# Services offerts par le Soutien à domicile (SAD) 1e ligne

Conférence présentée dans le cadre du colloque
***Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer***

## Par


- Sylvie Avoine, inf. clinicienne, assistante au supérieur immédiat volet trajectoire, direction SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Pascale Tremblay, adjointe à la direction SAPA, volet trajectoire, CIUSSS de la Capitale- Nationale


Date : 3 mars 2017, Révisé le 12 avril 2019

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

# À qui nos services s'adressent-ils?

« Toute personne, peu importe son âge, ayant une incapacité temporaire ou persistante, dont la cause peut être physique ou psychosociale, qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis »

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

# Qu'est-ce que ça prend pour référer une personne au soutien à domicile?

- Besoin prioritaire exprimé par l'usager et/ou ses proches aidants
- Clientèle vulnérable ayant des besoins complexes et dont les facteurs de risque ne sont pas compensés par l'entourage
  - ✓ Facteurs de risque élevés
  - ✓ Facteurs de protection insuffisants
- Consentement de l'usager

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

# Références *PALV*

## Formulaire de référence:

Pour toute demande de référence, le formulaire (PALV) est obligatoire.

## Informations requises:

- ✓ Nom, prénom de l'usager;
- ✓ Date de naissance, RAMQ et date d'expiration;
- ✓ Numéro de téléphone, adresse (s'il s'agit d'un transfert, nous indiquer la nouvelle adresse complète).

## Provenance de la demande:

- ✓ Nom de GMF et signature du référent.

## Diagnostics et facteurs déclenchants:

- ✓ Identifier le besoin prioritaire qui nécessite les services du SAD;
- ✓ Nommer le diagnostic et les conditions associées.

## Situations et problèmes reliés à la demande de services SAD:

- ✓ Identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection.

# Activités de la vie quotidienne (AVQ)

## Besoin pour se laver et/ou entretenir sa personne

- A besoin de stimulation ou d'aide pour se laver au lavabo : Qui le fait actuellement ?
  (aidant, CLSC ou autre)?
- Accessibilité à une baignoire standard, cabine douche ou non ?
  → Difficultés aux transferts à la baignoire ?
  → Aides techniques en place ?
- Signaler : odeurs corporelles, problèmes cutanés (secondaires à une hygiène négligée, plaie), fonction vésicale et intestinale (incontinence), etc.

# Activités de la vie quotidienne (AVQ)

## Mobilité

### Généralités

Comment l'usager marche t'il ?

- Difficulté à la marche ?
- Présence d'accessoires de marche ?

  → Bonne utilisation ?

  → Surveillance nécessaire d'un aidant?

# Définir les besoins

# Activités de la vie quotidienne (AVQ)

## Mobilité

| Transferts | Chutes |
|---|---|
| **Quels transferts sont difficiles?** | **Dans quel contexte ?** |
| • Se lever du lit ? Se lever de la toilette ? Se lever de sa chaise?<br>• Aides techniques ou humaines en place?<br>(aidant, CLSC ou autre) | A l'intérieur ou à l'extérieur, aux transferts et aux déplacements? |
| | **Description** |
| | • Moment de la journée ?<br>• Date de la dernière chute<br>• Nombre de chutes dans la dernière année. |

# Définir les besoins

# Activités de la vie domestique(AVD)

| Administration et distribution de la médication (CIUSSS possible) | Entretien ménager (offert par communauté) |
|---|---|
| **Préalable à la demande** | **Si vit à domicile** |
| Est-ce possible de diminuer la fréquence d'administration des médicaments par jour ? | Référer aux Entreprises d'économies sociales (Information disponible à l'APPUI ou au guichet) |
| **Moyens disponibles dans communauté** | **Si vit en Résidence pour personnes âgées (RPA)** |
| Moyens mis en place: Dispill, Programme PAIR, …? | Qui compense actuellement? Le service est-il inclus dans le bail? |

# Les particularités de l'usager ?

## Son réseau

- Vit seul ?
- Vit avec un aidant?

  → Disponibilité ? Âge ? État de santé physique et mental de celui-ci ?

  ✓Documenter si épuisement ou risque d'épuisement (faits observés).
- Vit en résidence privée?

  → Est-ce qu'il a des services  actuellement? Si oui, lesquels ?

# Les particularités de l'usager ?

## Atteintes cognitives

- Quelles sont les impacts sur son autonomie ?
- Troubles de comportement
  - → Lesquels et quand surviennent-ils?
  - → Nommer si agressivité, dangerosité, impulsivité
- MMSE ? MoCA?
  - → Transmettre si disponible

# Intervenants soutien à domicile

## Soins infirmiers

- Infirmières et infirmières auxiliaires

## Réadaptation

- Ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique

## Services psychosociaux

- Intervenants sociaux

## Centre de jour

## Nutrition

- Nutritionnistes

Une offre de services détermine l'admissibilité pour chacun

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Centres de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

No dossier : | Effacer les données du formulaire | Envoi guichet | Imprimer

# GUICHET D'ACCÈS SOUTIEN À DOMICILE / PALV
## Formulaire de référence

- ☐ CSSS de la Vieille-Capitale
  Tél. : 418 651-3888 / Télécopieur : 418 651-7397
- ☐ CSSS de Portneuf
  Téléphone : 418 873-4661 / Télécopieur : 418 873-3388
- ☐ CSSS de Québec-Nord
  Téléphone : 418 849-1343 / Télécopieur : 418 841-5109
- ☐ Jeffery Hale
  Téléphone : 418 684-5333 / Télécopieur : 418 684-2266

Nom
Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Nom et prénom du père
Nom et prénom de la mère
Adresse
Ville | Code postal
Téléphone
RAMQ | EXP.

### PROVENANCE DE LA DEMANDE

Provenance de la demande
Territoire
Autres

### INTERVENANT PRÉSENTANT LA DEMANDE

Nom :
Téléphone : | poste :
Téléavertisseur :
Télécopieur :

### MÉDECIN

Médecin de famille — Téléphone : — Avisé de la demande ☐ Oui ☐ Non
Médecin traitant — Téléphone : — Avisé de la demande ☐ Oui ☐ Non
Répondant médical lors du transfert : — Téléphone : — Avisé de la demande ☐ Oui ☐ Non
Téléavertisseur

### DIAGNOSTICS ET FACTEURS DÉCLENCHANTS

Problème de santé

### BESOINS RELIÉS À LA DEMANDE

### AUTRES INFORMATIONS MÉDICALES

Allergies ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres — Précision
Bactérie multirésistante ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres — Précision

**AUTRES**

### MÉDICATION

☐ Voir profil médicament ci-joint

Nom de la pharmacie | Téléphone

### SERVICES ACTUELS

**Signature :** _____ **Date :** _____

* Consultation spécialisée de gériatrie et de psychogériatrie

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

No dossier :

## DOCUMENTS REQUIS (s'il y a lieu)

- ☐ OEMC et profil ISO-SMAF
- ☐ Résumé du dossier médical, s'il y a lieu
- ☐ Rapports de consultants ou de professionnels de la santé, s'il y a lieu
- ☐ Rapport de laboratoire et d'imagerie médicale, s'il y a lieu
- ☐ Prescription médicale
- ☐ PTI
- ☐ PI
- ☐ SISAD-SAPA
- ☐ Plan de service d'aide à domicile

Autres

## SOMMAIRE DE L'AUTONOMIE

Cocher si problème observé

Précisions : si incapacités, sont-elles compensées ?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Aide à la vie quotidienne (AVQ) | | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ☐ Aide à la vie domestique (AVD) | | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ☐ Aux transferts | | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ☐ À la marche / aux déplacements (acc. de marche) | | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ☐ Escaliers | | ☐ Oui | ☐ Non* |
| ☐ De chutes / histoire de chutes récentes* | | | |
| ☐ Prise de médication | | ☐ Oui | ☐ Non |
| ☐ D'incontinence | | ☐ Oui | ☐ Non |
| ☐ Communication | | ☐ Oui | ☐ Non |
| ☐ Cognitif / atteintes cognitives* | | | |
| ☐ Réseau | | | |
| ☐ Dimension affective et comportementale | | | |

## FACTEURS DE RISQUE OU DE VULNÉRABILITÉ

## NUTRITION

Diète ☐ Oui ☐ Non

## SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU GUICHET

☐ SAD Type service

☐ DI-DP Type service

☐ Centre de jour ☐ UJEG ☐ Comité des cas litigieux

☐ ECS-GP* ☐ UTRF ☐ EES

☐ URFI ☐ Hébergement temporaire

☐ Organisme communautaire

Date de la réception (aaaa/mm/jj) :

Date de la décision (aaaa/mm/jj) :

Date d'orientation (aaaa/mm/jj) :

**Priorité de la demande :** ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ P4

* Consultation spécialisée de gériatrie et psychogériatrie

**SIGNATURE DE L'INTERVENANT RÉFÉRANT ↓** **DATE ↓**

Réalisé par : Gallard/DASAD/ver.28-06-2013

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*

Québec

# PARTICULARITÉS POUR LES DEMANDES AUX SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

# Services gériatriques spécialisés (SGS)

## Trois types de services

- Services de la Clinique gériatrique de Québec
- Équipes ambulatoires de gériatrie et de psychogériatrie
- Hôpitaux de jour

## Deux volets

1. **Diagnostic**
   - Précision diagnostique
   - Avis médical
   - Suggestion thérapeutique;
2. **Réadaptation en ambulatoire**

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

# Caractéristiques demandes SGS

| Préparation du dossier | Formulaire de référence PALV | Envoi de la demande |
|---|---|---|
| • Sommaire d'hospitalisation;<br>• Note de consultation par un médecin spécialiste;<br>• Rapports des professionnels (Ergothérapeute, Nutrition, Orthophonie, Physiothérapeute, Travail social, etc.);<br>• Tests cognitifs (MMSE, MoCA);<br>• OEMC/ SMAF;<br>• DSIE;<br>• Imagerie (pour les usagers en provenance du CHU). | • Identification à jour;<br>• Nom médecin de famille, ses coordonnées<br>  ○ L'aviser de la demande (ex.: sommaire d'hospitalisation);<br>• Indiquer si usager avisé et en accord;<br>• Nom et coordonnées d'un proche en cas d'urgence;<br>• Inscrire le besoin prioritaire (garder en tête que nous ne connaissons pas l'usager)<br>• Informations pertinentes au sommaire de l'autonomie | **Transmettre**<br>• Le formulaire complété<br>• Toutes les pièces jointes pertinentes bien identifiées<br>**Envoyer par courriel**<br>• directement à l'adresse de l'équipe d'admissibilité 2e ligne<br>2eligne.dsapa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca |