



MON PLAN DE SOINS DE TRANSITION PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19

Directives d'utilisation

Vous pouvez utiliser ce plan de soins de transition pour aider à communiquer les besoins, les préférences et les stratégies propres à chaque personne afin d'assurer des transitions de soins harmonieuses d'un endroit à un autre pour les personnes âgées présentant, ou à risque de présenter, des comportements réactifs / réactions personnelles pendant la pandémie COVID-19. Ce plan est destiné à être utilisé par les cliniciens / membres de l'équipe du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO) et les autres membres de l'équipe qui contribuent au succès des transitions. Ce plan est écrit à la première personne afin de **mettre l'accent non pas sur la maladie ou le diagnostic, mais sur la personne** atteinte d'un trouble neurocognitif, d'un problème de santé mentale complexe ou de toxicomanie, ou d'un autre trouble neurologique. La collaboration avec la personne et sa famille est fortement encouragée afin de remplir ce document avec précision. Une fois rempli, il peut également être transmis à la personne et à la famille, au besoin.

Conformément aux normes de documentation, ce formulaire contient une fonctionnalité de signature qui permet aux contributeurs de signer électroniquement et de verrouiller chaque section du plan. Afin d'optimiser l'utilisation des fonctionnalités électroniques de ce plan, veuillez le télécharger et le sauvegarder sur votre ordinateur et éviter de le remplir en format web.

Dans beaucoup de cas, les renseignements demandés dans ce formulaire ne seront pas toujours utilisables ou disponibles. Veuillez noter qu'il n'est pas nécessaire de remplir ce formulaire en entier. *Nous vous rappelons que l'intention du document est de soutenir la planification et la facilitation du transfert d'une personne d'un lieu à un autre et qu'il ne vise pas à remplacer d'autres plans de soins officiels.

PAGE 1

- **Adressographe** : Entrez les identifiants clés de la personne dans l'adressographe. Un autocollant peut également être appliqué si votre organisation utilise des adressographes personnalisés.

1. Réseau de soutien ou équipe de soins jusqu'au jour de mon déménagement

- **Mandataire** : Indiquez le nom du mandataire de la personne et son numéro de téléphone. Si la personne n'a pas de mandataire, vous pouvez inclure le nom de son principal partenaire de soins (membre de sa famille ou ami(e)).
- **Responsable du soutien de transition** : En tenant compte des processus établis localement, veuillez identifier le principal responsable de la réalisation de ce plan de soins et incluez son numéro de téléphone.
- **Soutien supplémentaire (p. ex., équipe communautaire, équipe mobile de soins de longue durée, etc.)** : Veuillez identifier le nom et le rôle précis des autres personnes qui aideront à compléter et exécuter le plan de soins, ou qui seront présentes le jour du déménagement pour prêter assistance (p. ex. famille / amis, membres de l'équipe STCO).
- **Lieu de résidence actuel** : Cochez la case appropriée pour préciser l'endroit où habite la personne à l'heure actuelle. Vous pouvez inclure des détails supplémentaires (p. ex. unité / étage de soins de courte durée, nom de la maison de retraite, etc.).
- **Destination** : Indiquez l'endroit où la personne déménagera (p. ex., nom du foyer de SLD). Si vous le savez, indiquez la date et l'heure du déménagement.
- **Plan de transport** : Décrivez comment la personne sera transportée de son emplacement actuel à sa nouvelle destination (p. ex., en voiture avec le mandataire; le program de transport du foyer de SLD enverra quelqu'un).
- **Plan d'arrivée** : Décrivez comment l'arrivée est prévue à la nouvelle destination.



(p. ex. la personne sera laissée à l'entrée ; un membre de l'équipe intégrée du STCO l'accueillera à l'entrée principale; sa température sera prise immédiatement, etc.). Informez-vous si le mandataire peut entrer dans l'édifice compte tenu de la réglementation sur la COVID-19 et, le cas échéant, si les protocoles de dépistage ont été passés en revue avec le mandataire.

2. Sommaire de l'identité individuelle et routine quotidienne

- **Sommaire de l'identité individuelle** : Veuillez fournir directement sur le formulaire un bref résumé des aspects clés de la personnalité de la personne (p. ex., *nom préféré, langue principale*) et veuillez indiquer si un outil lié à l'identité individuelle a été rempli et joint à la documentation (p. ex. : *PIÈCES de ma PERSONNE, À propos de moi*).
 - Ressource : [Making Connections: Recommendations to enhance the use of personhoodtools to improve person-centred care delivery across sectors.](#)
- **Ma routine quotidienne** : Présentez en détail la routine quotidienne actuelle de la personne, particulièrement en ce qui a trait au sommeil (p. ex., *heures de sommeil / de réveil préférées, porte fermée / ouverte*), à ses habitudes / préférences en matière de soins personnels (p. ex. : *Je préfère prendre une douche le soir; j'aime utiliser tel ou tel savon*) et de ses activités préférées pendant la journée. Incluez ses préférences en ce qui a trait à ses vêtements (p. ex., *je porte toujours des chandails, j'aime porter des bas de laine au lit*) et tous articles de confort (p. ex., *je porte toujours mon sac à main avec moi, j'aime me couvrir les jambes avec une petite couverture pour me réchauffer*). Au besoin, veuillez donner dans cette section un aperçu de ce qui a été prévu pour la personne en matière de tabagisme, d'alcool ou de substance psychoactive dans le cadre de la pandémie COVID-19 (p. ex., *j'ai arrêté de fumer il y a 3 mois et je mâche de 4 à 8 gommes à la nicotine par jour.*)

3. Préparation de ma chambre

- **Préparation de ma chambre** : Si la personne emménage dans une chambre temporaire ou permanente, indiquez si la chambre de la personne a été ou sera aménagée à l'avance ou le jour du déménagement. Dans le contexte de la COVID-19, informez-vous sur les objets personnels que la personne ne peut pas apporter avec elle. Si la chambre n'a pas encore été préparée, précisez l'identité de la personne qui s'en occupera (p. ex., *un membre du personnel, un membre de la famille*). Peu importe s'il s'agit d'un lieu de résidence temporaire ou permanent, dressez la liste des éléments clés et objets préférés de la personne pour qu'elle se sente comme à la maison dans sa chambre (p. ex., *il pourrait s'agir d'un livre de photos, d'un bien précieux, d'une œuvre d'art, etc.*)

4. COVID-19 : Stratégie de soins pendant l'isolement, soutien pour l'ÉPI et l'écouvillonnage

- **Sommaire de ma stratégie de soins pendant les périodes d'isolement** : Veuillez inclure un résumé des stratégies qui pourront être utilisées pour aider à maintenir le bien-être de la personne et la participation positive au cours des périodes d'isolement. Pensez à des activités qui tiennent compte de ses besoins sociaux, sensoriels, kinesthésiques et intellectuels. Vérifiez si un plan de soins pendant l'isolement a été élaboré et annexé. Vérifiez également si une trousse d'activités d'isolement (c.-à-d. *une trousse d'articles pour la participation positive*) a été préparée et comment elle sera livrée à la personne (c.-à-d. *à quel endroit se trouve la trousse, qui la remettra à la personne et qui s'occupera de mettre le contenu à sa disposition?*).
Remarque : si aucune période d'isolement n'est requise, vous pouvez laisser cette case vide.



- Ressources: [Person-Centred Isolation Care Plan \(Dementia Isolation Toolkit\)](#) [Non-pharmacological approaches to support individuals living with dementia maintain isolation precautions](#) (Bureau de coordination provincial du programme STCO); [Engaging Activity Ideas for Dementia during COVID-19](#) (DementiaAbility Enterprises et le Bureau de coordination provincial du programme STCO).
- **Mes stratégies pour l'ÉPI et l'écouvillonnage** : Identifiez les stratégies permettant de soutenir la personne en ce qui a trait à l'utilisation de l'ÉPI pendant la pandémie de COVID-19 (p. ex., les employés devraient se nommer chaque fois qu'ils entrent dans la chambre et rappeler à la personne qu'ils portent un masque parce qu'ils veulent la protéger d'un virus, etc.). Précisez les stratégies qui ont été ou qui pourraient être utiles pour aider la personne lors des prélèvements nasaux / de la gorge (p. ex., réduire le bruit de fond, lui fournir une couverture, des techniques de redirection / distraction). Si la personne n'a jamais subi de prélèvement, vous pouvez également le déclarer dans cette case.
 - Ressources: [Strategies for swabbing individuals with dementia](#) (Mississauga Halton BSO/Alzheimer Society of Peel); [Tip sheet for care providers conducting nasal and throat swabs with clients with cognitive impairment](#) (RGP Toronto)

PAGE 2

5. Comportements réactifs/expressions personnelles et risques avec la COVID-19

- **Comportements réactifs/Expressions personnelles** : Précisez et décrivez le ou les comportements réactifs / expressions personnelles que la personne peut démontrer dans chacune des catégories de comportement présentées dans la documentation du BSO-DOS[®]. Veuillez fournir une brève description du ou des comportements / expressions ainsi que du contexte dans lequel ils se produisent généralement (p. ex. expression vocale à risque : peut crier si l'eau est trop froide à l'heure du bain; expression physique à risque : peut frapper les préposés masculins de l'équipe lorsqu'ils essaient de l'aider à utiliser des ustensiles pendant les repas).
 - Ressource : [Manuel de ressources BSO-DOS[®]](#) (Group de travail DOS).
 - Expressions vocales (répétitives): p. ex., crier, gémir, questionner, protester
 - Expressions motrices (répétitives): p. ex., fouiller, arpenter, amasser, frapper
 - Expression sexuelle à risque : p. ex., faire des commentaires sexuels explicites, se masturber en public
 - Expression verbale à risque : p. ex., insulter, crier, menacer, jurer
 - Expression physique à risque : p. ex., mordre, donner des coups, s'automutiler, gifler

Si une évaluation détaillée des comportements réactifs / expressions personnelles de la personne a déjà été faite (p. ex., sur la fiche d'évaluation *PIÈCES de ma PERSONNE*), il n'est peut-être pas nécessaire de remplir cette section au complet. Pensez à identifier les comportements / expressions clés en relation avec les risques posés et les stratégies utilisées dans le contexte de la COVID-19. Plus loin dans le document, sous la section : « Les rapports suivants vous aideront à mieux me connaître », veuillez dresser la liste des autres rapports qui présentent en détail le comportement habituel de la personne.



- **Risques liés à la COVID-19** : Identifiez le ou les comportements réactifs / expressions personnelles qui présentent un risque en ce qui a trait au respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) ou autres risques liés à la COVID-19 (*p. ex., Elle a déjà tenté de quitter le centre d'hébergement entre 16h et 17h afin de « rentrer à la maison pour le souper »*). Précisez les stratégies qui ont réussi à régler le ou les comportements / expressions personnelles à risque (*p. ex., participer à une activité dans l'après-midi, vers 16h, comme une recherche de mots ou regarder un documentaire sur la nature jusqu'à ce que le souper soit servi.*)
- **Autres risques identifiés** : Cochez tous les autres risques identifiés (*p.ex., chutes, idées suicidaires*) ou ajoutez des informations supplémentaires dans la section des commentaires.

6. Causes du stress/inconfort et validation

- **Causes du stress/inconfort** : Incluez les antécédents médicaux pertinents en ce qui concerne les causes possibles de stress / d'inconfort (*p. ex. : douleur, constipation*). Veuillez fournir, dans la mesure du possible, un diagnostic et un calendrier d'utilisation de tous les médicaments psychotropes. Décrivez toutes les angoisses de la personne et les facteurs susceptibles de contribuer à des comportements réactifs / expressions personnelles (*p.ex., l'obscurité, le bruit*). Notez toutes causes connues ou anticipées de stress / d'inconfort lié au COVID-19 (*p. ex., un membre de sa famille ne peut pas lui rendre visite en personne, l'utilisation de masques /visières.*)
- **Techniques de validation** : Décrivez en détail les démarches et stratégies centrées sur la personne, telles que les formulations correctes à utiliser, les stratégies de redirection et les sujets de conversation. Signalez tous suivis que doit faire l'équipe d'accueil (*p. ex., suivi des travaux de laboratoire, mise à contribution de l'équipe de physiothérapie / récréothérapie, plan Pro Attention*).

PAGE 3

7. Activités de la vie quotidienne : appareils et accessoires fonctionnels

- **Mes appareils fonctionnels** : Cochez tous les appareils fonctionnels essentiels au transfert de la personne. Ces articles devront probablement être étiquetés par le foyer / l'équipe d'accueil.
- **Aide / Rappels pour les tâches** : Fournissez autant de détails précis que possible sur les besoins et les capacités de la personne en matière de soins. Lorsqu'une personne a besoin d'aide pour une tâche, indiquez le type d'aide dont elle a besoin. Par exemple :
 - Si la personne est incontinente, précisez si elle peut elle-même changer son produit d'incontinence ou si elle a besoin d'une aide particulière.
 - Lorsque vous remplissez la section *Déambulation*, notez si la personne est à risque de chutes et énumérez les stratégies de prévention des chutes actuelles / potentielles (*p. ex., déambulateur près du lit, utilisation d'un tapis protecteur lors de l'abaissement du lit, chaussures de soutien*).
 - Indiquez ses aliments préférés / repas habituels dans la section *Nutrition*.
 - Décrivez en détail les méthodes de communication qui ont réussi lors de l'administration de médicaments, en particulier en ce qui a trait aux médicaments « prn » administrés au besoin (*p.ex., « Cette pilule est pour vos nerfs »*). Identifiez tout changement récent dans la médication et précisez si le personnel doit surveiller l'évolution de certains symptômes ou effets secondaires précis.



8. Mes liens familiaux et mon soutien social

- **Mes liens familiaux et mon soutien social** : Précisez comment la famille / les amis pourront communiquer avec la personne après le déménagement (*p.ex., visites virtuelles, appels téléphoniques, visites en personne, etc.*). Déterminez si ces moyens pourront être utilisés pendant les période d'isolement ou après la période d'isolement / isolement non requis. Incluez des conseils ou des détails précis pour faciliter les relations sociales (*p.ex., visites virtuelles de son fils avec l'iPad du résident, en utilisant FaceTime, tous les soirs à 19 h; visite à la fenêtre prévue le 1er octobre à 14 h avec sa sœur - elle viendra avec le chien.*)

9. Rapports et soutien continu des équipes externes

- **Rapports pour vous aider à mieux me connaître** : Précisez les autres rapports qu'il est possible de consulter pour mieux connaître la personne. (*p.ex. : Fiche d'évaluation PIÈCES de ma PERSONNE, fiche de conseils du STCO concernant le séjour à l'hôpital, liste des médicaments, carnet de vaccinations.*)
- **Fournisseur(s) / Équipe(s) de soins disponible(s) pour me soutenir après mon déménagement** : Identifiez les fournisseurs / équipes de soins en mesure de soutenir la personne après le déménagement (*p. ex. : consultation possible avec l'équipe de sensibilisation en santé mentale gériatrique dans les 30 jours après le déménagement; clinicien de soins de courte durée STCO accessible par téléphone /consultation virtuelle par l'entremise d'OTN.*)

10. Contributions des fournisseurs de soins/individus

- **Les fournisseurs de soins/individus suivant ont contribué à ce plan de soins de transition**: Identifiez le nom de chaque personne qui a contribué à ce plan de soins de transition, ainsi que leur désignation, l'organisation, qu'ils aient ou non agi en tant que responsable de la transition, la date à laquelle les contributions ont été faites et leur signature.
Remarque : Si vous incluez des documents pour aider à mieux connaître cette personne, il n'est pas nécessaire que les auteurs de ces documents signent ce plan de soins de transition.

**Coordonnées du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO)
Bureau de coordination provincial**



1-855-276-6313



provincialbso@nbrhc.on.ca



<https://www.behaviouralsupportsontario.ca/>