



## Mon plan de soins de transition® : Mode d'emploi

*Mon plan de soins de transition*® (MPST) présente un résumé des renseignements importants pour faciliter la transition harmonieuse entre milieux de vie pour les personnes âgées présentant, ou à risque de présenter, des expressions personnelles ou des comportements réactifs associés à la démence, à des problèmes complexes de santé mentale ou de toxicomanie, ou à d'autres troubles neurologiques. Les renseignements figurant dans *Mon plan de soins de transition* devraient être échangés entre l'équipe de soins de l'ancien milieu de vie et celle du nouveau milieu de vie. Le document est conçu pour une utilisation ponctuelle lors d'une période de transition. Toutefois, les renseignements qu'il contient pourront alimenter la préparation d'un plan de soins complet. MPST est à la disposition des équipes de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, ainsi que des autres fournisseurs de soins et partenaires qui effectuent des évaluations ou de la planification des soins. Les conseillers et conseillères en ressources psychogériatriques et les éducatrices et éducateurs cliniques sont aussi en mesure de fournir des précisions sur l'utilisation de cet outil.

MPST est rédigé à la première personne afin de favoriser les soins centrés sur la personne. La planification devrait se faire dans un esprit de collaboration entre le personnel de l'ancien milieu de vie et celui du nouveau milieu de vie, tout en consultant la personne, sa famille et ses proches aidants<sup>1</sup>. Une fois le document rempli, on peut en remettre une copie à la personne, ainsi qu'à son mandataire spécial, aux membres de sa famille et à ses proches aidants (avec le consentement requis).

Une version PDF à remplir et une version Microsoft Word de MPST sont disponibles pour une utilisation électronique. Dans le document PDF à remplir, la taille de la police est automatiquement ajustée au fur et à mesure que le contenu est ajouté dans chaque champ. Dans la version Microsoft Word, la taille des zones de texte peut être ajustée, mais il demeure préférable d'écrire des réponses concises afin que le document ne dépasse pas trois pages. Les informations peuvent être présentées sous forme de phrases complètes ou en style télégraphique. Il n'est pas obligatoire de remplir tous les champs.

Conformément aux normes de documentation, le 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, veuillez télécharger le document et l'enregistrer sur votre ordinateur plutôt que de le remplir en format Web. Les documents électroniques et imprimés doivent être conservés conformément aux politiques et procédures de l'organisation. MPST peut être intégré à un système de dossier électronique, mais il est interdit de modifier ou d'adapter le formulaire sans avoir obtenu l'autorisation du Bureau de coordination provincial de STCO et de la communauté de pratique des équipes de soins intégrés en soutien comportemental.

### PAGE 1

- **Adressographe** : Entrez les renseignements clés dans l'adressographe (nom légal, date de naissance, numéro de carte Santé ou autre pièce d'identité). Un autocollant sur mesure peut également être appliqué sur le document imprimé, le cas échéant.

---

<sup>1</sup> Définition de la famille : « Terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie (p. ex., parents, soignants, amis, décideurs substitués, groupes, collectivités et populations). » (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015)



## SECTION 1 : Mon réseau de soutien jusqu'au jour de mon déménagement

- **Mandataire spécial** : Indiquez le nom et le numéro de téléphone du mandataire spécial de la personne. Si la personne n'a pas de mandataire, indiquez le nom du principal proche aidant membre de sa famille, ou indiquez « Sans objet ».
- **Responsable de l'aide à la transition (milieu de vie actuel)** : Indiquez le nom et le numéro de téléphone de la personne responsable de la transition au sein du milieu de vie actuel.
- **Responsable de l'aide à la transition (nouveau milieu de vie)** : Indiquez le nom et le numéro de téléphone de la personne responsable de la transition au sein du nouveau milieu de vie. S'il s'agit de la même personne que celle responsable de la transition au sein du milieu de vie actuel, indiquez « Même que ci-dessus ».
- **Fournisseurs de soins en mesure d'appuyer le déménagement** : Indiquez le nom, le rôle et le numéro de téléphone des autres fournisseurs de soins qui appuieront la transition (p. ex., services de santé mentale, équipe mobile de STCO, médecin).
- **Milieu de vie actuel** : Cochez la case correspondant au milieu de vie actuel de la personne (hôpital, maison de retraite, domicile privé, autre). Ajoutez des précisions, comme l'adresse complète, l'étage, le numéro d'unité ou le secteur, à la rubrique « Détails » qui suit.
- **Nouveau milieu de vie** : Indiquez le nouveau milieu de vie de la personne (p. ex., foyer de soins de longue durée, maison de retraite, retour au domicile privé).
- **Date et heure du déménagement** : Si vous le savez, indiquez la date et l'heure du déménagement.
- **Plan de transport** : Décrivez comment la personne sera transportée de son milieu de vie actuel à son nouveau milieu de vie (p. ex., déplacement en voiture avec son fils, navette du foyer de soins de longue durée).
- **Plan d'arrivée** : Cochez la case appropriée pour indiquer si la personne arrivera à son nouveau lieu de résidence seule ou en compagnie d'autres personnes. Si la personne est accompagnée, indiquez qui l'accompagnera. Décrivez les plans immédiats pour l'arrivée (p. ex., arrivée en fourgonnette et accueil de la personne et de sa famille par un membre de l'équipe de STCO à l'entrée principale).
- **Préparation de ma chambre** : S'il s'agit d'un premier déménagement dans un foyer de soins de longue durée, une maison de retraite ou un milieu de vie collectif, indiquez qui aménagera la chambre de la personne, que ce soit un membre de l'équipe de soins ou un proche. Ensuite, indiquez si la chambre sera aménagée à l'avance ou le jour du déménagement. Dans le champ qui suit, dressez la liste des objets préférés de la personne pour qu'elle se sente comme à la maison dans sa chambre (p. ex., album de photos, objets précieux pour la personne, œuvre d'art). Si la personne retourne dans son milieu de vie précédent (p. ex., retour à son domicile à la sortie de l'hôpital), notez les modifications particulières à y apporter (p. ex., déplacement des meubles pour accommoder un déambulateur ou un fauteuil roulant, installation d'affiches donnant des rappels ou des consignes).
- **Profil personnel sommaire (profil socio-culturel)** : Rédigez un bref profil indiquant, par exemple, le nom que la personne préfère, ses origines culturelles, ses passe-temps et intérêts, les langues qu'elle parle et comprend, ainsi que ses préférences sociales, émotionnelles et environnementales.



- **Ma routine quotidienne** (habitudes de sommeil, repas, soins personnels) : Présentez de façon détaillée la routine quotidienne actuelle de la personne, particulièrement en ce qui a trait au sommeil (p. ex., « Je me couche vers X h et je me réveille vers X h »; « Je préfère garder la porte fermée/ouverte la nuit »), aux soins personnels (p. ex., « Je préfère prendre une douche le soir »; « J'aime tel ou tel savon »), aux pratiques spirituelles et religieuses (p. ex., « Je fais 5 prières et je me lave les mains, le visage et les pieds avant de prier »), et aux vêtements (p. ex., « Je porte toujours un coton ouaté »; « Je porte des bas la nuit »).
- **Mes habitudes de consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances** : Au besoin, donnez un aperçu de ce qui est prévu pour la personne en matière de tabagisme ou de consommation d'alcool ou de substances psychoactives dans son nouveau milieu de vie (p. ex., « J'ai cessé de fumer il y a 3 mois et je mâche de 4 à 8 gommes à la nicotine par jour »).

## SECTION 2 : Mes capacités fonctionnelles

- **Mes appareils et accessoires fonctionnels** : Cochez la ou les cases appropriées pour indiquer les appareils et accessoires fonctionnels utilisés par la personne. Dans le champ qui suit, donnez des détails sur leur utilisation (p. ex., indices verbaux, dispositifs de soutien physique). Tenez compte de l'utilisation d'aides à la mobilité (p. ex., déambulateur, orthèses), d'aides à la communication ou à la cognition (p. ex., tableau blanc, panneaux d'orientation, sous-titrage à la télévision), de prothèses auditives, visuelles ou dentaires (p. ex., lunettes, appareil de conversation de poche) ou d'autres aides (p. ex., prise pour crayon).
- **Tâches pour lesquelles je pourrais avoir besoin d'aide ou de rappels** : Indiquez, pour chacune des activités, le degré de soutien requis par la personne (p. ex., autonome, préparation seulement, aide, aide maximale). Indiquez les préférences personnelles, ainsi que les moyens d'appuyer la personne (p. ex., « Je m'habille seul, mais j'ai besoin d'aide pour enfiler mes bas »). À la rubrique « Administration des médicaments », indiquez si la personne prend ses médicaments en entier ou écrasés, et apportez des précisions au besoin (p. ex., « J'oublie parfois de prendre mes médicaments »). Notez tout changement récent, comme l'interruption de la prise d'un médicament. Dans le cas d'une personne qui ne prend aucun médicament, indiquez « Sans objet » à cet endroit du formulaire.

## PAGE 2

## SECTION 3 : Mes facteurs de risque

- **Mes facteurs de risque** : Indiquez les facteurs de risque pour la personne en cochant les cases appropriées (p. ex., délirium, incendie, chutes, idées suicidaires, sécurité, errance/exploration). Au besoin, cochez la case « Autre(s) » et décrivez les autres risques sous « Détails ».
- **Comportements réactifs/expressions personnelles** : Cochez les cases correspondant au(x) type(s) de comportements réactifs/expressions personnelles. Dans le champ à la droite des cases cochées, donnez une description en vous servant d'une terminologie centrée sur la personne. Indiquez le contexte dans lequel ces comportements et expressions se produisent (p. ex., sous « Expression(s) vocale(s) », « Pendant la nuit, il m'arrive souvent de m'exclamer en disant le nom de Jean »). Consultez le [BSO-DOS](#)<sup>®</sup> pour obtenir des exemples précis de comportements pour chacune des catégories. Dans le champ « Facteurs contribuant à mes expressions comportementales », notez les facteurs associés à chacune des expressions comportementales (p. ex., pièce trop sombre, température trop basse la nuit). Dans le champ « Approches et stratégies personnalisées pour me soutenir », décrivez les mesures de soutien qui ont été mises



à l'essai avec succès. Ajoutez les autres recommandations pratiques pour prévenir les expressions comportementales ou y répondre (p. ex., fournir une couverture chaude ou des bas pour la nuit, allumer une veilleuse).

#### SECTION 4 : Mes liens familiaux et mon réseau de soutien social

- **Mes liens familiaux et mon réseau de soutien social** : Précisez comment la famille et les amis pourront communiquer avec la personne après le déménagement (p. ex., visites en personne, visites virtuelles ou appels téléphoniques). Incluez des conseils ou des détails pour faciliter les relations sociales (p. ex., « Je vais communiquer par FaceTime avec mon fils tous les soirs à 19 h à l'aide de mon iPad »; « Ma sœur viendra me visiter le 1<sup>er</sup> octobre à 14 h. Elle sera accompagnée de son chien. »)
- **Services qui m'offriront un soutien après mon déménagement** : Dressez la liste des soutiens et services non familiaux qui aideront la personne dans son nouveau milieu (p. ex., soins à domicile, soutiens comportementaux, programmes de thérapie, programmes de jour pour adultes). Si ces services n'ont pas encore été confirmés au moment de la préparation du plan, indiquez les demandes en cours.

#### PAGE 3

- **Rapports qui permettront de mieux me connaître** : Cochez les cases indiquant les autres rapports qu'il est possible de consulter pour mieux connaître la personne (p. ex., carnet de vaccination, liste de médicaments, évaluation comportementale, plan de soins pendant l'isolement). Annexe ces rapports à *Mon plan de soins de transition*. Si d'autres types de rapports sont disponibles, cochez la case « Autre(s) » et précisez de quels rapports il s'agit.

#### SECTION 5

##### Les fournisseurs de soins de santé et personnes qui ont participé à la préparation de *Mon plan de soins de transition*

- Indiquez le nom de chaque personne qui a contribué à la préparation de *Mon plan de soins de transition*, ainsi que son titre professionnel, son organisation et ses coordonnées (numéro de téléphone ou courriel). Indiquez laquelle de ces personnes était principalement responsable de la préparation du plan (le cas échéant). Ajoutez la date. Remarque : Si vous incluez des documents à l'appui pour aider le personnel à mieux connaître la personne, il n'est pas nécessaire d'obtenir la signature des auteurs de ces documents sur *Mon plan de soins de transition*.

**Bureau de coordination provincial de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario**

1-855-276-6313

[provincialbso@nbrhc.on.ca](mailto:provincialbso@nbrhc.on.ca)

[www.brainxchange.ca/BSO](http://www.brainxchange.ca/BSO)