

Centre de santé et de services sociaux  
des Îles



# **CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE SOUTIEN À DOMICILE**

**Présenté au Conseil d'administration le 15 mars 2011**

## Table des matières

<b>1. Préambule</b>	<b>4</b>
<b>2. Introduction</b>	<b>5</b>
<b>3. La vision</b>	<b>6</b>
<b>4. La philosophie d'intervention</b>	<b>7</b>
<b>5. L'organisation du Soutien à domicile</b>	<b>8</b>
<b>5.1 La définition du domicile</b>	<b>9</b>
5.1.1 Le domicile	9
5.1.2 Les ressources non institutionnelles (RNI)	9
5.1.3 Les ressources institutionnelles	10
<b>5.2 La définition de la clientèle</b>	<b>11</b>
<b>5.3 La définition du proche aidant</b>	<b>11</b>
<b>6. Les critères d'admissibilité et de cessation de service</b>	<b>12</b>
<b>7. Le cheminement d'une demande</b>	<b>14</b>
7.1 Algorithme du cheminement d'une demande	14
7.2 Le guichet unique	15
7.3 Les rôles de l'infirmière de liaison	15
7.4 Le comité d'attribution de services en soutien à domicile (CASSAD)	16
7.5 L'équipe multidisciplinaire	20
<b>8. L'organisation de l'aide à domicile</b>	<b>21</b>
8.1 Les activités de la vie quotidienne (AVQ)	22
8.2 Les activités de la vie domestique (AVD)	25
8.3 Le soutien aux proches aidants	26
8.4 L'allocation directe (Mesure du chèque emploi-service)	30
8.5 Tableaux indicateurs d'intensité de services	31
8.6 Les organismes communautaires et les groupes de bénévoles	34
<b>9. Les services professionnels de SAD</b>	<b>35</b>
9.1 Les services d'auxiliaires familiales et sociales	35
9.2 Les services psychosociaux	37
9.3 Les services de soins infirmiers	38
9.4 Les services médicaux à domicile	40

<b>9.5 Les services de soins palliatifs à domicile</b>	<b>47</b>
<b>9.6 Les services du Centre de jour</b>	<b>52</b>
<b>9.7 Les services de réadaptation à domicile</b>	<b>54</b>
<b>9.8 Les services d'ergothérapie à domicile</b>	<b>55</b>
<b>9.9 Les services d'inhalothérapie à domicile</b>	<b>56</b>
<b>10. Le mécanisme d'accès à l'hébergement</b>	<b>57</b>
<b>11. Protocole lors d'une demande de régime de protection</b>	<b>59</b>

**Annexe A** : Plan d'intervention (PI), Plan de services individualisés (PSI) et plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

**Annexe B** : Outil d'évaluation PRISMA 7

**Annexe C** : Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)

**Annexe D** : Formulaire de référence à la Corporation d'aide à domicile L'Essentiel

**Annexe E** : Formulaire d'autorisation d'allocations directes

**Annexe F** : Dépliant sur les services offerts au Centre d'action bénévole (CAB)

**Annexe G** : Dépliant de l'aide à domicile

**Annexe H** : Cadre de référence concernant les techniques d'aide aux soins d'hygiène

**Annexe I** : Prêt d'équipement : Cadre de référence et procédures

**Annexe J** : Exemple de plan thérapeutique infirmier (PTI)

**Annexe K** : Formulaire de référence pour une demande en soutien à domicile

**Annexe L** : Demande pour des services médicaux à domicile

**Annexe M** : Mécanisme d'accès à l'hébergement

**Annexe N** : Liste des partenaires

## 1. Préambule

Dans un contexte de croissance des besoins et de ressources limitées, il importe de revoir nos pratiques en soutien à domicile afin de répondre adéquatement au désir réel des personnes de demeurer le plus longtemps possible à domicile.

Le passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu ne peut se réaliser sans la reconnaissance de l'engagement des proches aidants. De plus, le programme de soutien à domicile doit s'inscrire dans un continuum de services en interdépendance des autres services présents dans le milieu.

La *Politique de Soutien à domicile du Ministère de la Santé et des Services sociaux : Chez soi : le premier choix* nous interpelle à travailler avec un nouveau mode de relation avec tous nos partenaires et, prioritairement, avec les proches aidants. Cette politique prend assise sur une vision *citoyenne* qui nous amène à considérer l'individu au-delà de toute catégorie.

## 2. Introduction

Le programme de Soutien à domicile du CSSS des Îles est le reflet de la vision, des valeurs et de la philosophie qui sous-tendent nos pratiques et demande une adhésion de l'ensemble des intervenants afin de rendre nos actions cohérentes.

Le programme de Soutien à domicile du CSSS des Îles prend racine dans la Politique de soutien à domicile « *Chez soi : le premier choix* » et s'inspire du Cadre de référence régional sur les services de soutien à domicile.

Nous en partageons les objectifs soit :

- Adopter une vision commune du soutien à domicile;
- Offrir une réponse adaptée aux besoins des personnes qui soit comparable et équitable dans l'ensemble du territoire, quel que soit le programme-services;
- Baliser l'offre de services : critères d'admissibilité, critères d'accessibilité, contenu, seuil et « plafond » de services, etc.;
- Harmoniser les pratiques : outils d'évaluation, critères de priorisation des demandes, plan d'intervention, rôles et responsabilités des fournisseurs de services et autres dans le respect des différents outils exigés par les ordres professionnels.

## 3. La vision

La vision du programme de Soutien à domicile du CSSS des Îles que nous adoptons est :

### **Le domicile, toujours la première option à considérer**

Dans le respect du choix des individus, le domicile sera toujours envisagé comme possible et sera l'option privilégiée à toutes les étapes de l'intervention. Les services de soutien à domicile ne seront plus considérés comme une solution temporaire en attendant un hébergement ou une hospitalisation, mais bien une finalité possible.

### **La priorité : le choix des individus**

Toute personne ayant une incapacité significative et persistante doit pouvoir recevoir, à domicile, une partie ou la totalité des services requis.

Toute personne en convalescence à domicile qui reçoit des soins, des traitements ou du soutien doit pouvoir compter sur les garanties de sécurité requises.

Toute personne doit être traitée équitablement, quel que soit son statut, son revenu ou toute autre caractéristique.

Le domicile est un lieu privé. L'intervention à domicile se déroule dans le respect des valeurs culturelles et de la situation familiale et sociale.

### **Le proche aidant**

Le proche aidant est reconnu comme un *client* qui a ses besoins propres. C'est un *partenaire* et un *citoyen* qui remplit ses obligations. Dans cette perspective, l'engagement du proche aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé. Cet engagement ne saurait occulter les obligations normales, usuelles, entre parents, enfants ou conjoints, stipulées dans le Code civil.

## 4. La philosophie d'intervention

Le grand objectif des services à domicile est de contribuer au soutien à domicile.

Pour ce faire, la philosophie d'intervention doit servir de toile de fond pour l'ensemble des actions posées et des décisions à prendre dans l'organisation des services aux personnes en perte d'autonomie.

Le programme de Soutien à domicile du CSSS des Îles préconise deux valeurs fondamentales soit :

***Les choix de la personne***

***Le respect des conditions d'admissibilité***

La philosophie d'action s'inscrit donc dans la capacité de :

- Reconnaître la personne au cœur des décisions;
- Favoriser le maintien, l'amélioration et l'actualisation du potentiel de la personne en perte d'autonomie;
- Privilégier une approche globale des besoins et des capacités de la personne;
- Reconnaître le milieu naturel comme un milieu de vie à privilégier le plus longtemps possible;
- Favoriser l'implication des proches, tout en leur apportant le soutien nécessaire;
- Développer le réflexe de solliciter les partenaires du milieu;
- Agir précocement pour maintenir et soutenir l'intégration sociale des personnes;
- Privilégier une approche interdisciplinaire et implanter une approche systématique afin d'intervenir avec une vision globale du client;
- Se doter de standards de qualité et de pratiques communs à tous les fournisseurs de services sur le territoire.

## **5. L'organisation du Soutien à domicile**

L'organisation et la prestation des services de soutien à domicile reposent sur les principes suivants:

- Une réponse rapide aux besoins de la population;
- L'évaluation des besoins des personnes et des proches;
- L'utilisation systématique du plan d'intervention (PI) (Annexe A) avec ou sans plan de services individualisés et plan d'intervention interdisciplinaires;
- L'information à la population des services à domicile offerts par le CSSS et les partenaires;
- La reconnaissance de la complémentarité des services;
- Le soutien à l'autonomie de la personne.

L'organisation et la prestation des services de soutien à domicile doivent être rendues de façon équitable et accessible. Pour ce faire, nous précisons les notions suivantes :

### **5.1 La définition du domicile**

### **5.2 La définition de la clientèle**

### **5.3 La définition du proche aidant**



## 5.1 La définition du domicile

« Le lieu où loge la personne de façon temporaire ou permanente. »

### 5.1.1 Le domicile

Que ce soit une maison individuelle, un logement, une résidence collective (HLM), une coopérative d'habitation, un organisme à but non lucratif d'habitation ou les résidences pour personnes âgées, toutes ces personnes peuvent recevoir des services de soutien à domicile.

Le domicile est jugé adéquat et sécuritaire.

### 5.1.2 Les ressources non institutionnelles (RNI)

Toutes les personnes qui demeurent dans ces ressources (RI, RTF) sont admissibles à des services **complémentaires**, requis par leur état et inscrits au plan d'intervention ou au plan de services individualisés.

Un établissement gestionnaire (CSSS) ayant un contrat avec une RNI doit établir un PI ou un PSI et convenir d'une entente formelle pour assurer une offre de service intégrée et appropriée aux besoins de la personne hébergée.

En ce qui concerne les services d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et pour les activités de la vie domestique (AVD) pour lesquels une RNI reçoit une contribution, la ressource doit pourvoir à ces services.

En conclusion, aucun service d'aide à domicile n'est offert en RNI par le CSSS. Le CSSS ne doit en aucun cas doubler des services déjà convenus dans le contrat qui lie une RNI et l'établissement gestionnaire.

### **5.1.3 Les ressources institutionnelles**

Les personnes qui demeurent dans un établissement public, centre hospitalier, centre de réadaptation, CHLSD public, CHSLD privé ou privé conventionné ne sont pas admissibles.

#### **Spécificité**

La clientèle qui est couverte pour des services du même type par un autre régime public, par exemple l'assurance-automobile (SAAQ), la commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou une assurance personnelle doit recourir aux services de ce tiers payeur. Les besoins d'aide non couverts par un autre régime public seront compensés par les services du programme de Soutien à domicile dans la mesure où les critères d'admissibilité sont respectés.

## **5.2 La définition de la clientèle**

Toute personne résidant sur le territoire peu importe son âge, ayant une incapacité modérée à sévère, temporaire ou persistante, dont la cause peut-être physique, psychique ou psychosociale et qui doit recevoir à domicile une partie ou la totalité des services requis. En aucun cas, des critères socioéconomiques ne sauraient constituer un motif de refus.

Toute personne dont le besoin de soutien est confirmé par une évaluation professionnelle, sur la base des besoins exprimés par la personne et ses proches aidants.

## **5.3 La définition du proche aidant**

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel à une personne ayant une incapacité, est considérée comme un proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami. Donc, les proches aidants sont admissibles aux services de soutien à domicile.

## 6. Les critères d'admissibilité et de cessation de service

Les critères d'admissibilité et la grille d'attribution de services servent à guider nos décisions en toute équité. Ils ne remplacent pas, ils accompagnent le jugement clinique de l'intervenant, l'analyse des besoins de la clientèle et l'inventaire des ressources du milieu.

Même si des critères d'admissibilité généraux sont établis, il importe aussi d'adopter **des critères spécifiques pour chacun des services** : réadaptation, soins infirmiers, soins médicaux, services psychosociaux, Centre du jour, etc.

Le soutien à domicile est offert quand les conditions suivantes sont remplies :

- Le besoin de soutien est attesté par une évaluation professionnelle, sur la base des besoins exprimés par la personne et ses proches aidants;
- La personne et ses proches aidants acceptent de participer au processus de décision et de recevoir les services requis;
- La personne est confinée à domicile en raison de son état ou encore il est pertinent, sur le plan clinique, d'offrir les services à domicile;
- Il est plus efficient d'offrir le service au domicile plutôt que dans l'établissement ou en ambulatoire;
- Le domicile est jugé adéquat et sécuritaire. Il remplit les conditions essentielles pour la dispensation des services à domicile et il est absent de danger pour la personne et pour le personnel.

Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) permet de dégager les personnes qui ont une perte d'autonomie en trois catégories reconnues par le Ministère de la Santé et des Services sociaux :

1. Légère (SMAF 1-15)
2. Modérée (SMAF 16-35)
3. Sévère (SMAF 36 +)

On distingue les clientèles du programme de soutien à domicile en cinq profils d'usagers :

- Profil 1 :** Clientèle du virage ambulatoire, hospitalisation, clientèle en phase palliative.
- Profil 2 :** Clientèle long terme, besoins complexes, incapacités modérées et sévères, risques sociaux non compensés par le réseau familial. Vit généralement seul.
- Profil 3 :** Clientèle long terme, incapacités modérées et sévères, sans facteur de risque ou avec des risques compensés par le réseau familial.
- Profil 4 :** Incapacités légères (d'ordre domestique) avec facteur de risque.
- Profil 5 :** Incapacités légères (d'ordre domestique) sans facteur de risque.

### **La liste d'attente**

La création d'une liste d'attente pour les services peut être inévitable dans certaines situations liées à la disponibilité de certaines ressources humaines et financières. La gestion de celle-ci demeure la responsabilité du CSSS des Îles. Cependant, l'ordre de priorité doit s'appuyer sur l'évaluation avec l'OEMC (prise de contact) en tenant compte des critères d'admissibilité et permettre une gestion des listes d'attente selon des critères uniformes, les mêmes modalités et une organisation de services adaptée aux besoins de la clientèle.

### **Les critères de fin de service**

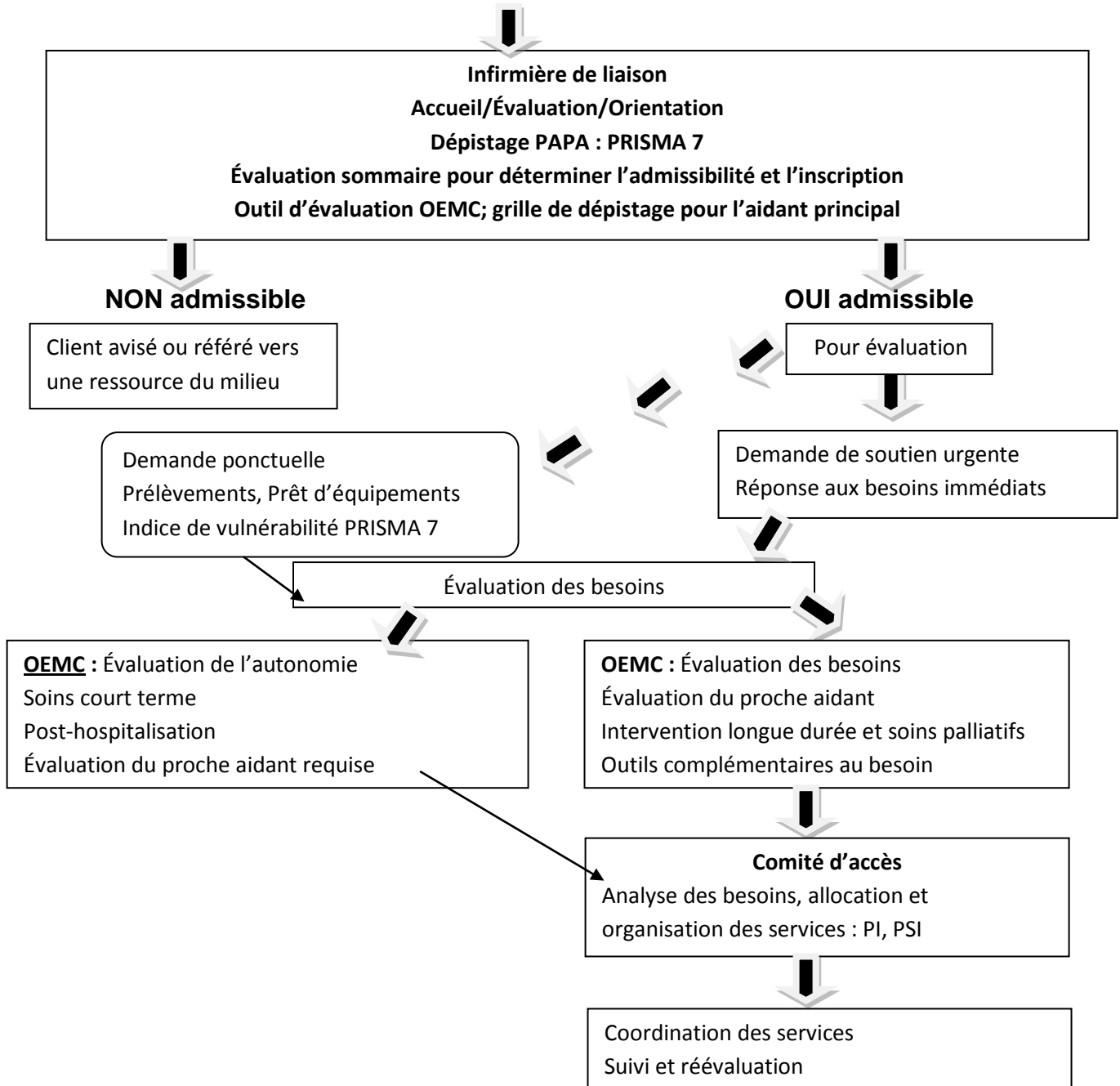
- Objectifs atteints dans le plan d'intervention
- Orientation dans des ressources qui répondent mieux à ses besoins
- Guérison
- Capacité à se déplacer
- Hébergement, déménagement
- Décès

## 7. Le cheminement d'une demande

### 7.1 Algorithme du cheminement d'une demande

**Provenance de la demande :** La personne ayant une incapacité, un proche, un professionnel de la santé, un intervenant d'un organisme du milieu ou d'une entreprise d'économie sociale.

#### Entrée de la demande par le Guichet unique :



## 7.2 Le guichet unique

Toutes les demandes de soutien à domicile doivent être dirigées au Guichet unique du CSSS et transmises à l'infirmière de liaison (accueil) du soutien à domicile.

### Le Guichet unique permet :

- D'améliorer l'accessibilité aux services;
- De faire efficacement les références aux services appropriés;
- D'améliorer l'information concernant les services pour les personnes, leurs proches et les intervenants;
- De contribuer au repérage de la clientèle vulnérable en utilisant les outils de dépistage ou de repérage valides;
- De permettre des relances préventives.

## 7.3 Les rôles de l'infirmière de liaison

### L'infirmière de liaison du guichet unique a la responsabilité :

- De recevoir, pendant les heures d'ouverture régulière, toutes les demandes de SAD en provenance de la clientèle ou des partenaires;
- D'informer la clientèle et les partenaires sur les services du CSSS, sur les ressources du milieu, sur les services offerts par les partenaires et sur les modalités d'accès;
- D'évaluer la clientèle à l'aide de l'outil PRISMA (Annexe B) pour le repérage et compléter la prise de contact pour la clientèle qui demande des services;
- D'appliquer les critères d'admissibilité;
- D'établir la priorité des demandes;
- D'orienter la personne vers le bon service pour l'évaluation à domicile et la mise en place de services temporaires, si requis;
- De relancer la clientèle à risque;
- D'assurer la gestion des situations de crise à domicile.

## **7.4 Le comité d'attribution de services en soutien à domicile (CASSAD)**

### **La composition du comité**

Ce comité est formé de la chef de programme du SAD, d'intervenants de la réadaptation, d'intervenants sociaux, de l'infirmière de liaison et du chef d'équipe des auxiliaires familiales, d'un intervenant du Centre de jour ou de tout autre intervenant jugé nécessaire à l'étude de cas.

### **Le but du comité**

- Identifier les besoins en aide à domicile, le soutien aux proches et mesurer l'intensité des services requis;
- Offrir le bon service, à la bonne personne, au bon endroit, par le bon intervenant;
- Avoir une vision globale de la situation et assurer à la clientèle une lecture juste de ses besoins.

### **L'outil d'évaluation des besoins**

Afin d'uniformiser le processus et le contenu de l'évaluation des besoins des usagers, l'outil d'évaluation multicientèle (OEMC) est utilisé pour évaluer les demandes de services à domicile. Cet outil permet de mesurer les capacités et les incapacités de l'utilisateur sur le plan de l'autonomie fonctionnelle, identifie le réseau social et les ressources matérielles dont il dispose afin de déterminer les besoins qui doivent être comblés par les services appropriés.



## **Le mode de fonctionnement**

Le comité :

- Reçoit l'OEMC à jour pour la demande de services (L'évaluation doit présenter le plus fidèlement possible la réalité du client au moment de la demande.);
- Complète la grille des besoins qui déterminent le requis de service;
- Procède à l'analyse de la demande et détermine les services et leur intensité;
- Attribue à la personne un intervenant pivot, si requis;
- Fixe une date de réévaluation;
- Propose des recommandations afin d'améliorer la situation du client à domicile;
- Analyse toutes les demandes en ayant comme toile de fond la sécurité du client et de l'intervenant du CSSS des Îles en prônant le maintien à domicile;
- Fait des recommandations à la chef de programme afin d'améliorer les services ou le fonctionnement.

## **Les plans d'interventions (PI) (Annexe A) et l'allocation des services**

Un plan d'intervention est préparé pour chaque usager qui reçoit des services à domicile. Le plan identifie les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens utilisés et la durée des services. Celui-ci doit être révisé chaque fois que des changements majeurs surviennent chez l'usager ou à une période déterminée. Chaque intervenant doit élaborer et réviser son plan d'intervention.

Lorsque l'intervention implique une seule discipline, le plan d'intervention est élaboré par l'intervenant concerné.

## **Le plan de services individualisés (PSI) (Annexe A)**

Chaque usager qui reçoit, pour une période prolongée, une intervention simultanée du CSSS et d'autres partenaires pour favoriser son maintien en milieu naturel doit avoir un plan de services individualisé. Ce plan précise la contribution des partenaires, la coordination peut être assumée par l'un ou l'autre des partenaires et la révision a lieu lorsque des changements dans la situation de l'usager l'exigent. Le plan de services individualisés fait partie du plan d'intervention.

Lorsque la situation est complexe ou à long terme, le plan d'intervention est élaboré en interdisciplinarité.

## **Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) (Annexe C) :**

Ce plan est nécessaire pour coordonner les services dispensés par le CSSS à l'usager et à ses proches lorsqu'il y a plusieurs intervenants qui offrent des services. Le plan d'intervention interdisciplinaire est élaboré avec la collaboration active de tous les intervenants impliqués auprès de l'usager et de ses proches. Le PII permet d'identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services doivent être fournis. Le plan d'intervention interdisciplinaire fait partie du plan d'intervention.

### **L'équipe du CASSAD est composée de :**

- ✓ La chef de programme
- ✓ L'intervenant social
- ✓ L'infirmière de liaison, au besoin
- ✓ L'ergothérapeute, au besoin
- ✓ L'auxiliaire chef d'équipe
- ✓ Les intervenants du Centre du jour, au besoin

Pour le traitement efficient d'une demande, il importe que :

- Le CLSC soit la porte d'entrée des services de première ligne. Toute demande de services doit être transmise à l'infirmière de liaison du soutien à domicile qui complète la prise de contact ou la demande de service;
- Si le client est jugé admissible à une évaluation, l'infirmière de liaison achemine la demande de service à l'intervenant concerné;
- Si l'admissibilité de la demande est incertaine, celle-ci est traitée comme une référence admissible. Par la suite, l'intervenant social complète l'OEMC. C'est à partir de cette évaluation que l'admissibilité sera vraiment établie.

### **L'attribution des services et le dispensateur des services requis**

Le soutien à domicile comprend :

- L'aide à domicile (AVQ, AVD, soutien aux proches aidants, soutien civique)
- Les services et les soins professionnels : services psychosociaux, soins infirmiers, soins médicaux, services de réadaptation, de nutrition, d'inhalothérapie,
- Les services du Centre du jour
- Les services de soutien technique

## 7.5 L'équipe multidisciplinaire

L'implication de l'équipe multidisciplinaire du soutien à domicile est importante à chaque étape du processus. Celle-ci suppose une mise à profit de l'expertise de chacun dans le but d'améliorer la qualité des services et la qualité de vie des clients qui vivent des situations complexes à domicile.

La composition de l'équipe multidisciplinaire :

- ✓ La chef de programme
- ✓ L'intervenant social
- ✓ L'infirmière de liaison
- ✓ L'ergothérapeute, au besoin
- ✓ L'auxiliaire chef d'équipe
- ✓ Les intervenants du Centre du jour, au besoin
- ✓ L'infirmière du SAD

## 8. L'organisation de l'aide à domicile

La responsabilité de l'aide à domicile mérite d'être départagée afin de clarifier le rôle de chacun.

Le nouveau partage des responsabilités s'aligne sur trois principes :

- Les choix de la personne
- L'état clinique et la situation de la personne
- L'expertise requise

**L'aide à domicile comprend :**

- Les activités de la vie quotidienne (AVQ) : soins personnels d'hygiène et de confort, aide à l'alimentation, mobilisation, transfert, etc.
- Les activités de la vie domestique (AVD) : entretien ménager, préparation des repas, approvisionnement, entretien des vêtements, lessive, etc. Certains services d'aide-domestique pourront être dispensés exceptionnellement par l'auxiliaire familiale et sociale lorsque la situation de vulnérabilité de l'usager le requiert et qu'il est indiqué au plan d'intervention.
- Le soutien aux proches aidants : présence/surveillance, répit, dépannage.
- Activités de soutien civique : aide à la gestion du budget, aide pour répondre aux formulaires administratifs.
- Assistance à l'apprentissage : activités d'entraînement et de stimulation, soutien aux activités occupationnelles et aux activités de réadaptation.
- Activité d'intégration sociale ou pour contrer l'isolement social : sortie préventive, assistance aux déplacements, accompagnement, contact ou visite d'amitié, etc.

## **8.1 Les activités de la vie quotidienne (AVQ)**

Le CSSS des Îles offre des services pour les activités de la vie quotidienne. Les AVQ correspondent à tout ce qui concerne les soins d'hygiène d'une personne : bain complet, toilette partielle, aide à l'habillement, soins liés à l'incontinence, accompagnement à la toilette, entretien de la personne, aide aux transferts...

Les soins liés aux AVQ sont offerts selon les besoins de chaque personne.

Pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, le CSSS des Îles favorise la mesure du chèque emploi-service, tel que suggéré par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Gaspésie et des Îles. Le bénéficiaire doit engager un employé qui assumera l'aide lié aux AVQ. Cet employé sera rémunéré par la mesure du chèque emploi-service, selon le taux horaire établi par l'ASSS de la Gaspésie et des Îles.

Pour les personnes ayant des problèmes de santé plus complexes, comme des personnes paralysées, amputées ou en phase terminale, le CSSS des Îles favorise la dispensation des AVQ, partiellement ou en totalité, par les auxiliaires familiales et sociales du programme de SAD.

Le CSSS des Îles s'engage à fournir les ressources humaines ou financières selon ses capacités et selon l'évaluation psychosociale faite par l'intervenant social au dossier. Le profil Iso-Smaf et l'évaluation déterminent un nombre d'heures autorisé par le CASSAD jusqu'à concurrence de 20 heures/semaine, tous services compris (voir tableaux indicateurs d'intensité de services 8.5).

### **L'intensité des activités de la vie quotidienne à donner est basée sur les principes suivants :**

- Offrir un service de qualité, uniforme, équitable et sécuritaire;
- Assurer la sécurité de la clientèle, des proches aidants, de l'AFS ou de l'employé rémunéré par la mesure du chèque emploi-service;
- S'assurer de la collaboration et de l'implication de la clientèle afin qu'elle utilise au maximum ses capacités pour maintenir son autonomie;
- Développer une philosophie commune d'intervention chez le personnel du CSSS des Îles offrant les soins d'hygiène;
- Permettre au personnel impliqué dans le processus d'évaluation de se référer à des balises claires et précises pour la mise en place des services de soins d'hygiène.

**L'intensité des activités de la vie quotidienne à donner est basée sur les critères suivants :**

- **Un bain par semaine** : La clientèle en perte d'autonomie sans condition associée et dont l'hygiène quotidienne est compensée par une autre ressource (proche aidant, famille d'accueil, services privés).
- **Deux bains par semaine** : Clientèle en perte d'autonomie avec une ou des conditions associées.
  - Incontinence fécale occasionnelle (1 à 2 fois/ sem.). Besoin bien compensé.
  - Incontinence urinaire (1fois/ jour). Besoin bien compensé.
  - Obésité avec sudation abondante
  - Risque de problème de peau ou de plaie
- **Trois bains par semaine** : Clientèle avec perte d'autonomie sévère et avec des conditions associées.
  - Incontinence fécale fréquente (4 fois/ sem.) ou totale
  - Incontinence urinaire totale
  - Présence de plaies ou problème de peau, selon des recommandations médicales

**Clientèle demeurant en résidence privée**

Dans le cadre des résidences privées d'hébergement, le programme de SAD du CSSS des Îles offre les mêmes services, selon les mêmes critères que pour la clientèle à domicile.

## LA GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE POUR LES SOINS COMPLETS D'HYGIÈNE

Les personnes en soins palliatifs ont toujours le nombre de bains requis par la condition de l'utilisateur.

Pour les autres usagers, un bain est accordé lorsqu'il y a des plages horaires disponibles en fonction des priorités suivantes :

*Priorité 1* : Plaie ou risque élevé de plaies

*Priorité 2* : Incontinence urinaire et fécale

*Priorité 3* : Incontinence urinaire

*Priorité 4* : Déficit cognitif sans incontinence et absence d'aidant

*Priorité 5* : Aucune incontinence avec absence d'aidant

*Priorité 6* : Déficit cognitif sans incontinence avec présence d'aidant

*Priorité 7* : Aucune incontinence avec présence d'aidant

Le deuxième bain sera donné après que les priorités ci-haut mentionnées aient été répondues et si la situation l'exige.



## **8.2 Les activités de la vie domestique (AVD)**

Les activités de la vie domestique comprennent la préparation des repas, l'entretien ménager, l'entretien extérieur, les courses, la lessive...

Le CSSS des Îles n'offre aucune ressource humaine pour ce genre d'activités, mais collabore avec la Corporation d'aide à domicile L'Essentiel, une entreprise d'économie sociale.

Le CSSS assumera les coûts de la contribution de l'utilisateur pour la préparation des repas pour un maximum de trois heures/semaine, selon une évaluation de l'intervenant au dossier. Voir le tableau indicateur.

### **Les entreprises d'économie sociale**

Les personnes qui ont besoin de services d'aide à la vie domestique sont dirigées vers les EESAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) à la suite d'une évaluation des besoins et de l'élaboration d'un plan d'intervention ou d'un plan de service individualisé.

Les services d'entretien ménager, d'approvisionnement et de lessive sont à la charge du client.

Un contrat de service lie le CSSS des Îles et la corporation. Celui-ci précise la nature des services, les mécanismes de référence et d'échange d'information spécifique pour la clientèle et les moyens pour s'assurer de la qualité des services offerts.

Le formulaire de référence (Annexe D) doit être rempli pour chaque client à la suite de l'évaluation des besoins.

### 8.3 Le soutien aux proches aidants

Il s'agit de mesures pour soulager et soutenir les proches aidants qui assument la garde, l'aide et l'assistance de façon continue auprès de leur proche. Ces mesures consistent principalement en des services de présence-surveillance, de répit et de dépannage.

Le soutien aux proches aidants vise un objectif : faire en sorte que le proche puisse maintenir sa relation interpersonnelle courante et habituelle avec la personne qu'il aide et aussi prévenir l'épuisement du proche.

Dans cette optique, le proche aidant est considéré comme un client, un partenaire et un citoyen qui remplit ses obligations usuelles.

#### *Client*

- Besoin d'appui et d'accompagnement.
- Besoin de services qui répond à ses besoins.

#### *Partenaire*

- Doit recevoir l'information, la formation et la supervision nécessaire pour maîtriser les tâches qu'il accepte d'effectuer.
- Doit pouvoir compter sur un accès rapide en cas d'urgence.

#### *Citoyen*

- Doit remplir ses obligations sociales et familiales.

Les services de soutien font en sorte que l'aidant puisse maintenir son équilibre personnel et sa relation interpersonnelle avec la personne aidée.

### **Ces services ont pour objectifs de :**

- Soutenir l'aidant dans la réalisation de son engagement envers la personne aidée;
- Prévenir son épuisement;
- Briser l'isolement;
- Assurer une meilleure stabilité dans la réponse aux besoins de la personne aidée;
- Faciliter l'adaptation requise lors de l'accompagnement d'une personne en perte d'autonomie;
- Contribuer initialement à l'évaluation des besoins de l'aidant en identifiant les facteurs de risques et les facteurs de protection de l'aidant ainsi que les caractéristiques de la personne aidée;
- Soutenir l'aidant dans la prise de décision relative à son engagement;
- Mobiliser les ressources nécessaires pour le soutenir dans cet engagement;
- Contribuer à éviter ou à réduire de façon significative les situations d'épuisement et les effets négatifs sur sa santé;
- Apporter l'apport de soutien affectif à l'amélioration de l'image de soi et de la dynamique familiale ainsi qu'à la prévention des abus et de la maltraitance.

Les services de soutien aux proches aidants doivent se retrouver dans un plan d'intervention.

### **Ces services sont**

- **La présence/surveillance ou gardiennage**
- **Le répit**
- **Le dépannage**

## **LA PRÉSENCE/SURVEILLANCE**

Ce service assure une présence lorsqu'un proche, qui habite avec une personne adulte ayant une incapacité, doit s'absenter pour diverses activités de la vie courante. Ces services doivent être planifiés et évalués par l'intervenant pivot.

## **LE RÉPIT**

Le répit procure aux proches aidants un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers d'un parent. La diversité des services de répit est nécessaire afin d'offrir la mesure qui répondra de façon adéquate aux besoins tant de l'aidant que de la personne aidée et en respect du plan d'intervention adopté

Ce service planifié peut se donner :

- À domicile : si personne dans l'entourage du proche aidant ne peut prendre la relève.
- À l'extérieur : dans le cadre d'un hébergement temporaire dans un établissement public, une ressource intermédiaire, une ressource de type familiale, un organisme communautaire d'hébergement, une maison de répit ou toute autre ressource offrant ce type de service.

## **LE DÉPANNAGE**

Ce service vise à résoudre la difficulté des proches à répondre, à brève échéance, aux besoins particuliers d'une personne et à faire face à une situation imprévisible ou urgente. Ce service est temporaire et généralement de courte durée. Il peut prendre la forme d'un hébergement temporaire ou de chèque emploi-service (volet C).

Le CSSS des Îles s'engage à fournir les ressources financières reliées à ses besoins, selon l'évaluation psychosociale. Le profil Iso-Smaf et l'évaluation déterminent un nombre d'heures autorisées par le CASSAD, jusqu'à concurrence de 20 heures/semaine pour la présence/surveillance, tous services compris (AVQ, AVD, Soutien aux proches).

Un montant forfaitaire annuel sera attribué selon l'évaluation psychosociale faite par l'intervenant social. Le profil Iso-Smaf et l'évaluation déterminent le montant annuel qui varie selon les besoins du proche aidant. (Voir tableau d'indicateur d'intensité de services à la page 30.)

Pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, le CSSS des Îles favorise la mesure du chèque emploi-service, tel que suggéré par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Gaspésie et des Îles. Le bénéficiaire doit engager un employé qui assumera l'aide liée au soutien au proche aidant. Cet employé sera rémunéré par la mesure du chèque emploi-service, sous forme de montant forfaitaire, selon les barèmes établis par l'ASSS de la Gaspésie et des Îles.

## 8.4 L'allocation directe (Mesure du chèque emploi-service)

L'allocation directe est une modalité qui s'adresse aux personnes vivant à domicile, dont l'état est stable et qui ont des besoins à long terme :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie
- Les personnes handicapées

L'attribution des services par allocation directe doit respecter les balises suivantes :

- L'exercice d'un choix libre et éclairé;
- Un état stable et des besoins de service à long terme;
- La capacité de gérer de la personne avec le soutien d'un proche aidant;
- L'expertise requise pour offrir le service (complexité ou vulnérabilité);
- Le droit à des services personnalisés, continus et de qualité.

Le CLSC conserve les responsabilités suivantes :

- Évaluer les besoins des personnes et des proches aidants;
- Élaborer un plan d'intervention ou un plan de service individualisé et en assurer la révision au moins deux fois par année;
- Attribuer, lorsqu'un requis, un intervenant pivot;
- Offrir le soutien nécessaire pour que l'utilisateur apprenne et maîtrise les opérations découlant de la gestion de l'allocation directe;
- Prévoir et inscrire au plan d'intervention les mesures de remplacement pour assurer la continuité et la régularité de prestation de services;
- Assurer le suivi et apporter les ajustements requis par la situation de la personne;
- Assurer la qualité des services offerts.

Le formulaire d'autorisation d'allocations directes (Annexe E) doit être rempli pour chaque client à la suite de l'évaluation des besoins.

## 8.5 Tableaux indicateurs d'intensité de services

### Allocations directes (AVQ, AVD, soutien aux proches)

L'intensité maximale des services accordés par le CSSS à un usager ou à un proche aidant en allocation directe pour les AVQ, les AVD et les services de soutien aux proches, excluant le dépannage et le répit, est la suivante.

Cote SMAF	1 à 15	16 à 29	30-44	45 +
Nombre d'heures maximum	0 heure	10 heures	15 heures	20 heures

L'évaluation des besoins de l'utilisateur ou de ses proches est réalisée par l'intervenant social et entérinée par le CASSAD.

### AVQ (Activités de la vie quotidienne)

Voici le tableau représentant le **maximum** d'heures autorisées par semaine pour un bénéficiaire pour ses besoins en AVQ. Ce nombre d'heures fait partie du maximum autorisé pour les allocations directes et inclut les services dispensés par les AFS.

Cote SMAF	1 à 15	16 à 29	30-44	45 +
Nombre d'heures maximum	0 heure	10 heures	15 heures	20 heures

### AVD (Activités de la vie domestique)

Le **maximum** d'heures autorisées par semaine pour un bénéficiaire pour ses besoins en AVD (aide à la préparation de repas) financé par le CSSS sera de **trois heures** par semaine. Ces services sont dispensés par la Corporation d'aide à domicile l'Essentiel.

### SOUTIEN AUX PROCHES

### Présence/surveillance ou gardiennage

Voici le tableau représentant le **maximum** d'heures autorisées par semaine pour un proche aidant pour ses besoins en présence/surveillance. Ce nombre d'heures fait partie du maximum autorisé par la mesure du chèque emploi-service (Volet C) et est calculé selon la cote SMAF. L'évaluation des besoins du proche est réalisée par l'intervenant social et entériné par le CASSAD. Le montant versé est de 5 \$ l'heure.

### Répit

Voici le tableau représentant le **maximum** de 26 jours autorisés par année, à raison de 40 \$ par jour, pour un proche aidant pour ses besoins en répit. Ce nombre de jours est calculé selon la cote SMAF. L'évaluation des besoins du proche est réalisée par l'intervenant social et entériné par le CASSAD.

		SMAF 16-30	SMAF 31-49	SMAF 50 et plus
Proche aidant vivant avec d'autres personnes pouvant prendre la relève.	Répit \$/an	0	0	520 \$/an
	Prés./surv. H/sem.	3	5	7
Proche aidant vivant seul avec le client, mais peut compter sur la relève d'un proche, au besoin.	Répit \$/an	0	520 \$/an	1 040 \$/an
	Prés./surv. H/sem.	6	10	14
Proche aidant vivant seul avec le client et qui n'a pas d'autre moyen de répit.	Répit \$/an	520 \$/an	520 \$/an	1 040 \$/an
	Prés./surv. H/Sem	9	15	20

**Les membres de la famille en filiation directe (conjoint, père, mère, enfants, et grands-parents) ne peuvent être rémunérés par la mesure de l'allocation directe ou du CES pour les services dispensés à l'utilisateur qu'ils habitent ou non avec ce dernier.**



## **Dépannage**

Il s'agit d'une mesure de prise en charge temporaire et généralement de courte durée d'un usager en perte d'autonomie. La mesure de dépannage s'applique dans le cas où l'aidant est confronté à une situation nécessitant son remplacement dans sa tâche auprès de la personne. Le dépannage se définit comme une intervention rapide en situation de crise (hospitalisation, maladie, accident, deuil, etc.).

Le dépannage peut avoir lieu à domicile ou en milieu d'hébergement. Le CSSS assume un nombre maximal de 10 jours par année, selon une allocation de 40 \$ par jour, si le dépannage a lieu à domicile. Lorsqu'on a recours à une ressource d'hébergement, la contribution de l'usager s'applique.

## **8.6 Les organismes communautaires et les groupes de bénévoles**

Les organismes communautaires et les groupes de bénévoles peuvent offrir le soutien civique, la livraison de repas à domicile, l'accompagnement transport, les visites d'amitié, des groupes de soutien et toutes autres activités qui contribuent au soutien à domicile. (Annexe F)

## 9. Les services professionnels de SAD

### 9.1 Les services d'auxiliaires familiales et sociales

L'auxiliaire familiale et sociale doit :

- Toujours tenir compte des capacités fonctionnelles de la clientèle et des compétences des proches aidants;
- Valoriser une approche globale de la personne;
- Remettre le dépliant d'aide à domicile (Annexe G) à chaque bénéficiaire;
- Maximiser les capacités fonctionnelles;
- Favoriser l'utilisation d'aides techniques et d'équipements appropriés;
- Mettre l'accent sur l'enseignement de méthodes sécuritaires pour les bénéficiaires, les proches aidants;
- Respecter le client;
- Respecter les principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire (PDSB) et les méthodes facilitant le travail;
- Respecter le plan d'intervention;
- Informer le chef d'équipe si les recommandations sont difficiles à appliquer, si la situation change, si la sécurité est compromise pour le client ou pour les AFS, si le client refuse de se procurer les équipements adéquats, si le domicile est insalubre;
- Refuser d'exécuter toute méthode jugée non sécuritaire et en informer le chef d'équipe tout en lui donnant des pistes de solutions;
- S'assurer que le client soit dans des conditions ne portant pas préjudice à sa santé et à sa sécurité et que toute attitude ou tout comportement du client ou de ses proches portant une atteinte à l'intégrité de l'intervenant soit rapporté;
- Tenir compte du fait que trois absences du domicile sans préavis ou pour des raisons autres que médicales doivent engendrer une réévaluation des besoins.

## **Le rôle et les responsabilités du chef d'équipe des auxiliaires familiales et sociales**

La présence du chef d'équipe des auxiliaires familiales au sein de l'équipe multi de soutien à domicile permet d'assurer une meilleure coordination des services et de réagir rapidement aux besoins, lorsque la situation change.

### **Le rôle et les responsabilités du chef d'équipe :**

- Participer au comité d'accès;
  
- Organiser les services d'aide à domicile dispensés par les AFS et faire le suivi sur l'évolution des services alloués;
  
- Sous la supervision de l'ergothérapeute et à l'aide du cadre de référence concernant les techniques d'aide aux soins d'hygiène (Annexe H) et des critères déterminés pour la fréquence des bains, faire la première visite à domicile pour évaluer le type d'aide au bain nécessaire :  
1- Supervision, 2- Assistance partielle ou 3- Assistance totale;
  
- Remettre le dépliant concernant l'aide à domicile (Annexe G);
  
- Organiser le service selon la disponibilité et l'horaire des AFS;
  
- En accord avec la chef de programme, gérer la liste d'attente pour les services d'aide à domicile;
  
- Assurer sur une base régulière l'encadrement, la supervision et l'enseignement aux AFS, pour maintenir un service de qualité;
  
- S'assurer que la formation des PDSB des AFS soit à jour;
  
- Assurer le lien entre les AFS et l'intervenant pivot;
  
- S'assurer que des notes évolutives soient transmises à l'intervenant pivot;
  
- Gérer les prêts d'équipements en se référant au cadre de référence du prêt d'équipement (Annexe I);
  
- Répondre aux questions relatives aux soins d'hygiène ou transmettre la question au bon intervenant.

## 9.2 Les services psychosociaux

**L'intervenant social** intervient sur le fonctionnement social des usagers, notamment en ce qui concerne les interactions entre ces personnes et leur environnement familial, social et leur milieu de vie. Le but est d'assurer le développement optimal de leur autonomie, de leur qualité de vie et de leur intégration sociale.

Il exerce ses fonctions en interdisciplinarité et en complémentarité avec d'autres professionnels.

Il tient compte des besoins spécifiques de l'utilisateur, de sa réalité et de ses besoins.

Dans ses interventions, il tient compte de la famille, des proches, du milieu substitut et des autres organismes de la communauté. Il intervient dans l'encadrement des ressources de type familial et des ressources intermédiaires.

### Il accomplit les fonctions cliniques suivantes

- Évaluation de la demande de soutien à domicile à l'aide de la grille OEMC (Annexe C);
- Identification des besoins de la clientèle
- Identification des ressources du milieu;
- Présentation de la demande au comité d'accès;
- Élaboration d'un PI (Annexe A) avec PSI et PII, au besoin;
- Information au client de la décision du comité;
- Organisation des services accordés par le comité en collaboration avec la chef des auxiliaires familiales et les autres intervenants de l'équipe;
- Suivi psychosocial, si nécessaire;
- Réévaluation.

### 9.3 Les services de soins infirmiers

Dans une perspective multidisciplinaire, l'infirmière offre à la clientèle des services infirmiers lui permettant de demeurer autonome et de vivre le plus longtemps possible dans son milieu de vie naturel.

#### **L'attribution des services des soins infirmiers doit respecter les critères suivants**

- Incapacité ou difficulté à se déplacer (mobilité physique diminuée)
- État de santé vulnérable (ex. : neutropénie, soins palliatifs, état infectieux...)
- L'état de santé vulnérable doit être accompagné d'une mobilité physique diminuée.

#### **L'infirmière**

- Maintient des liens étroits avec l'infirmière de liaison du CLSC sur l'évolution des bénéficiaires;
- Procède à l'évaluation de la situation clinique du patient;
- Effectue une collecte de données pour déterminer ou participer au plan d'intervention (PI) (Annexe A) et au plan thérapeutique infirmier (PTI) (Annexe J), adaptés aux déficits d'autosoins identifiés;
- Contribue aux méthodes de diagnostics;
- Exécute les méthodes de soins et administre les différents traitements à domicile selon la prescription médicale ou selon le protocole en vigueur;
- Fait de la prévention sur différents sujets : infection, accident, soins des pieds;
- Consigne au dossier client, les notes relatives aux interventions exécutées ou au suivi fait;
- Enseigne à la personne ou à son entourage des moyens de développer des habiletés d'autosoins;

- Assure le suivi de référence au requérant;
- Réfère au besoin à différentes ressources spécifiques à l'interne ou à l'externe;
- Maintient des liens étroits de collaboration avec l'hôpital, les pharmacies, le laboratoire et l'équipe médicale afin d'assurer une cohérence des interventions;
- Participe, selon le cas, au CASSAD et aux rencontres multidisciplinaires de suivi de la clientèle;
- Apporte soutien et aide aux personnes en perte d'autonomie, aux mourants ou aux familles;
- Assure le suivi de la démarche;
- Assure, à tour de rôle, le service de garde entre 16 h et 8 h, pour garantir une disponibilité 24 h / 24 h, 7 jours/ 7 à la clientèle du SAD;
- Tient à jour les statistiques informatisées de son secteur.

## 9.4 Les services médicaux à domicile

### EXPLICATION DU SERVICE DU SOUTIEN À DOMICILE

Le service de soutien à domicile « a comme but principal le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. »

Ces services s'adressent à une très large clientèle telle que :

- les malades chroniques;
- les personnes en convalescence;
- les personnes souffrant de troubles mentaux
- les personnes en soins palliatifs.

La présence d'un réseau de services de première ligne fort et bien structuré représente un enjeu central pour le soutien à domicile des personnes ayant une incapacité. L'accès au soutien à domicile doit être le même pour tous, sans distinction, de façon équitable, et fondé sur les besoins essentiellement.

Le cadre de référence pour le soutien à domicile vient appuyer les orientations ministérielles destinées aux diverses clientèles du système de santé et de services sociaux, sans s'y substituer. L'intervention à domicile ne signifie pas seulement « offrir des services », il faut adopter une approche de « soutien », c'est-à-dire considérer à la fois la situation de la personne, son entourage et son environnement.



## **Deux objectifs sous-tendent les services à domicile**

- Concevoir, planifier et organiser, de façon complémentaire et centrée sur les besoins des personnes, les services à domicile visant à leur apporter un soutien de nature **préventive** ou **curative**, de **réadaptation**, de **réinsertion sociale** ou de **compensation** des incapacités relativement aux activités de la vie quotidienne, domestique et sociale leur permettant de demeurer dans leur milieu naturel.
- Apporter un soutien additionnel ou complémentaire à l'aide déjà dispensé par le réseau des proches afin de maintenir ou d'améliorer leur qualité de vie et celle de leurs proches en apportant une réponse aux besoins particuliers de chacun.

## **Les clientèles prioritaires pour le suivi médical à domicile**

- Les patients en soins palliatifs désirant demeurer à domicile;
- Les patients ayant des difficultés de déplacement pour des raisons physiques importantes;
- Les patients qui auraient leur congé d'hospitalisation qu'à la condition d'avoir un suivi médical temporaire à domicile (si le médecin traitant le désire).

## RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS

Le médecin, en termes de tâches fonctionnelles, assure le développement et la supervision d'un plan de traitement, lequel peut être mis en œuvre par le patient lui-même ou avec le soutien de la famille et des intervenants professionnels.

### Ce plan de traitement comprend

- La prise en charge des problèmes médicaux;
- L'identification des besoins du patient en termes de soins à domicile;
- L'élaboration/approbation d'un plan de traitement dans lequel les objectifs à court et à long terme sont identifiés;
- L'évaluation des problèmes médicaux nouveaux, aigus ou émergents sur la base des renseignements fournis par les autres membres de l'équipe;
- La continuité des soins pour aller ou revenir des différents contextes (établissement, domicile et communauté);
- La communication avec le patient et les autres membres de l'équipe;
- La participation, au besoin, aux conférences touchant la famille ou les soins à domicile;
- La réévaluation du plan de soins et des résultats de la mise en œuvre du plan de soins;
- L'évaluation de la qualité des soins;
- La documentation dans les dossiers médicaux appropriés;
- La couverture 24 heures par un médecin de garde sur appel.

## PROCÉDURES DE RÉFÉRENCE À UN MÉDECIN À DOMICILE

### Référence du médecin traitant au médecin du SAD

Lorsqu'un médecin traitant considère que son client n'est pas en mesure de se déplacer pour son rendez-vous au bureau, le client peut être référé au médecin du SAD.

#### Le médecin traitant doit

- Remplir le formulaire de référence en SAD (demande de services à domicile) (Annexe K);
- Acheminer ce formulaire à l'infirmière du Guichet unique en SAD qui, elle, évaluera si le client est admissible;
- Si le client est admissible, le médecin traitant devra remplir le formulaire résumé de la dernière consultation au bureau ou faire un résumé du dossier;
- Dès que le nouveau client est accepté au SAD, l'infirmière du Guichet unique fera parvenir au médecin responsable du SAD (en l'occurrence Claudette Harvey), la nouvelle demande de services, le résumé médical ainsi qu'une copie de la note infirmière de sa dernière visite à domicile, s'il y a lieu.

Si les notes de l'infirmière sont peu documentées par rapport au diagnostic et suivi infirmier, un résumé écrit de leur diagnostic et du suivi infirmier serait pertinent et devrait être annexé à la demande.

## DEMANDE DE SERVICES MÉDICAUX À DOMICILE PAR L'INFIRMIÈRE DU SAD

L'infirmière qui considère que son client, de par sa perte d'autonomie importante, aurait avantage à recevoir le médecin à domicile peut faire une demande à son médecin traitant. Celui-ci a le libre choix de le référer au SAD ou de continuer son suivi médical.

### L'infirmière doit

- Remplir le formulaire de demande de services médicaux à domicile (Annexe L);
- Acheminer la demande à l'infirmière du Guichet unique qui, elle, l'acheminera au médecin traitant.
- Le médecin traitant décidera s'il réfère au médecin du SAD ou non. S'il réfère, il devra suivre la procédure au point 3.1.

### Suivi médical à domicile des clients déjà inscrits

Pour la clientèle déjà inscrite sur la liste des clients ayant un suivi médical à domicile, voici la procédure à suivre :

- L'infirmière du SAD devra compléter **chaque vendredi** sa liste de clients à voir la semaine suivante en se servant du formulaire ainsi que d'une copie de la dernière note infirmière ou un résumé de la dernière visite (feuille duplicata). Elle remet cette liste à l'infirmière du Guichet unique au plus tard **le vendredi, à 12 h**.
- L'infirmière du Guichet unique s'assure d'avoir les résumés ou notes évolutives pour chaque client listé.
- L'infirmière du Guichet unique envoie la liste et les documents au médecin de garde en SAD par le courrier interne **au plus tard le lundi matin**. Elle avise, par téléphone, le médecin de garde de cet envoi.

## **SEMI-URGENCE OU URGENCE**

### **Pour les clients déjà inscrits aux services médicaux du SAD**

Lorsque l'infirmière considère que le client devrait être vu dans un court délai, elle peut communiquer avec le médecin de garde en SAD.

#### **Pour ce faire, l'infirmière doit d'abord**

- Faire une évaluation complète de l'état de son client;
- Remplir le formulaire de référence de l'infirmière en s'assurant d'y inclure toutes les observations et les éléments pertinents pour le suivi médical.
- Communiquer avec le médecin de garde par téléavertisseur en spécifiant :
  1. Urgent
  2. Semi-urgent
  3. Non urgent

Vous faites le numéro où on doit vous joindre et vous ajouter le chiffre, selon l'urgence. Le médecin de garde communiquera avec vous pour assurer le suivi et vous informera du moment où il pourra visiter le client à domicile, s'il y a lieu.
- Faxer le formulaire rempli;
- Lorsque le médecin aura fait sa visite à domicile, celui-ci enverra sa note et ses recommandations à l'infirmière du Guichet unique qui, elle, l'acheminera à l'infirmière demanderesse.

#### **Pour les clients déjà connus ayant un suivi conjoint avec l'infirmière (cas non urgent)**

Pour ces clientèles, l'infirmière qui assure le suivi et qui désire une intervention ou une conduite particulière du médecin doit :

- Aviser le médecin de garde lorsqu'il y a un nouveau problème ou un problème chronique qui s'est détérioré;
- Inscrire le client sur la liste des clients à voir pour la semaine suivante;
- Annexer un résumé ou la note d'observation;
- Acheminer l'information au médecin de garde selon la procédure établie.

## **Clientèle soins palliatifs**

Dès qu'un client est identifié soins palliatifs et que celui-ci doit recevoir un suivi médical à domicile, la procédure demeurera la même que pour tous les autres cas. (Voir Les services de soins palliatifs au point 9.5.)

## **Autres clientèles**

Pour les clients suivis par un médecin traitant autre que le médecin du SAD et ne nécessitant pas de visite à domicile, le suivi doit se faire avec le médecin traitant en communiquant par téléphone avec celui-ci. Si l'infirmière considère que le client aurait besoin d'être vu, celui-ci sera dirigé vers l'urgence si son médecin traitant ne peut le voir.

## **Les clients en famille d'accueil, en RI, en RTF ou en hébergement sociocommunautaire**

Les clients demeurant dans les résidences d'accueil ne sont pas tous admissibles aux services médicaux à domicile. La procédure demeure la même que pour tous les autres clients à domicile.

## **Les clients orphelins n'ayant aucun médecin traitant**

Les clients n'ayant aucun médecin traitant devront être dirigés vers les services de l'urgence, au besoin. À ce moment, le médecin de l'urgence évaluera s'il doit inscrire le client sur la liste de priorités pour qu'on lui assigne un médecin traitant.

## 9.5 Les services de soins palliatifs à domicile

### Procédure de référence

Les demandes peuvent parvenir de plusieurs sources : médecin, bénéficiaire, famille, entourage, intervenants du SAD, du CSSS ou de tout autre établissement. Toute demande de service en SAD doit être acheminée à l'infirmière de liaison du guichet unique du SAD. L'infirmière de liaison du guichet unique évalue la demande et la dirige vers l'intervenant concerné. Tout bénéficiaire du SAD doit répondre aux critères d'admissibilités.

### L'équipe de soutien à domicile

Les demandes de services sont traitées au Comité d'accès aux services du Soutien à domicile (CASSAD) chaque semaine. Des rencontres supplémentaires seront convoquées par le Chef d'administration de programme, au besoin, pour répondre aux demandes urgentes. Des services **temporaires** peuvent aussi être mis en place durant l'attente des rencontres du CASSAD.

### Les demandes de soins médicaux pour des soins palliatifs à domicile doivent tenir compte des critères suivants :

- Acceptation du diagnostic;
- Réseau social adéquat;
- Fin de vie ou décès abordé avec bénéficiaire et famille (maison vs hôpital);
- Aucun traitement actif lié au diagnostic de soins palliatifs (ex. : chimio, radio);
- Pronostic de vie plus long que 1 mois;
- Rapport médical et résumé de dossier doivent être donnés, par le médecin traitant au médecin du SAD;
- Bénéficiaire avec incapacité ou difficulté à se mobiliser.

Si le bénéficiaire ne répond pas à ces critères, la demande pour des soins médicaux à domicile peut être refusée.

Cependant, même si la demande de soins médicaux est refusée, d'autres demandes peuvent être autorisées si les critères d'admissibilité sont respectés (ex. : infirmières, intervenants sociaux, aide à domicile).

Un délai de 48 heures est exigé pour toutes demandes en soins palliatifs (aide ou soins à domicile) afin d'être en mesure de :

- Procéder à l'évaluation sommaire des soins et d'aide à domicile requis;
- Planifier sommairement le Plan d'intervention et le Plan thérapeutique infirmier;
- Appliquer les services médicaux requis.



## **Services professionnels du SAD pour la clientèle en soins palliatifs**

- Services d'auxiliaires familiales et sociales;
- Services psychosociaux;
- Services de soins infirmiers.

Un ensemble d'activités visant à soutenir le bénéficiaire et sa famille dans son cheminement vers la mort, en favorisant des conditions sanitaires satisfaisantes et en offrant soutien et soins adéquats.

Les services de soins infirmiers sont disponibles 24 h/24 h et 7 jours/7 pour tous les secteurs de l'archipel. Ainsi, les tâches de l'infirmière se résument de façon suivante :

- Identifier les besoins de santé en recueillant les données en fonction des besoins biopsychosociaux à l'aide du formulaire approprié (OEMC);
- Contribuer aux méthodes de diagnostic considérées pertinentes dans les circonstances;
- Prodiguer les soins en :
  - Planifiant les soins selon la démarche infirmière;
  - Procurant les soins infirmiers palliatifs selon les besoins et les protocoles établis;
  - Enseignant au bénéficiaire et à sa famille les soins à donner pour favoriser l'autonomie et le confort;
- Contrôler la qualité des soins infirmiers en :
  - Évaluant les effets des interventions en soins infirmiers;
  - Notant les réactions du client aux soins, aux traitements et aux médicaments;
  - S'assurant de la surveillance médicale;
  - Assurant la continuité des soins (relance, information, consultations).

## **Services médicaux**

Le médecin responsable du bénéficiaire nécessitant des soins palliatifs à domicile est le médecin traitant.

Si le médecin traitant du SAD n'est pas disponible pour le suivi, il devra transférer son patient à un autre médecin du SAD avec une entente, au préalable, de gré à gré, et en avisant l'infirmière de liaison du SAD qui fera le suivi avec les infirmières des soins à domicile.

Si le médecin traitant doit s'absenter, il doit s'assurer qu'un autre médecin le remplace (CH ou SAD) avec une entente, au préalable, de gré à gré, et en avisant l'infirmière de liaison du SAD qui fera le suivi avec les infirmières des soins à domicile.

Si l'infirmière doit joindre le médecin pour un bénéficiaire recevant des soins médicaux palliatifs à domicile, elle le joint via son téléavertisseur. Pour les bénéficiaires ne recevant pas de soins médicaux palliatifs à domicile, elle doit contacter son médecin traitant ou le médecin de l'urgence.

### **Le rôle du médecin en soins palliatifs (CH ou SAD) se résume ainsi :**

#### ***Auprès du bénéficiaire et de sa famille :***

- Informer le bénéficiaire et sa famille de l'état de santé et de l'évolution de la maladie;
- Assurer un suivi médical à domicile individualisé pour chaque bénéficiaire;
- Voir au contrôle de la douleur et des autres conditions associées;
- Contribuer avec le bénéficiaire et sa famille à une prise de décision dans les modifications du traitement, selon l'évolution;
- Participer au cheminement du bénéficiaire et de sa famille dans le processus de la mort et ceci dans le respect de leurs croyances personnelles;
- Remplir tout formulaire nécessaire au bénéficiaire et à sa famille.

***Auprès des intervenants :***

- Participer avec l'équipe multidisciplinaire à l'évaluation du bénéficiaire (diagnostic, évolution, pronostic, traitement);
- Participer au plan d'intervention;
- Assurer une disponibilité pour discussion relative à des modifications de l'état du bénéficiaire;
- Voir à la mise à jour dans les protocoles de soins palliatifs et à la formation des intervenants;
- Soutenir les intervenants face aux problèmes qu'ils rencontrent.

***Auprès des consultants :***

- Collaborer au suivi à domicile;
- Maintenir le lien entre le bénéficiaire, la famille et l'équipe des soins palliatifs;
- S'informer auprès des consultants au dossier;
- Informer les consultants au dossier du tout changement de situation
  - Centre du jour
  - Services de réadaptation
  - Services d'ergothérapie
  - Services d'inhalothérapie

## 9.6 Les services du Centre de jour

Le Centre de jour est une ressource externe en soutien à domicile qui offre, à une clientèle âgée en perte d'autonomie, des services thérapeutiques et des activités de nature préventive, afin de favoriser le maintien dans la communauté.

La clientèle est composée de personnes âgées de 65 ans et plus accusant des pertes d'autonomie de modérées à sévères et vivant à domicile, ainsi que des personnes âgées de 60 à 65 ans, ayant un profil gériatrique accusant des pertes d'autonomie qualifiées de modérées à sévères et vivant à domicile.

L'objectif général du Centre de jour consiste à favoriser le maintien à domicile, l'intégration sociale et la qualité de vie des clientèles âgées en perte d'autonomie.

Les objectifs spécifiques sont :

- Favoriser le maintien de l'individu dans son milieu de vie;
- Permettre le développement d'attitudes et d'habiletés compensatoires;
- Prévenir la détérioration de l'état de santé de la personne;
- Assurer un véritable soutien au réseau des proches aidants;
- Fournir un soutien visant une meilleure intégration sociale de la personne;
- Utiliser de façon optimale les ressources existantes (SAD, ressources communautaires du milieu, autres établissements du réseau).

L'équipe des professionnels du Centre de jour est composée d'une technicienne en réadaptation physique et d'une technicienne en éducation spécialisée. L'équipe assure la réadaptation, le suivi psychosocial, la stimulation physique et intellectuelle ainsi que le soutien technique.

## **Rôles des intervenants du Centre de jour**

(Technicienne en réadaptation physique et technicienne en éducation spécialisée)

- Participe à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation de programmes et de plans d'intervention ou de réadaptation, et ce, en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire et le client;
- Identifie, évalue les besoins et les difficultés des clients au niveau cognitif, affectif, physique et social et apporte du soutien à la famille et aux proches aidants;
- Rencontre les clients pour actualiser les plans d'intervention;
- Rédige les notes d'évolution pour la mise à jour des plans d'intervention;
- Complète l'OEMC lorsque requis;
- Produit les rapports statistiques nécessaires;
- Participe aux rencontres multidisciplinaires;
- Élabore, planifie et met en application la programmation du Centre du jour;
- Favorise, chez les personnes âgées, l'apprentissage de l'autonomie;
- Initie, réalise des projets d'animation spécifique pour le développement de différentes habiletés de la clientèle;
- Agit, dans son domaine de compétence, en tant que consultante auprès des membres de l'équipe d'intervenants;
- Conçoit, réalise, révisé et adapte des programmes de prévention et d'activités de maintien dans son domaine de compétence;
- Accomplit toute autre tâche connexe liée à sa fonction et à ses responsabilités, à la demande de son supérieur immédiat;
- Voit au bon fonctionnement du Centre du jour.

## 9.7 Les services de réadaptation à domicile

Les interventions de réadaptation réfèrent aux services de physiothérapie et d'ergothérapie. Elles visent à minimiser les incapacités et leurs conséquences, à développer des habiletés compensatoires, à utiliser le potentiel de la technologie et à adapter l'environnement dans le but de favoriser un fonctionnement maximal de la personne dans son milieu de vie. Les interventions de réadaptation sont dispensées en raison des objectifs visant l'intégration des personnes dans leur milieu de vie naturel ainsi que le maintien de leurs acquis.

Ces services comprennent principalement :

- L'évaluation globale des capacités physiques;
- Le traitement de confort, de soutien et de consolidation;
- Les programmes d'enseignement (exercices);
- Les recommandations d'équipement, selon les règles du cadre de référence pour le prêt d'équipement (Annexe I);
- Le suivi à la suite d'un traitement.

## 9.8 Les services d'ergothérapie à domicile

Ces services comprennent :

- L'évaluation globale des capacités fonctionnelles, de l'organisation personnelle et de l'environnement physique;
- L'évaluation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne;
- L'évaluation des habilités cognitives;
- Les recommandations d'équipement, selon les règles du cadre de référence pour le prêt d'équipement (Annexe I);
- L'évaluation et les recommandations de l'aménagement du domicile;
- Les programmes d'enseignement visant à maximiser le potentiel de l'utilisateur;
- Le traitement de confort, de soutien et de consolidation;
- Le suivi à la suite d'un traitement.

Le personnel de la réadaptation agit aussi comme personne-ressource pour l'équipe de soutien à domicile.

## 9.9 Les services d'inhalothérapie à domicile

Les services en inhalothérapie à domicile visent la santé cardio-respiratoire des personnes.

Ces services comprennent :

- L'évaluation de la fonction cardio-respiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique;
- Le traitement des problèmes qui affectent le système cardio-respiratoire;
- L'installation des équipements requis à domicile;
- Le contrôle de la qualité des équipements respiratoires et des appareils;
- L'enseignement à l'usager et à ses proches du matériel et des techniques;
- Le suivi auprès du médecin traitant.



## 10. Le mécanisme d'accès à l'hébergement

Le mécanisme d'accès est l'agencement de l'ensemble des responsabilités, procédures et règles de fonctionnement assurant et guidant le cheminement d'une demande de service d'hébergement. C'est le processus décisionnel d'accès qui confie à des acteurs des responsabilités dans le but d'assurer aux personnes en perte d'autonomie un accès à des services d'hébergement qui répondent à leur besoin : CHSLD ou RNI.

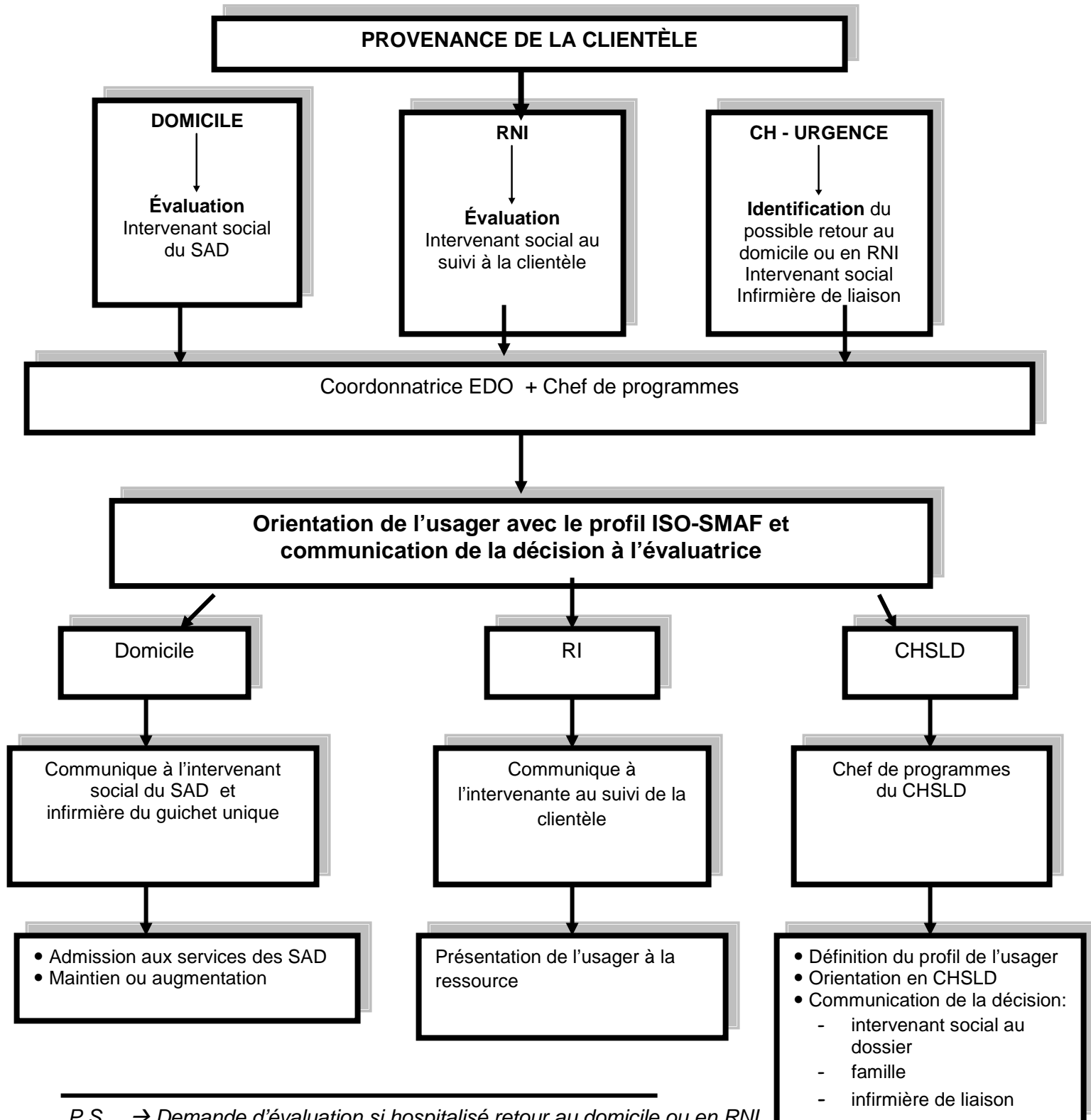
### Les objectifs du mécanisme d'accès

- Uniformiser le processus d'accueil, d'évaluation, de détermination, d'orientation et d'admission des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ;
- Fournir à l'usager le service le plus adéquat en fonction de ses capacités et de ses besoins;
- Assurer un traitement efficace des demandes d'hébergement;
- Favoriser l'utilisation optimale des ressources de son milieu et des ressources du réseau dans la réponse aux besoins des personnes;
- Permettre l'accès aux services d'hébergement, lorsque requis;
- Favoriser la continuité et la complémentarité des services;
- Recueillir l'information nécessaire à la planification et à la programmation des services.

### Le répit / dépannage

Cela fait référence à une période planifiée permettant à la famille et aux aidants de prendre un temps de repos en plaçant temporairement l'usager dont il a la responsabilité. On doit informer la coordonnatrice de l'ÉDO.

## MÉCANISME D'ACCÈS



P.S. → Demande d'évaluation si hospitalisé retour au domicile ou en RNI  
 → L'évaluation à l'orientation = 24 h  
 → Orientation –présentation de cas – admission = 24 h

## **11. Protocole lors d'une demande de régime de protection**