

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal

Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes
en perte d'autonomie liée au vieillissement - balises régionales



**Vers des réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux à Montréal
FORUM SUR LE RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES
AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE
LIÉE AU VIEILLISSEMENT** – est une production
de l'Agence de développement de réseaux locaux de
services de santé et de services sociaux de Montréal

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son
sens générique et désigne aussi bien les femmes
que les hommes.

Éditeur

Louis Côté

Directeur de l'information et de la planification

Rédaction

André Trépanier

Chef de service

Services aux personnes âgées dans la
communauté et en milieux substituts

Collaboration à la rédaction

Claire Amyot

Monique Chicoyne

Martine Cloutier

Andrée Demers-Allan

Denyse Roy

Collaborateurs

Lita Béliard

Francine Bussièrès

André Cimon

Diane Courchesne

Raymond Fortin

Mathias Kalina

Aimi Kuura

Lucie Labarre

Louise Labissonnière

Normand Lauzon

L'équipe du système régional d'admission

Production

Christine Pelletier

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 15 juin 2004

© Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de Montréal, mai 2004
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89510-176-0

Ce document est disponible :

- aux services documentaires de l'Agence
Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
1.0 MISE EN CONTEXTE	2
2.0 PRINCIPES	4
3.0 UN DÉFI D'INTÉGRATION	4
4.0 LA CLIENTÈLE VISÉE : LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET LEURS PROCHES	5
4.1 Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	5
4.2 Les proches-aidants	6
5.0 BUT ET OBJECTIFS	7
6.0 LES BALISES RÉGIONALES OU COMPOSANTES ESSENTIELLES DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	8
6.1 Le « Guichet unique » d'accès aux services	8
6.2 Gestionnaires de cas	9
6.3 Les outils	10
6.4 La garde infirmière et la garde médicale associées	12
6.5 Services médicaux	12
6.6 Corridors pour garantir l'accès à des services spécialisés	13
6.6.1 Des services spécialisés de gériatrie	13
6.6.2 Des services spécialisés de psychiatrie et de psychogériatrie	14
6.6.3 Des services spécialisés de réadaptation	14
6.7 L'établissement de liens de collaboration avec les organismes communautaires	14
6.8 Accès à une gamme de services complètes pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	15
7.0 CONDITIONS DE RÉALISATION	18
CONCLUSION	18

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3

PRÉAMBULE

Les nouvelles instances que seront les CSSS seront appelées à desservir l'ensemble des clientèles résidentes sur leur territoire et à développer des réseaux locaux de services intégrés dans le cadre de différentes problématiques où les clientèles vulnérables nécessiteront une action coordonnée de différents producteurs de services.

L'objet de ce document s'est toutefois arrêté à une de ces clientèles dont le bassin et le poids sont importants pour notre réseau de services de santé et de services sociaux, à savoir les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'accent a donc été concentré le plus possible sur les propositions d'organisation de services de façon à faire ressortir les éléments essentiels à mettre en place pour répondre de manière coordonnée, plus complète et mieux intégrée aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'exercice ne vient d'aucune façon nier les besoins existants d'autres clientèles vulnérables qui devront aussi être desservies par les CSSS en comptant sur une organisation de services intégrés. On suggère qu'un cheminement semblable puisse être fait pour ces autres clientèles.

1.0 MISE EN CONTEXTE

"La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a été sanctionnée le 18 décembre 2003. Elle marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux devient ainsi l'assise d'un projet qui vise à mieux intégrer les services.

L'intégration des services, soutenue par un mode de gestion adéquat, permettra d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes en limitant les barrières entre les établissements et entre les professionnels. Des services intégrés reposent sur l'engagement et la responsabilisation des cliniciens et des gestionnaires à l'égard de la population et sur la définition de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi. Des organisations plus décentralisées, plus souples et plus imputables seront constituées pour actualiser cette orientation"¹.

Le postulat de base de cette réforme c'est que l'intégration des services répondra à l'attente principale de la population, à savoir l'accès à des services continus et de qualité.

L'intégration des services doit permettre d'atteindre les objectifs visés par le MSSS² pour l'organisation et la gestion du système de santé et de services sociaux:

- o offrir aux citoyens et aux citoyennes des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture;
- o assurer une meilleure prise en charge des personnes;
- o agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- o rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent;
- o consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par la distribution des services de première, de deuxième et de troisième lignes;
- o donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme;
- o impliquer et mobiliser les cliniciens à l'organisation et à la gestion des services;
- o encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

"Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés)"³.

¹ *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page ii

² Tiré de « *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* », MSSS, 3 février 2004, page 1

³ *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 2

De manière plus concrète, la loi prévoit la création de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui regrouperont sous un même conseil d'administration un ou plusieurs Centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il y a ici même un premier niveau important d'intégration des services.

Cette nouvelle structure, de par sa mission première ligne (santé et services sociaux) prioritaire, se situera au cœur même du réseau local de services à mettre en place avec l'ensemble des partenaires de la santé et des services sociaux appelés à contribuer à cette intégration des services pour la population et les clientèles particulièrement visées de son territoire. On pense ici notamment aux Centres Médicaux Associés (CMA)⁴, aux pharmaciens, aux entreprises d'économie sociale, aux ressources privées. C'est un deuxième niveau d'intégration où le CSSS est appelé à jouer un rôle mobilisateur important dans la conclusion d'ententes avec ces différents partenaires afin d'assurer l'accès aux services requis. Outre ces ententes, le CSSS devra établir des liens de collaboration avec les organismes communautaires œuvrant sur son territoire.

Enfin, le maintien d'un palier régional, l'Agence⁵, constitue un troisième niveau d'intégration. qui aura pour rôle de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de garder une vision régionale de l'organisation des services, centrée sur des objectifs de résultats, d'allouer et de gérer les ressources financières, de planifier les ressources humaines, d'organiser les services médicaux, d'assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services d'une région ainsi que de favoriser les relations entre les régions⁶. Afin d'être soutenue dans l'exercice de ce mandat, l'Agence devra mettre en place un ou des mécanismes de consultation et de coordination régionales qui mettront à contribution chacun des CSSS et des représentants des autres partenaires.

⁴ On trouvera en annexe 1, un extrait de "Les CENTRES MÉDICAUX ASSOCIÉS dans le cadre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal", Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 10 mai 2004, page 3 à 6

⁵ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

⁶ Tiré de « L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », MSSS, 3 février 2004, page 13

2.0 PRINCIPES

Deux principes orientent l'action en vue de mieux intégrer les services :

o La responsabilité populationnelle

« En vertu de ce premier principe, les différents intervenants dispensant des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible (y compris les services de santé publique qui visent à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé) et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux ». ⁷ La priorité sera accordée à certaines clientèles dont, dans le cadre du propos de ce document, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Toutefois, en toute équité, cette responsabilité populationnelle implique que l'on vise à ce que chacun des réseaux locaux de services dispose pour son territoire d'un bassin adéquat et suffisant de ressources comparables afin de répondre aux besoins de leurs populations respectives.

o La hiérarchisation des services

« Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels... » ⁸.

Ce dernier principe prendra tout son sens lorsque viendra le temps au Centre de santé et de services sociaux et à ses partenaires de conclure des ententes.

3.0 UN DÉFI D'INTÉGRATION

La création des Centres de santé et de services sociaux et de leurs réseaux locaux vise à mieux intégrer les services à la population. Sous le leadership local du Centre de santé et de services sociaux, l'ensemble des intervenants devront agir comme des éléments d'un tout, collectivement responsables et solidaires sur leur territoire pour répondre aux besoins des clientèles visées, avec leurs moyens combinés respectifs.

Ce nouveau modèle d'organisation doit être basé sur un système de première ligne solide et bien développé avec des assises communautaires et une approche, principalement clinique, qui répond aux caractéristiques des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et surtout aux plus vulnérables. Il doit être supporté par des modes de gestion et de financement qui facilitent la réalisation des objectifs cliniques et qui assurent une continuité coordonnée de la prestation des services.

⁷ *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 2

⁸ *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 3

4.0 LA CLIENTÈLE VISÉE: LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET LEURS PROCHES

4.1 Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Compte tenu de l'approche affirmée du MSSS de budgéter par programme⁹, il importe de bien définir la clientèle visée qui devra être desservie par les ressources financières disponibles pour le programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Selon le comité sur la définition des programmes du MSSS, le programme « s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, notamment due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause: perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques »¹⁰ et il ajoute que « l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème. »¹¹

Toutefois, avec une telle définition, en l'absence de précisions de la part du MSSS et de consensus régional au chapitre des pathologies ou conditions habituellement associées à un âge avancé à considérer, il devient aisé d'y inclure toutes clientèles en perte d'autonomie dont les services pourraient être déjà financés par les budgets attribués à d'autres programmes, par exemple en santé physique pour des personnes de moins de 65 ans aux prises avec des maladies chroniques ou en déficience physique pour des personnes ayant un handicap physique.

Comme il est important de maximiser l'utilisation des budgets disponibles pour chaque clientèle, l'effort de définition, ici, ne vient pas nier que toute personne de moins de 65 ans en perte d'autonomie doive conserver un accès aux services du Centre de santé et de services sociaux et de son réseau local avec les budgets qu'il recevra à cet effet, mais vise plutôt à préciser la clientèle dont les services devront être financés par le programme personne en perte d'autonomie liée au vieillissement.

La proposition est donc que la clientèle cible de ce réseau de services soit constituée de personnes âgées de 65 ans et plus, qui présentent des incapacités au plan moteur, cognitif, sensoriel ou psychique. C'est une clientèle qui peut aussi présenter plusieurs pathologies concomitantes et des problématiques d'ordre psychosocial diverses (deuil récent, isolement, problèmes économiques, etc.) qui sont autant de facteurs de fragilité.

En plus, il est proposé, pour uniformiser notre compréhension, de considérer comme clientèle cible à ce programme les personnes de moins de 65 ans qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence.

Parmi ces personnes plusieurs présenteront des caractéristiques de vulnérabilité qui en feront des clientèles prioritaires dont la majorité auront 75 ans et plus.

⁹ Liste des programmes du MSSS : santé publique, services généraux et médicaux de première ligne, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté (0-17 ans), dépendances, santé mentale, santé physique

¹⁰ Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, remis à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources, 16 janvier 2004, page 14

¹¹ Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, remis à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources, 16 janvier 2004, page 14

Pour le volet promotion-prévention, le réseau de services intégrés en perte d'autonomie liée au vieillissement concernera toute la population âgée de 65 ans et plus en perte ou non d'autonomie.

4.2 Les proches-aidants

Parmi la clientèle cible, les proches-aidants des clientèles visées en font aussi partie.

Pour les aînés les plus vulnérables en perte d'autonomie, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté. Selon les études actuellement disponibles, environ 80 % de l'aide et des soins à domicile sont fournies par des proches-aidants.

Cette aide et ces soins sont souvent offerts surtout par des femmes à 75 % et ce, dans un contexte peu propice : domicile non adapté, santé fragile des aidantes, multiplicité de responsabilités, etc. Pourtant la situation des aidantes est peu évaluée. Trop souvent les aidantes sont poussées à s'engager dans l'aide et les soins sans véritables choix, sans alternative, sans information quant aux implications en terme de types et de quantité d'aide et de soins, de durée, d'impact sur leur santé et leur vie.

Si on veut vraiment parler des proches-aidants des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement comme faisant partie de la clientèle, il faut que les gestionnaires et les intervenants de première ligne des Centre de santé et de services sociaux soient de plus en plus sensibilisés à évaluer leurs besoins propres et que le Centre de santé et de services sociaux développe une vision globale de soutien aux aidantes qui inclut non seulement le répit (à domicile, en centre de jour et en hébergement temporaire), mais aussi la formation de groupes de soutien et d'entraide, l'accès à du counselling individuel si nécessaire.

5.0 BUT ET OBJECTIFS

Dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de continuité, le CSSS assure la cohésion des activités des dispensateurs de services. Aussi, il soutient l'exercice de leur responsabilité collective à l'égard des besoins de soins et services des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le CSSS voit au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie de cette clientèle, quel que soit son milieu de vie (domicile, résidence, ressource intermédiaire ou institution) et son niveau d'autonomie.

Le CSSS poursuit les objectifs suivants :

Pour la personne et ses proches-aidants

- assurer une réponse globale, adaptée et évolutive aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches-aidants;
- favoriser l'intervention précoce auprès de la personne âgée à risques;
- rendre accessible les services pour la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et ses proches aidants;
- répondre aux besoins spécifiques des proches-aidants;
- améliorer et mesurer la satisfaction des clientèles et la qualité des services peu importe le lieu de la prestation de services.

Pour les intervenants et gestionnaires du réseau intégré

- soutenir la mise en place de liens professionnels entre intervenants œuvrant au sein d'organisations et de programmes distincts lorsque nécessaire;
- susciter le travail en interdisciplinarité et développer les programmes de formation qui favorisent le développement des connaissances et l'évolution des pratiques;
- organiser un environnement permettant une gestion administrative et clinique convergente.

Pour le réseau intégré de services de santé et sociaux pour la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement

- partager une vision commune quant aux résultats à atteindre (et à mesurer) par les interventions auprès des personnes âgées et leurs proches;
- utiliser efficacement et avec efficience l'ensemble des ressources mis à la disposition de la population, c'est-à-dire assurer l'accès aux bons services, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût possible pour les personnes qui les requièrent.

6.0 LES BALISES RÉGIONALES OU COMPOSANTES ESSENTIELLES DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de continuité, les Centres de santé et de services sociaux assure la cohésion des activités des dispensateurs de services. Aussi, il soutient l'exercice de leur responsabilité collective à l'égard des besoins de soins et services des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le Centre de santé et de services sociaux voit au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie de cette clientèle, quel que soit son milieu de vie (domicile, résidence, ressource intermédiaire ou institution) et son niveau d'autonomie.

Le Centre de santé et de services sociaux exerce son leadership dans la réorganisation de ses services, en lien avec ses partenaires. Il établit les mécanismes d'articulation, de référence et rédige les ententes contractuelles pertinentes et significatives pour l'organisation et l'accessibilité des services sur son territoire.

Chaque Centre de santé et de services sociaux met en place les composantes essentielles suivantes.

6.1 Le « Guichet unique » d'accès aux services

Un Guichet unique par Centre de santé et de services sociaux, accessible 7 jours par semaine de 8h00 à 22h00, dont les fonctions seront, pour le programme des personnes en perte d'autonomie, le traitement de toutes les demandes d'information, l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la référence, l'accès au service de gestion de cas, la coordination des activités de dépistage.

Chaque Centre de santé et de services sociaux déterminera les modalités de mise en place et de fonctionnement d'un tel Guichet unique en tenant compte de ses ressources et de ses autres responsabilités clientèles.

De plus, puisque les Centres de santé et de services sociaux seront responsables de répondre aux besoins d'hébergement de leur clientèle, le Guichet unique devra éventuellement assurer localement les activités d'accueil, d'analyse, d'orientation et de suivi de toutes les demandes d'hébergement de longue durée ou temporaire en milieu institutionnel ou non institutionnel (ressources intermédiaires, résidences d'accueil).

Toutefois, une telle orientation n'est pas sans avoir un impact sur l'évolution du système régional d'admission actuel.

Aussi, l'actualisation d'une telle orientation nécessite que certaines conditions soient rencontrées:

- garantir un accès équitable aux ressources d'hébergement pour toutes les clientèles de tous les CSSS quelque soit son lieu de résidence;
- assurer la continuité de traitement des demandes concernant les clientèles de moins de 65 ans ayant des besoins d'hébergement institutionnel (10 à 12 %) et qui ont déjà accès aux services d'hébergement des CHSLD actuels;
- mettre en place des systèmes d'information qui permettent de suivre l'évolution des clientèles et la gestion des lits dans chaque CSSS pour toute la région.

De plus, même si la majorité des orientations et des admissions en hébergement étaient traitées localement par chacun des CSSS et leur guichet unique, une fonction régionale devra être maintenue, à l'Agence ou dans un des CSSS pour toute la région afin de s'occuper notamment :

- de traiter des demandes d'admission et des orientations dans des ressources à caractère régional et spécialisé (ex.: unités spécifiques, profil ethno-culturel, déficience auditive ou visuelle, etc.);
- de permettre au système de se doter de mécanismes d'autorégulation pour faire face à des situation de crises (ex.: relocalisation d'urgence de bénéficiaires, engorgements importants de lits en CHSGS par des personnes en attente d'hébergement, etc.);
- de faciliter des échanges de ressources entre CSSS lorsque les besoins et le choix de la clientèle l'exigent;
- de régler des litiges interétablissement;
- de négocier et gérer les ententes inter-régionales au chapitre des admissions.

D'ici à ce que les conditions de réalisation soient rencontrées et que toutes les analyses soient réalisées, le système régional d'admission actuel devra continuer ses activités tout en adaptant son fonctionnement à la nouvelle réalité. Une période minimale de deux ans est envisagée.

6.2 Gestionnaires de cas

Chaque Centre de santé et de services sociaux devra mobiliser, recruter et s'assurer de la formation d'un bassin de gestionnaires de cas, relié au Guichet unique qui en assure l'accès lorsque requis.

Ces gestionnaires de cas seront appelés à desservir la partie la plus fragilisée de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement qui:

- vit encore dans la communauté;
- présente: un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité, avec une autonomie fonctionnelle évaluée de modérée à sévère aux plans physique, psychique ou social;
- nécessite un soutien significatif en terme d'accompagnement et d'aide ainsi qu'une coordination systématisée et soutenue de l'ensemble des services requis

Les interventions et services seront généralement de longue durée et le niveau de services requis est élevé, diversifié et intensif.

Les gestionnaires de cas seront mandatés à s'impliquer activement et directement dans la prestation de services comme professionnels de la santé et des services sociaux. Ils seront dédiés exclusivement à la gestion de cas, cliniquement associés à une équipe multidisciplinaire de base représentant les programmes de services diversifiés du Centre de santé et de services sociaux, et formés spécifiquement en gériatrie et en gestion de cas.

Leurs rôles sont :

- d'évaluer les besoins;
- de planifier et coordonner l'ensemble des interventions facilitant l'accès aux différents services requis par les personnes âgées et leurs proches, que ces services soient dispensés par le réseau public, communautaire, privé ou médical;
- d'élaborer ou de s'assurer de l'élaboration du plan de service individualisé (PSI);

- d'accompagner la personne âgée et ses proches tout au cours de la réalisation du plan de services individualisé (PSI);
- de voir à ce que les besoins de la personne âgée et ses proches soient répondus de façon adéquate au plan clinique, efficiente au plan organisationnel, satisfaisante pour la personne et ses proches.

Les Centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires des réseaux locaux devront reconnaître formellement et respecter les rôles du gestionnaire de cas et l'investir de l'autorité clinique et des outils nécessaires à faire son travail.

Le «caseload» des gestionnaires de cas variera selon l'intensité des services requise par chaque cas. Une évaluation plus documentée¹² devra permettre d'établir des balises plus précises à cet égard ainsi que les coûts.

6.3 Les outils

✓ **L'application de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)**

L'obligation d'utiliser l'outil d'évaluation multiclientèle pour donner accès à tous les services du CSSS destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, notamment les services de soutien à domicile et les services d'hébergement, est maintenue. Les CSSS devront s'assurer que leur personnel soit en tout temps formé à son utilisation.

✓ **L'application d'un système uniforme d'orientation par classification des besoins ou par profil de clientèle**

Un tel système sera utile pour guider la prescription de services cliniques de manière plus comparables d'une situation à l'autre et devra faciliter la gestion opérationnelle des ressources (voir annexe 2).

✓ **Les plans de services individualisés**

Les CSSS devront s'assurer que leurs gestionnaires de cas établissent systématiquement des plans de services individualisés obligatoires pour leur clientèle vulnérable en perte d'autonomie liée au vieillissement telle que définie à la section 4.

On retrouve normalement dans un plan de service individualisé (PSI) les informations suivantes : les objectifs, la nature des interventions et des services requis, l'identification des programmes ou des organismes responsables de la dispensation des services, les dates de début et fin des services, la date de révision, les coordonnées du gestionnaire de cas. Le plan de services individualisé fait partie intégrante du dossier de la personne.

Il doit être établi lors d'une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant la personne en perte d'autonomie ou ses proches et les principaux intervenants impliqués dans les soins et services.

✓ **L'utilisation d'outils cliniques adaptés tels les protocoles de soins ou autres suivis systématiques**

Des réseaux de services intégrés destinés à des personnes en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques ont été implantés à Montréal et ailleurs en province. Une

¹² Par exemple, l'évaluation du nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin d'un gestionnaire de cas.

des conditions de réussite de la mise en place de ces réseaux de services intégrés est le recours à des outils de travail communs :

- grilles de dépistage;
- grilles d'observations cliniques pour les infirmières;
- protocoles de soins;
- programmes d'enseignement structuré;
- protocoles de suivi systématique ou structuré;
- etc.

À Montréal, plusieurs outils cliniques communs sont déjà utilisés avec beaucoup de satisfaction. À titre d'exemple, on peut se référer aux outils développés dans le cadre du projet SIPA (démence, dépression, chutes, troubles de la marche et ostéoporose, médicaments, nutrition, insuffisance cardiaque) et à ceux développés dans le cadre du réseau de services intégrés MPOC. Les CSSS devront maintenir l'utilisation de ces outils communs.

D'autres outils cliniques seront à développer et ceux existants nécessiteront des mises à jour régulièrement. Ces tâches pourraient être confiées par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux aux établissements abritant une mission universitaire de recherche et d'enseignement.

✓ **L'utilisation d'outils communs informatisés de communication comme la demande de services interétablissements (DSIE)**

Chaque CSSS et leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux tant publics que privés conventionnés devront s'assurer que leur personnel soit formé et utilise l'outil informatisé "Demande de services interétablissements" (DSIE) qui deviendra l'outil de référence privilégié dans la région en remplacement de l'outil papier "formulaire de référence interétablissements" (FRIE). Les infirmières de liaison des CMA devront aussi utiliser cet outil pour références.

6.4 La garde infirmière et la garde médicale associées

Instaurées depuis un an sur l'ensemble du territoire de Montréal, la garde infirmière et la garde médicale associées mettent à contribution tous les CLSC et les quatre centrales Info-Santé actuels ainsi que le Département Régional de Médecine Générale (DRMG). Ce service est offert à une clientèle physiquement vulnérable ou fragilisée, inscrite aux services de soutien à domicile des CLSC et inscrite à la Centrale Info-Santé concernée (annexe 3).

Le service donne accès 24 heures par jour et sept jours semaine à une ligne dédiée répondue par une infirmière où la clientèle vulnérable inscrite peut se référer, et au besoin à des visites à domicile d'infirmières ainsi qu'à des consultations médicales.

Ce service doit être maintenu. Toutefois, le mode d'organisation actuel pourrait être appelé à évoluer pour tenir compte du nouveau découpage territorial relatif aux CSSS, de l'augmentation potentielle des clientèles et des ententes à établir avec les CMA.

6.5 Services médicaux

À cet égard, la conclusion d'ententes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement puissent avoir accès aux médecins omnipraticiens du territoire est incontournable.

La voie privilégiée est que les Centre de santé et de services sociaux conviennent d'ententes avec les Centres médicaux associées (CMA)¹³

Une entente de ce genre, entre un CMA et un CSSS, préciserait les responsabilités des uns et des autres. On y retrouverait également les modalités d'accès aux services de chacun pour leurs clientèles en perte d'autonomie liées au vieillissement respectives ou communes. Ainsi :

Les médecins devront avoir accès pour leur clientèle :

- ✓ aux divers programmes du CSSS tels les services préventifs, Info-Santé, la garde infirmière et médicale associées, les services infirmiers et autres services multidisciplinaires de l'équipe de soutien à domicile régulier ou intensif, des centres de jour, de la réadaptation, le répit-dépannage, les services diagnostiques et des plateaux techniques de base, l'urgence, l'hébergement temporaire ou permanent, et autres;
- ✓ au guichet unique pour orienter la clientèle âgée selon les demandes de services;
- ✓ aux gestionnaires de cas lorsque présents au dossier;
- ✓ aux services spécialisés pour lesquels le CSSS a des ententes (cliniques spécialisées, centres hospitaliers à vocation universitaire, spécialisés ou surspécialisés).

¹³ On trouvera en annexe 1, un extrait de "Les CENTRES MÉDICAUX ASSOCIÉS dans le cadre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal", Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 10 mai 2004, page 3 à 6

Le CSSS devra avoir accès pour sa clientèle :

- ✓ à des services médicaux selon l'entente conclue avec le CMA avec rendez-vous et sans rendez-vous;
- ✓ à des visites médicales à domicile sur le territoire de référence;
- ✓ aux médecins pour les clientèles vulnérables ou étant dépourvues de médecins traitants;
- ✓ aux médecins de façon privilégiée sur demande des gestionnaires de cas.

En toute circonstance, le maintien du médecin traitant choisi par l'utilisateur est prépondérant et devra être respecté et ce, en conformité avec la Loi sur la santé et les services sociaux.

Cette obligation aura des incidences sur les lignes de communication entre les CMA et les différents CSSS.

Des mécanismes d'articulation et de coordination des interventions de chacun seront à mettre en place. Dans les situations des clientèles les plus vulnérables, les rôles du gestionnaire de cas et du médecin traitant sont centraux. Il sera donc important que ces deux acteurs puissent facilement communiquer au besoin.

6.6 Corridors pour garantir l'accès à des services spécialisés

6.6.1 Des services spécialisés de gériatrie

Actuellement 15 CHSGS se partagent 310 lits de gériatrie auxquels s'ajoutent 36 lits dans deux CHSLD. Des services d'évaluation gériatrique sont également disponibles sur une base externe notamment en hôpital de jour et en clinique externe en CHSGS.

Il est essentiel que les CSSS et les médecins des CMA puissent avoir accès direct dans un délai approprié aux services de gériatrie requis par la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement, que ce soit sur une base interne ou externe, ce qui pourrait entre autres éviter un recours inapproprié à la salle d'urgence.

Par ailleurs, les centres hospitaliers qui opèrent des unités de courte durée gériatrique doivent pouvoir compter sur des mécanismes de liaison efficace avec les CSSS et les gestionnaires de cas afin de planifier de façon optimale le retour à domicile de la clientèle hospitalisée ou son orientation vers une ressource d'hébergement lorsque sa situation le nécessite. Une référence précoce au guichet unique et l'implication rapide des gestionnaires de cas pour la clientèle déjà connue sont deux éléments facilitateurs à cet égard.

Des ententes intégrant ces différents aspects devront donc être conclues entre les CSSS, les CMA et les CHSGS qui ne feront pas partie d'un CSSS, pour garantir cet accès aux services de gériatrie sur une base interne et externe.

6.6.2 Des services spécialisés de psychiatrie et de psychogériatrie

Des ententes devront aussi être conclues avec les établissements disposant de ressources en psychogériatrie et psychiatrie afin que tous les CSSS et les CMA puissent avoir accès à ces services pour leur clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement qui le nécessite. On pense notamment à la certaines clientèle à domicile ou hébergée en milieu institutionnel présentant entre autres une démence ou des manifestations diverses de troubles du comportement pour lesquels l'apport des ces spécialités est incontournable.

6.6.3 Des services spécialisés de réadaptation

Les services de réadaptation sont actuellement dispensés par les centres hospitaliers de réadaptation (CHR), les unité de réadaptation fonctionnelle (URFI) en CHSLD, les hôpitaux de jour, et par les centres de réadaptation en déficience physique. Quel que soit l'organisation des services qui sera privilégiée à cet égard, des ententes devront être conclues afin de garantir l'accès à des services de réadaptation sur une base interne et externe aux clientèles de chacun des CSSS pour favoriser le maintien ou le recouvrement d'un niveau d'autonomie optimal. De la même façon que pour les services de gériatrie, les délais d'accès aux services et les modalités de liaison constituent des enjeux majeurs.

6.7 L'établissement de liens de collaboration avec les organismes communautaires

La contribution des organismes communautaires au bien-être des personnes âgées n'est plus à démontrer. Actifs notamment au niveau des popotes roulantes, des centres communautaires pour aînées, de l'accompagnement, du transport, de la défense des droits, les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées sont des instances libres et autonomes.

Issus de la communauté et légalement constitués, ces organismes à but non lucratif et charitables déterminent leurs orientations, définissent leur programme d'activités et services et agissent la plupart du temps directement auprès des personnes âgées.

Depuis plus de 20 ans la Régie régionale, maintenant Agence de développement de réseaux locaux, subventionne à l'intérieur de son programme de «Soutien aux organismes communautaires» SOC *catégorie Personnes âgées* autour de 80 organismes communautaires. Les activités et services offerts par ceux-ci sont dispensés majoritairement par des bénévoles.

Les CSSS de services devront développer les liens suivants :

- soutenir les organismes communautaires dans l'accomplissement de leurs missions;
- développer ou consolider des liens étroits de partenariat avec les organismes communautaires;

- susciter la participation des organismes communautaires aux différentes tables de concertation gérées par les CSSS. Ces tables de concertation peuvent porter sur l'organisation locale des services, l'approfondissement de certaines problématiques tels que l'abus, la violence, l'isolement vécus par les personnes âgées, les mesures de soutien aux organismes communautaires;
- encourager la participation des organismes communautaires lors de l'élaboration des plans de services individualisés.

Les CSSS développent des relations de partenariat et de collaboration avec les organismes communautaires de leur territoire. Ces relations doivent être imprégnés du respect de la mission des organismes communautaires et des rôles et responsabilités de chacun.

6.8 Accès à une gamme de services complète pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Dans le cadre du modèle proposé d'intégration des services de santé et des services sociaux pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, le CSSS est responsable de l'orientation de la clientèle visée et de l'accès aux services requis.

Conséquemment, chaque CSSS fournit à partir de ses ressources de première et deuxième ligne les services nécessaires et voit à conclure des ententes avec ses partenaires pour compléter son offre de services de première et deuxième lignes et donner accès aux services surspécialisés de troisième ligne lorsque nécessaire.

Ainsi, la gamme de services suivante, dont le contenu détaillé devra être développé en temps opportun, est mise à la disposition de la population en perte d'autonomie liée au vieillissement de chaque territoire de CSSS.

Hiérarchie des services	CSSS	Autres établissements ou organismes (CHU, CAU, CMA, etc.)
Services de 1 ^{re} ligne	▪ Activités de prévention et d'information ▪ Info-Santé ▪ Activités de dépistage ▪ Accueil, évaluation initiale, orientation, référence, analyse et suivi ▪ Gestion de cas ▪ Soins et services de soutien à domicile régulier et intensif ▪ Soins palliatifs ▪ Urgences¹⁴ ▪ Services médicaux généraux (avec R-V, S-R-V, à domicile) ▪ Support aux proches-aidants ▪ Centre de jour ▪ Hébergement temporaire planifié ou d'urgence sociale ▪ Hébergement en ressources institutionnelles et non institutionnelles	▪ Urgences¹⁵ ▪ Services médicaux généraux (avec R-V, S-R-V, à domicile) ▪ Organismes communautaires ▪ Pharmaciens ▪ Ressources privées ▪ Entreprises d'économie sociale
Services de 2 ^e ligne	• Cliniques spécialisées (ex.: IUGM ou CLSC René-Cassin) ▪ Services gériatriques internes et externe ▪ Réadaptation interne et externe¹⁶ ▪ Unité de courte durée gériatrique¹⁷ ▪ Psychogériatrie ▪ Services médicaux spécialisés Services hospitaliers de courte durée	▪ Services gériatriques internes et externe¹⁸ ▪ Réadaptation interne et externe¹⁹ ▪ Unité de courte durée gériatrique ▪ Psychogériatrie ▪ Gériontopsychiatrie ▪ Services médicaux spécialisés ▪ Services hospitaliers de courte durée
Services de 3 ^e ligne		▪ Services médicaux surspécialisés

¹⁴ Selon le niveau d'interventions certains situeraient aussi l'urgence en 2^e ligne

¹⁵ *id.*

¹⁶ L'hôpital de jour est un des moyens pour offrir des services gériatriques et de réadaptation à l'externe

¹⁷ *id.*

¹⁸ *id.*

¹⁹ *id.*

De plus, l'offre de services doit être adaptée aux caractéristiques linguistiques et ethno-culturelles de la population à desservir.

Enfin, pour certaines des clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement qui peuvent présenter des caractéristiques particulières associées, la masse critique ne justifie pas des ressources adaptées dans chaque CSSS. Des programmes régionaux d'hébergement devront donc être maintenus ou créés pour répondre à ces besoins spécifiques et confiés à certains CSSS sous la forme d'un mandat régional :

- problèmes de comportement ou de santé mentale (unités spécifiques de type I, II et III);
- déficience intellectuelle ou de multiples handicaps;
- déficience visuelle;
- déficience auditive;
- profil ethno-culturel.

7.0 CONDITIONS DE RÉALISATION

L'actualisation du changement proposé dans le cadre de ces balises ne peut se réaliser qu'avec des changements de structures.

Les ressources importantes et nécessaires doivent être rendues disponibles, notamment au chapitre du financement des gestionnaires de cas, du développement des services de soutien à domicile, de la création de ressources intermédiaires et du rehaussement des lits institutionnels pour faire face à l'alourdissement des clientèles. Les partenaires impliqués dans l'enseignement et la recherche touchant à la problématique de la perte d'autonomie liée au vieillissement devront également être mis à contribution pour améliorer les modèles de pratiques.

Des stratégies de concertation et d'implantation sur chaque territoire de Centre de santé et de services sociaux devront être élaborées avec la collaboration de l'Agence et des réseaux locaux afin d'adapter les orientations à la réalité des territoires et de la région.

Également en collaboration, des échéanciers réalistes qui tiennent compte des nombreux changements dans l'environnement de la santé et des services sociaux devront être établis.

CONCLUSION

Il est souhaité que ces balises régionales puissent servir d'amorce à la mise en place d'un réseau intégré de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement pour l'ensemble des partenaires qui doivent constituer le réseau

Le travail reste à faire.

Annexe 1

Extrait de « Les centres médicaux associés dans le cadre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal », Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 10 mai 2004.

« ...2. Le modèle proposé

- Dans le développement des services médicaux de première ligne, l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le DRMG veulent appliquer une stratégie à deux volets :
 - 1° continuer les efforts de promotion du modèle GMF et éventuellement réaliser les objectifs d'implantation généralisée sur l'ensemble du territoire;
 - 2° implanter un modèle de services médicaux de première ligne susceptible de contribuer à la mise en place des réseaux locaux de service.

Le modèle proposé consiste en :

1. Une alliance locale intégrée entre prestataires de soins, cliniques privées, instances locales et CH, donnant accès à l'ensemble des services médicaux de prise en charge, aux services diagnostiques et aux divers programmes complémentaires offerts par les instances locales et permettant un accès efficace et efficient à la consultation en spécialité.
 2. Dans l'éventualité où les services médicaux avec et sans rendez-vous seront disponibles dans plusieurs points du centre médical associé, l'un d'entre eux (le point de service central) exercera un rôle prépondérant quant aux services sans rendez-vous et quant à l'accès aux services sans rendez-vous et quant à l'accès aux services diagnostiques et à la consultation en spécialité.
- Il est à noter que nous souhaitons disposer d'un modèle flexible, capable de s'adapter aux réalités très variées rencontrées sur le territoire, et de permettre aux gestionnaires locaux de faire preuve de créativité dans leurs façons d'atteindre les objectifs fixés, en autant que des résultats mesurables peuvent être objectivés et où les prestataires demeurent imputables pour ce qui est de la reddition des comptes concernant tout soutien financier gouvernemental reçu.

3. L'offre de services

- L'offre de services cible donc les deux grands besoins identifiés tant par la population que par les acteurs du système socio-sanitaire montréalais soit :
 1. la prise en charge continue et intégrée des clientèles, avec un accent particulier sur les clientèles vulnérables;
 2. l'accès en tout temps aux soins de première ligne de même qu'aux besoins urgents de recours à des plateaux techniques essentiels et à la consultation en spécialité.
- Les éléments clés de l'offre de services proposée par les centres médicaux associés sont :

3.1 au niveau de la prise en charge :

- suivi médical avec et sans rendez-vous
- organisation de la prise en charge de patients dits « orphelins »
- services de liaison avec les réseaux de services appropriés
- intégration des pratiques cliniques préventives
- garde en disponibilité pour la clientèle vulnérable en perte d'autonomie
- coordination avec les services de soutien à domicile et les programmes actuellement offerts en CLSC dans les instances locales
- accès à la consultation en spécialité
- accès rapide aux examens de base en radiologie et en biologie médicale
- accès à des services d'imagerie médicale urgente

3.2 au niveau de l'accessibilité :

- accès aux services médicaux avec rendez-vous du lundi au vendredi à des heures adaptées aux besoins de la clientèle
- accès aux services médicaux sans rendez-vous, de 8h à 22 heures/7 jours/semaine
- accès aux services infirmiers 7 jours/semaine à des heures adaptées aux besoins de la clientèle
- accès aux services de liaison pendant les heures d'ouverture du centre médicale associé
- accès aux services locaux de prélèvements sanguins avec corridors de services pour analyses urgentes et résultats immédiats pendant les heures d'ouverture du centre médical associé
- accès à des services d'imagerie médicale urgente, y compris dans la mesure du possible, échographies voire tomographies urgentes, pour une proportion importante des heures d'ouverture du centre médical associé, et ce sur une base quotidienne
- accès à la consultation en spécialité à l'intérieur d'un délai raisonnable pour chaque patient

4. Modalités d'organisation

4.1 Réseautage

Nous prévoyons que la mise en place de l'ensemble complet des activités et services assurés par le centre médical amènera plusieurs organisations à collaborer : cabinets, cliniques, instances locales, CH, Centre d'imagerie médicale, laboratoires.

Les relations entre le centre médical associé et l'instance locale seront formalisées dans une entente élaborée entre les deux partenaires décrivant les responsabilités et les obligations de chacun et la description du soutien financier apporté par l'instance locale. Le forme des ententes pourra varier en fonction des milieux mais elles devront respecter le présent cadre de référence et le contrat-type élaborés par l'Agence.

Les médecins n'auront d'autres engagements que ceux qu'ils ont avec leur organisation (centre médical associé) qui elle, fait entente avec les instances locales.

Les Centres médicaux associés pourront également faire des ententes formelles ou informelles avec des médecins et cabinets du milieu afin de compléter leur offre de services.

4.2. Système d'information sur la clientèle

La continuité des services est largement tributaire de l'existence de liens informatisés entre les partenaires formant le centre médical associé. Ils devront donc disposer du dossier unique pour la clientèle vulnérable (à l'intérieur d'un même site, à tout le moins), de modalités de références claires et de mécanismes de rétroaction appropriés.

Les outils informatiques qui leur seront rendus disponibles leur permettront de :

- Maintenir à jour une liste de garde auprès d'Info-Santé
- Recevoir la rétroaction nécessaire d'Info-Santé
- Acheminer les requêtes et recevoir les résultats des tests diagnostiques
- Se communiquer les informations cliniques requises
- Etc.

Les centres médicaux associés seront reliées au RTSS pour une meilleure circulation de l'information.

4.3 Couverture

Nous projetons implanter, dans un premier temps, au moins un (1) centre médical associé par instance locale.

Cette première vague de développement ne sera probablement pas suffisante pour desservir adéquatement l'ensemble de la population de la région. Nous prévoyons implanter entre 35 et 40 CMA pour atteindre un ratio de un (1) CMA pour 50 000 de population.»

Annexe 2

À propos de ISO-SMAF²⁰

Pour assurer la gestion et le monitoring du système intégré, un système de classification des besoins basé sur les caractéristiques essentielles des usagers est nécessaire. L'autonomie fonctionnelle de la santé proposée par l'OMS dans la classification des déficiences, incapacités et handicaps représente un cadre théorique pertinent et applicable. C'est sur ce modèle qu'a été développé le SMAF, l'instrument principal de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) implanté partout au Québec tant pour les services de soutien à domicile que pour l'admission en hébergement.

À partir d'une étude provinciale basée sur l'utilisation du SMAF, les chercheurs ont développé les 14 profils ISO-SMAF afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leur profils mais hétérogènes entre eux. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible à un niveau d'incapacité très important. On distingue cinq groupes de profils :

- 1^{er} groupe - Ne présente qu'une atteinte progressive aux tâches domestiques (profils 1-2-3)
- 2^e groupe - L'atteinte est surtout motrice (profils 4-6-9)
- 3^e groupe - L'atteinte mentale est prédominante (profils 5-7-8-10)
- 4^e groupe - Les sujets ont besoin d'aide pour se mobiliser (profils 11-12)
- 5^e groupe - Comprend les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants des AVQ (profils 13-14)

Selon les chercheurs, on peut utiliser ces profils pour guider la prescription de services cliniques, mais aussi pour la gestion opérationnelle des ressources.

Le MSSS serait favorable à cet outil et quelques régions l'utilisent déjà.

Les nouveaux CSSS et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal devront se pencher sur la question.

²⁰ Informations tirées de Réjean Hébert, Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité de services, PRÉ-Colloque PRISMA-Avril 2003

Annexe 3

Clientèle cible de la garde infirmière et médicale associée

Ce sont des personnes en perte d'autonomie:

- qui nécessitent des soins palliatifs ou qui sont en fin de vie quelle que soit la pathologie;
- ou qui sont atteintes d'une MPOC modérée ou sévère²¹;
- ou qui souffrent d'une insuffisance cardiaque sévère;
- ou qui présentent une condition médicale aiguë ou chronique faisant qu'elles sont en perte d'autonomie temporaire ou permanente et qu'elles présentent des facteurs de risque de modérés à sévères de nature physique;
- et qui remplissent les trois conditions suivantes :
 - elles résident sur l'un des territoires des CLSC participants;
 - elles sont admises aux services de soutien à domicile d'un CLSC;
 - elles ont un médecin traitant identifié et accessible (qu'on doit informer après chaque intervention significative pour fin de continuité dans le suivi du patient dans le cadre du projet).

²¹ Sauf celles qui sont déjà suivies pour des soins infirmiers par le SRSAD et qui ne présentent pas d'autres pathologies.