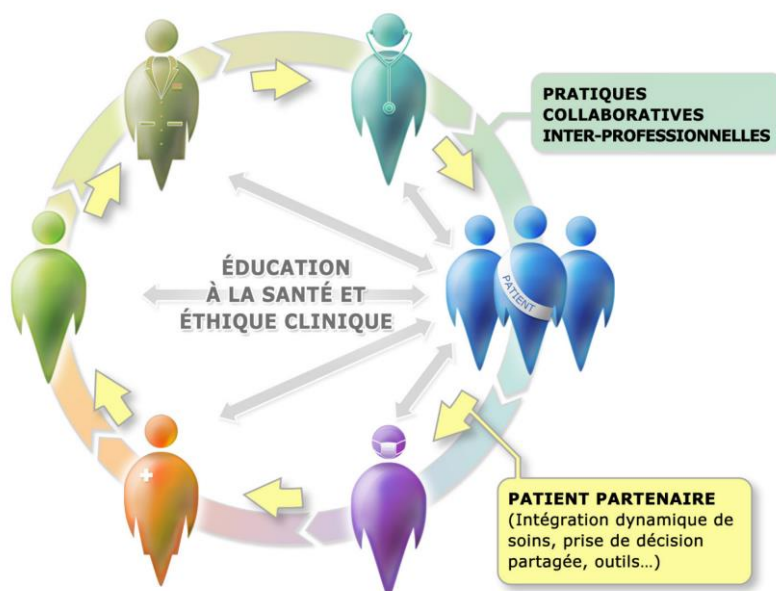
- La relation entre les usagers, leurs proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux. Cette relation mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs, ainsi que sur la façon avec laquelle les divers partenaires travaillent ensemble. Plus précisément, la relation favorise le développement d'un lien de confiance, la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, incluant le savoir expérientiel des usagers et de leurs proches, ainsi que la co-construction. (MSSS, 2018, p. V).
- La relation entre les partenaires s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'autodétermination de l'utilisateur, une prise de décision libre et éclairée et l'atteinte de résultats de santé optimaux en fonction de son contexte spécifique. Cette relation amène les partenaires à planifier et à coordonner les actions, ainsi qu'à intervenir de façon concertée, personnalisée et intégrée autour des attentes, des besoins et du projet de vie de l'utilisateur. En tout temps, l'utilisateur doit être considéré comme le principal acteur de son parcours de soins et de services.

Concrètement, cela se traduit non seulement par la favorisation de la présence de l'utilisateur lors d'une rencontre interdisciplinaire portant sur ses soins et ses services, mais par l'importance de ses choix et le respect de ceux-ci, au même titre que celle des autres personnes présentes. De plus, le partenariat en contexte d'élaboration ou d'évaluation du PI ne se limite pas à la présence de l'utilisateur au moment des échanges : il inclut également une préparation et un accompagnement qui permettront à ce dernier de comprendre les éléments partagés, d'exprimer ses besoins, d'explorer des solutions consensuelles avec les partenaires de l'équipe de soins et de services et de prendre des décisions libres et éclairées dans le respect de son projet de vie.

Cette approche vient renforcer l'autonomie décisionnelle et la responsabilisation de l'utilisateur vis-à-vis de ses soins, de ses services et de sa santé. Cette approche vient également réitérer l'importance du rôle des intervenants pour qu'ils outillent et soutiennent l'utilisateur lors du processus de prise de décision en vue de l'atteinte de l'autonomie visée (MSSS, 2018).

L'approche centrée sur la personne, l'approche axée sur les forces et l'approche d'autonomisation s'inscrivent dans la foulée de l'évolution des approches cliniques ayant donné lieu au développement de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux.

La figure 3 illustre bien la place de l'utilisateur et ses proches au sein de l'équipe et leur implication active dans le processus de soins et de services et dans les décisions qui les concernent, au même titre que tous les autres partenaires impliqués.



Dumez, Vincent (2012) *Le patient partenaire : Défis d'intégration et de co-construction*, Université de Montréal.

Fig. 3 – Approche de partenariat de soins

Au niveau du continuum de l'engagement, l'approche de partenariat est le niveau le plus élevé d'engagement de la part de l'utilisateur et de ses proches, tel qu'illustré par la figure 4.

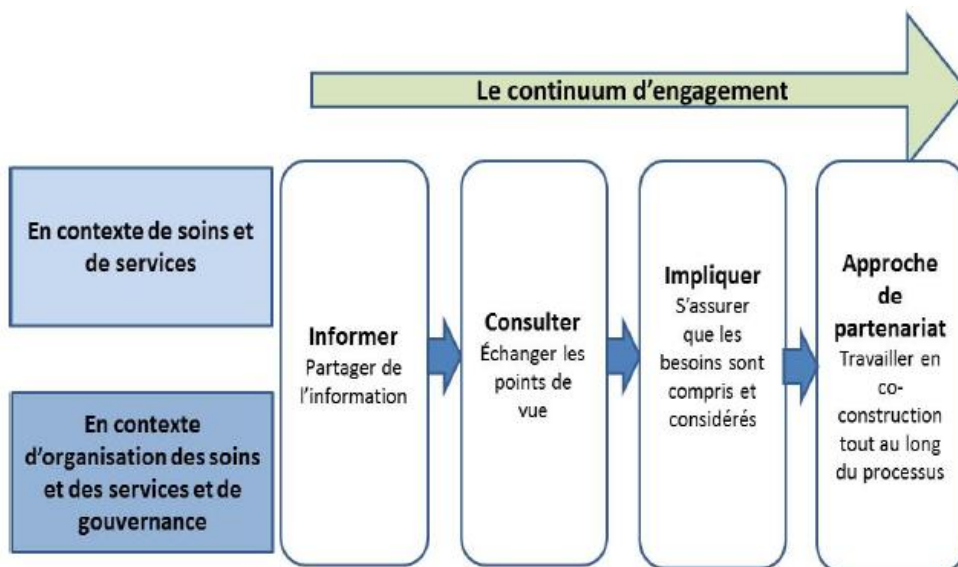


Fig. 4 – Continuum de l'engagement (source : MSSS, 2018, p.31)

En résumé, l'approche de partenariat se concrétise par les actions suivantes :

- Reconnaître la complémentarité entre les savoirs expérientiels des usagers et leurs proches et les savoirs professionnels des intervenants, gestionnaires et autres partenaires;
- Porter une attention particulière à la compréhension de l'utilisateur et ses proches tout au cours de l'épisode de soins et services;
- Favoriser la co-construction des solutions et des initiatives afin d'atteindre des objectifs communs;

- Soutenir les usagers et leurs proches dans le développement de leurs apprentissages au niveau des soins et services, de l'organisation des soins et services et de la gouvernance;
- Encourager l'autodétermination des usagers.

4. Étapes du processus clinique

« Le processus clinique encadre explicitement l'intervention par une série de mesures tantôt offertes sous forme de directives (« l'intervenant doit », « le rôle de l'intervenant à cette étape est »), tantôt offertes sous forme de suggestions (« l'intervenant peut à cette étape »). Il est utilisé comme une façon générale de procéder pour traiter l'ensemble des interventions entourant l'élaboration du PI de l'utilisateur » (Fournier, 2009, p. 14) bénéficiant de soins et de services au sein de la DSSADG. Le jugement clinique, l'apport des connaissances et l'expérience des intervenants demeurent essentiels dans le processus clinique. Les étapes principales du processus clinique sont décrites dans la figure suivante :

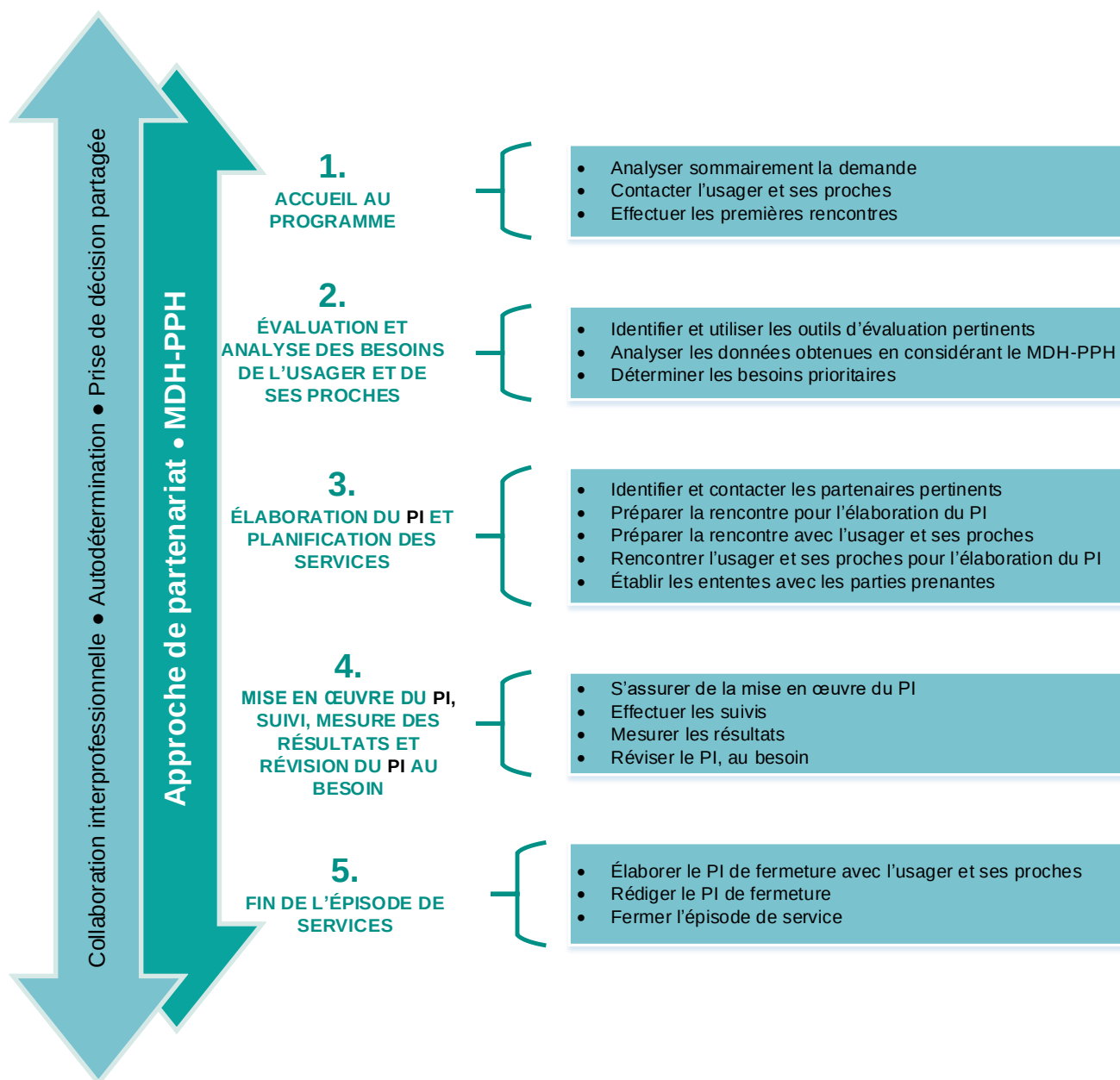


Fig. 5 – Étapes du processus clinique

À tout moment lors du processus clinique, une référence vers un autre service de la DSSADG, un partenaire interdirection du CISSS de la Montérégie-Ouest ou un partenaire externe est à envisager selon l'évolution des besoins de l'utilisateur et de ses proches.

4.1. Étape préalable au processus clinique : Guichet d'accès

L'étape clinique indispensable qui précède le cheminement de l'utilisateur et ses proches à travers les étapes du processus clinique est l'accès aux services². La vision de la DSSADG est de simplifier et centraliser l'accès à ces services pour un nouvel usager via un guichet d'accès unique³.

Sa mission consiste à :

- Recevoir les demandes de services;
- Évaluer l'admissibilité aux services de la DSSADG;
- Orienter les demandes vers le(s) programme(s) et services appropriés;
- Émettre un niveau de priorisation, en fonction des informations recueillies au moment du traitement de la demande d'admission.

Les grandes étapes du mécanisme d'accès sont illustrées à la figure 6.

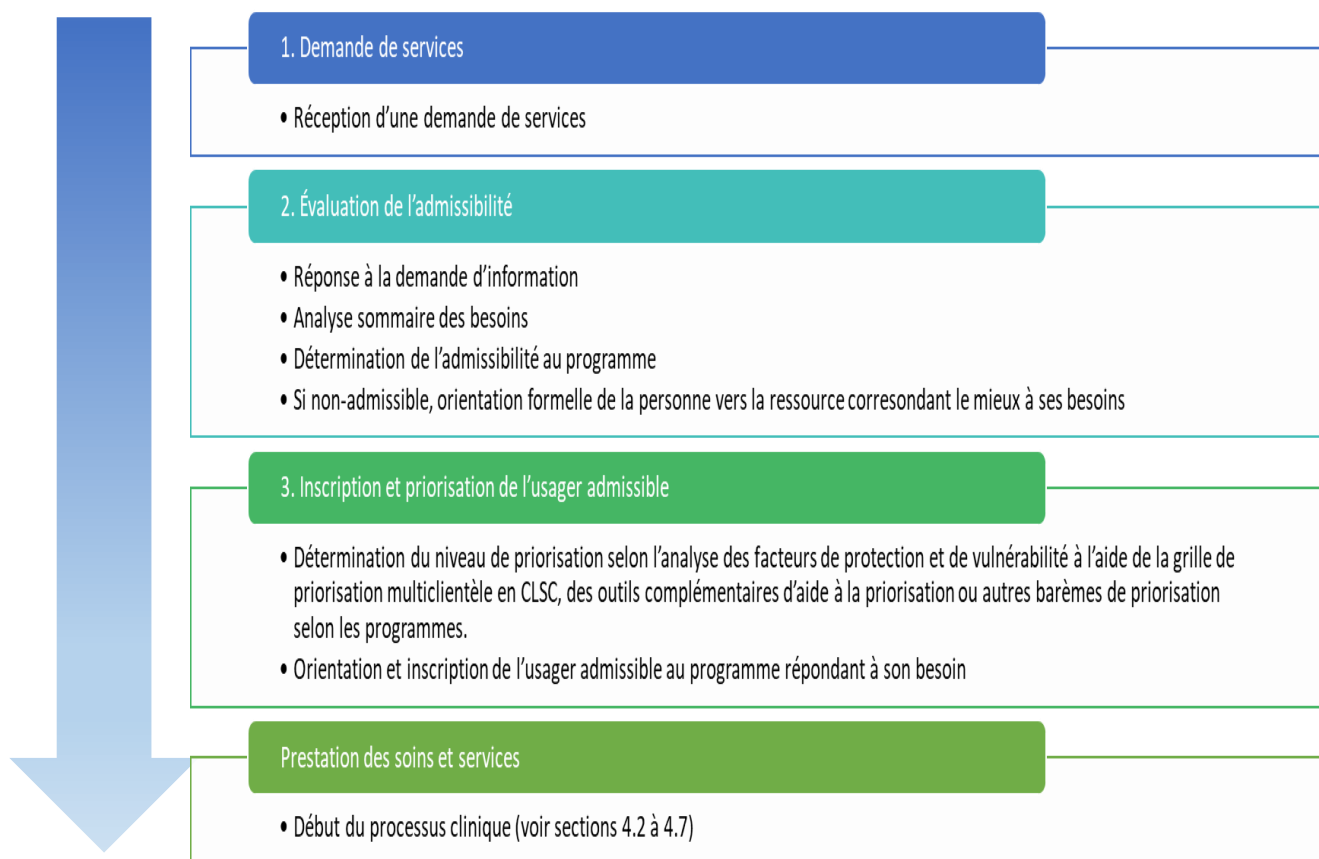


Fig. 6 – Étapes du mécanisme d'accès

Comme l'indique la figure précédente, si la demande est jugée non admissible, l'intervenant de l'accès doit réorienter le référent vers les services ou ressources appropriés pour l'utilisateur.

2. Considérant la diversité des clientèles desservies à la DSSADG, les critères d'accès aux différents programmes peuvent varier. De ce fait, les modalités de référence sont spécifiques à chacun de ces programmes. Veuillez consulter directement les programmes pour connaître les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques.
3. Dans le cas des services ambulatoires spécialisés de gériatrie, le mécanisme de référence est particulier et les demandes ne transigent pas via le guichet d'accès unique. Voir PRG-10276 *Programme des services ambulatoires spécialisés de gériatrie*.

Cette étape préalable au processus clinique se finalise lorsque le traitement de la demande est complété, que le cheminement de la demande au programme approprié a eu lieu et que l'utilisateur est assigné à un intervenant. Au cours de la période d'attente se situant entre la réception de la demande au guichet d'accès unique et l'assignation d'un intervenant au programme, les intervenants appropriés soutiennent la clientèle et les partenaires. Ainsi, les interventions qui y sont dispensées facilitent le continuum de services aux usagers.

Une fois admis, l'utilisateur et ses proches peuvent être dirigés vers un autre programme de la DSSADG ou direction du CISSS de la Montérégie-Ouest, en fonction de leurs besoins, sans transiger par le guichet d'accès.

4.2. Accueil au programme

Cette étape vise à valider la compréhension de la demande de service et à s'entendre avec l'utilisateur et ses proches sur les modalités de services. Elle constitue les fondements de la relation de partenariat avec l'utilisateur.

Cette étape est effectuée par l'intervenant principal au dossier de l'utilisateur.

4.2.1. Analyser sommairement la demande

- Effectuer la lecture du dossier.
- Relever les attentes, les besoins et les données à clarifier.
- Identifier les aspects légaux (mandat d'incapacité, régime de protection, etc.).

4.2.2. Contacter l'utilisateur et ses proches

- Effectuer le premier contact avec l'utilisateur.
 - Valider les éléments de la demande.
 - Réévaluer la pertinence et nécessité du service.
 - Présenter le rôle de l'intervenant et du service.
 - Identifier les personnes dont la présence doit être sollicitée lors de la première rencontre.
 - Établir une voie claire de communication avec l'utilisateur et ses proches (si pertinent)
- Avant de contacter l'utilisateur, s'assurer de maîtriser les éléments centraux de sa situation, et ce, dans le but d'éviter qu'il ait à répéter plusieurs informations (par exemple : diagnostics, valeurs et habitudes culturelles, parcours de services, etc.).
- Lorsqu'une autorisation de l'utilisateur est présente au dossier ou s'il y consent verbalement lors du premier contact, au besoin, contacter la PPA pour obtenir ou valider des informations.

4.2.3. Effectuer la ou les premières rencontres

Par souci d'efficacité et dans l'optique d'éviter à l'utilisateur et ses proches de répéter les mêmes informations, faire une ou des rencontres avec eux afin de cibler les priorités d'intervention.

- Explorer les attentes de l'utilisateur et des proches.
- Repréciser le rôle des intervenants.
- Expliquer l'offre de services / fin d'intervention (cadre d'intervention : réorientation).

- Expliquer la visée et le fait qu'il y a un début et une fin (critères de fin d'intervention en lien avec chaque programme et service).
 - Au besoin, faire signer des formulaires d'autorisation pour communiquer avec des partenaires ou recommander l'utilisateur ou ses proches à d'autres établissements et déposer une demande pour obtenir les documents pertinents qui seraient manquants (rapport, PSI, etc.).
- Suivant cette étape, le formulaire de consentement général à recevoir des services⁴ doit être expliqué à l'utilisateur, rempli, signé et déposé au système d'information informatisé approprié. En cas d'inaptitude de l'utilisateur à consentir à un soin ou un service, l'intervenant doit obtenir le consentement substitué du représentant de l'utilisateur. Référez-vous à la Politique clinique sur le consentement aux soins et aux services (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).
- Un consentement verbal est aussi valide. Le cas échéant, s'assurer de consigner cette information dans le système d'information informatisé approprié.
- Dans le cas d'un **refus de service** : documenter les raisons énoncées par l'utilisateur et ses proches et leur expliquer les conséquences possibles de ce refus et les alternatives envisageables. Inscrire le résumé de la discussion dans le système d'information clientèle informatisé⁵.

4.3. Évaluation et analyse des besoins de l'utilisateur et de ses proches

Cette étape vise à réaliser une évaluation selon le champ d'exercices de chaque discipline concernée⁶, afin d'identifier et d'analyser les facteurs impliqués dans la situation de l'utilisateur en lien avec son état biopsychosocial et l'atteinte de l'autonomie décisionnelle et fonctionnelle. Cette analyse permettra d'établir la base d'information globale qui influencera toutes les étapes du processus clinique.

« L'évaluation doit se réaliser en termes de **continuité et de complémentarité**. À cet effet, un intervenant qui souhaite débiter ou poursuivre une évaluation doit d'abord lire le dossier de l'utilisateur, incluant les évaluations récentes et antérieures, et déterminer par la suite les évaluations complémentaires à effectuer, s'il y a lieu, en s'assurant de ne pas répéter des évaluations déjà réalisées, à moins qu'elles ne soient justifiées dans le processus clinique » (CIUSSS MCQ, 2018, p. 10).

4.3.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents

L'évaluation des besoins est réalisée à l'aide d'outils d'évaluation reconnus et standardisés, et idéalement informatisés. En plus de cette évaluation globale, les intervenants procèdent à leurs évaluations disciplinaires pour arriver à une lecture juste de la situation en fonction de problématiques ponctuelles ou spécifiques à leur discipline.

4. Ce consentement n'exclut pas l'obligation de chaque professionnel à obtenir un consentement pour leurs services tel que décrit dans leur code de déontologie respectif. Voir la Politique clinique sur le consentement aux soins et aux services (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).
5. Pour la rédaction des notes évolutives et l'insertion de documents dans les systèmes d'information informatisés, se référer aux procédures existantes à ce jour.
6. Des évaluations sont exclusives à certains professionnels, selon leurs champs d'exercices ou selon le profil des usagers. L'identification du professionnel autorisé à évaluer un usager doit être réalisée conformément au Code des professions.

L'utilisation de ces divers outils et méthodes est requise pour déterminer :

- les facteurs de vulnérabilité et de protection (voir [annexe A](#));
- les difficultés ou les problèmes et les besoins qui y sont rattachés;
- les forces et les ressources de l'utilisateur et de son environnement.

→ Au besoin, des interventions peuvent être faites dans l'immédiat (conseil, soutien, intervention).

→ L'évaluation doit prendre en compte la précarité de la situation de l'utilisateur : observation continue des facteurs de vulnérabilité présents pour assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de ses proches.

Il est important d'évaluer les besoins de services en matière de santé et de services sociaux pour les PPA et fournir un plan d'accompagnement, au besoin, pour les soutenir. Il importe de faire preuve de sensibilité, d'ouverture et de souplesse dans un accompagnement qui vise à anticiper les besoins des PPA afin d'y répondre avec l'intensité requise et en temps opportun, parfois même après le décès de la personne aidée.

Ceci permet de s'assurer que :

- Les soins et services retenus sont appropriés aux besoins de l'utilisateur et de ses proches;
- Le prestataire de soins et services choisi est adéquat.

Finalement, l'évaluation comporte la rédaction d'une note, d'un bilan ou d'un rapport basé sur différentes sources d'informations (entrevue avec l'utilisateur et ses proches, observations, passation d'outils d'évaluation standardisés, etc.) qui seront plus ou moins exhaustifs, selon le contexte et le niveau de soins et services offerts, le niveau d'urgence de la situation et le cadre législatif (CIUSSS MCQ, 2018).

4.3.2. Analyser les données obtenues en considérant le MDH-PPH

L'analyse des données obtenues par les évaluations et les collectes de données permet de formuler une opinion professionnelle, de dégager des recommandations qui servent de base pour l'action. Pour réaliser cette étape du processus clinique, la DSSADG a retenu le MDH-PPH comme modèle d'analyse. L'intervenant doit donc garder en tête les **facteurs personnels et environnementaux qui contribuent à la participation sociale ou à la situation de handicap de l'utilisateur** (voir l'aide-mémoire en [annexe B](#)).

La possibilité d'identifier les déficiences, les incapacités et les situations de handicap, pour ensuite déterminer les problèmes et les besoins qui en découlent, permet de fixer les objectifs et de convenir d'un PI avec l'utilisateur et ses proches. Autrement dit, cette assise théorique sert à l'analyse qui déterminera l'ensemble des besoins, soit les besoins comblés ou les besoins à combler pour lesquels des services devront être mis en place.

Les facteurs personnels et environnementaux peuvent contribuer ou nuire à la qualité de vie et à la participation sociale de l'utilisateur. Il importe donc de procéder à une analyse de leur influence. Grâce à cette analyse, les intervenants formulent alors des **hypothèses cliniques plausibles** et utiles pour tenter d'expliquer, mais aussi de mieux comprendre la situation de l'utilisateur.

4.3.3. Déterminer les besoins prioritaires

Les résultats des analyses et des évaluations sont transmis à l'utilisateur et ses proches. La communication de l'analyse se fait généralement verbalement, dans un langage accessible.

→ Chaque intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur et ayant réalisé une évaluation en présente les résultats à l'utilisateur et ses proches.

Sur la base de ces résultats, en relation avec la **pertinence**, l'**urgence de la situation** et la **sécurité du milieu de vie**, l'intervenant établit en collaboration avec l'utilisateur et ses proches l'ordre des priorités pour répondre à ses besoins.

Les besoins expriment l'écart entre la situation désirée et la situation actuelle en termes de santé, de difficultés, de services ou de ressources.

→ La participation active de l'utilisateur et de ses proches est cruciale à cette étape. Ces derniers expriment :

- leurs besoins à travers l'ensemble des dimensions de l'évaluation globale;
- leur intérêt, leur motivation et leur désir de travailler sur des besoins pour améliorer, récupérer ou maintenir une ou des capacités;
- ce qui est important et prioritaire pour eux en lien avec le **projet de vie de l'utilisateur**.

« Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, inaptitude de l'utilisateur, fin de vie, etc.), au lieu de référer à un projet de vie, il est peut-être plus facile de formuler :

- des besoins/attentes immédiats quant au fonctionnement quotidien de l'utilisateur tel que :
 - ↑ le soulagement de symptômes (p. ex. le soulagement des douleurs);
 - ↑ la récupération d'une fonction ou d'une capacité (p. ex., la récupération de la mobilité, de l'alimentation, de la communication, de la continence);
- des projets à court terme » (DMFMU, 2018, p.24).

L'ordre de priorités est une décision qui doit prendre en considération les besoins exprimés par l'utilisateur, son opinion, les préférences de la PPA, sa situation globale incluant **les facteurs de vulnérabilité et de protection**.

→ Les hypothèses explicatives et le pronostic doivent être consignés au dossier de l'utilisateur conformément aux normes en vigueur (lois, politique et procédure, exigences de tenue de dossier des ordres professionnels).

À la lumière des attentes, de ses forces, des facteurs de risque et des besoins prioritaires de l'utilisateur, l'intervenant explore avec ce dernier ce qu'il comprend de la situation. Il s'agit d'un moment privilégié d'échanges dans le but d'accompagner l'utilisateur et ses proches en vue d'une décision éclairée.

À la fin de cette étape, l'utilisateur et ses proches doivent donc avoir reçu toute l'information pour prendre une décision libre et éclairée et les besoins à prioriser sont déterminés.

4.4. Élaboration du plan d'intervention (PI) ⁷ et planification des services

Un PI doit être présent dès qu'un suivi est effectué auprès de l'utilisateur ou de sa PPA. Dans certaines circonstances, cette élaboration du plan d'intervention est réservée à des professionnels spécifiques (Code des professions).

Cette étape s'effectue à partir des besoins qui ont été retenus en priorité à l'étape précédente, en mettant l'accent sur les compétences, les capacités et les ressources de l'utilisateur plutôt que sur ses limites.

Elle permet d'identifier :

- ce que l'utilisateur souhaite travailler en regard des besoins prioritaires identifiés
- les objectifs à poursuivre
- les moyens/stratégies à utiliser
- le partage des responsabilités
- la fréquence et la durée prévisible pendant laquelle les services seront dispensés
- les services requis et les ressources les plus aptes pour répondre aux besoins
- les prestataires/partenaires pertinents.

Elle permet aussi de planifier la mesure des résultats de l'intervention.

→ La participation active de l'utilisateur et de ses proches est essentielle.

4.4.1. Identifier et contacter les partenaires pertinents

Lorsqu'une autorisation de l'utilisateur est présente au dossier, contacter les partenaires pour établir des zones de collaboration potentielles, valider des informations, faire la mise à jour des services reçus ou en cours, vérifier les dates de tenue d'un PSI, etc.

4.4.2. Préparer la rencontre pour l'élaboration du PI

→ L'utilisateur et ses proches ne participent pas à cette étape.

Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur ou lorsque le but de la collaboration entre les intervenants correspond à une pratique multidisciplinaire⁸ (et non interdisciplinaire), une rencontre de PI est préparée pour s'approprier les éléments incontournables à présenter et, entre autres :

- Identifier et organiser les éléments importants à répertorier avant la rencontre.
- Réfléchir aux éléments significatifs que l'on souhaite faire ressortir.
- Explorer les différentes possibilités de prestataires et services disponibles en communauté, en considérant les besoins prioritaires et les facteurs de vulnérabilité.
- Analyser, en continu, les besoins qui n'ont pas été prioritaires, afin d'éviter une détérioration de l'état de l'utilisateur.

7. Pour connaître les exceptions aux modalités d'application du règlement entourant les PI ou toutes autres informations supplémentaires se référer au *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers* (REG-10173) disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

8. Lorsque le but de la collaboration est de s'échanger de l'information, de coordonner les interventions, ce qui correspond à une pratique multidisciplinaire, un PII n'est pas requis (CESS, 2022).

- Rappeler l'importance de la participation active de l'utilisateur et de ses proches lors de la rencontre d'élaboration du PI.
- Favoriser un arrimage organisationnel.

Lorsqu'une **concertation interdisciplinaire** est requise entre deux intervenants ou plus de disciplines différentes ou lorsque la concertation se fait avec un partenaire externe au CISSS de la Montérégie-Ouest, l'intervenant principal au dossier de l'utilisateur planifie une rencontre de préparation en précisant qui doit être présent et clarifiant le rôle de chaque participant.

Les intervenants concernés se réunissent afin de :

- Partager les attentes et priorités mentionnées par l'utilisateur et ses proches;
- Partager les observations et réflexions des divers intervenants;
- Échanger sur le pronostic;
- Permettre une coordination harmonieuse des interventions.

Pour répondre aux besoins, l'intervenant ou les intervenants sélectionnent le type de plan requis (PII et/ou PSI selon le cas).

Il peut être nécessaire d'élaborer plusieurs plans, mais chaque intervenant qui participe à l'élaboration du PII ou du PSI (selon le cas) doit également élaborer un PI propre à sa discipline. Chaque intervenant doit s'assurer que ses interventions s'inscrivent dans ce PI, lorsque la rédaction du plan est sous la responsabilité d'un autre professionnel.

Précisions sur la rédaction d'un PII

- But du PII: Prendre des décisions partagées dans l'atteinte d'objectifs communs et non de juxtaposer des plans d'intervention unidisciplinaires (cumul d'objectifs unidisciplinaires distincts);
- Permet d'établir un plan d'intervention commun qui est le résultat d'un partage des décisions concernant les objectifs communs et les interventions/services requis, dans le respect des champs d'exercice de chacun et des choix et préférences de l'utilisateur;
- Les objectifs du PII sont les mêmes pour ces intervenants et l'atteinte de ceux-ci est sous leur responsabilité commune. Toutefois les moyens d'interventions/services demeurent sous la responsabilité de chacun des intervenants impliqués dans le PII;
- Concerne les situations qui répondent aux critères de complexité, c'est-à-dire :
 - Combinaison de besoins/problèmes de nature variée (i.e. biopsychosociale) lesquels sont en interaction et requièrent des interventions multiples (ex: Utilisateur qui présente à la fois un risque de chute élevé, des troubles cognitifs en évolution et une situation de conflit familial);
 - Les interventions unidisciplinaires des différents intervenants impliqués sont insuffisantes ou inefficaces ou encore qu'ils ne peuvent solutionner dans leur pratique disciplinaire;
 - Une récurrence de symptômes de toute nature (ex: Réapparition des plaies de pression malgré interventions disciplinaires de l'infirmière, de l'ASSS, de la nutritionniste et de l'ergothérapeute);
 - Demande particulière ou situation exceptionnelle qui demande une adaptation des services (CESS, 2022).

4.4.3. Préparer la rencontre avec l'utilisateur et ses proches

Il est important de préparer l'utilisateur et ses proches, en leur expliquant comment se déroulera la rencontre pour l'élaboration du PI :

- terminologie;
- objectifs de la rencontre;
- rôle des participants;
- déroulement de la rencontre;
- identification des besoins et des attentes.

→ **Lors d'une rencontre de PII ou PSI**, l'intervenant principal au dossier favorise la compréhension de l'utilisateur sur le déroulement de la rencontre et diminue les appréhensions, s'il y en a. De plus, l'intervenant principal au dossier, l'utilisateur ainsi que ses proches identifient les objectifs prioritaires et leurs attentes face à la coordination des services. Finalement, il s'assure que l'utilisateur consente à la présence des membres de l'équipe interdisciplinaire à la rencontre d'élaboration de son PII ou PSI.

Chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire ou partenaire présent au PSI s'assure que l'utilisateur et ses proches comprennent bien les services rendus, tout en identifiant les objectifs visés en accord avec son mandat et sa discipline.

→ **Si un seul intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur** ou lorsque le but de la collaboration entre les intervenants correspond à une pratique multidisciplinaire, il prépare l'utilisateur et ses proches à la rencontre du PI, en utilisant des modalités semblables à celles recommandées lors d'un PII-PSI.

4.4.4. Rencontre pour l'élaboration du PI en partenariat avec l'utilisateur et ses proches

Encourager une participation active et l'autonomie des usagers aux décisions qui les concernent en matière de soins et de services. Envisagez toutes les modalités disponibles pour les impliquer à la rencontre, lorsque pertinent (rencontre à domicile, conférence téléphonique, télépratique, etc.).

En partenariat avec l'utilisateur et ses proches, l'intervenant considère l'inventaire des moyens d'intervention possibles pour l'atteinte des objectifs du plan.

→ Les interventions de prévention et d'autonomisation doivent être privilégiées en premier lieu à la compensation.

L'intervenant considère aussi l'ensemble des prestataires de services possibles, sans se limiter uniquement aux services pouvant être rendus par le CISSS de la Montérégie-Ouest.

→ Personnalisation de l'intervention en regard du bon service, par le bon intervenant ou équipe, au bon endroit et au bon moment.

Lors du choix d'un prestataire/partenaire, l'intervenant s'assure que les conditions de réalisation sont respectées. L'intervenant doit connaître les rôles de l'établissement et ceux des partenaires.

Il est attendu que l'utilisateur et ses proches contribuent à l'élaboration du plan. L'utilisateur et ses proches et les intervenants concernés participent à la rencontre, qui, dans le cadre du processus clinique, a pour but de **dégager une vision commune des besoins et des ressources nécessaires et de convenir des objectifs à atteindre ou des orientations à prendre, des services requis et des moyens d'intervention**. Selon les données probantes, l'efficacité d'un plan découle majoritairement de l'adhésion de l'utilisateur et est tributaire de sa participation active à l'identification des besoins retenus.

Les choix faits au plan doivent principalement tenir compte :

- Des capacités et préférences de l'utilisateur
- De l'impact des services à renforcer et maintenir acquis et minimiser risques associés à sa situation (impact sur l'atteinte des objectifs)
- De la mise en place de conditions favorables assurant la sécurité de l'utilisateur et de ses proches
- De l'expertise, des compétences et des connaissances de l'utilisateur et ses proches en regard de sa situation
- Des facteurs de risque de précarité pour bien identifier les prestataires de soins et services et le niveau d'accompagnement (coordination) et d'encadrement requis
- De l'offre de services des partenaires
- Des besoins et droits des autres usagers dans une visée d'équité des services
- Des ressources humaines, matérielles et financières.

→ Le plan d'intervention devrait refléter **les besoins réels de l'utilisateur** (ce qui est requis) et non seulement les services fournis (ce qui est disponible dans l'offre de service). Ces besoins doivent être inclus dans le plan, même s'il est possible que les objectifs associés ne soient jamais complètement atteints.

La rencontre du PI, animée par l'intervenant principal au dossier, se déroule généralement selon ces 4 grandes étapes :

1. Mettre en commun les informations

« À cette étape, il y a un partage et une validation des informations recueillies lors de l'identification des besoins de l'utilisateur, qui guideront les décisions prises aux étapes subséquentes. Il est important de relever les éléments facilitants et les obstacles identifiés à l'étape de l'évaluation qui devront être pris en compte lors des interventions. » (MSSS, 2016, p. 31)

2. Identifier l'objectif général

« Ensuite, il doit y avoir un consensus sur la formulation d'un objectif général concernant l'orientation commune à envisager pour coordonner l'ensemble et des interventions et des services requis. » (MSSS, 2016, p. 31)

3. Identifier les objectifs spécifiques ou les orientations

En lien avec l'objectif général, les objectifs spécifiques servent à détailler le besoin ou la problématique à travailler ainsi que les résultats escomptés, selon le souhait de l'utilisateur. « Les objectifs ciblés visent une amélioration ou le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie de l'utilisateur en le soutenant dans :

- La compréhension de son état de santé;
- Sa participation sociale;
- Le développement de ses capacités de gestion de ses soins;

- Le développement de ses habiletés interpersonnelles;
- Le développement de ses habiletés fonctionnelles; etc.» (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020).

Les objectifs devraient être rédigés en concertation avec l'utilisateur et ses proches. Ils devraient également être clairs, précis, mesurables et réalistes afin d'être considérés opérationnels (Locke & Latham, 2013).

Les intervenants impliqués s'engagent à actualiser chaque objectif retenu, pour lequel un échéancier est identifié. Dans le cas d'un PSI, les interventions se retrouvent dans le PI ou le PII de chacun des intervenants impliqués.

4. Identifier les moyens d'intervention

« Cette dernière étape vise à identifier des moyens d'intervention, ainsi que la fréquence et la durée des interventions, et ce, pour chaque objectif retenu. Il est important de choisir des termes qui suscitent l'adhésion de l'utilisateur et de ses proches, entre autres, dans le cas où un besoin est jugé prioritaire par les intervenants, mais qu'il n'avait pas nécessairement été reconnu par l'utilisateur et ses proches. En ce sens, veuillez garder en tête que les principes d'autonomisation et de récupération fonctionnelle redonnent confiance à l'utilisateur et contribuent à lui redonner du pouvoir sur sa vie. » (MSSS, 2016, p. 31)

4.4.5. Établir des ententes avec les parties prenantes

Formaliser l'engagement en précisant :

- Les types de services et interventions convenues
- La fréquence
- Les prestataires retenus
- Les autres arrangements prévus (ex. financier, matériel, etc.)

L'entente avec les prestataires se concrétise par **l'envoi d'une requête de services** et la signature d'un contrat entre l'utilisateur et certains partenaires.

Au terme de la rencontre, la signature du plan par l'utilisateur (ou le représentant de l'utilisateur en cas d'inaptitude de l'utilisateur à consentir à un soin) et l'intervenant amène une responsabilisation de part et d'autre à travailler en collaboration pour l'atteinte des objectifs.

4.5. Mise en œuvre du PI, suivi, mesure des résultats et révision du PI au besoin

4.5.1. Mettre en œuvre le PI

L'intervenant principal au dossier s'assure de la mise en œuvre du plan, même si plusieurs partenaires sont impliqués. Chaque intervenant impliqué procède à la mise en œuvre du plan en tenant compte des objectifs spécifiques ou des orientations élaborées conjointement, des moyens d'intervention et de l'échéancier convenus avec l'utilisateur et ses proches.

C'est l'apport combiné des établissements ainsi que des différents partenaires externes qui forme l'ensemble des ressources auxquelles l'utilisateur a accès pour recevoir des services. De ce fait, chacun des acteurs impliqués a des responsabilités qui lui sont propres. Il est important de respecter le partage des rôles entre les différents partenaires regard de la dispensation des services à un usager.

Les notes d'évolution ou de suivi inscrites au dossier de l'utilisateur doivent refléter la progression de l'utilisateur à l'égard des objectifs et des moyens ciblés dans le plan. Elles doivent être produites dans les délais prescrits, en conformité aux politiques et procédures de tenue de dossiers de l'établissement, pour assurer une continuité de l'intervention.

4.5.2. Effectuer des suivis

Tant que le PI est actif, l'intervenant qui le coordonne doit être proactif et en mode continu de vigilance quant à :

- l'évolution de l'état, des besoins de l'utilisateur et de ses proches et des priorités retenues;
- l'analyse des facteurs de vulnérabilité pour assurer la sécurité de l'utilisateur;
- l'analyse des écarts entre ce qui a été convenu au PI et les services rendus;
- la qualité de l'expérience de soins et de services de l'utilisateur et des proches.

Le PI doit suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur et s'adapter à sa réalité tout au long de la démarche clinique.

4.5.3. Mesurer les résultats

À cette étape, il faut s'assurer que le PI a été respecté, qu'il a donné les résultats escomptés et que l'utilisateur a vécu une expérience de qualité. L'intervenant doit demeurer à l'écoute de l'utilisateur et de ses proches en ce qui a trait à leur satisfaction des services reçus et pour les besoins non comblés.

4.5.4. Réviser le PI

La révision désigne le suivi périodique des éléments contenus au PI. Elle est réalisée avec la participation de l'utilisateur (ou le représentant de l'utilisateur en cas d'inaptitude de l'utilisateur à consentir à un soin ou un service), selon la nature et la portée des changements. En effet, l'utilisateur doit toujours être informé des changements à son PI et y consentir de façon libre et éclairée. Tel qu'inscrit au *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des PI des usagers*, « les révisions doivent s'effectuer selon les termes prévus lors de l'élaboration du PI, lorsqu'un changement apparaît dans l'état ou les besoins de l'utilisateur, ou selon les normes dictées par le programme clientèle ou le ministère de la Santé et des Services sociaux » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019, p.14).

La révision est l'occasion de veiller à :

- une analyse, en continu, des besoins non comblés, essentielle pour assurer une réponse clinique adéquate aux besoins de l'utilisateur;
- un réajustement ou une modification, lorsque nécessaire, du plan et des services, en fonction de l'évolution de la situation clinique de l'utilisateur;
- une vérification de l'atteinte des objectifs ou orientations et des résultats prévus;
- une mesure de l'impact des actions posées par chaque intervenant et partenaire;

- un partage de la vision de l'utilisateur et de ses proches quant aux objectifs visés et aux stratégies d'intervention pour y parvenir.

4.6. Fin de l'épisode de service

La fin de l'épisode de services correspond à l'atteinte des objectifs ou tout autre motif de cessation selon les critères de fin d'intervention de chaque programme.

À l'approche de l'atteinte des objectifs du PI, l'intervenant prépare l'utilisateur et ses proches de la fin prochaine des interventions. L'utilisateur et ses proches sont parties prenantes de cette étape où il est convenu de l'atteinte des objectifs et/ou de l'orientation à privilégier. Avec l'accord des usagers, les partenaires impliqués sont informés de la fin de l'épisode dans lequel ils sont impliqués.

Pour chaque fermeture d'épisode de services, une note, un bilan ou un rapport de fermeture, selon les programmes, doit être rédigé et déposé au dossier de l'utilisateur le plus tôt possible, et ce, en conformité aux politiques et procédures de tenue de dossiers en vigueur dans chacun des secteurs de l'établissement. Celui-ci contient :

- la synthèse des interventions réalisées;
- le niveau d'atteinte des objectifs ;
- la satisfaction de l'utilisateur et ses proches relativement aux services reçus;
- le motif de la fermeture en lien avec le PI, la formulation de recommandations ou de suivis à réaliser;
- ainsi que l'orientation de l'utilisateur vers d'autres services ou partenaires si requis. Le rapport permet de faciliter la continuité de l'intervention dans le cadre d'un prochain épisode de soins ou de services (s'il y a lieu).

La fin de l'épisode de service mène à la fermeture du dossier. La fermeture est la dernière étape du processus clinique à l'intérieur d'un épisode de services.

Lorsque l'intervenant a une fonction d'intervenant pivot, il doit s'assurer des modalités mises en place pour le suivi de l'utilisateur avant de mettre fin à l'épisode de services.

L'utilisateur et ses proches sont encouragés à partager leur expérience dans le cadre de l'amélioration continue des services par le biais de différents moyens mis à sa disposition.

5. Intervenants concernés

Les **assises et le cadre conceptuel** du processus clinique se doivent d'être actualisés par tous les gestionnaires et intervenants de la DSSADG, tant auprès de la clientèle, qu'auprès des divers partenaires.

De plus, les **étapes du processus clinique** doivent servir de référence pour tous les intervenants exerçant une fonction liée à la prestation de soins ou de services dans l'établissement.

Il peut également servir aux partenaires internes et externes pour comprendre la vision et le fonctionnement de la DSSADG.

6. Mise en application

Afin de soutenir les intervenants et gestionnaires dans l'actualisation du présent processus clinique, des mesures de soutien et un plan d'implantation contenant diverses modalités permettent de suivre la mise en œuvre du processus clinique, sa qualité et son suivi :

- des audits de dossier;
- des évaluations de la satisfaction de l'expérience des usagers, de leurs proches et des intervenants;
- de la formation et des activités de développements de compétences;
- des activités d'appropriation;
- de l'encadrement clinique;
- une évaluation de l'implantation de ce processus.

Ces mécanismes d'encadrement assurent la pertinence et la cohérence du processus clinique avec les offres de service de la DSSADG ainsi qu'avec les normes et standards de pratique au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

6.1. Compétences attendues

Les compétences attendues liées au processus clinique de la DSSADG s'adressent à tous les intervenants œuvrant avec les usagers et leurs proches dans les différents programmes et services de cette direction. Ces compétences ont été regroupées selon deux thématiques présentées ci-dessous.

Les **profils de compétences** précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions. Ils comprennent les compétences de fonction liées au titre d'emploi ainsi que des compétences générales et spécifiques liées au programme. Pour davantage d'informations concernant les compétences attendues pour chaque intervenant faisant partie de la DSSADG, les profils de compétences sont disponibles sur l'Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Tableau I
Compétences spécifiques attendues liées au processus clinique

1. Connaissances
• Processus clinique à la DSSADG (présent document), notamment les concepts fondamentaux, le modèle et l'approche préconisés (MDH-PPH et le partenariat), les étapes du processus clinique ainsi que les outils cliniques associés ; • Principaux facteurs de vulnérabilité et de protection, besoins spécifiques, réalités et défis de la clientèle desservie par la DSSADG ; • Responsabilités légales entourant les interventions auprès de cette clientèle (ex. : régimes de protection, obligation du consentement et ses diverses formes, plan d'intervention) ; • Différents partenaires internes et externes œuvrant auprès de la clientèle desservie par la DSSADG ; • Offres de services et trajectoires internes et externes afin d'accompagner les usagers et leurs proches ; • Meilleures pratiques de prévention et de promotion pour la clientèle desservie par la DSSADG.
2. Savoir-faire et savoir-être
• Adapter ses attitudes et ses interventions selon le niveau d'autonomie de l'utilisateur, son projet de vie, son rythme, ses besoins et ceux de leurs PPA ; • Adopter des attitudes et des comportements concordant au contexte et aux valeurs culturelles dans le respect des usagers et de leurs proches ;

- Appliquer les meilleures pratiques en approche de partenariat avec les usagers, leurs proches, les partenaires communautaires et les autres acteurs en santé et en services sociaux (ex. : reconnaissance des savoirs expérientiels, optimisation de l'autodétermination) ;
- Respecter les volontés et les capacités d'engagement des PPA ;
- Utiliser les forces et les acquis de l'utilisateur et de son réseau ;
- Appliquer les stratégies d'évaluation et d'intervention recommandées selon les meilleures pratiques, le modèle ainsi que l'approche théorique retenus ;
- Optimiser la prise de décision partagée avec l'utilisateur et ses proches en utilisant des habiletés relationnelles et de communication ;
- Offrir les différentes options possibles et adaptées à l'utilisateur et ses proches face à l'offre de services des partenaires à partir de recherche d'informations et de ressources dans un contexte de changements constants ;
- Développer une relation de confiance avec les usagers et leurs proches ;
- En contexte de collaboration interprofessionnelle, appliquer les recommandations des différents acteurs en fonction des besoins de l'utilisateur et des meilleures pratiques ;
- Appliquer la politique de consentement du CISSS de la Montérégie-Ouest dans toutes les situations de soins et de services afin de garantir le respect des principes d'autonomie, d'intégrité et d'inviolabilité de l'utilisateur par la reconnaissance du droit de consentir ou de refuser les soins et les services qui lui sont proposés.

Des activités de développement des compétences pourront être déployées en lien avec les compétences attendues liées au processus clinique de la DSSADG. Ces activités sont échelonnées dans le temps selon les priorités et les besoins de la direction. Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement. Pour davantage d'information concernant les activités de développement des compétences, l'intervenant doit se référer à son gestionnaire immédiat.

Selon les besoins, les activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation, groupe de co-développement, communauté de pratique, etc.). Des rencontres régulières de soutien clinique avec les professionnels ayant des fonctions d'encadrement clinique sont à privilégier pour guider les intervenants dans les dossiers complexes, le développement des compétences ainsi que le transfert de connaissances, tel que les différents services offerts par les partenaires internes et externes. De plus, un programme complet d'orientation, d'intégration et de développement des compétences du personnel (qui comprend notamment la vision, la mission et les valeurs du programme) ainsi qu'une offre de formation continue pour les nouveaux employés font partie des bonnes pratiques afin de maintenir des services en cohérence avec le processus clinique.

6.2. Rôles et responsabilités

Direction : stratégique et de proximité

- S'engagent dans la promotion et l'implantation du processus clinique;
- Diffusent le processus clinique et assurent son application dans leur secteur;
- S'assurent de la diffusion continue du processus clinique DSSADG pour tous les nouveaux employés (ex. page de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA));
- Mettent à la disposition du personnel et des gestionnaires les ressources requises et pertinentes (ex. formation, libération de temps, outils, encadrement clinique, etc.);
- S'assurent que les intervenants participent aux activités proposées dans le cadre de l'implantation du processus clinique;

- S'assurent de la conformité de son offre de service et de sa documentation clinique en cohérence avec le processus clinique;
- Monitorent le nombre de PII/PSI ainsi que le respect des délais d'élaboration et de révision de ceux-ci;
- Consolident les modalités de collaboration interprogramme et interdirection;
- Recueillent la satisfaction des usagers auprès des usagers et des équipes cliniques par les différents moyens à leur disposition;
- S'engagent à la révision du processus clinique dans une visée d'amélioration continue.

Personnes ayant une fonction d'encadrement clinique: Assistants du supérieur immédiat, spécialistes en activités cliniques et coordonnateurs cliniques ou professionnels, etc.

- Jouent un rôle majeur dans la mise en œuvre et l'encadrement du processus clinique au sein de leur équipe respective;
- Animent les activités d'appropriation et de transferts de connaissances en fonction des besoins identifiés;
- Contribuent à l'application des modalités d'encadrement clinique en lien le processus clinique;
- Contribuent à l'amélioration de la pratique professionnelle en lien avec le processus clinique;
- Identifient les besoins de développement de compétences des intervenants en lien avec le processus clinique;
- Contribuent à l'élaboration et à l'application des normes et standards de pratiques professionnelles;
- Collaborent avec la DSSADG au soutien au développement des meilleures pratiques;
- Favorisent la collaboration interprofessionnelle et le partenariat de soins et de services;
- Assurent un suivi de la qualité du processus clinique au sein de leur programme et service.

Intervenants

- S'approprient le contenu du processus clinique;
- Impliquent et facilitent la participation de l'utilisateur et de ses proches dans les différentes étapes du processus clinique;
- Analysent les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie afin d'établir le portrait complet de la situation et des besoins de l'utilisateur;
- Déterminent les besoins et les objectifs à prioriser au PI de l'utilisateur;
- Utilisent les outils cliniques harmonisés pour l'élaboration des PI;
- Remettent à l'utilisateur et ses proches son PI ou son plan de services et l'explique dans un langage accessible;
- Appliquent les programmes, guides ou autres référentiels cliniques;
- Appliquent les différentes politiques et procédures en place dans le cadre de leur prestation de services (ex. : Politique sur le consentement aux soins et services, Procédures sur la tenue de dossier, etc.);
- Révisent le PI, selon les délais prescrits;
- Réalisent un bilan des interventions réalisées;
- Mesurent l'atteinte des objectifs;
- Orientent et accompagnent l'utilisateur et ses proches vers d'autres services ou partenaires, lorsque nécessaire;
- Recueillent la satisfaction de l'utilisateur à l'égard des services reçus.

Usagers, représentants et proches

- S'impliquent aux différentes étapes du processus de prise de décisions les concernant, en nommant leurs préférences et leur vision de leur situation;
- Participent activement, selon leurs capacités et leurs attentes, à l'élaboration du PI et à sa révision en partageant toutes les informations nécessaires à l'évaluation de leurs besoins;
- Sont les principaux acteurs de leurs parcours de soins et de services;
- Demandent aux intervenants de clarifier l'information dans un langage adapté pour soi ou demander à être accompagné dans le cadre des soins et services;
- Adoptent un comportement empreint de civilité, exempt de quelconque forme de violence, de sévices, d'intimidation ou de discrimination à l'égard des intervenants, des autres usagers ou des proches de ces derniers;
- Collaborent selon leurs capacités à leurs soins et services ainsi qu'à la réalisation de leur PI et développent sa capacité à le faire avec l'aide des intervenants;
- Comprennent les éléments partagés, expriment leurs besoins, explorent des solutions consensuelles avec les partenaires de l'équipe de soins et de services et prennent des décisions libres et éclairées dans le respect de leurs projets de vie;
- Partagent leur expérience dans le cadre de l'amélioration continue des services par le biais de différents moyens mis à sa disposition.

Veillez noter qu'en cohérence avec l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches et afin de pouvoir travailler en équipe avec les usagers, le code d'éthique du CISSS de la Montérégie-Ouest nomme également les conduites attendues de la part des intervenants et des usagers.

Conclusion

Ayant comme fondement l'harmonisation des pratiques au sein de la DSSADG, ce processus clinique assurera la qualité, la continuité et la coordination des services à travers les différents programmes. Il dotera l'ensemble des intervenants de la DSSADG d'une vision commune des approches d'intervention préconisées en se basant sur les données probantes.

Le processus clinique sera implanté graduellement en arrimant la théorie et la pratique dans son application. Considérant le fait que les besoins des usagers et leurs proches sont variés et évoluent dans le temps, ce document devra être révisé périodiquement dans le but de maintenir sa pertinence clinique. Il fera également l'objet d'une évaluation de ses effets, et ce, dans une visée d'amélioration continue afin de permettre qu'il évolue aussi dans le temps, si nécessaire.

Liste des annexes

Annexe A Tableau des principaux facteurs de vulnérabilité et de protection

Annexe B Outil récapitulatif pour l'analyse des besoins de l'utilisateur selon le MDH-PPH

Références

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2021). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. <https://nccdh.ca/glossary/entry/facteurs-de-protection>
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). (2022). *Extrait de formation RSIPA*. MSSS.
- Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal. (2009). *Processus clinique montréalais*. <https://fr.readkong.com/page/processus-clinique-montrealais-7848639>
- Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, c C-12).
- CISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2018). *Le processus clinique du CIUSSS Mauricie-Centre du Québec (MCQ)*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (n.d.). *Code d'éthique*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019). *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2020). *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*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021). *Cadre de référence sur les profils de compétences – Employés de catégorie 4*.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021). *Politique de consentement aux soins et services*.
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2021). *Outil pour faciliter la priorisation lors d'une référence au soutien à domicile*. Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et fin de vie.
- CIUSSS de la Mauricie-Centre du Québec. (2018). *Le processus clinique du CIUSSS MCQ*. Politique organisationnelle PO-16-009.
- Code civil du Québec (c CCQ-1991).
- Code des professions (L.R.Q., C.c.26).
- Consortium national de formation en santé. (2017). *L'approche et la supervision interprofessionnelles*. https://www.cnfs.ca/media/attachments/2018/06/19/cnfs_fiche_rsum_09_approche_interprof_v01_r01.pdf
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver, B.C. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU). (2018). *Guide activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique : Élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire*. Centre d'hébergement et de soins de longue durée. Montréal, Québec : Université de Montréal.

Dumez, V. (2012). *Le patient partenaire : Défis d'intégration et de co-construction*, Université de Montréal.

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2013). *La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : du discours à une action concertée*. <http://laressource.ca/images/ressources/Participation-sociale.pdf>

Felton, A., Wright, N., & Stacey, G. (2017). *Therapeutic risk-taking : A justifiable choice*. *BJPsych Advances*, 23(2), p. 81-88. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015701>

Fougeyrollas, Patrick (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 315 p.

Fournier, J. (2009). *Évaluation formative du l'implantation du processus clinique au CRDI de Québec*. Mémoire de maîtrise en service social, Université Laval, Québec, 141 p.

Hébert R. (1997). *Définition du concept d'interdisciplinarité*. Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », 4 et 5 avril 1997. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Québec.

Hoffmann, T. C., Légaré, F., Simmons, M. B., McNamara, K., McCaffery, K., Trevena, L. J., Hudson, B., Glasziou, P. P., & Del Mar, C. B. (2014). *Shared decision making : What do clinicians need to know and why should they bother ? The Medical Journal of Australia*, 201(1), p. 35-39.

INESSS. (2021). *Soutenir la décision partagée*. INESSS. <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/soutenir-la-prise-de-decision-partagee.html>

Lachapelle, Y., & Wehmeyer, M. L. (2003). *L'autodétermination*. Dans M. J. Tassé & D. Morin (Eds.). *Manuel professionnel sur la déficience intellectuelle*. Gaëtan Morin. p. 203-214.

Larivière, C., & Ricard, C. (1998). *Formation au travail interdisciplinaire*. Cahier du participant. Montréal.

L'Encyclopédie canadienne (2021). *Incapacité*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/incapacite>

Locke, E.A., Latham, G.P. (2013). *New developments in goal setting and task performance*. Routledge.

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. (L.R.Q.,c.E-20.1).

Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, c S-32.0001).

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c.R-34.1).

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38).

Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (L.R.Q., c. L-6.3).

- MSSS. (2003). *Chez soi : le premier choix-La politique de soutien à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>
- MSSS. (2016). *Guide de référence : Pour contrer la maltraitance envers les aînées*, 2e édition, Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/13-830-10F.pdf>
- MSSS. (2016). *Lignes directrices- Soutien à domicile* [document de travail].
- MSSS. (2017). *Cadre de référence en soutien à domicile* [document de travail].
- MSSS. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec, 46 p.
- MSSS. (2021a). *Des milieux de vie qui nous ressemblent – Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Gouvernement du Québec, 83 p.
- MSSS. (2021b). *Orientations en soutien à domicile. Actualisation de la Politique de soutien à domicile Chez soi : Le premier choix* [document de travail].
- MSSS. (2021c). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*. Gouvernement du Québec, 84 p.
- Office québécois de la langue française. (2003). *Autonomisation*. https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948
- Proulx, J. (2008). *Qualité de vie et participation sociale: deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle. Une recension des écrits* (Cahiers du LAREPPS No 08-08). Montréal, QC: Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales et Université du Québec à Montréal (LAREPPS/UQAM).
- Règlement sur l'organisation et administration des établissements (c. S-5 r.5)
- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (2010). *Modèle MDH-PPH : Concepts clés*. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
- Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal (RIUSSS) (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et des services*.
- Rhéaume, M.-C., Violet, I., Renaud, J.-F. et Gagnon, L. (2018). *Les outils de cheminement clinique : L'intégration de la participation de l'usager et ses proches dans le parcours : une approche gagnante*. Forum sur les meilleures pratiques Usagers, CHSLD, Soutien à domicile. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-usagers-chsld-sad/15-OCCL.pdf>
- Santé Canada. (2011). *Milieux de travail sains*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/p3/index-fra.php>
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2018). *Appendix 1 Glossary*. Dans *Evidence-Based Medicine E-Book : How to Practice and Teach EBM*, (5e éd.). Elsevier.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Annick Vallières, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2022-06-10
Révisé par	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2022-06-10
Personnes consultées	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION	Comité exécutif DSSADG	Date 2022-06-02
Approuvé par		
Commentaires	Inscrire vos commentaires	

Tableau des principaux facteurs de vulnérabilité et de protection⁹

	Facteurs de vulnérabilité/risque	Facteurs de protection
État de santé	– Risque de détérioration de l'état général – Présence de problèmes de santé physique ou mentale (dépression, anxiété, schizophrénie, schizophrénie tardive, trouble de personnalité limite, etc.) – Présence de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ou de pertes cognitives – Absence de suivi médical régulier ou pas de médecin de famille – Présence et/ou risque de plaie – Sommeil perturbé – Âge avancé – Antécédents médicaux (troubles cognitifs, santé mentale et physique) de l'usager ou sa famille – Traitement et/ou évaluation médicale active (chimiothérapie, hémodialyse, ECSGS, suivi antipsychotique atypique) – Douleurs – Manque de connaissance sur les diagnostics et sur les soins à fournir	– Implication d'un ou des intervenants du Soutien à domicile – Suivi médical régulier – Recommandations données par les professionnels : médication, alimentation, aide technique, réadaptation ou ressources (compliance du patient et capacité à se mobiliser, avec ou sans aide) – Réseau social ou familial présent et aidant – Ressources communautaires
AVQ	– Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau – Risque de conséquences sociales ou caractéristiques personnelles pouvant prédisposer aux préjugés (exemples : odeurs corporelles avec plaintes des autres résidents entraînant un risque d'expulsion, obésité morbide, orientation sexuelle, etc.) – Dépendance pour les soins de base (exemples : alimentation, hygiène, prise de médicaments, etc.) – Incontinence avec ou sans port de protection – Incapacité à réaliser AVQ partiellement ou non compensée (hygiène partielle versus complète) – Domicile non adapté – Dysphagie ou risque d'étouffement	– Incapacités compensées par le réseau, la résidence ou le CLSC (pour les AVQ) – Aides techniques et/ou équipements en place (par exemple, salle de bain ou habillement) ou recommandations émises – Hygiène au lavabo si possible d'ici l'intervention par le Soutien à domicile – Surveillance par autrui ou texture adaptée des aliments

9. Ce tableau est une adaptation d'un tableau tiré de l'Outil pour faciliter la priorisation lors d'une référence au soutien à domicile (2021), Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et fin de vie, CIUSSS de la Capitale-Nationale.

	Facteurs de vulnérabilité/risque	Facteurs de protection
Trouble de la mobilité	– Antécédents de chute(s) (non médicales confirmées) – Risque ou présence de déconditionnement (par exemple, si tendance à rester alité) – Pas d'accessoire de marche ou non utilisé – Atteintes cognitives limitant la capacité à utiliser les aides techniques – Domicile non adapté (tous les transferts, principalement la toilette, le lit et les déplacements) – Incapacité non compensée avec ou sans réseau – Handicap physique	– Utilisation adéquate de l'accessoire de marche – Surveillance ou encadrement par autrui en place – Télésurveillance en place – Domicile adapté – PPA qui demeure avec la personne et qui est en mesure de l'aider pour les transferts et les déplacements
Fonctions mentales	– Atteintes cognitives modérées à sévères – Utilisation de la cuisinière ou antécédents d'oublis de ronds de poêle ou de robinets en fonction causant un risque de feu, de blessures, d'expulsion de la résidence, etc. – Tous types de troubles du comportement (fugues, errance, apathie, agressivité, méfiance, faible ou absence d'autocritique, etc.) – Isolement social ou vit seul ou avec PPA ne pouvant compenser – Prise erratique de la médication non compensée – Environnement ou domicile non adapté (par exemple, absence de portes codées), changement de milieu de vie ou nouvelles conditions de vie (par exemple, une séparation récente d'avec le conjoint qui était le point de repère) – Risque d'épuisement de la PPA ou PPA non informée des besoins et des capacités d'une personne présentant une atteinte cognitive – Comportements perturbateurs ou violents envers les PPA (exemples : agressivité, réticence aux soins, errance, etc.) – Risque de maltraitance ou vulnérabilité à l'abus – Gestion financière sans aide – Symptômes dépressifs ou anxiété	– Diagnostic posé, prise de médication associée et suivi médical régulier – Utilisation de divers équipements en lien avec les fonctions cognitives – Vit avec une PPA qui ne présente pas d'atteinte cognitive) – Domicile adapté (par exemple, présence de portes codées) – PPA outillée et informée (par exemple, il a reçu la formation de la Société Alzheimer) – Bracelet Sécu-Retour ou GPS – Collaboration de l'utilisateur – Vit en résidence privée ou avec proche(s) adéquat(s) – Gestion adéquate de la médication par autrui – Présence du réseau, domicile adapté et stratégies adaptatives en place – Répit ou gardiennage (formel ou informel), services d'un CLSC ou implication du réseau en place. La PPA est informée, supportée et mobilisée – Gestion financière avec aide adéquate

	Facteurs de vulnérabilité/risque	Facteurs de protection
Communication	- Incapacité à nommer ses besoins ou autre difficultés de communication, risque de non-réponse à ses besoins, risques d'abus ou d'isolement - Surdité ou risque d'isolement social et d'abus - Trouble visuel ou risque de chute (non médicale confirmée), d'intoxication alimentaire ou d'erreur médicamenteuse - Analphabétisme - Signature inappropriée - Barrière linguistique	- Vit avec la PPA qui connaît bien l'utilisateur, ses besoins et ses intérêts - Modes de communication alternatifs - Appareil(s) auditif(s) ou système ATS en place - Domicile adapté et présence d'un proche adéquat - Aide technique ou chien guide - Secteur anglophone - Interpr�te
AVD	- Non-compliance à la prise de médication - Incapacité non compensée à la préparation de repas, à la lessive et pour les courses - Insalubrité ou risque de feu - Conduite automobile	- Dispill ou recommandations émises et mises en place - Présence de loi 90, C7 ou Programme Pair - Services en place (EES, popote, etc.) - Accompagnement aux rendez-vous médicaux - Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) informée
Habitudes de vie	- Alimentation inadéquate ou insuffisante causant un risque de perte ou de prise de poids, débalancement du diabète, non-compliance, recommandation médicale, etc. - Tabagisme : risque de feu, oxygène à domicile - Consommation d'alcool, drogue ou jeu : risque d'interaction (voir dépendance) impact financier, expulsion de la résidence, etc. - Insomnie - Absence d'activité physique régulière	- Services en place (exemples : popote, suivi infirmier pour diabète, recommandations reçues, prise de suppléments) - Cessation tabagique ou surveillance par autrui - Suivi psychosocial pour dépendances, services en place, etc. - Sommeil satisfaisant - Activité physique régulière

	Facteurs de vulnérabilité/risque	Facteurs de protection
Fonctionnement	- Maltraitance, codépendance ou deuil non résolu - Cohabitation entre la personne-victime et l'agresseur (plus elle est prolongée, plus le risque augmente) - Histoire antérieure de violence (entre l'usager et son proche ou autre situation de victimisation (exemples : abus sexuel et mauvais traitements envers les enfants) - Dynamique familiale complexe, conflictuelle (conflits, difficultés financières, endettement, divorce, conflits intrafratrie) - Dépendance totale envers la PPA, relation d'aide « imposée » à la PPA (versus un choix) ou PPA inconfortable à donner certains soins - Difficulté ou incapacité à s'exprimer, attitude de soumission ou confiance excessive envers autrui - Situations de crise ou de stress intense (épuisement, déménagement, sortie de détention ou d'un centre d'hébergement, immigration, communauté culturelle fermée) - Méfiance à l'égard des services publics (exemples : services de santé et services sociaux, police, etc.) - Manque de ressources de la PPA ou de connaissances des besoins de son proche - Idées suicidaires (plan, tentative moins de 18 mois, impulsivité, désespoir, consommation active, réseau social dysfonctionnel, etc.) - Problématique de santé mentale ou dépendance, surtout chez la PPA (par exemple : drogues, jeu, alcool, trouble de personnalité, problème d'autocritique, etc.) - Isolement social, réseau faible ou éloigné, insuffisance de ressources (absence de réseau, mode de vie marginal de longue date ou nouveau) - Vivre des deuils ou deuil non résolu	- PPA adéquate et répondant aux besoins de la personne - Dynamique familiale et relations significatives avec la PPA - Capacité de résilience, d'adaptation, à se mobiliser et prendre soin de soi - Implication de ressources communautaires - Répit aux PPA - Sobriété - Bonne capacité à se contrôler - Bonne capacité à espérer un changement positif - Bonne capacité d'adaptation - PPA a accès à de l'information et de la formation (sur les ressources disponibles pour elle et sur les besoins de son proche) - PPA a accès à du soutien psychosocial individuel et de groupe - PPA a accès à du soutien financier et matériel - PPA a accès à du soutien dans les activités de la vie domestique et de la vie quotidienne
Gestion financière	- Précarité financière ou ressources financières limitées - Risque de désorganisation financière - Endettement - Abus et antécédents d'abus	- Disponibilité de revenus suffisants - Aide adéquate à la gestion des finances (exemple : procuration) - Gestion financière avec aide adéquate

	Facteurs de vulnérabilité/risque	Facteurs de protection
Environnement physique	– Insalubrité ou infestation de punaises de lit – Logement encombré, risque de chute (non médicale confirmée) ou risque de feu – Barrières architecturales, escaliers ou aires de vie sur différents étages – Animaux multiples – Accès extérieur au domicile inadéquat – Risque d'expulsion du logement – Sans abris (sans domicile fixe)	– Service de la ville impliqué – Domicile adapté – Ascenseur – Réseau, suivi des recommandations émises – Référence programme itinérance – Mise en place de protocole – Réside en RPA offrant des services d'aide aux AVQ-AVD
Dépendances	– Impacts sur la santé physique, psychologique et cognitive, comorbidité de plusieurs dépendances ou avec problèmes de santé mentale – Interaction médicaments – Impact sur compliance aux recommandations, sur les habitudes de vie, accès à certains soins et antécédents – Tendance à éviter de demander de l'aide – Risque de désorganisation financière ou de pauvreté – Risque de maltraitance ou d'isolement social – Symptômes de sevrage (jusqu'à risque mortel selon l'intensité de la consommation)	– Suivi par un intervenant dédié ou CRDQ – Gestion financière par autrui – Centre de désintoxication – Sevrage en milieu contrôlé – Référence vers établissement du réseau ou un organisme communautaire répondant aux à ses besoins
Maltraitance	– Réticence à dévoiler la maltraitance, peur du système public – Méconnaissance des droits, de ce qu'est la maltraitance et des ressources à sa disposition – Stress et épuisement à l'égard de l'aide à apporter, sentiment de fardeau, etc. – Relation d'aide imposée – Cohabitation avec un ou plusieurs de ses proches – Conflits avec des membres de la famille ou des amis – Inaccessibilité des ressources – Isolement social et réseau social peu développé – État de dépendance financière à un tiers lié au statut de parrainage en contexte d'immigration – Partage du même domicile par la personne aînée et la personne maltraitante – Tension dans la relation entre la personne aînée et celle qui lui donne de l'aide (MSSS, 2016)	– Réseau ou soutien social de qualité, composé de personnes adéquates, disponibles et outillées – Capacité du réseau à s'adapter aux besoins de la personne aînée et de faire appel aux services de la communauté – Environnement physique et psychosocial sain dans lequel la personne aînée se sent en sécurité – Présence de services de proximité (médicaux, communautaires, etc.) – Disponibilité de revenus suffisants – Mise en place de différents moyens permettant de sécuriser les avoirs

Outil récapitulatif pour l'analyse des besoins de l'utilisateur selon le MDH-PPH¹⁰

Le MDH-PPH montre que la réalisation des habitudes de vie peut être influencée par le renforcement des capacités ou la compensation des incapacités par la réadaptation et des aides techniques, mais également par la réduction des obstacles dans l'environnement. Les obstacles, déficiences, incapacités sont considérés comme des besoins en termes d'intervention d'adaptation, de réadaptation ou de soutien. Les facilitateurs, systèmes intègres et capacités représentent des leviers pour l'intervention.

Légende

SPS	Situation de participation sociale
SH	Situation de handicap

Habitudes de vie					
Activités courantes			Rôles sociaux		
SPS		SH	SPS		SH
	↔			↔	
- Communication - Déplacements - Nutrition - Condition physique et bien-être psychologique - Soins personnels et de santé - Habitation			- Responsabilités - Relations interpersonnelles - Vie associative et spirituelle - Éducation - Travail - Loisirs		
Facteurs personnels					
Facteurs identitaires		Systèmes organiques		Aptitudes	
Facilitateur	Obstacle	Intégrité	Déficiência	Capacité	Incapacité
	↔		↔		↔
- Âge, sexe - Caractéristiques sociodémographiques, économiques, culturelles - Valeurs - Histoire de vie - Préférences, intérêts - Statut familial - Diagnostic		- morphologie - endocrinien - reproducteur - cutané - musculaire - squelettique - nerveux - auriculaire - oculaire - digestif - respiratoire - cardiovasculaire - urinaire - hématopoïétique et immunitaire		- liées aux activités intellectuelles - liées au langage - liées aux comportements - liées aux activités motrices - liées à la respiration - liées au sens et à la perception - liées à la digestion - liées à l'excrétion - liées à la reproduction - liées à la protection et à la résistance	

10. Tiré et adapté de RIPPH. (2010). Modèle MDH-PPH : Concepts clés. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>

Facteurs environnementaux					
Sociaux/socioculturels			Physiques		
Facilitateur		Obstacle	Facilitateur		Obstacle
- Système politiques et structures gouvernementales - Système juridique - Système économique - Système socio-sanitaire - Système éducatif - Infrastructures publiques - Organisations communautaires - Réseau social - Réseau de services publics ou privés - Règles sociales			- Géographie - Climat - Temps - Bruits - Luminosité - Électricité et magnétisme - Architecture - Aménagement du territoire - Technologies		

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

Québec

