

# Services spécialisés de gériatrie - 2<sup>e</sup> ligne

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

---

## Par

- Karine Labarre, inf. M. Sc.  
Chef de services spécialisés CEVQ — Direction programme  
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
- Josée-Anne Bisailon, inf. B. Sc  
Infirmière clinicienne — Unité de jour d'évaluation gériatrique (UJEG)

Date : 22 septembre 2017, révisé le 26 janvier 2018

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

Québec 

- **Services gériatriques spécialisés (SGS) — 2<sup>e</sup> Ligne**

### **Pourquoi demander une évaluation en 2e ligne?**

- Pour obtenir un avis médical ou précision diagnostique suite à votre évaluation en 1<sup>ière</sup> ligne;
- Pour obtenir des suggestions thérapeutiques ou initiation d'un traitement;
- Pour répondre à un besoin de réadaptation en ambulatoire chez une personne ayant un potentiel de récupération de son autonomie antérieure (besoin de réadaptation au minimum 2 fois/ semaine)

### **S'adresse à quelle type de clientèle ?**

- Toutes personnes âgées ayant des fragilités en lien avec:
  - un grand âge;
  - une ou plusieurs atteintes à sa condition de santé physique ou mentale;
  - la présence de syndromes gériatriques (instabilité posturale, immobilité, incontinence urinaire, troubles cognitifs, ...)
  - des comorbidités
  - la polymédication
- Personne présentant une détérioration récente ou marquée de la condition fonctionnelle ou cognitive d'origine inconnue.



**Services gériatriques  
spécialisés (SGS)**



- **Services gériatriques spécialisés (SGS) — 2<sup>e</sup> Ligne**

**Besoin d'un avis médical, de précision diagnostique, de suggestions thérapeutiques ou initiation d'un traitement**

**Une personne âgée présente des problématiques telles que:**

- Troubles cognitifs avec des impacts fonctionnels ( si post-délirium attendre 3 mois avant la référence)
- Perte d'autonomie inexpliquée
- Troubles de la mobilité
- Présence de comorbidité
- Polymédication
- Présence anxiété, trouble de l'adaptation et dépression
- Hallucinations, illusions et idées délirantes
- Comportement d'agitation verbale (cris, langage indécent, menace,...)
- Comportement d'agitation physique (frappe, pince , mord, errance,...)

À ces conditions, peuvent s'ajouter ou non des **facteurs de risques** parmi les suivants:

- Déconditionnement
- Dénutrition et déshydratation
- Risque dans la gestion médicamenteuse
- Risque dans le maintien à domicile

- **Services gériatriques spécialisés (SGS) — 2<sup>e</sup> Ligne**

**Besoin de réadaptation chez une personne ayant un potentiel de récupération de son autonomie antérieure (réadaptation au minimum 2 fois/ semaine)**

**Une personne âgée a des impacts fonctionnels en lien avec:**

- AVC
- Post-chirurgie pour une prothèse
- Problèmes orthopédiques
- Pathologies neurodégénératives
- Chutes à répétition dans un contexte de comorbidités, de polymédication et de troubles cognitifs
- Trouble de la démarche
- Présence d'une douleur chronique invalidante
- Déconditionnement

## ARBRE DÉCISIONNEL

Orientation vers les services gériatriques spécialisés (SGS) ambulatoires en lien avec l'offre de service

### Volet A

Précision diagnostique, avis médical et suggestion thérapeutique

#### A1

- Trouble neurocognitif;
- Comorbidité, polymédication;
- DEG inexpliquée;
- Détérioration récente ou marquée de la condition fonctionnelle;
- Trouble de la mobilité;
- Risques associés : dénutrition, déshydratation, déconditionnement, risque à domicile, risque de maltraitance ou vulnérabilité;
- Anxiété, symptômes dépressifs.

- Capacité à se mobiliser;
- Capacité à soutenir une évaluation d'au moins 4 heures.

NON

OUI

Sainte-Anne-de-Beaupré  
Chauveau  
Christ-Roi  
Jeffery Hale  
CHUL  
EXCLUSION : UJEG

Sainte-Anne-de-Beaupré  
Chauveau  
Christ-Roi  
Jeffery Hale  
CHUL  
+ UJEG

#### A2

Évaluation dans un  
contexte de symptômes  
comportementaux et  
psychologiques

Sainte-Anne-  
de-Beaupré  
Chauveau  
Christ-Roi  
Jeffery Hale  
CHUL  
EXCLUSION :  
UJEG

#### A3

Problématique  
psychiatrique instable  
complexifiée par le  
vieillesse

Présence de critères d'exclusions :

- Problématique psychiatrique dont la prise en charge peut continuer avec le psychiatre traitant au dossier;
- Instabilité santé physique requiert une évaluation préalable;
- Personne avec diagnostic de déficience intellectuelle;
- Troubles suivants sans comorbidité psychiatrique :
  - o trouble neurocognitif, traumatisme craniocérébral, utilisation de substance à l'avant-plan (alcool, toxicomanie, médicaments)

OUI

NON

Référence  
Gérontopsychiatrie  
HEJ

### Volet B

Réadaptation ambulatoire

#### B1

Critères d'admissibilité :

1. Potentiel de récupération;
2. Besoin de réadaptation au moins 2 fois/semaine;
3. Peut aussi avoir besoin concomitant d'une évaluation médicale spécialisée en réponse à un questionnaire
4. Problématiques cliniques :
  - Mono trauma;
  - Post-AVC;
  - Post-chirurgie orthopédique (prothèse, enclouage,...);
  - Problèmes musculosquelettiques;
  - Pathologies neurodégénératives;
  - Chutes à répétition (ex. chutes d'étiologie inconnue);
  - Trouble de la démarche et de l'équilibre;
  - Présence de douleur chronique invalidante;
  - Déconditionnement, syndrome d'immobilisation.

Si besoin  
concomitant  
d'évaluation  
médicale  
gériatrique

Si besoin  
des  
volets  
A et B

Si déjà évalué par  
un médecin et pas  
questionnement  
médical

Sainte-Anne-de-Beaupré  
Christ-Roi  
Jeffery Hale  
CHUL  
Exclusion Saint-Augustin

Sainte-Anne-de-Beaupré  
Christ-Roi  
Jeffery Hale  
CHUL  
+ Saint-Augustin

Si usager anglophone:

Acheminer au Jeffery Hale. Télécopieur 418 681-9265, téléphone : 418 684-5333 # 1225

S. Avoine, J-A Bisaillon, K. Labarre, DPSAPA\_CEVQ 17-07-12

# Comment faire une référence aux SGS?

Préciser votre  
besoin et les  
problématiques.  
À quelle question  
voulez-vous que  
l'on réponde?



Centres de santé et de services sociaux  
de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

### GUICHET D'ACCÈS PALV Formulaire de référence

CSSS de la Vieille-Capitale  
Tél. : 418 651-3888 Télécopieur : 418 651-7397

CSSS de Portneuf  
Téléphone : 418 285-3025

CSSS de Québec-Nord  
Téléphone : 418 661-5666

Jeffery Hale  
Téléphone : 418 684-5113

Nom

Date de naissance (aa/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

**MÉDECIN**

Médecin de famille

Médecin traitant  *Si autre md que celui qui fait la référence*

Répondant médical lors du transfert :

Téléphone :

Téléavertisseur :

Télécopieur :

Nom :

Téléphone :  poste :

Téléavertisseur :

Télécopieur :

Téléphone :

Téléavertisseur :

Avisé de la demande  Oui  Non

Avisé de la demande  Oui  Non

Avisé de la demande  Oui  Non

**DIAGNOSTICS ET FACTEURS DÉCLENCHANTS**

**BESOINS RELIÉS À LA DEMANDE** Problème de santé

**AUTRES INFORMATIONS MÉDICALES**

Allergies  Oui  Non  Autres Précisions

Bactérie multirésistante (ERV, SARM, C-difficile)  Oui  Non  Autres Précisions

**AUTRES**

**MÉDICATION**  Voir profil médicament ci-joint

Nom de la pharmacie  Téléphone

**SERVICES ACTUELS**

\* Consultation spécialisée de gériatrie et de psychogériatrie

Équipe GMF

Vos observations  
et ce que vous  
savez.



Nom :		Prénom :	
<b>DOCUMENTS REQUIS , s'il y a lieu</b>			
OEMC et profil ISO-SMAF	<input type="checkbox"/>	PTI	<input type="checkbox"/>
Résumé du dossier médical, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>
Rapports de consultants ou de professionnels de la santé, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	SISAD-SAPA	<input type="checkbox"/>
Rapports de laboratoire et d'imagerie médicale, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	Plan de service d'aide à domicile	<input type="checkbox"/>
Prescription médicale	<input type="checkbox"/>		
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>		
<b>SOMMAIRE DE L'AUTONOMIE</b>			
<b>Cocher si problème observé :</b>	<b>Précisions: si incapacités, sont-elles compensées?</b>		
AVQ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AVD	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aux transferts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
À la marche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Escaliers	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
De chutes / historique de chutes récentes*	<input type="checkbox"/>		
Prise de médication	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D'incontinence	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Communication	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cognitif / atteintes cognitives*	<input type="checkbox"/>		
Réseau →	<input type="checkbox"/>	Faible ou inexistant <input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Isolement /insécurité	
Dimension affective et comportementale	<input type="checkbox"/>	Précisions :	
<b>NUTRITION</b>			
Diète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions :	
<b>SECTION RÉSERVÉE AU GUICHET</b>			
<input type="checkbox"/> SAD psychosociaux	<input type="checkbox"/> SAD physiothérapie	<input type="checkbox"/> SAD Soins inf.	<input type="checkbox"/> Centre de jour
<input type="checkbox"/> SAD ergothérapie	<input type="checkbox"/> SAD nutrition	<input type="checkbox"/> DI-DP Psychologie	<input type="checkbox"/> DI-DP Éducation spécialisée
<input type="checkbox"/> DI-DP Psychosociaux	<input type="checkbox"/> DI-DP-Soins	<input type="checkbox"/> DI-DP Ergothérapie	
<input type="checkbox"/> ECS-GP*	<input type="checkbox"/> Héb. tem.	<input type="checkbox"/> Org. com.	Date de la réception : _____
<input type="checkbox"/> UTRF	<input type="checkbox"/> EES	<input type="checkbox"/> UJEG	Date de la décision : _____
<input type="checkbox"/> URFI	<input type="checkbox"/> Comité des cas litigieux		Date d'orientation : _____
<b>Priorité de la demande :</b>	<b>P1</b> <input type="checkbox"/>	<b>P2</b> <input type="checkbox"/>	<b>P3</b> <input type="checkbox"/> <b>P4</b> <input type="checkbox"/>
* Équipe de consultation spécialisée de gériatrie et psychogériatrie			
<b>SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU GUICHET ▼</b>			<b>Date ▼</b>
X _____ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale			

- **Services gériatriques spécialisés — 2<sup>e</sup> Ligne**

✓ **Tous les documents complémentaires à la demande de référence**

**De l'équipe GMF**

- Note médicale en lien avec la demande de référence (résumé de dossier si pertinent)
- Feuille sommaire de l'hospitalisation (s'il y a lieu)
- Rapport de labo et imagerie médicale pertinents – inscrire DSQ si fait
- Résultat des derniers tests de dépistage cognitif (MEEM, MOCA, horloge)
- Consentement de l'utilisateur à nous transmettre l'information

**Des intervenants 1<sup>e</sup> ligne**

- Notes ou rapport de l'équipe de réadaptation ou l'équipe interdisciplinaire ayant déjà évalué la personne
- OEMC à jour si personne connue au SAD

## ÉQUIPE GMF



Besoin d'un avis médical complémentaire, de suggestions thérapeutiques ou de réadaptation ambulatoire



Demande de référence qui précise le problème rencontré et le questionnement que vous avez.



Envoi au guichet d'accès SAPA  
(coordonnées sur le formulaire) **et non dans les services**



Guichet s'assure que les éléments sont présents et réparti les demandes entre les SGS

**BON PATIENT AU BON ENDROIT**

**L'équipe des services gériatriques spécialisés sont  
heureuse de travailler en collaboration avec le GMF**

Merci de votre Confiance



Hôpital Saint-Anne-de-Beaupré  
Hôpital Chauveau  
Centre d'hébergement Saint-Augustin  
Centre d'hébergement du Christ-Roi  
Hôpital Jeffery Hale  
Hôpital du Saint-Sacrement (UJEG)  
CHUL  
Hôpital régional de Portneuf