

Réseaux de services intégrés Perte d'autonomie liée au vieillissement

Cadre de référence régional Outaouais

Document produit par la Direction de l'Organisation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Le présent document peut être consulté sur le site WEB de l'Agence dont l'adresse est www.santeoutaouais.qc.ca, **Agence de la santé et des services sociaux**, section **Publications**.

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

Le genre masculin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et peut aussi bien désigner les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006
ISBN 2-89577-021-2 (version imprimée)
ISBN 2-89577-022-0 (PDF)

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
REMERCIEMENTS	6
CONTEXTE	7
LES DÉFIS À RELEVER	7
UN VOCABULAIRE DIVERSIFIÉ ET EN ÉVOLUTION	8
1. LES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS.....	9
LES OBJECTIFS DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS.....	9
LA NATURE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS	9
LES DIMENSIONS DE L’INTÉGRATION DES SERVICES	10
LA DIMENSION NORMATIVE	10
LA DIMENSION CLINIQUE	10
LA DIMENSION INFORMATIONNELLE.....	10
LA DIMENSION ORGANISATIONNELLE	10
LA DIMENSION FINANCIÈRE	11
LES COMPOSANTES D’UN RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS.....	11
2. LE GUICHET UNIQUE.....	12
3. LA CLIENTÈLE PALV ADMISSIBLE À LA GESTION DE CAS	19
ESTIMATION DE LA CLIENTÈLE POTENTIELLE	19
CLIENTÈLE CIBLE DE LA GESTION DE CAS	20
4. LE REPÉRAGE ET LE DÉPISTAGE	22
5. LA GESTION DE CAS.....	23
CARACTÉRISTIQUES DE LA GESTION DE CAS	23
LES GESTIONNAIRES DE CAS	24
6. L’OUTIL D’ÉVALUATION MULTICLIENTÈLE.....	26
7. PLAN D’INTERVENTION DISCIPLINAIRE (PID), PLAN D’INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII) ET PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS (PSI)	29
8. PROFILS ISO-SMAF.....	31
9. L’INFORMATION CLINIQUE PARTAGEABLE EN TEMPS RÉEL	33
10. LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL	35
LA COMPRÉHENSION COMMUNE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS	35
L’ENCADREMENT CLINIQUE ET LA FORMATION	35
L’IMPLANTATION DE PRISMA-7	36
L’IMPLANTATION DE LA SOLUTION RSIPA	36
LE GUICHET UNIQUE	37
LA CONCERTATION LOCALE AUTOUR DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS	37
LA CONCERTATION RÉGIONALE AUTOUR DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS.....	38
LE MONITORAGE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS	38
CONCLUSION	39
LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS	40

ANNEXE 1.....	43
LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)	43
ANNEXE 2.....	45
TABLEAU RÉSUMÉ DES SIMILITUDES ET DISTIINCTIONS DES PID, PII ET DU PSI.....	45
ANNEXE 3.....	53
SYNTHÈSE DE CAS MADAME ANTONIETTA LOUBLI	53
EXEMPLE DE PSI	56

Liste des abréviations

Agence	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais
AVC	Accident vasculaire cérébral
CH	Centre hospitalier
CHPJ	Centre hospitalier Pierre-Janet
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ISAR	Identification systématique des aînés à risque
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'Évaluation Multiclientèle
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
PSI	Plan de services individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RSI	Réseau de services intégrés
RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
SIPA	Services intégrés pour les personnes âgées
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Remerciements

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais (l'Agence) tient à remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce cadre de référence, soit :

- Les personnes qui ont participé au Comité de travail sur les réseaux de services intégrés - perte d'autonomie liée au vieillissement (RIS-PALV) ;
- Les membres durant toute la durée des travaux :
 - Madame Nicole Boucher-Larivière CSSS du Pontiac ;
 - Madame Marlyne Briand, CSSS des Collines ;
 - Madame Chantale Duguay CSSS de Gatineau ;
 - Madame Johanne Lauzon CSSS de Papineau ;
 - Madame Ann Rondeau CSSS Vallée-de-la-Gatineau ;
 - Madame Anic Landry Agence
- Les personnes qui ont participé à un moment ou à un autre au comité :
 - Madame Pauline Carpentier Pavillon du Parc
 - Madame Danièle Leroux Agence
 - Madame Lucie Roy CSSS de Gatineau
 - Madame Jocelyne Villeneuve-Morin CSSS de Papineau
 - Madame Mary Kaye Watson CHPJ

Un merci spécial au Dre Lucie Bonin, de la Direction de Santé publique Mauricie et Centre-du-Québec, pour l'enrichissement des travaux par son expérience, son dynamisme et ses conseils.

L'Agence tient aussi à remercier madame Paule Laramée, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour ses commentaires et suggestions.

La rédaction du document a été assurée par monsieur André Petit, agent de planification, de programmation et de recherche à la Direction de l'Organisation des services. Le soutien technique a été assuré par madame Francine Roy.

Contexte

Depuis 2001, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais évolue vers la mise en place de réseaux de services intégrés (RSI) pour les personnes âgées, entre autres avec les orientations régionales *Agir ensemble pour mieux vieillir* (2001). Ces orientations, en continuité avec les orientations ministérielles et en misant sur le maintien en milieu naturel, proposaient le développement du continuum de services et un modèle d'intégration des services qui a donné naissance aux services intégrés pour les personnes âgées (SIPA).

Même si des efforts considérables ont été déployés durant les dernières années, les constats sur l'intégration des services faits en 2001 demeurent valables :

... malgré les mécanismes de liaison existants, la continuité et la complémentarité des services demeurent problématiques. Les portes d'entrée sont multiples et on observe un accroissement et une diversité des demandes de services. Plusieurs intervenants et même plusieurs établissements et organismes peuvent être impliqués auprès d'une personne multipliant les évaluations et les interventions. On souligne les difficultés liées à l'échange d'information. De plus, le développement de plans de services individualisés (PSI) mettant à contribution plusieurs ressources concernées par une même personne demeure un concept théorique. Le fonctionnement actuel oblige donc la personne âgée à passer d'une ressource à l'autre sans qu'un suivi ne soit toujours assuré et sans coordination.¹

En 2006, il devient nécessaire de revenir sur les orientations régionales en matière de réseaux de services intégrés. Les buts poursuivis sont d'assurer une plus grande cohésion régionale; d'améliorer le fonctionnement en tenant compte des changements organisationnels ayant donné lieu à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS); d'harmoniser l'utilisation d'outils cliniques communs.

Les réseaux de services intégrés tiendront aussi compte des changements découlant du passage du Programme personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) au Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), de la Politique de soutien à domicile et du Plan d'action 2005-2010 Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie.

Les défis à relever

Une réponse adaptée aux besoins (accessibilité, continuité, qualité, coordination) impose notamment de revoir les balises régionales des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées afin de parvenir à cinq réseaux de services intégrés ayant une structure clinique commune et devenir une région prête à l'informatisation. Ces balises concernent notamment :

¹ Agir ensemble pour bien vieillir, page 34.

- La définition de la clientèle PALV admissible à la gestion de cas;
- Un outil commun de repérage de la clientèle à risque;
- Le guichet unique;
- L'utilisation uniforme et maximale de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC) selon le cadre d'utilisation prévu;
- Les rôles, mandats et tâches inhérents aux processus cliniques de la gestion de cas;
- L'utilisation de protocoles d'intervention soutenant un suivi systématique;
- L'utilisation des plans d'intervention disciplinaire (PID), plans d'intervention interdisciplinaire (PII) et plans de services individualisés (PSI);
- L'utilisation des profils iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle);
- L'utilisation d'un système d'information pour l'échange de données interdisciplinaires et interétablissements.

Les résultats des travaux sur le cadre de référence régional des réseaux de services intégrés pour le Programme PALV ont été réalisés en tenant compte des travaux concomitants sur les projets cliniques des établissements et de la préparation d'un plan d'action régional sur les services aux personnes âgées demandé par le MSSS.

Dans la mise en œuvre du cadre de référence sur les RSI-PALV, l'arrimage avec les autres programmes-services devra faire l'objet d'une préoccupation constante.

Un vocabulaire diversifié et en évolution

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, il arrive que plusieurs termes soient utilisés pour désigner des concepts identiques ou similaires. Par exemple, les intervenants qui coordonnent les services peuvent être désignés comme coordonnateur de plans de services, intervenant pivot, intervenant réseau, gestionnaire de cas, intervenant privilégié, etc. De même, les définitions de «guichet unique» que l'on retrouve dans différents documents peuvent diverger dans la nature et l'ampleur des fonctions attribuées.

Il importe donc de se référer aux définitions données dans ce document pour bien saisir le sens des expressions utilisées.

Par exemple, dans ce document, l'appellation «gestionnaire de cas» a ici été retenue principalement pour la concordance avec les appellations utilisées pour des fonctions similaires dans divers documents sur les réseaux de services intégrés.

1. Les réseaux de services intégrés

Il existe de nombreuses définitions des réseaux de services intégrés, utilisant des termes similaires pour décrire des concepts semblables. Plutôt que de chercher la définition parfaite, il s'agit ici de se doter d'un cadre conceptuel facilitant l'organisation et la prestation des services.

Les objectifs des réseaux de services intégrés

Les principaux objectifs des réseaux de services intégrés sont :

- D'assurer la coordination et la complémentarité des services des établissements, des organismes communautaires, des médecins et de l'ensemble des partenaires dans la prestation des services;
- De privilégier le maintien dans la communauté des personnes en perte d'autonomie,
- De favoriser le maintien de l'autonomie des personnes;
- D'assurer une équité dans l'accès aux services;
- D'offrir à chaque personne des services adaptés à leurs besoins et à leur situation;
- D'assurer la meilleure utilisation possible des ressources disponibles.

La nature des réseaux de services intégrés

Un réseau de services intégrés est :

- Un ensemble de services de qualité;
- Organisé et coordonné sur un territoire donné;
- Dispensé en collaboration, en complémentarité, et dans un continuum optimal d'interventions;
- Par des ressources publiques, privées et communautaires;
- En vue de mieux répondre à l'ensemble des besoins en matière de santé et de services sociaux;
- De personnes ayant des problèmes complexes et multiples;
- De manière personnalisée, efficace et efficiente.

Le territoire de chaque réseau de services intégrés correspond au territoire de chacun des cinq CSSS de la région. Le réseau de services intégrés regroupe les ressources publiques (de la santé et des services sociaux et des autres secteurs), communautaires et privées ainsi que les services provenant d'organismes offrant des services sur plusieurs territoires de CSSS comme les centres de réadaptation, le Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ), ainsi que les services régionaux des hôpitaux du CSSS de Gatineau.

Les dimensions de l'intégration des services

Nous retenons cinq dimensions de l'intégration des services, (Demers, 2005) : normative, clinique, informationnelle, organisationnelle et financière.

La dimension normative

La reconnaissance de l'interdépendance des activités dans un réseau de services intégrés se manifeste quand les acteurs des organisations impliqués dans chaque réseau de services intégrés peuvent notamment :

- Accepter de partager le pouvoir et les responsabilités envers une clientèle commune;
- Formuler des objectifs communs dans le respect de leurs différences;
- Utiliser des procédures et des instruments communs;
- Faire éclater les frontières entre les établissements et les organismes, en fonction d'une approche populationnelle plutôt que de la gestion de services.

La dimension clinique

L'adoption d'outils communs et de pratiques de coordination d'intensité variable selon les besoins des usagers, en lien avec les projets cliniques, sont les objets principaux du présent document.

Le cadre de référence régional sur les réseaux de services intégrés en PALV ne vise pas la définition de la gamme complète de services, qui est du ressort des projets cliniques et du plan d'action régional *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées*.

La dimension informationnelle

L'utilisation d'outils et de systèmes d'information facilitent les échanges cliniques en temps réel et la rétroaction en continu. L'implantation de la Solution Réseau de services intégrés personnes âgées (RSIPA) permettra un échange de données cliniques interdisciplinaires et interétablissements à tous les niveaux et à tous les stades de suivi d'une intervention en gestion de cas. La dimension informationnelle intègre aussi la possibilité d'exploiter d'autres applications qui peuvent également alimenter et soutenir les interventions cliniques (Index Patient Maître, Profils iso-SMAF, etc.).

La dimension organisationnelle

Les mécanismes de coordination seront détaillés au chapitre 10 «La mise en œuvre du cadre de référence régional», aux sections sur la concertation locale et régionale autour des réseaux de services intégrés.

La dimension financière

Les modes de financement des services et d'allocation des budgets feront l'objet de discussions dirigées par la Direction de la Gestion des ressources de l'Agence.

Les composantes d'un réseau de services intégrés

À partir des travaux réalisés par le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA), on peut retenir ces six composantes essentielles d'un réseau de services intégrés :

1. Une concertation des partenaires, impliquant notamment :
 - un mécanisme de concertation de l'ensemble des partenaires;
 - un mécanisme de coordination interdirections du CSSS.
2. Un guichet unique, porte d'entrée pour le réseau de services et pour la gestion de cas pour les personnes, leurs proches aidants, les intervenants, les médecins, et les partenaires intersectoriels.
3. Une équipe de gestionnaires de cas sous la responsabilité d'un coordonnateur clinique pour le réseau local et interprogrammes du CSSS.
4. L'utilisation de PSI.
5. Des outils uniques d'évaluation et de planification de services, avec système de classification.
6. Un système d'information et de données cliniques informatisés.

D'autres éléments peuvent compléter le réseau de services intégrés, notamment :

- Des programmes de prévention et de promotion de la santé;
- Un système de repérage ou de dépistage des personnes vulnérables;
- Un accès à une expertise gériatrique et un programme de formation préalable et continue en gériatrie par les médecins de première ligne, les gestionnaires de cas et les intervenants;
- L'utilisation de protocoles d'intervention;
- Des programmes d'enseignement aux personnes et à leur entourage (diabète, insuffisance cardiaque, arthrite, etc.);
- L'évaluation du processus et des résultats obtenus.

De ce dernier groupe de composantes, le cadre de référence sur les réseaux de services intégrés ne traitera initialement que du repérage de la clientèle. Les projets cliniques et le plan d'action régional pour les personnes âgées pourront aborder les autres éléments.

Les réseaux de services intégrés vont de pair avec une approche gériatrique des services de santé, visant dans les cas d'affections chroniques, le maintien d'une qualité de vie optimale.

2. Le guichet unique

Pour obtenir une réponse à leurs besoins, les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie peuvent entrer en contact avec le réseau de services de diverses manières : cabinet de médecin, services de soutien à domicile du CLSC, urgence du centre hospitalier (CH), organismes communautaires, info-santé, etc. Dans bien des cas, les services offerts dépendent du service sollicité plutôt que des besoins.

Pour orienter la personne vers les bons services au bon moment, il faut mettre en place un processus permettant d'identifier rapidement la perte d'autonomie ou le risque de perte d'autonomie et d'évaluer les besoins de la personne. Cette évaluation des besoins ne doit pas tenir compte du service auquel la personne s'est adressée, mais plutôt des caractéristiques de sa situation. L'ensemble des partenaires intra et intersectoriels doit se donner des façons de faire reconnues efficaces avec des outils valides pour repérer (et au besoin dépister) les personnes en besoin. Les partenaires doivent aussi pouvoir utiliser des outils communs pour se référer les bonnes personnes au bon moment, sans bri de continuité.

Le guichet unique pour le réseau de services intégrés – PALV est :

- Une porte d'entrée clairement définie pour les personnes en perte d'autonomie et à risque de perte d'autonomie;
- Où convergent les demandes;
 - des personnes, des parents et des proches aidants, qu'ils téléphonent ou se présentent sur place;
 - de l'ensemble des intervenants des réseaux de services : publics, privés, communautaires, intersectoriels;
- Et où on peut déterminer la nécessité ou non de s'engager dans un processus de gestion de cas.

Les objectifs du guichet unique sont :

- D'améliorer l'accessibilité aux services;
- De faciliter les démarches des personnes et des partenaires;
- De faire efficacement les références aux services (la bonne personne au bon moment);
- D'améliorer l'information concernant les services pour les personnes, leurs proches et les intervenants (l'information est concentrée par opposition dispersée; exacte et complète par opposition à parcellaire);
- De contribuer au repérage de la clientèle vulnérable en utilisant les outils de dépistage ou de repérage valides;
- De permettre des relances préventives.

Le guichet unique remplit les fonctions suivantes² :

Information et d'orientation :

- Centralisation de l'information et d'orientation des usagers et des intervenants dans le réseau de services;
- Coordination de l'accès aux services;
- Coordination avec Info-Santé.

Repérage :

- Repérage systématique des personnes à risques avec des outils communs validés.

Gestion des relances préventives auprès des clientèles à risque :

- Relance préventive pour suivre les personnes vulnérables soit :
 - positive au repérage mais ne nécessitant pas d'intervention à court terme;
 - suite à une intervention en gestion de cas.

La relance préventive comporte des envois postaux d'information en prévention et promotion de la santé et une relance téléphonique aux quatre mois.

Gestion des situations de crises et d'urgence à domicile :

Application de procédures prédéterminées auprès d'une clientèle prédéfinie.

Le tableau suivant indique les personnes visées par les principales fonctions du guichet unique.

² Ces fonctions sont adaptées de la définition de l'annexe 2 du *Cadre de référence sur la planification des services – Rapport du groupe de travail sur la planification des services présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC)*.

Fonctions	Personnes visées
Information et orientation	▪ Personnes en besoin de services; ▪ Familles et aidants; ▪ Intervenants du réseau et des organismes communautaires; ▪ Médecins; ▪ Partenaires intersectoriels.
Gestion des relances préventives auprès des clientèles à risque	▪ Les personnes en perte d'autonomie modérée sans réseau de soutien et sans service du soutien à domicile du CLSC; ▪ Toute personne adulte présentant des problèmes d'ordre cognitif; ▪ Lorsque le guichet unique assume des fonctions pour d'autres programmes-services que PALV, toute clientèle déterminée pour ces programmes.
Repérage	▪ Toutes les personnes âgées sans PRISMA-7 récent; ▪ Lorsque le guichet unique assume des fonctions pour d'autres programmes-services que PALV, toute clientèle déterminée pour ces programmes.
Gestion des situations de crise et d'urgence à domicile	▪ Les personnes suivies en gestion de cas, préalablement identifiées comme pouvant vivre une crise ou une urgence à domicile; ▪ Les personnes vivant des situations de crise ou d'urgence en fonction de critères déterminés localement.

Le guichet unique doit recevoir et traiter toutes les demandes de personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. C'est à partir du guichet unique qu'une décision d'entreprendre un processus de gestion de cas est prise. Les personnes qui ne sont pas admissibles à la gestion de cas doivent, si nécessaire, être orientées vers le ou les services appropriés.

Les personnes qui ne sont pas en perte d'autonomie ou à risque ne doivent pas obligatoirement s'adresser au guichet unique pour obtenir des services. Le guichet unique ne remplace pas en totalité les mécanismes d'accueil des différents services des

CSSS. Les demandes reçues directement par un service peuvent être traitées, la référence au guichet unique ne se faisant que lorsque :

- La personne est en perte d'autonomie;
- La personne est à risque de perte d'autonomie;
- La personne pourrait bénéficier d'une relance préventive;
- La personne est mal orientée dans le réseau de services;
- Les intervenants doutent du meilleur endroit pour orienter la personne.

Le tableau suivant donne, à titre indicatif, des types de réponses qui peuvent être obtenus du guichet unique en fonction des demandes qui lui sont adressées :

Demandeurs	Types de réponses
Personnes âgées, population en général	▪ Information sur les services et l'accès aux services; ▪ Orientation en fonction de la situation particulière de la personne.
Personnes déjà suivies en gestion de cas PALV	▪ Information, références au gestionnaire de cas déjà assigné; ▪ Application de procédures prédéterminées de gestion de situations de crise ou d'urgence.
Familles et aidants des personnes âgées	▪ Information sur les services et l'accès aux services; ▪ Orientation en fonction de la situation particulière de la personne; ▪ Application de procédures prédéterminées de gestion de situations de crise ou d'urgence.
Intervenants (médecins, intervenants du réseau ou d'organismes communautaires, intervenants d'autres secteurs)	▪ Information sur les services et l'accès aux services; ▪ Procédures qui doivent être utilisées pour des références; ▪ Application de procédures prédéterminées de gestion de situations de crise ou d'urgence.

Le guichet unique implique des processus qui peuvent être amorcés dans n'importe quel lieu physique d'intervention suite à un repérage avec PRISMA-7, une prise de contact (formulaire vert de l'OÉMC), une évaluation de l'autonomie avec le SMAF ou encore une référence par un partenaire.

Les procédures et le fonctionnement détaillés du guichet unique des CSSS devront être établis localement et validés régionalement en concordance avec les travaux du MSSS

(Comité de travail clinique Projet d'informatisation des RSIPA) et avec le projet d'informatisation (Solution RSIPA).

Les règles de fonctionnement devront être établies et pourront varier dans une certaine mesure entre les CSSS : modalités de référence, mode de couverture du guichet unique (gestionnaires de cas en alternance, intervenants à temps plein), heures d'accessibilité, modalités de bascule des appels en dehors des heures d'ouverture, etc.

Dans tous les cas, les modalités de fonctionnement du guichet unique doivent permettre un arrimage avec les mécanismes d'accès aux services des autres programmes ainsi qu'à Info-santé. Il est souhaitable, lorsque c'est possible, d'étendre les responsabilités du guichet à d'autres programmes, services ou clientèles.

Certaines des activités du guichet unique ne sont pas considérées par les modalités actuelles de la reddition de comptes ou du suivi de gestion. Il sera nécessaire d'ajuster les mécanismes de la reddition de comptes en conséquence.

L'illustration 1 montre le cheminement d'un nouvel usager au guichet unique.

L'illustration 2 montre le cheminement d'un usager déjà connu des services ou déjà suivi en gestion de cas.

Illustration 1 Cheminement d'un nouvel usager au guichet unique

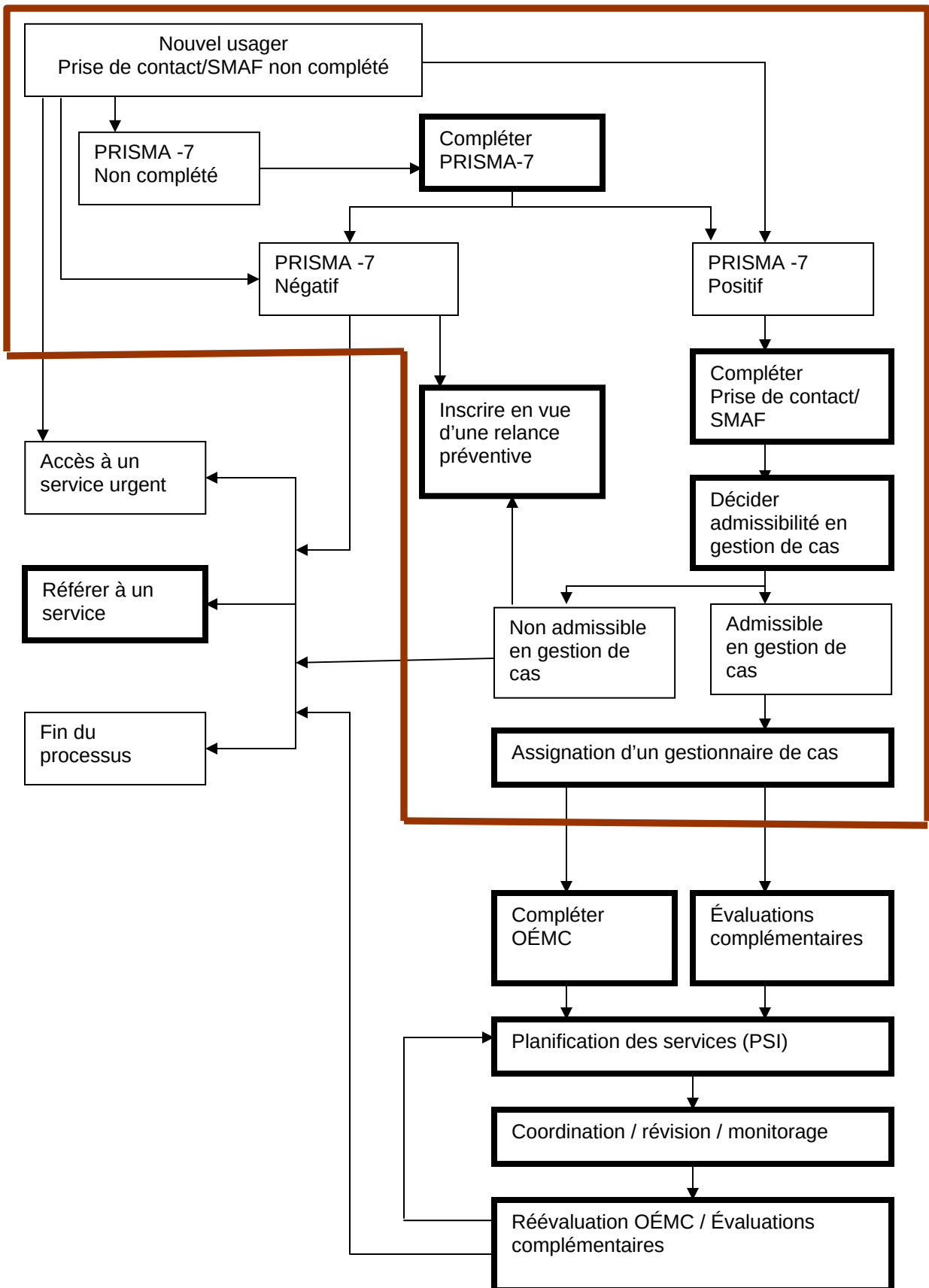
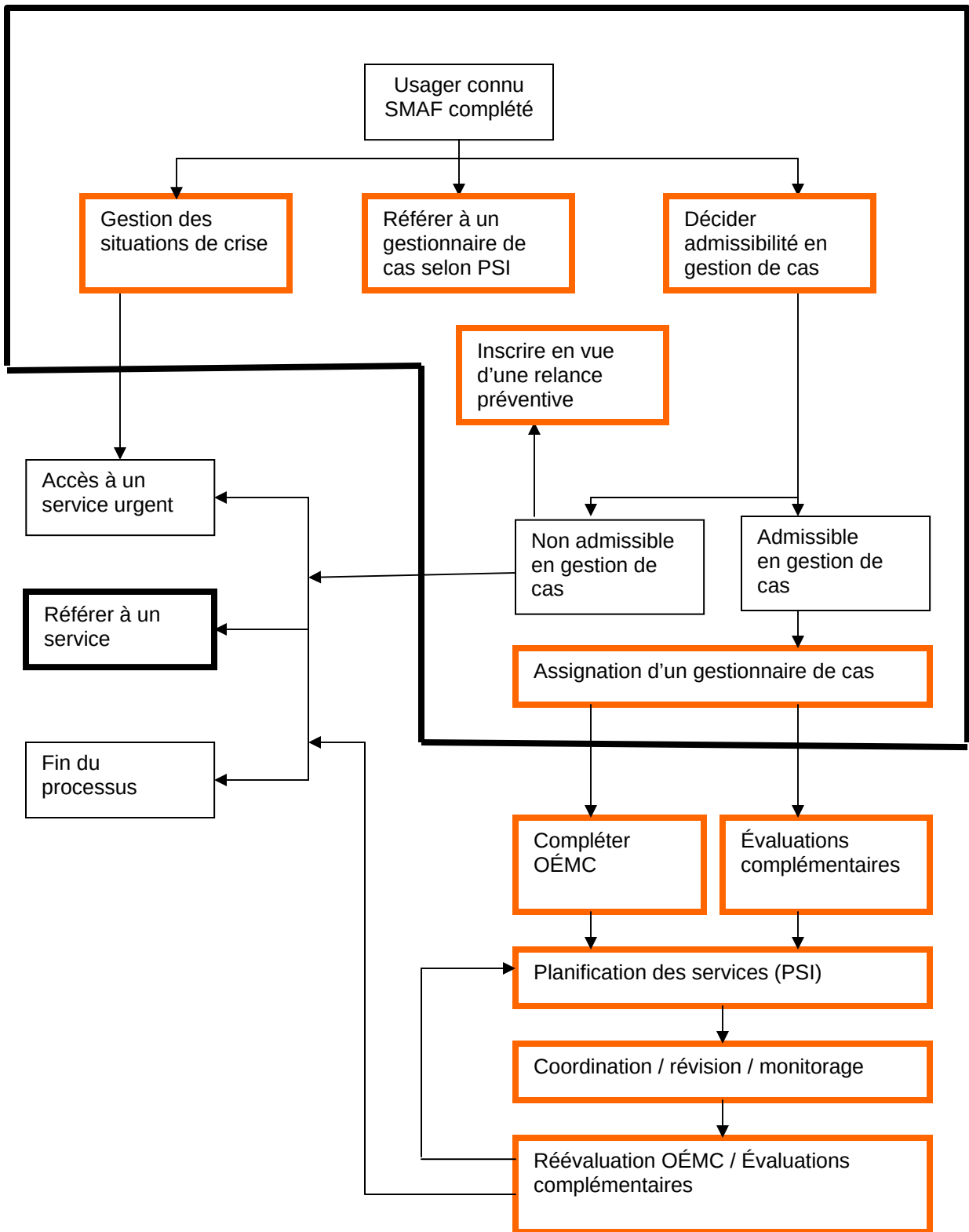


Illustration 2 Cheminement d'un usager connu des services au guichet unique



3. La clientèle PALV admissible à la gestion de cas

Dans une première étape, compte tenu de l'ampleur des changements à apporter aux réseaux de services intégrés, une définition restrictive de la clientèle admissible en gestion de cas sera utilisée. Par la suite, la définition de la clientèle PALV admissible à la gestion de cas pourrait être modifiée afin de mieux répondre aux besoins d'un plus large groupe de la population.

La clientèle du Programme PALV n'est pas uniquement composée de personnes âgées, comme le précise la définition du programme par le MSSS, reproduite en annexe.

Estimation de la clientèle potentielle

Pour estimer la clientèle nécessitant une gestion de cas, la méthode utilisée se fonde sur des taux découlant d'études américaines qui estiment cette proportion comme variant de 7 % (minimum) à 10 % (maximum) de la population de 65 ans et plus, dont ont été retranchées les personnes admises en soins de longue durée. Cette méthode fait abstraction des personnes de moins de 65 ans présentant les caractéristiques et les besoins correspondant à la clientèle du Programme PALV. Les résultats figurent dans les tableaux suivants pour chacun des CSSS et pour l'ensemble de l'Outaouais.

Bien que ces estimations comportent des marges d'erreur considérables, elles peuvent contribuer à donner une idée du volume d'activités requis et à prévoir dans les prochaines années.

Population de 65 ans et plus par CSSS de l'Outaouais, 2005 et 2010

	CSSS de Gatineau		CSSS des Collines		CSSS Vallée-de-la-Gatineau	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
65 à 74 ans	12 595	15 432	1 432	2 041	2 008	2 298
75 ans ou plus	9 011	10 946	674	950	1 340	1 610
Total	21 606	26 378	2 106	2 991	3 348	3 908

	CSSS de Papineau		CSSS du Pontiac		Outaouais	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
65 à 74 ans	4 079	4 787	1 867	2 113	21 981	26 671
75 ans ou plus	2 917	3 364	1 563	1 751	15 505	18 621
Total	6 996	8 151	3 430	3 864	37 486	45 292

**Estimation du nombre de personnes de 65 ans et plus ayant besoin de gestion de cas,
2005 et 2010**

	CSSS de Gatineau		CSSS des Collines		CSSS Vallée-de-la-Gatineau	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Minimum	724	1 058	105	167	133	173
Maximum	1 373	1 850	169	257	234	290

	CSSS de Papineau		CSSS du Pontiac		Outaouais	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Minimum	259	340	125	155	1 347	1 893
Maximum	469	584	228	271	2 472	3 252

Il est à noter que le nombre de personnes nécessitant une gestion de cas représente moins de la moitié de la population de 65 ans et plus présentant une incapacité modérée ou grave (12,3 % ayant une incapacité modérée et 8,5 % une incapacité grave³).

Clientèle cible de la gestion de cas

La clientèle potentielle des réseaux de services intégrés pourrait être supérieure à la capacité actuelle des ressources des établissements. Pour la première année, la clientèle ciblée sera restreinte en fonction de critères particuliers.

Pour démarrer la gestion de cas, la clientèle cible est composée des personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement résidant dans la communauté (domicile, ressource intermédiaire (RI) ou ressource de type familial (RTF), résidences privées) dont la situation comporte les caractéristiques suivantes :

- Les soins et services requis sont multiples;
- Dispensés par plusieurs programmes-services, établissements ou organismes;
- Leur arrimage est important, difficile et nécessite un PSI;
- L'équilibre de la personne avec son entourage est rompu ou risque de l'être étant donné la présence simultanée de plusieurs problèmes significatifs d'ordre médical, psychosocial ou de santé mentale. Mentionnons à titre d'exemple :
 - Un pointage égal ou supérieur à 15 au plan des incapacités au SMAF;
 - L'absence d'un réseau d'aidants ou son épuisement;
 - Un besoin de surveillance 24/7;
 - Une instabilité qui se manifeste par :
 - un recours fréquent à l'urgence de l'hôpital ;
 - des séjours hospitaliers au cours des deux dernières années ;
 - des modifications fréquentes à son plan de services;
 - un risque évident d'hébergement ou d'hospitalisation;
 - Un diagnostic de démence;
 - Une situation conflictuelle à domicile (abus, négligence);
 - Un profil Iso-SMAF de 4 ou plus (lorsque disponible).

³ Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, 1998.

L'utilisation de services comme la courte durée gériatrique ou la réadaptation fonctionnelle intensive justifie en général le recours à la gestion de cas.

Il va de soi que compte tenu de la gravité des situations requérant la gestion de cas, il ne devrait pas y avoir de liste d'attente pour l'assignation d'un gestionnaire de cas.

La gestion de cas se termine lorsque la situation de la personne est stabilisée et qu'elle ne répond plus aux critères d'admissibilité en gestion de cas. Elle se termine généralement lors de l'hébergement en CHSLD. La gestion de cas se termine aussi, bien évidemment, lors du déménagement dans un autre territoire ou du décès. Lors d'un déménagement, des mécanismes de transfert devront être mis en place.

4. Le repérage et le dépistage⁴

Une partie de la clientèle pouvant bénéficier de la gestion de cas est déjà connue des services des CSSS. Le réseau de services intégrés doit pouvoir repérer sur son territoire les personnes en perte d'autonomie modérée à grave dont la situation est susceptible de se détériorer. L'intervention minimale est alors une évaluation de l'autonomie.

Il est utile de distinguer le repérage du dépistage. Le repérage est la détection des individus symptomatiques ou à risque. Le repérage est opportuniste plutôt qu'universel, il se fait lors de contacts avec des services.

Le dépistage est la détection dans l'ensemble d'une population d'une maladie ou d'un trouble chez un individu asymptomatique ou à risque. Le dépistage, par définition, est universel et s'adresse à l'ensemble de la population visée.

L'Outaouais ne s'engagera pas à court terme dans une démarche de dépistage dans tous les territoires de CSSS, mais il est nécessaire d'améliorer le repérage.

Le repérage et le dépistage doivent s'exercer avec des outils validés, le même pouvant servir tant pour les deux types de détection. Parmi les instruments disponibles, ISAR (Identification systématique des aînés à risque) et PRISMA-7 sont souvent cités.

Nous retenons pour l'Outaouais le questionnaire PRISMA-7. La validité de cet outil est démontrée pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave et son utilisation est possible dans tous les milieux, alors qu'ISAR est limité à une utilisation à l'urgence des hôpitaux. Il apparaît aussi souhaitable d'utiliser un instrument unique pour l'ensemble de la région et des milieux d'intervention ou de repérage.

Comme pour tout outil de repérage, dépistage, les résultats positifs incluent des vrais positifs (ceux que l'on cherche) et des faux positifs. Une évaluation avec le SMAF permet de pousser davantage l'analyse de l'admissibilité en gestion de cas.

Après une expérimentation en utilisant le seuil de 4 et plus au questionnaire PRISMA-7 pour considérer le score comme positif, il sera possible d'abaisser le seuil à 3 et plus.

Un PRISMA-7 positif ne signifie pas que la personne requiert obligatoirement un gestionnaire de cas. C'est possible mais seule une évaluation plus approfondie peut répondre à cette question, notamment par la Prise de contact de l'OÉMC et le SMAF.

⁴ L'essentiel de ce chapitre est extrait, parfois intégralement, du «Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie significative », in *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, p. 153-176.

5. La gestion de cas

La gestion de cas donne habituellement les résultats suivants⁵ :

- Prestation du service approprié au moment opportun;
- Moins de dédoublement des services;
- Moins d'hospitalisation et de recours aux services d'urgence;
- Amélioration de la santé du client;
- Diminution de la charge de travail du soignant;
- Meilleures communications à l'échelle du système;
- Meilleure gestion de la maladie;
- Non-institutionnalisation;
- Participation accrue du client aux soins;
- Atteinte des objectifs du client;
- Satisfaction du client.

Pour les usagers, la gestion de cas doit représenter une plus grande continuité, une simplicité dans l'obtention de services et éviter le fardeau de coordonner les intervenants ou de répéter inutilement son histoire. La gestion de cas doit aussi permettre d'améliorer la situation des proches aidants.

Caractéristiques de la gestion de cas

Les rôles des gestionnaires de cas sont fondamentalement différents de ceux des agents de liaison. Alors que la liaison sert principalement de relais d'information pour le suivi des dossiers entre les services d'une même organisation ou entre les organisations desservant un même type de clientèle, la gestion de cas est :

Un processus intégré d'identification et de satisfaction des besoins individuels :

- Avec les ressources disponibles;
- En tenant compte du fait que lesdits besoins sont spécifiques aux intéressés;
- En mettant l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que sur l'adaptation des individus aux services existants;
- Comprenant une série de tâches cliniques fondamentales (évaluation, orientation, planification, coordination des services, réévaluation).

Parmi les outils indispensables d'évaluation et de planification des services du gestionnaire de cas, on retrouve l'OÉMC et le PSI.

⁵ Association canadienne de soins et services à domicile (2005).

Les gestionnaires de cas

Les gestionnaires de cas sont des intervenants professionnels qui, en plus d'offrir les services de leur discipline, assurent la gestion de cas en remplissant différentes fonctions (modèle hybride) dont les principales sont :

- D'accompagner la personne dans l'organisation des services;
- De s'assurer de l'évaluation globale des besoins et de la réalisation des évaluations particulières;
- D'orienter la personne et ses demandes dans le réseau de services;
- De planifier les services requis en établissant un PSI;
- De coordonner l'accès aux services;
- De coordonner la prestation des services;
- De faciliter les liens entre tous les établissements et organismes qui dispensent les services et les soins de manière à ce que les services planifiés soient rendus et soient de qualité;
- D'intervenir de manière précoce éviter la détérioration des situations ou l'aggravation des problèmes;
- De réévaluer les besoins et les services requis;
- De faire part aux instances appropriées des recommandations en vue de l'amélioration du fonctionnement du réseau intégré;
- De contribuer à l'évaluation de l'organisation des services.

Les gestionnaires de cas interviennent dans l'ensemble des milieux de vie et de prestation de services, dont :

- Domicile;
- Résidences d'accueil;
- Ressources intermédiaires;
- Résidences privées;
- Dans les milieux offrant des services :
 - cabinets privés de médecins;
 - centres hospitaliers;
 - centres de réadaptation;
 - centres de jour;
 - hôpitaux de jour;
 - hébergement temporaire;
 - organismes communautaires;
 - etc.

Pour intervenir dans l'ensemble des milieux, il est nécessaire que les rôles des gestionnaires de cas soient reconnus par l'ensemble des partenaires.

En plus d'être en contact régulier avec la personne nécessitant la gestion de cas, le gestionnaire de cas établit des liens avec la famille et les aidants, les médecins, les intervenants de tous les services impliqués et ceux des organismes communautaires. Les possibilités d'action du gestionnaire de cas sont liées à la reconnaissance formelle de tous les partenaires à l'intérieur du CSSS, du réseau de services intégrés et du réseau local de services (RLS) (organismes communautaires, médecins, partenaires intersectoriels, etc.).

Les gestionnaires de cas peuvent être des intervenants sociaux, des infirmières ou des professionnels de la réadaptation. Chaque CSSS doit évaluer, en fonction de sa situation et de ses ressources humaines, comment constituer son équipe de gestionnaires de cas.

Des outils sont disponibles, provenant souvent d'autres régions, pour cerner les habiletés requises des gestionnaires de cas ou enclencher un processus de sélection.

Pour assurer ses fonctions efficacement, le gestionnaire de cas doit avoir reçu une formation permettant de développer les habiletés nécessaires à la tâche et avoir accès à des activités de formation continue. Présentement, peu d'intervenants ont reçu une formation de gestion de cas dans leur cheminement académique. Le gestionnaire de cas doit aussi bénéficier d'un encadrement clinique approprié. De plus, lorsqu'il est confronté à des difficultés organisationnelles, il doit avoir accès à un mécanisme de coordination permettant de soumettre ces problèmes aux cadres ayant le pouvoir de les résoudre.

Il importe que les gestionnaires de cas soient regroupés dans une équipe reconnue pour les fonctions de gestion de cas dans tous les programmes des CSSS. La présence d'un coordonnateur de l'équipe contribue à un encadrement clinique adéquat et au fonctionnement optimal du réseau de services intégrés.

Les dossiers des gestionnaires de cas peuvent être répartis en fonction du rattachement géographique, selon la problématique ou par alternance des nouvelles situations.

Les CSSS desservant des populations restreintes peuvent préférer implanter un modèle de gestion de cas qui ne se limite pas à la clientèle PALV compte tenu des particularités organisationnelles ou de la population à desservir.

Il serait intéressant d'explorer des pistes de collaboration avec l'Université du Québec en Outaouais en matière de formation des professionnels pouvant devenir gestionnaire de cas.

6. L'Outil d'Évaluation Multiclientèle

Dans *Chez soi : le premier choix: précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* (MSSS, 2004) le MSSS «... réaffirme son choix quant à l'utilisation de l'OÉMC qui est un outil standardisé, valide et fiable» (p. 15).

Nous reprenons ici le contenu des pages 16 et 17 de ce même document :

L'OÉMC vise les personnes âgées de 65 ans ou plus et les personnes⁶ qui ont des incapacités ou des déficiences ou une perte d'autonomie fonctionnelle. Cet outil s'applique dans les circonstances suivantes :

- L'évaluation des clientèles et la planification des services à domicile et autres programmes de l'instance locale;
- L'évaluation des usagers et la planification des soins et services aux usagers en milieu d'hébergement et des soins de longue durée (CHSLD, RI et RTF), que ces usagers soient hébergés sur une base temporaire ou permanente;
- L'évaluation des demandes d'orientation et d'admission;
- L'évaluation de la situation lorsqu'un usager devra être transféré vers un CLSC ou un CHSLD et inversement.

Le résumé suivant rappelle les circonstances d'utilisation de l'OÉMC, dans sa forme actuelle, les fonctions différentes associées aux divers formulaires et l'utilisation spécifique de l'outil selon la clientèle concernée.

Prise de contact : sert à inscrire la personne, à établir son admissibilité et à déterminer la priorité d'action (ou préévaluation). Sert également dans le cas d'une référence à une autre ressource ou d'un changement de milieu de vie (formulaire vert) : toutes clientèles.

Évaluation de l'autonomie : permet d'évaluer les capacités de la personne pour établir ses besoins et les services qu'elle requiert (formulaire bleu) : intervention de longue durée et soins palliatifs. OU

Évaluation de l'autonomie clientèle de soins court terme : permet d'évaluer globalement les besoins en matière de santé et les services requis (formulaire mauve) : posthospitalisation et postintervention chirurgicale.

Plan d'intervention et d'allocation de services : vise à planifier l'organisation de la réponse aux besoins, à savoir préciser les services requis, l'intensité, le responsable, les modalités et les fournisseurs ou les actions à réaliser pour répondre aux besoins de services de la personne (formulaire rose) : toutes clientèles.

Profil évolutif de l'autonomie : permet de suivre l'évolution des capacités de la personne (formulaire saumon) : intervention de longue durée incluant, dans certains cas, les soins palliatifs.

Tableau de soins : permet au personnel soignant de connaître d'un coup d'œil les capacités et besoins de la personne (formulaire imagé); ce formulaire est utilisé par

⁶ On parle ici d'adultes.

les proches aidants, les bénévoles ou les organismes communautaires intervenant à domicile lorsque le client consent à sa divulgation.

Le Ministère rappelle que le jugement clinique doit s'exercer quant à l'utilisation des différents formulaires de l'OÉMC. Selon les besoins ou pour compléter l'OÉMC, des informations additionnelles peuvent être recueillies à partir d'outils disciplinaires.

L'utilisation de l'Évaluation de l'autonomie (formulaire bleu), pour des demandes ponctuelles ou à court terme, démontre une méconnaissance des contextes d'utilisation des formulaires. Par exemple, l'utilisation de ce formulaire pour un jeune enfant serait inappropriée.

En somme, il faut maximiser le recours à l'OÉMC et se rappeler qu'une utilisation appropriée des différents formulaires contribue à standardiser et à améliorer les pratiques. L'utilisation adéquate des formulaires assure un traitement équitable pour toutes les clientèles partout au Québec. Elle permet également d'évaluer la capacité de répondre aux besoins des clientèles d'un territoire sur la base de données comparables.

Dans le tableau de la page suivante, nous reprenons les informations figurant au *Guide sommaire d'utilisation de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle*.

Avec les modifications apportées par la nouvelle définition des réseaux de services intégrés et leur harmonisation, il sera nécessaire dans chaque établissement d'uniformiser l'utilisation de l'OÉMC et de ses différents formulaires en fonction des principes qui ont mené à son élaboration et à son implantation. De plus, il faudra renforcer la formation des intervenants et la concertation clinique sur l'utilisation de l'OÉMC afin d'établir et de conserver un haut niveau de qualité de son utilisation. Divers moyens peuvent être envisagés, dont l'utilisation de superviseurs (coach).

	Prise de contact (vert)	Évaluation de l'autonomie (bleu)	Profil évolutif (saumon)	Évaluation de l'autonomie court terme (mauve)	Plan d'intervention et d'allocation des services (rose)
Moment	▪ L'inscription; ▪ La préévaluation; ▪ La demande de changement de milieu de vie.	▪ L'évaluation; ▪ La demande de changement de milieu de vie; ▪ La référence d'un client à un autre établissement; ▪ La prise en charge par le réseau de services intégrés.	▪ L'évaluation continue; ▪ La réévaluation; ▪ La demande de changement de milieu de vie.	▪ L'évaluation de la clientèle de soins à court terme (le thème état de santé y est intégral).	▪ La planification des interventions.
Clientèle visée	▪ Toutes clientèles visées.	▪ Toute la clientèle en perte d'autonomie à l'exception des soins ou interventions à court terme (inclut CLSC, CHSLD, RI, RTF, CHSGS, CR).	▪ Pour la clientèle soins à long terme à domicile ou en établissement.	▪ Pour la clientèle requérant un seul type de services moins de 3 mois.	▪ Toute clientèle en perte d'autonomie permanente ou temporaire; ▪ Particulièrement la clientèle recevant les services de plus d'un professionnel; ▪ Pour les CHSLD utilisant déjà le plan de soins informatisé, la forme imprimée du PI de l'OEMC n'est pas requise.
Fréquence	▪ Une fois dans un épisode de service.	▪ Lors de la prise en charge d'un client en perte d'autonomie; ▪ Généralement une fois par an ou lors d'un changement majeur; ▪ Au moment d'une évaluation continue.	▪ Lors de la révision de l'évaluation de l'autonomie, se référer à l'outil « bleu » pour la révision.	▪ Une fois par épisode de soins.	▪ Révision selon les besoins.
Fonctions	▪ Déterminer l'admissibilité; ▪ Établir la priorité d'évaluation; ▪ Identifier la profession la plus appropriée pour répondre à la demande; ▪ Sinon, orienter vers une autre ressource.	▪ Évaluer globalement les besoins en vue du plan d'intervention; ▪ Déterminer les services requis; ▪ Présenter le dossier lors d'une demande de changement de milieu de vie.	▪ Consigner les résultats de l'évaluation ou des réévaluations de l'autonomie; ▪ Montrer l'évolution de l'autonomie de la personne.	▪ Évaluer globalement les besoins avec emphase sur la dimension santé; ▪ Déterminer les services requis.	▪ Élaborer le plan d'intervention; ▪ Identifier les services requis.
Utilisateur (qui complète le formulaire)	▪ Professionnel à l'accueil ou qui fait la demande de changement de milieu de vie.	▪ Professionnel responsable des services au client, en collaboration avec l'équipe de soins et services.; Gestionnaire de cas dans l'évaluation pour demande de changement de milieu à partir du guichet unique.	▪ Professionnel responsable des services au client, en collaboration avec l'équipe de soins et services.	▪ Professionnel responsable des services au client.	▪ Professionnel responsable des services au client en collaboration avec l'équipe de soins et services.
Complément d'information	L'information non obtenue lors de la prise de contact devra être complétée lors de l'évaluation subséquente (formulaire « Évaluation de l'autonomie »).	Dès que l'évaluation de l'autonomie est complétée, retranscrire l'information immédiatement sur le « Profil évolutif » (formulaire saumon).			

7. Plan d'intervention disciplinaire (PID), Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et plan de services individualisés (PSI)

Le PSI fait partie de la nature de la gestion de cas : les critères d'admissibilité à la gestion de cas correspondent généralement aux critères permettant d'identifier la pertinence d'un PSI.

L'échange d'information entre les intervenants de disciplines différentes offrant des services coordonnés malgré des milieux de pratique hétérogènes impose de s'entendre sur des concepts communs de plan de services et de plan d'intervention.

Le PSI n'est pas une addition des plans d'intervention : le PSI précise les orientations des services à offrir; les PII définissent pour les équipes multidisciplinaires les objectifs spécifiques de l'équipe et les interventions reliées au travail de l'équipe en fonction des besoins explicites des personnes; les PID définissent pour chacun des intervenants les objectifs spécifiques de l'intervenant et les interventions reliées en fonction des besoins des personnes.

Le plan d'intervention et d'allocation des services (formulaire rose de l'OÉMC) peut être utilisé comme formulaire de PID et parfois comme formulaire pour les PII. Cependant, il ne correspond pas à la nature des PSI.

Les définitions suivantes sont tirées du Cadre de référence sur la planification des services (Groupe de travail sur la planification des services, 2005) :

Plan de services individualisé (PSI)

Le PSI est un instrument clinique, faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, permettant l'intégration des services aux niveaux clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires.

Il est l'outil énonçant, à partir de la situation de vie de la personne :

- L'ensemble des besoins de la personne et leur mise en priorité convenue avec la personne;
- Les orientations d'actions et de services en accord avec ses attentes;
- Les services alloués (type, fréquence, séquence ou ordonnancement, durée prévisible, horaire);
- Les services ou démarches ponctuels;
- L'analyse en continu des besoin(s) non comblé(s).

Plan d'intervention disciplinaire (PID)

Le PID est un instrument clinique faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, soutenant l'intégration des interventions d'un professionnel d'une discipline, basées sur des données probantes.

Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne, et de son PSI, s'il y a lieu :

- Les besoins de la personne auxquels le PI répond et leur mise en priorité convenue avec la personne;
- Les objectifs spécifiques (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour la personne en accord avec ses attentes;
- Les interventions disciplinaires (types, fréquence et séquence ou ordonnancement);
- La durée prévisible des interventions;
- La date de révision.

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

Le PII est un instrument clinique faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, soutenant l'intégration des interventions au niveau clinique d'une équipe multidisciplinaire.

Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne et de son PSI, s'il y a lieu :

- Les besoins de la personne auxquels le PII répond et leur mise en priorité convenue avec la personne;
- Les objectifs communs spécifiques (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour la personne en accord avec ses attentes;
- Les interventions de l'équipe multidisciplinaire (types fréquence et séquence ou ordonnancement);
- La durée prévisible des interventions;
- L'identification de l'intervenant responsable;
- La date de révision.

L'utilisation adéquate des instruments que sont les PSI, PII et PID ne pourra se faire qu'avec un accompagnement clinique pertinent et continu des intervenants. Bien que de la formation soit requise, elle ne saurait, à elle seule, assurer une utilisation optimale et permanente des instruments cliniques.

8. Profils iso-SMAF

La classification par profils iso-SMAF peut être utilisée dans le réseau de services intégrés comme système de classification des besoins et des services.

Le Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, dans un instrument de promotion de formation, décrit les profils iso-SMAF et leur utilité de la manière suivante :

Les profils iso-SMAF représentent un système de gestion axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle. Développés à partir du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), les 14 profils iso-SMAF regroupent des personnes ayant un profil d'incapacité semblable, qui nécessitent globalement des services similaires (groupes iso-ressources) et qui génèrent des coûts équivalents (profils iso-SMAF). Les profils iso-SMAF peuvent être utilisés dans tous les milieux de soins, du domicile à l'hébergement. Cette particularité tient compte de la préoccupation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec de répondre avec efficience, qualité et continuité aux besoins la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce système se veut utile quotidiennement aux cliniciens en plus de l'être aux gestionnaires.

En résumé, les profils iso-SMAF permettent de définir rapidement les besoins de la personne en perte d'autonomie ainsi que les services requis à sa condition. Les profils iso-SMAF permettent une gestion multidimensionnelle :

- Gestion clinique qui évalue de façon évolutive ou continue les besoins et les services requis de la clientèle. Elle permet également une meilleure planification des services et une orientation de la clientèle au bon endroit;
- Gestion opérationnelle qui permet de faire une allocation et une planification des ressources. Elle peut donner aussi des indications sur la dotation du personnel;
- Gestion financière qui s'assure d'une équité entre les établissements et d'un contrôle budgétaire.

PRISMA résume ainsi les quatorze profils :

Quatorze profils d'autonomie (profils iso-SMAF) ont été déterminés par l'utilisation des techniques d'analyse de classification automatisée (*cluster analysis*) afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leur profil, mais hétérogènes entre eux. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14). On distingue cinq groupes de profils :

- Le premier groupe comprend les trois premiers profils où les sujets ne présentent qu'une atteinte progressive aux tâches domestiques;
- Le deuxième groupe rassemble les profils (4, 6, 9) où l'atteinte est surtout motrice, avec préservation relative des fonctions mentales;
- Le troisième groupe comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante (5, 7, 8, 10);

- Le quatrième groupe rassemble deux profils (11 et 12) où les sujets présentent des incapacités au plan mental, mais ont aussi besoin d'aide pour se mobiliser et accomplir les activités de vie quotidienne (AVQ);
- Le cinquième groupe (profils 13 et 14) comprend les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les AVQ.⁷

À la fin de 2005, les profils iso-SMAF commenceront à être compilés pour les personnes présentant une demande d'hébergement dans l'ensemble de la région.

La région devra définir dans les prochains mois l'utilisation qu'elle entend faire des profils iso-SMAF.

⁷ Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, p. 18

9. L'information clinique partageable en temps réel

L'Outaouais souhaite outiller, aux plans clinique et technologique, ses intervenants à l'aide d'une solution informatique répondant autant aux orientations technologiques du MSSS qu'aux standards de « bonne pratique clinique » pour la clientèle du Programme PALV.

Effectuer une tenue de dossier sur support informatique en réseau est beaucoup plus qu'une version électronique d'un dossier traditionnel en papier. L'échange d'information en temps réel permet et facilite l'utilisation d'outils cliniques communs valides qui soutiennent l'exercice du jugement professionnel.

Dans le cadre des Fonds d'investissement RLS du MSSS, l'Outaouais priorisait, en novembre 2004, un projet pour outiller aux plan clinique et technologique ses intervenants à l'aide d'une solution informatique répondant autant aux orientations technologiques du MSSS qu'aux standards de bonnes pratiques cliniques de suivi en gestion de cas pour la clientèle PALV.

En mars 2005, le MSSS acceptait le projet d'informatisation. Il souhaite alors que la région expérimente un système d'information développé par la région de Laval auquel l'OÉMC sera greffé, ainsi qu'un module de planification de services.

L'Outaouais est donc retenue comme région pilote d'expérimentation d'un système d'information pour les réseaux de services intégrés, nommé pour l'instant Solution Réseau de services intégrés personnes âgées (RSIPA), composé de quatre modules :

- Demande de services;
- Gestion des soins et services;
- Évaluation (OÉMC);
- Planification des services (PID, PII, PSI).

La finalité du projet est l'informatisation de l'ensemble des processus cliniques inhérents au suivi en gestion de cas de la clientèle PALV pour l'ensemble des intervenants impliqués auprès de cette clientèle, notamment en CH, dans les services de soutien à domicile, dans les services externes des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dans les établissements régionaux et éventuellement dans les cabinets privés de médecins. Le système pourra aussi faciliter l'utilisation de données après l'admission en CHSLD.

En plus de permettre le partage d'une information clinique pertinente en temps réel tout en garantissant le respect des règles de confidentialité, l'informatisation du RSI-PALV doit, notamment, appuyer les douze moments de la réponse aux besoins de la personne, à savoir :

- Identification de l'utilisateur;
- Cueillette des besoins exprimés par l'utilisateur;
- Évaluation sommaire des besoins, dépistage ou repérage ;
- Décision / orientation / priorisation / assignation;
- Demande de services;

- Évaluation détaillée;
- Identification des problèmes;
- Planification des soins et services;
- Coordination clinique;
- Traitement / soins / services;
- Réévaluation;
- Cessation.

La Solution RSIPA permettra éventuellement un transfert d'informations avec différents systèmes déjà en place dans nos réseaux de services intégrés. La Solution RSIPA devrait, entre autres, pouvoir s'interfacer avec des applications telles que I-CLSC, SICHELD, Sic-DP, Sic-DI, SICRA, Info santé. Les profils iso-SMAF y seront éventuellement intégrés.

La réalisation du projet d'informatisation est soumise à certaines obligations légales, notamment certaines dispositions des lois suivantes :

- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1 ;
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, L.R.Q., c. P-39.1;
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 ;
- Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information, L.R.Q., c. C-1.1.

10. La mise en œuvre du cadre de référence régional

Le fonctionnement des réseaux de services intégrés pose de nombreux défis de concertation interprogrammes, interdirections, interétablissements et intersectorielle. L'harmonisation des réseaux de services intégrés exigera dans plusieurs cas des changements dans la façon de faire d'intervenants et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Dans plusieurs cas, des changements peuvent aussi être nécessaires dans les relations avec les médecins, les organismes communautaires, les partenaires du secteur privé et d'autres acteurs intersectoriels.

Un des changements les plus importants est celui des pratiques professionnelles. Il est souhaitable que chaque établissement accorde une importance particulière à l'encadrement clinique et au soutien des intervenants.

Huit domaines retiendront à court terme notre attention pour favoriser la mise en œuvre du cadre de référence régional :

- La compréhension commune des réseaux de services intégrés;
- L'encadrement clinique et la formation;
- La mise en place du guichet unique;
- L'implantation de PRISMA-7;
- L'implantation de la Solution RSIPA;
- La concertation locale autour des réseaux de services intégrés;
- La concertation régionale autour des réseaux de services intégrés;
- Le monitoring des réseaux de services intégrés.

La compréhension commune des réseaux de services intégrés

Chaque CSSS devra déterminer les moyens requis sur son territoire pour favoriser une compréhension commune du modèle de réseau de services intégrés, susciter l'adhésion au modèle par l'ensemble des acteurs impliqués et assurer la reconnaissance des rôles des gestionnaires de cas par tous les milieux d'intervention.

Les moyens utilisés peuvent être, par exemple, un plan de communication ou d'information avant, pendant et après l'implantation; la mise en place de mécanismes d'arrimage avec les médecins; l'inclusion dans la procédure d'accueil de tous les nouveaux employés d'information sur la gestion de cas et les gestionnaires de cas; des contenus adaptés de formation et d'encadrement clinique des gestionnaires de cas et des intervenants.

L'encadrement clinique et la formation

L'encadrement clinique et la formation sont essentiels. Au niveau de l'encadrement clinique, chaque CSSS devra minimalement former une ou des équipes de gestionnaires de cas, désigner un coordonnateur des gestionnaires de cas, et déterminer les moyens de soutien et de supervision clinique qu'il entend prendre.

Formation sur les réseaux de services intégrés

Tous les utilisateurs de la Solution RSIPA devront recevoir une formation de base sur les composantes et le fonctionnement des réseaux de services intégrés et l'utilisation de PRISMA-7.

Formation en gestion de cas

En lien avec l'expérimentation de la Solution RSIPA, une formation de l'ensemble des gestionnaires de cas sera indispensable.

Formation sur l'utilisation de PRISMA-7

Bien que simple d'utilisation, l'instrument de détection nécessite une formation pour s'assurer de la validité des informations recueillies. De la formation doit être prévue pour les utilisateurs de PRISMA-7 qui ne sont pas déjà formés en tant qu'utilisateurs de la Solution RSIPA.

Formation sur l'utilisation de l'OÉMC

Les établissements seront appelés à évaluer l'écart actuel entre l'utilisation de l'OÉMC et ce qui est requis dans le fonctionnement des réseaux de services intégrés. Un plan de formation devra ensuite être établi, tenant compte notamment d'une utilisation plus fréquente et rigoureuse du SMAF.

Formation sur les plans d'intervention disciplinaire (PID), les plans d'intervention interdisciplinaires (PII) et les plans de services individualisés (PSI)

Les PSI sont peu utilisés et lorsqu'ils sont utilisés, ils ont des contenus différents. Une formation uniforme sur les PSI, notamment pour les gestionnaires de cas, est indispensable. Cette formation doit entre autres outiller les intervenants pour soutenir la participation active des usagers à leur PSI.

Il en est de même pour l'ensemble des intervenants pour les PID et PII, en lien avec des protocoles d'intervention ou des suivis systématiques.

L'implantation de PRISMA-7

Le questionnaire PRISMA-7 devra obligatoirement être utilisé au guichet unique. Chaque CSSS devra déterminer son propre plan d'implantation et l'ordre de priorité des clientèles qui seront systématiquement visées.

L'implantation de la Solution RSIPA

L'arrimage avec l'informatisation conditionnera certaines étapes de la mise en place et du fonctionnement des réseaux de services intégrés. La participation active aux structures mises en place pour le projet informatique contribuera à la cohésion recherchée.

Le guichet unique

Chaque CSSS devra définir les modalités locales de fonctionnement de son guichet unique (type d'intervenants prenant les appels, heures d'ouverture, réorganisation des ressources, information à la population et aux partenaires, etc.) en s'assurant d'une cohésion avec le cadre de référence régional.

La concertation locale autour des réseaux de services intégrés

Pour fonctionner efficacement au plan organisationnel, trois niveaux de concertation locale sont nécessaires à chaque réseau de services intégrés :

Niveau stratégique

Une concertation entre les directions des établissements et organismes impliqués dans la prestation de services afin :

- D'instaurer des mécanismes efficaces de coordination;
- De mettre en place les ressources nécessaires;
- D'émettre des recommandations au comité d'implantation et de coordination régional.

Niveau tactique

Une concertation entre les gestionnaires de la planification, de l'organisation et du suivi des services des établissements et organismes impliqués afin :

- De procéder aux ajustements organisationnels nécessaires à l'accès, la continuité et la coordination des services;
- D'assurer la concertation interprogrammes;
- De recevoir les commentaires des gestionnaires de cas ou du coordonnateur des gestionnaires de cas en ce qui concerne les mécanismes de coordination;
- D'harmoniser les pratiques;
- D'émettre des recommandations au niveau de coordination stratégique.

La participation de médecins à ce niveau peut faciliter l'atteinte de ces objectifs.

Niveau clinique

Une concertation entre les gestionnaires de cas afin :

- D'assurer une coordination de la prestation des services en fonction des besoins des usagers;
- D'harmoniser les pratiques;
- D'assurer l'uniformisation dans l'usage des outils cliniques communs;
- D'émettre des recommandations au niveau de coordination tactique.

La concertation régionale autour des réseaux de services intégrés

Un fonctionnement harmonieux des réseaux intégrés dans l'ensemble de la région implique une certaine coordination au plan régional.

Un comité d'implantation et de coordination des réseaux de services intégrés sera formé par l'Agence et comprendra minimalement un représentant de chaque CSSS et des établissements régionaux impliqués afin notamment de :

- S'assurer de la cohésion des réseaux de services intégrés;
- Recevoir les recommandations des établissements concernant des prises de position régionales;
- S'assurer de l'utilisation uniforme des outils cliniques communs (PRISMA-7, OÉMC, PSI, etc.);
- Identifier et coordonner les formations communes;
- Assurer l'arrimage avec les autres programmes-services;
- Recommander les ajustements requis aux modalités opérationnelles entre les CSSS et les établissements régionaux;
- Définir l'utilisation des profils iso-SMAF dans le cadre des réseaux de services intégrés;
- Revoir au moins annuellement la définition de la clientèle PALV admissible en gestion de cas;
- Proposer des indicateurs pour le suivi des RSI-PALV;
- Estimer le nombre de gestionnaires de cas requis;
- Recommander à l'Agence les précisions et changements à apporter au cadre de référence régional.

Le monitoring des réseaux de services intégrés

Des indicateurs devront être définis afin d'assurer le suivi de certains résultats obtenus par les réseaux de services intégrés et de permettre des réajustements. Par exemple :

- Nombre de personnes suivies en gestion de cas / proportion des personnes de 65 ans et plus;
- Profils des clientèles suivies en gestion de cas;
- Besoins comblés et non comblés dans les PSI;
- Délais pour évaluer les besoins, déterminer les services requis et les mettre en œuvre;
- Nombre de demandes au guichet unique par type de demande;
- Utilisation des PI et PSI;
- Caractéristiques de la clientèle selon les services requis;
- Etc.

Conclusion

Assurer la mise en place et le fonctionnement de réseaux de services intégrés efficaces et cohérents dans l'ensemble de la région au cours des prochaines années sera une tâche exigeante à bien des niveaux.

Parmi les conditions nécessaires pour réussir, mentionnons :

- L'adhésion de tous les partenaires à une vision commune;
- L'adhésion des trois niveaux locaux de décision et de concertation;
- Des rôles, mandats et tâches clairement définis;
- L'utilisation d'outils cliniques communs;
- Un programme de formation approprié, accessible à l'ensemble des partenaires;
- Une participation et collaboration de tous les acteurs, notamment les médecins.

Ce cadre de référence régional sur les réseaux de services intégrés devra être complété par des travaux menés dans chaque CSSS ainsi qu'au plan régional. C'est une occasion de relancer le travail, en tenant compte des acquis des dernières années, afin d'assurer les meilleurs services possibles avec les ressources disponibles.

Liste des documents consultés

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2004). *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie de Laval – Mise à jour (Document de travail)*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, Septembre 2004, 27 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2004). *Plan régional d'organisation des services pour la gériatrie – Document de travail*, 17 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2005) *La gestion de cas à domicile Table ronde sur invitation 3 et 4 mars 2005 Résumé des délibérations*, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/2005-cas-mgmt-gest_f.pdf, 31 p.

CAMIRAND, J. et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.

CENTRE D'EXPERTISE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE *Guide sommaire d'utilisation de l'Outil Évaluation Multiclientèle*, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/ebb23272108ea36e85256ce700743090?OpenDocument>

CENTRE HOSPITALIER DE ST-MARY ; HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF ; HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT ; HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL ; RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL CENTRE (1998). *ISAR: outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie se présentant à la salle d'urgence : guide d'utilisation et d'implantation*, Montréal, 34 p.

DEMERS, LOUIS; ST-PIERRE, MICHÈLE ; TOURIGNY, ANDRÉ; BONIN, LUCIE; BERGERON, PIERRE; RANCOURT, PHILIPPE; DIELEMAN, LINDA; TRAHAN, LYSETTE; CARIS, PATRICIA ; BARRETTE, HÉLÈNE ; HÉBERT, ANNE ; LAVOIE, JUDITH (2005) *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des aînés en perte d'autonomie*, http://www.prisma-qc.ca/documents/document/FCRSS_DemersPDF.pdf, juin 2005.

DIELEMAN, LINDA (2001). *Démarche d'implantation d'un réseau intégré de services pour personnes âgées en Estrie*, Actes du Colloque PRISMA – novembre 2001, <http://www.prisma-qc.ca/documents/actes2001/dieleman.pdf>, 9 p.

GENEST, LISE (2000). *Le gestionnaire*, Comité local de concertation des services aux personnes âgées MRC de la région sherbrookoise, 50 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DES SERVICES OÉMC (PID, PII, PSI) (2005). *Cadre de référence sur la planification des services – Rapport du groupe de travail sur la planification des services présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC)*, Québec, 52 p.

HÉBERT, RÉJEAN (dir.) ; TOURIGNY, ANDRÉ (dir.) ; GAGNON, MAXIME (dir.), (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA), Acton-Vale, Edisem, 335 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Portrait de santé - Le Québec et ses régions. Édition 2001*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 432 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix: la politique de soutien à domicile*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie Plan d'action 2005-2010*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 51 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Chez soi : le premier choix: précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. COMITÉ SUR LA DÉFINITION DES PROGRAMMES (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 30 p.

PARADIS, MICHÈLE; BONIN, LUCIE; TOURIGNY, ANDRÉ; DURAND, PIERRE J.; et al (2001). *Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : Mécanisme de coordination des services géranto-gériatriques Rapport de l'évaluation d'implantation et de processus*, Centre de santé publique de Québec, Direction de santé publique de la région régionale Mauricie/Centre du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Université Laval, 165 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2001). *Agir ensemble pour bien vieillir – Orientations en matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie en Outaouais*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 87 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2000). *Le réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la région de Québec*, 22 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (1999). *Réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 36 p. et annexes.

Annexe 1

Le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Depuis 2004, le Programme PALV remplace le Programme personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Voici la définition du programme⁸, dont nous avons souligné certains passages :

Le Programme PALV regroupe tous les services dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs, qui sont destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage.

Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques.

Il faut par ailleurs insister sur le fait 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.

L'approche privilégiée au sein de ce programme diffère de celle des soins aigus où l'on porte un diagnostic et où l'on traite la maladie (Programmes santé physique et services généraux – activités cliniques et d'aide). **Pour les personnes en perte d'autonomie, il ne s'agit pas nécessairement de guérir, mais davantage de compenser la détérioration des conditions de santé, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer la sécurité des personnes dans leur résidence.**

Les services que reçoivent les personnes qui sont hébergées à cause d'un autre problème que la perte d'autonomie liée au vieillissement (ex : déficience intellectuelle), peu importe leur âge, ne font pas partie de ce programme.

Complément d'information sur le Programme PALV

- Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) disponibles en milieu d'hébergement de longue durée ne font pas partie de ce programme, mais sont incluses dans le Programme santé physique ou déficience physique, selon les incapacités en cause : les services destinés aux personnes qui ont une incapacité temporaire appartiennent au Programme santé physique, alors que les services destinés aux personnes ayant une incapacité significative et persistante sont classés dans le Programme déficience physique;

⁸ Extrait de *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*. MSSS, 2004, p. 14-15.

- Les services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie sont souvent ponctués d'épisodes de soins aigus, lesquels font partie du Programme santé physique (suivant la même logique qui s'applique à toutes les clientèles de longue durée);
- Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) ne font pas partie du Programme PALV, mais plutôt du Programme déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait s'aggraver et se confondre avec la perte d'autonomie liée au vieillissement. Dans ce cas, les services du Programme PALV répondraient davantage aux besoins de ces personnes.

ANNEXE 2⁹

TABLEAU RÉSUMÉ DES SIMILITUDES ET DISTINCTIONS DES PID, PII ET DU PSI

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
Termes apparentés	▪ PI : Plan d'intervention; ▪ PID : Plan d'intervention disciplinaire; ▪ PIU : Plan d'intervention unidisciplinaire; ▪ PS : Plan de soins; ▪ PT : Plan de traitement (médical); ▪ PTI : Plan thérapeutique infirmier; ▪ pti : Plan de traitement infirmier; ▪ PIAS : Plan d'intervention et d'allocation de services; ▪ Etc.	▪ PIM : Plan d'intervention multidisciplinaire; ▪ PIC : Plan d'intervention concerté; ▪ PIAS : Plan d'intervention et d'allocation de services; ▪ PIPO : Plan individualisé par objectifs; ▪ PTI : plan thérapeutique; ▪ Etc.	▪ PIII : Plan d'intervention interdisciplinaire interétablissements; ▪ PIII : Plan d'intervention interdisciplinaire intersectoriel; ▪ PSII : Plan de services individualisé et intersectoriel.
Niveau d'Intégration des services	Le PI est un <u>instrument clinique</u> faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, soutenant l'intégration des <u>interventions d'un professionnel</u> d'une discipline, basées sur des données probantes.	Le PII est un <u>instrument clinique</u> faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, soutenant l'intégration des <u>interventions au niveau clinique d'une équipe multidisciplinaire</u>.	Le PSI est un <u>instrument clinique</u> faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, permettant l'intégration des services aux <u>niveaux clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires</u>.

⁹ Cette annexe reproduit l'annexe 1 du *Cadre de référence sur la planification des services – Rapport du groupe de travail sur la planification des services présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC)*, 2005.

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
Contenu	Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne, et de son plan de services individualisé, s'il y a lieu : ▪ Les besoins de la personne auxquels le PI répond et leur mise en priorité convenue avec la personne; ▪ Les objectifs spécifiques ou résultats attendus (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour la personne en accord avec ses attentes; ▪ Les interventions disciplinaires (types, fréquence et séquence ou ordonnancement); ▪ La durée prévisible des interventions; ▪ La date de révision.	Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne, et de son PSI, s'il y a lieu : ▪ Les besoins de la personne auxquels le PII répond et leur mise en priorité convenue avec la personne; ▪ Les objectifs communs spécifiques ou résultats attendus (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour la personne en accord avec ses attentes; ▪ Les interventions de l'équipe multidisciplinaire (types fréquence et séquence ou ordonnancement); ▪ La durée prévisible des interventions; ▪ L'identification de l'intervenant responsable; ▪ La date de révision.	Il est l'outil énonçant, à partir de la situation de vie de la personne : ▪ L'ensemble des besoins de la personne et leur mise en priorité convenue de la personne; ▪ Les orientations d'actions et de services en accord avec ses attentes; ▪ Les services alloués (type, fréquence, séquence ou ordonnancement, durée prévisible, horaire); ▪ Les services ou démarches ponctuels; ▪ L'analyse en continu du (des) besoin(s) non comblé(s).
Fonctions principales	Après l'évaluation diagnostique, en tenant compte du PSI si il y a lieu, le PID permet de: ▪ Planifier les interventions (consultation spécialisée, traitement médical, interventions de réadaptation, psychosociales, etc.); ▪ Coordonner les interventions; ▪ Monitorer les interventions; ▪ Individualiser les guides de pratique à la situation de la personne; ▪ Communiquer avec l'ensemble des	Après leurs évaluations diagnostiques, en tenant compte du PSI s'il y a lieu, le PII permet de: ▪ Planifier des interventions (consultation spécialisée, traitement médical, interventions de réadaptation, psychosociales, etc.); ▪ Coordonner des interventions; ▪ Monitorer les interventions; ▪ Individualiser les guides de pratique à la situation de la personne;	Après l'évaluation des besoins biopsychosociaux, le PSI permet de: ▪ Planifier des services publics, privés et communautaires; ▪ Coordonner les services; ▪ Monitorer les services; ▪ Communiquer avec l'ensemble des partenaires intersectoriels concernés.

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
	partenaires concernés par le PID.	▪ Communiquer avec l'ensemble des partenaires concernés par le PII.	
Personnes visées	Toute personne qui reçoit des interventions d'un ou d'intervenants d'une même discipline. <u>Nota bene</u> <i>Il y a autant de PID qu'il y a d'intervenants impliqués.</i>	Toute personne qui reçoit des interventions d'une équipe multidisciplinaire. <u>Nota bene</u> <i>Il y a autant de PII qu'il y a de services (ou unité administrative) impliqués auprès d'une personne, à titre d'exemple, diverses équipes :</i> ▪ De périnatalité; ▪ Cliniques pour adolescents; ▪ Du centre de jour; ▪ De médecine de jour; ▪ De soutien à domicile; ▪ De pédopsychiatrie; ▪ D'adaptation et de réadaptation; ▪ D'unités de soins aigus en médecine ou chirurgie; ▪ De soins gériatriques notamment UCDG ou URFI.	Toute personne le désirant et dont la situation clinique révèle : ▪ Besoins dans plusieurs <u>dimensions de sa vie</u>, ce qui implique que <u>l'équilibre</u> est rompu ou risque d'être rompu avec son environnement (familial, social, culturel, spirituel ; milieu ou conditions de vie), ce qui influence <u>sa participation sociale</u>, surtout durant des phases de transition de sa vie (l'entrée au service de garde, à l'école, sur le marché du travail, la prise de la retraite, etc.) ; et ▪ Besoin d'un <u>accompagnement optimal</u> : pour prévenir ou diminuer les risque de bris de continuité des soins et les manques dans la coordination des services, augmenter l'accessibilité aux services requis; et ▪ Besoin d'une <u>concertation de tous les partenaires</u> pour prévenir le risque de conséquences négatives pour la personne ou diminuer le risque d'une utilisation inappropriée des services.

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
			<i>Nota Bene</i> ▪ Ce qui peut impliquer que la personne reçoit ou est susceptible de recevoir des services de plusieurs secteurs d'activités (santé, éducation, transport, justice). Ces services intersectoriels peuvent être de nature publique, communautaire et privé.
Personnes participantes	Implication de : ▪ La personne; ▪ Les parents et proches aidants, s'il y a lieu; ▪ L'intervenant.	Implication de : ▪ La personne; ▪ Les parents et proches aidants, s'il y a lieu; ▪ L'équipe multidisciplinaire; ▪ Le médecin de famille.	<u>Des personnes significatives à impliquer :</u> ▪ La personne; ▪ Les parents ou proches aidants, si indiqué selon la situation de vie de la personne; ▪ L'ensemble des intervenants et partenaires intersectoriels (santé, éducation, emploi transport, justice, communautaire); impliqués auprès de la personne; ▪ Le médecin de famille.
Responsable de l'élaboration, de la coordination et du monitoring	▪ L'intervenant.	▪ Un intervenant désigné.	▪ Un coordonnateur de PSI ou un gestionnaire de cas; ▪ Habiletés de communication et de négociation; ▪ Expérience continue de coordination de PSI dans leurs tâches quotidiennes.

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
Formation requise	- Formation professionnelle; - Complément éventuel sur l'interdisciplinarité; - Appropriation des guides de pratique.	- Formation professionnelle; - Complément éventuel sur l'interdisciplinarité; - Appropriation des guides de pratique.	Formation spécifique en gestion de cas quelle que soit l'expérience et la discipline de base des intervenants devant remplir cette fonction essentielle.
Tâches principales liés au processus d'élaboration et de coordination	- Obtenir les consentements du partage à l'information requis; - Vérifier si présence d'autres évaluations antérieures; - Consulter les PID, PII et le PSI, s'il y a lieu; - Consulter les guides de pratique, les suivis systématiques appliqués dans le CSSS; - Planifier les évaluations complémentaires, s'il y a lieu; - Compléter l'outil retenu pour le PID; - Échanger avec les autres intervenants impliqués; - Valider le contenu du PID avec la personne, les parents ou son représentant, à toutes les phases du processus d'intervention; - Appliquer les moyens de diffusion retenus pour assurer le suivi des interventions de l'intervenant au bénéfice de l'ensemble des intervenants impliqués auprès du client;	- Obtenir les consentements du partage à l'information requis; - Vérifier si présence d'autres évaluations antérieures; - Consulter les PID, PII et le PSI, s'il y a lieu; - Consulter les suivis systématiques appliqués dans le CSSS; - Planifier les évaluations complémentaires, s'il y a lieu; - Compléter l'outil utilisé pour le PII; - Échanger avec les autres intervenants impliqués; - Animer des rencontres multidisciplinaires en présence de la personne, des parents ou de son représentant; - Désigner un intervenant responsable de la coordination du PII au nom de l'équipe multidisciplinaire; - Valider le contenu du PII avec la personne, les parents ou son représentant à toutes les phases du processus d'intervention; - Appliquer les moyens de diffusion retenus	- Obtenir les consentements du partage à l'information requis; - Vérifier si présence d'autres évaluations antérieures; - Consulter les PID, PII et le PSI, s'il y a lieu; - Planifier les demandes de services, les évaluations complémentaires, les rencontres de concertation, s'il y a lieu; - Consulter les suivis systématiques appliqués dans le CSSS; - Planifier divers moyens de concertation requis, en privilégiant la présence de la personne, des parents ou de son représentant : participation aux équipes multidisciplinaires, rencontres des partenaires, rencontres de famille; visites conjointes au domicile, rendez-vous ou conférence téléphonique, etc.; - Compléter et mettre à jour au fur et à mesure l'outil proposé pour le PSI, soit un monitoring continu; - Valider le contenu du PSI avec la personne, les parents ou son

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
	Réaliser la révision du PID dans les délais prévus.	pour assurer le suivi des interventions de l'équipe au bénéfice de l'ensemble des partenaires impliqués auprès du client; Réaliser la révision des PII dans les délais prévus.	représentant; - Assurer la cohérence et la cohésion de l'ensemble des actions des différents partenaires, par diverses démarches entre les rencontres; - Appliquer les moyens retenus pour la circulation de l'information continue de façon à ce que le PSI conditionne les interventions des PID et des PII ; - Désigner un coordonnateur du PSI, reconnu par l'ensemble intervenants et partenaires intersectoriels (santé, éducation, emploi transport, justice, communautaire) impliqués auprès de la personne.
Révision et monitoring	La révision des PID permet une évaluation de l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, en concertation avec la personne ou son représentant. La révision se réalise selon une périodicité déterminée par l'intervenant ou l'équipe. Voici ce qui est proposé dans le formulaire rose de OÉMC, le Plan d'intervention et d'allocation de services :	La révision des PII permet une évaluation de l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, en concertation avec la personne ou son représentant. La révision se réalise selon une périodicité déterminée par l'intervenant ou l'équipe. Voici ce qui est proposé dans le formulaire rose de OÉMC, le Plan d'intervention et d'allocation de services :	<u>MONITORAGE DU PSI</u> Le suivi consiste à vérifier l'exécution du plan et de sa pertinence à mesure que la situation de la personne est mieux comprise ou que ses besoins changent. De façon continue, la distribution des services est modifiée selon l'évolution des besoins de la personne. La tâche qui consiste à savoir si les services prévus sont rendus est du domaine du monitoring. Le monitoring du PSI se fait jusqu'à la fermeture du dossier. Voici des exemples de questions associées à la fonction de

Caractéristiques	Plan d'intervention (PID)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
	Légende A, P, M ou NA. - Atteint : L'objectif fixé est complètement atteint; - Poursuivi : Les mêmes interventions doivent se poursuivre pour améliorer ou maintenir les résultats obtenus; - Modifié : Les interventions planifiées n'ont pas permis d'atteindre l'objectif fixé. L'objectif ou les interventions doivent être modifiés et reformulés selon le même processus; - Non Atteint : L'objectif fixé n'a pas été atteint et est abandonné. Attention : - À ne pas confondre la révision des PI et PII avec la réévaluation des besoins de la personne qui sera faite soit à un moment prévu ou lors de changements majeurs de la situation clinique et avec des outils différents.	Légende A, P, M ou NA. - Atteint : L'objectif fixé est complètement atteint; - Poursuivi : Les mêmes interventions doivent se poursuivre pour améliorer ou maintenir les résultats obtenus; - Modifié : Les interventions planifiées n'ont pas permis d'atteindre l'objectif fixé. L'objectif ou les interventions doivent être modifiés et reformulés selon le même processus; - Non Atteint : L'objectif fixé n'a pas été atteint et est abandonné. Attention : - À ne pas confondre la révision des PI et PII avec la réévaluation des besoins de la personne qui sera faite soit à un moment prévu ou lors de changements majeurs de la situation clinique et avec des outils différents.	monitorage : - Est-ce que le service prévu est donné ? - Est-ce qu'il répond à l'orientation déterminée dans le PSI ? - Est-ce que la personne en est satisfaite ?
Formulaires utilisés	- Le plan d'intervention et d'allocation des services (PIAS, formulaire papier rose de l'OÉMC); - Autres formulaires papier.	- Le plan d'intervention et d'allocation des services (PIAS, formulaire papier rose de l'OÉMC) et autres formulaires papier; - PII dans les systèmes d'information clientèles existants : SIC-DI SICHELD, Projet intégration Jeunesse (PIJ), etc.	Nouvel outil de PSI proposé, voir section 8.2.

ANNEXE 3¹⁰

Synthèse de cas Madame Antonietta Loubli

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

- Première évaluation à domicile suite à une demande téléphonique de sa fille qui réclame de l'aide pour l'entretien ménager, la préparation des repas et l'évaluation d'œdème et de rougeurs aux membres inférieurs.
- Madame Loubli, 75 ans, unilingue italienne; vit avec son mari, Monsieur Lucido, 77 ans, qui comprend et parle un peu le français.
- Évaluation complétée par une infirmière des services à domicile en présence du couple et de leur fille, dans un climat favorable et de bonne entente.

2. ATTENTES DU CLIENT (aspirations de la personne et de ses proches aidants dans toutes les dimensions de la vie, projet de vie)

- Monsieur Lucido et Madame Loubli désirent demeurer dans la maison familiale le plus longtemps possible, avec le soutien de leur fille. Ils souhaitent demeurer ensemble et ne jamais être séparés l'un de l'autre.
- Leur fille Maria accepte de les aider à demeurer chez eux. Toutefois, compte tenu de ses obligations familiales et professionnelles, elle dit qu'elle ne peut s'impliquer davantage auprès de ses parents.

3. FACTEURS DE RISQUE/PROTECTION ET DÉFICIENCES

3.1 MALADIES (diagnostics, traumatismes, autres troubles)

Antécédents personnels :

- MPOC instable ; trois visites à l'urgence depuis 6 mois
- Diabète de type II non-insulinodépendant ; stabilité non connue

Symptômes à investiguer :

- Œdème modéré aux membres inférieurs et légère rougeur à la jambe gauche
- Fatigue généralisée
- Troubles de mémoire observés par son conjoint depuis quelques mois.

¹⁰ Cette annexe reproduit l'annexe 1 du *Cadre de référence sur la planification des services – Rapport du groupe de travail sur la planification des services présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC)*, 2005.

3.2 FACTEURS DE RISQUES OU DE PROTECTION (médication, alimentation, diète, tabac, alcool, drogues, sommeil, activités physiques, loisirs, etc.)

Facteurs de risque

- Peu de sorties et de loisirs pour Madame et son conjoint depuis quelques mois
- Prend plus de 5 médicaments différents, mal identifiés dans la pharmacie
- Gère sa médication elle-même;
- Diète pour diabète semble non respectée.

Facteur de protection

- Sommeil adéquat

4. PRINCIPALES CAPACITÉS/INCAPACITÉS (motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques, respiratoires, digestives, élimination, etc.)

- Tristesse reliée à la diminution de ses capacités ménagères selon le conjoint
- Difficulté d'accepter de l'aide d'autre personne que son époux et de sa fille
- Pertes cognitives progressives depuis environ un an (difficultés pour préparer les repas, l'habillement, l'hygiène personnel)
- Madame nie faire de l'incontinence urinaire
- Démarche peu sécuritaire : circule en prenant appui sur les meubles et les murs
- Entend bien avec appareil auditif

SCORE AU SMAF : INCAPACITÉS : HANDICAP : ; PROFIL iso-smaf :

5. ENVIRONNEMENT (FAMILIAL, SOCIAL, MILIEU DE VIE, CONDITIONS DE VIE, CULTUREL, SPIRITUEL)

OBSTACLES

- Conjoint (aidant principal) souffre de problèmes cardiaques et se sent dépassé par la situation actuelle, particulièrement depuis quelques semaines
- Surprotection de Madame par la famille
- Fils vit à Philadelphie : peu présent
- Vit au 2^e étage : difficulté à sortir à l'extérieur du domicile à cause de l'escalier.

FACILITATEURS

- Couple a un bon revenu (propriétaire du duplex qu'il habite)
- Fille Maria, 53 ans, habite au rez-de-chaussée avec conjoint et enfants
- Fille et petits-enfants peuvent agir en tant d'interprètes
- Tâches domestiques assumées par la fille (lessive, courses)

6. RÉSUMÉ DES BESOINS (aspirations /problèmes)

- a) Désir du couple que Madame demeurer dans la maison familiale le plus longtemps possible
 - Besoin des proches aidants (conjoint et fille) d'être soutenus et de prévenir l'épuisement
 - Aménagement du domicile requis
- b) Besoin de socialisation de Madame dans sa langue
- c) Besoin de maintenir ses capacités dans la vie quotidienne
 - Encadrement pour continuer à préparer des repas
 - Stimulation pour l'habillement, l'entretien de la personne
 - Aide pour le bain complet
 - Aide pour entretien ménager et courses
- d) Santé physique et psychique
 - Œdème et rougeur aux membres inférieurs
 - Troubles de mémoire rapportés depuis un an
 - MPOC instable
 - Diabète stabilité à valider
 - Alimentation inadéquate (en raison du diabète)
 - Risque d'erreur dans la prise de médication
 - Risque de chute
 - Dénier de l'incontinence urinaire

Jeanne Mance, infirmière et gestionnaire de cas, M.Sc., 2004-10-29
Processus de la planification de services

Exemple de PSI

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) (PREMIER PSI)	
INFORMATIONS SUR LA PERSONNE	
NOM Antonietta Loubli, 75 ans, unilingue italien # NAM : LOUA 2958 0154 PSI du : 2004-10-29 Gestionnaire de cas : Jeanne Mance, infirmière et gestionnaire de cas du CSSS Rapido Prochaine évaluation/réévaluation des besoins : 2005-02-29	
BESOINS	ORIENTATIONS
<u>Intégration aux loisirs, activités personnelles :</u> Besoin de socialisation dans sa langue maternelle	1. Explorer
<u>Aidants principaux :</u> - Besoin des proches aidants d'être soutenus - Risque d'épuisement de son conjoint et de sa fille - Reprise des activités sociales pour le conjoint	2. Évaluer 3. Planifier
<u>Activités de la vie quotidienne :</u> - Besoin de maintenir ses capacités - Stimulation pour l'habillement, l'entretien de sa personne - Aide aux soins d'hygiène : bain complet désiré 3 fois semaine	4. Stimuler 5. Compenser
<u>Activités de la vie domestique</u> - Besoin de maintenir ses capacités - Encadrement pour continuer à préparer des repas - Accès à des repas complets préparés à l'extérieur - Aide pour les courses et lessive (C) - Entretien ménager régulier (C)	6. Planifier 7. Compenser 8. Compenser 9. Compenser
<u>Médication</u> Besoin de surveiller et encadrer la prise de médication (C)	10. Compenser
<u>Santé physique et psychique</u> Œdème et rougeur membres inférieurs	11. Évaluer

- Troubles de mémoire rapportés depuis un an - Stabilité des maladies chroniques (diabète, MPOC) - Contrôle l'incontinence urinaire			12. Observer 13. Prévenir 14. Évaluer
<u>Sécurité personnelle et environnementale et conditions du logement</u>			
<u>Risque de chute</u> <u>Aménagement du domicile</u>			15. Évaluer 16. Évaluer
<u>Alimentation</u>			
<u>Besoin de bien observer sa diète pour diabétique</u>			17. Observer 18. Évaluer
<u>SERVICES ALLOUÉS /APPORT DES PARENTS, DES PROCHES AIDANTS</u>			ORIENTATIONS
<u>Soins infirmiers du CSSS Rapido : Mme Jeanne Mance, visite à domicile une fois/semaine, le mardi en pm, pour un mois; tél : 123-4567 poste : 22</u>			11, 12, 13, 14, 17
<u>Gestion de cas du CSSS Rapido, Mme Jeanne Mance infirmière, tél : 123-4567 poste : 22</u>			1, 2, 3, 6
<u>Conjoint; tél : xxx-xxx-xxxx</u>			4, 5,6,8
<u>Fille ; tél : xxx-xxx-xxxx</u>			
<u>Entreprise d'économie sociale Ménage-Plus; une fois/semaine, le mercredi de 13h à 16h, pour 1 mois; tél : 123-9876</u>			9
<u>Popote roulante italienne, deux fois/semaine, lundi et mercredi midi, pour trois mois; tél : 123-6549</u>			7
<u>Pharmacie pour préparation et livraison du pilulier, une fois/semaine le jeudi matin; tél : 123-3216</u>			10
<u>SERVICES ET DÉMARCHES PONCTUELS</u>			
<u>2004-10-29: Demande de services faites :</u>			
<u>Aide pour soins d'hygiène à domicile</u> <u>Ergothérapie à domicile</u> <u>Nutrition à domicile</u> <u>Gardiennage à domicile</u>			
<u>2004-10-29: Appel à DR Untel en PM</u>			
<u>2004-11-03 Rendez-vous médical avec Dr Untel</u>			
<u>2004-11-04 Réception de la Prescription d'analyse de sang et d'urine par DR Untel</u>			
<u>2004-11-11 Rencontre interdisciplinaire avec les partenaires planifiée</u>			
ANALYSE DES BESOINS NON COMBLÉS			
Besoins non comblés	Cause de l'écart	Solutions	Date de résolution de l'écart

<u>Intégration aux loisirs, activités personnelles</u> ▪ Besoin de socialisation dans sa langue maternelle	En processus d'évaluation		
<u>Réseau familial et social</u> ▪ <u>Prévention du risque d'épuisement du conjoint et de la fille</u>	Référence à faire	Évaluation de Guberman par le TS	
<u>Activités de la vie quotidienne</u> ▪ <u>Aide aux soins d'hygiène : bain complet désiré 3 fois semaine</u>	Services à planifier	Présentation au comité du soutien à domicile du CSSS Rapido par le gestionnaire de cas	2004-10-29
<u>Activités de la vie domestiques</u> <u>Besoin de maintenir ses capacités et de combler ses incapacités</u> ▪ <u>Encadrement pour continuer à préparer des repas</u> ▪ <u>Accès à des repas complets préparés à l'extérieur</u>	Ressources à trouver Ressources à trouver	Bénévole pour cuisiner avec Madame deux à trois fois par semaine	
<u>Santé physique et psychique</u> ▪ <u>Œdème et rougeur membres inférieurs</u> ▪ <u>Troubles de mémoire rapportés depuis un an</u> ▪ <u>Risque de décompensation des maladies chroniques (diabète, MPOC)</u> ▪ <u>Contrôle l'incontinence urinaire</u>	En processus d'évaluation	Consulter le médecin traitant	
<u>Sécurité personnelle et environnementale</u> ▪ <u>Risque de chute</u> ▪ <u>Aménager son domicile</u>		Évaluation à venir par ergothérapeute	
<u>Alimentation</u> ▪ <u>Réviser sa diète pour diabétique</u>	Service à planifier	Évaluation à venir par nutritionniste	
ANALYSE DES BESOINS NON COMBLÉS			
Besoins non comblés	Cause de l'écart	Solutions	Date de résolution de l'écart
2004-12-29 Besoin d'avoir des activités	▪ En cours	Continuer l'exploration des besoins et des	

sociales qui tiennent compte des ses goûts et de ses limites financières		solutions	
2004-12-29 Besoin de trouver un type d'emploi qu'elle peut occuper	▪ En processus d'évaluation		
2004-12-1 : Besoin d'encadrement pour la gestion de sa médication, risque d'abus de benzodiazépines	▪ Référence à faire	Livraison des benzodiazépines par la pharmacie sur une base hebdomadaire	
2004-12-10 : Besoin d'aide et d'enseignement pour la gestion de son budget	▪ En attente	Soutien de la gestionnaire de cas en attendant l'implication de Plani-Action	
2004-12-29 Difficulté à se laver quotidiennement et à prendre une douche et faire l'entretien de ses cheveux 2 fois/semaine	▪ Refus du service	Offrir l'aide de l'AFS en PM (car Mme dort tout l'avant-midi)	
2004-12-17 Madame aimerait connaître des méthodes alternatives non-pharmacologiques pour améliorer la qualité de son sommeil	▪ En cours	Poursuivre l'exploration des moyens et l'amener à faire un choix	
2004-12-10 : Menaces et idées suicidaires, crises de colère et autres comportements inadéquats, abus de benzodiazépines, demandes multiples auprès de différentes ressources, clivage	▪ Liste d'attente	Référence à l'équipe de suivi intensif communautaire en santé mentale	
2004-12-29 : Besoin d'être stimulée et encadrée pour faire elle-même l'entretien ménager	▪ Type de services à déterminer	Penser à organisme communautaire Ménage-Plus pour entretien ménager 1 fois/mois à évaluer	