Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest





Offre de service

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Québec

Table des matières

1. Mission et raison d'être 3

1.1 Mission, vision, ambitions et valeurs du CISSS de la Montérégie-Ouest 3

1.2 Raison d'être de la Direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) 4

2. Description des mandats de la DPSAPA 5

2.1 Volet soutien à l'autonomie 5

2.1.1 Services à domicile 5

2.1.2 Services en unité de courte durée gériatrique (UCDG) 5

2.1.3 Services en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) 6

2.1.4 Services en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) – santé physique 6

2.2 Volet hébergement 7

2.2.1 Services en centre de jour 7

2.2.2 Services d'hébergement temporaire 7

2.2.3 Services de convalescence légère 7

2.2.4 Ressources non institutionnelles (RNI) dites ressources de type familial (RTF) ou ressources intermédiaires (RI) 8

2.2.5 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) 8

2.3 Volet psychogériatrie 9

2.3.1 Clinique de gériatrie et de psychogériatrie 9

2.3.2 Soutien clinique aux intervenants 9

2.3.3 Unités SCPD en hébergement 10

2.3.4 Clinique de mémoire 10

2.4 Volet soins palliatifs et de fin de vie 10

2.4.1 Description générale du programme 10

2.4.2 Soins palliatifs et de fin de vie à domicile 11

2.4.3 Soins palliatifs en établissement (hôpital et CHSLD) 11

3. Mode de fonctionnement.....12

3.1 Accès aux services de soutien à domicile 12

3.2 Accès aux lits de soins postaigus (UTRF, URFI, convalescence) et aux mesures de répit 12

3.3 Accès aux lits d'hébergement (RNI et CHSLD) 12

4. Annexe 13

1. Mission et raison d'être

Mission

1.1 Mission, vision, ambitions et valeurs du CISSS de la Montérégie-Ouest

Mission : maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Vision : des soins de santé et des services accessibles et efficients qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Bien que l'établissement adhère à la mission et à la vision du réseau de la santé et des services sociaux, il nous apparaissait important, comme équipe de direction, de se doter d'ambitions organisationnelles afin qu'elles viennent orienter davantage les grands objectifs du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Ambitions

Le CISSS de la Montérégie-Ouest réalise ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire et ainsi, il se démarque et rayonne par :

- L'excellence de son offre de soins et services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- Son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- La reconnaissance de la contribution de son personnel et la mise en place de pratiques de gestion humaines;
- La force de ses liens avec ses partenaires.

BIENVEILLANCE
COLLABORATION
ENGAGEMENT
AUDACE
COHÉRENCE
BIENVEILLANCE
COLLABORATION
ENGAGEMENT
AUDACE
COHÉRENCE

Valeurs organisationnelles

La Direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées du CISSS de la Montérégie-Ouest s'appuie et adhère aux ambitions locales de l'organisation, ainsi qu'aux cinq grandes valeurs organisationnelles :

- Bienveillance;
- Collaboration;
- Engagement;
- Audace;
- Cohérence.

« Les seules limites de nos réalisations de demain,
ce sont nos doutes et nos hésitations d'aujourd'hui. »
− Eleanor Roosevelt

1.2 Raison d'être de la Direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

La DPSAPA regroupe un ensemble de programmes et des services dont la raison d'être est d'assurer une accessibilité à des soins et des services sécuritaires et de qualité aux personnes en perte d'autonomie permanente ou temporaire, et ce, peu importe leur milieu de vie.

Ses actions visent à :

- Accueillir, évaluer et orienter les personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- Soutenir les personnes qui lui sont référées, les accompagner et leur offrir les services requis afin qu'elles puissent demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible;
- Contribuer à réduire le recours à l'urgence comme porte d'entrée du réseau et réduire le nombre d'hospitalisations;
- Favoriser un retour rapide dans le milieu de vie d'origine lors d'hospitalisation.

Les actions de la DPSAPA, lorsque la personne doit changer de milieu de vie, visent à :

- Offrir à l'usager et à ses proches un accompagnement soutenu pour assurer une transition harmonieuse vers le nouveau milieu de vie;
- Mettre en place les services nécessaires pour orienter et maintenir la personne dans la ressource la plus appropriée pour lui permettre d'utiliser ses capacités, et de favoriser son autonomie;
- S'assurer que le nouveau milieu de vie de l'usager réponde à ses besoins et s'adapte à l'évolution de ceux-ci.

D

Des

cri

pti

on

2. Description des mandats de la DPSAPA

La DPSAPA a deux principaux mandats, soit celui de soutenir l'autonomie des personnes, peu importe l'origine de leurs incapacités ou leur milieu de vie, et également d'offrir l'hébergement aux personnes ne pouvant plus demeurer à domicile.

Autour de ces mandats s'articule une gamme de services qui en permettent la réalisation, qui s'adaptent et évoluent en fonction des besoins de la clientèle.

À ces deux mandats principaux s'ajoutent également celui d'offrir les services et l'accompagnement requis auprès des personnes en soins palliatifs et de fin de vie, et ce, peu importe leur âge et leur milieu de vie.

2.1 Volet soutien à l'autonomie

2.1.1 Services à domicile

Les services offerts à domicile ont pour mandat de favoriser le maintien des individus dans leur milieu de vie naturel. Le domicile, les résidences pour personnes âgées et les ressources non institutionnelles sont tous des lieux considérés comme étant le milieu de vie naturel de l'usager.

Les services à domicile, mis en place de manière précoce avant que le maintien à domicile soit compromis, favorisent l'autonomie de personnes. Les intervenants encouragent la participation de l'usager et ses proches dans la définition des besoins et des services et utilisent de manière efficiente les ressources offertes dans la communauté par les différents partenaires.

La clientèle des services à domicile regroupe toute personne, peu importe leur âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes et qui doit recevoir à son domicile des services requis. La cause peut être physique, sociale ou psychique. Les services s'adressent également aux proches aidants et à leur famille.

Les services sont variés et doivent être soutenus par une évaluation des besoins et un plan de services individualisés : soins infirmiers, soins d'assistance, ergothérapie, physiothérapie, inhalothérapie, nutrition clinique, services psychosociaux, répit, gardiennage, équipements, etc.

2.1.2 Services en unité de courte durée gériatrique (UCDG)

L'UCDG offre des services hospitaliers aux personnes vulnérables ou présentant un profil gériatrique qui ont un problème de santé auquel s'ajoute des complications pluripathologiques, psychologiques ou sociales.

La clientèle peut provenir de l'hôpital ou du domicile.

L'objectif est de permettre à l'usager de prévenir et de retarder la perte d'autonomie pour lui donner toutes les chances possibles de demeurer dans son milieu de vie naturel en lui offrant des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation.

Pour être admissible, l'usager doit présenter une complication gériatrique et nécessiter l'intervention de l'équipe interdisciplinaire spécialisée en gériatrie. Il doit aussi avoir une détérioration de son état de santé ne pouvant être correctement évalué et traité en externe.

Lors de l'admission en UCDG, l'usager ciblé nécessite encore un suivi médical régulier, même si la phase aigüe du problème de santé est stabilisée. Il doit avoir accès au plateau technique de l'hôpital pour y être examiné et recevoir des traitements de même que de la réadaptation de manière intensive.

2.1.3 Services en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)

L'UTRF offre des soins et des services adaptés aux besoins des personnes âgées vulnérables ou ayant un profil gériatrique avec un épisode de soins aigus en milieu hospitalier. Pour ces personnes, le retour immédiat dans leur milieu de vie est compromis ou jugé non sécuritaire en raison d'incapacités fonctionnelles.

L'UTRF vise à augmenter au maximum l'autonomie des personnes en vue d'un retour dans le milieu de vie précédant l'évènement ou, le cas échéant, d'une orientation vers un milieu de vie substitut ou un hébergement institutionnel.

La clientèle visée est celle qui ne nécessite plus de soins aigus de l'hôpital, mais qui requiert une certaine intensité de services de réadaptation afin de recouvrer son autonomie fonctionnelle.

L'UTRF comprend une équipe de soins 24 heures sur 24 de même qu'une équipe interdisciplinaire qui offre des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation lorsque requis.

2.1.4 Services en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) – santé physique

L'URFI offre des services aux personnes qui, à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie, présentent des incapacités significatives et persistantes causées par une déficience physique. Ces incapacités occasionnent des limitations dans l'accomplissement des activités courantes et dans la réalisation des rôles sociaux.

L'URFI offre des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation dans le but de favoriser la récupération de l'autonomie fonctionnelle et le développement des capacités potentielles de la clientèle, afin de faciliter un retour dans le milieu de vie naturel.

La clientèle prise en charge à l'URFI doit être stable sur le plan médical et présenter un potentiel d'amélioration et de récupération identifiée. Elle nécessite un suivi intensif en réadaptation, c'est-à-dire trois à cinq fois par semaine.

L'URFI comprend une équipe de soins 24 heures sur 24 et une équipe interdisciplinaire qui offre des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation lorsque requis.

2.2 Volet hébergement

2.2.1 Services en centre de jour

Les activités des centres de jour ont lieu à l'intérieur des centres d'hébergement, mais s'adressent aux usagers à domicile. Elles s'adressent également aux proches aidants de ces personnes qui nécessitent soutien, conseils ou répit pour poursuivre leur rôle.

Les activités visent à améliorer ou à maintenir l'autonomie des personnes et, dans certains cas, à ralentir la progression d'une maladie dégénérative.

Des activités thérapeutiques et de l'aide aux adultes en perte d'autonomie physique, psychologique ou sociale sont offertes par le biais de services de transport, de repas, de soins de santé, de réadaptation physique et de soutien psychosocial.

2.2.2 Services d'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire s'adresse principalement, mais non exclusivement, aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leur réseau de soutien.

Ce programme a pour objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, en offrant un soutien sous forme de répit ou de gardiennage à leur famille et leurs proches qui en assument la prise en charge à domicile.

Le répit fait référence à des situations prévues et se fait habituellement sur une base planifiée.

Le dépannage fait référence à un objectif de suppléer à une incapacité temporaire du réseau de soutien et de permettre la stabilisation de l'environnement de la personne dépendante.

Outre de permettre d'offrir temporairement un milieu de vie substitut, le milieu qui accueille une personne en hébergement temporaire (centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressources non institutionnelles (RNI), ou résidences privées pour aînés (RPA)) rend accessible à cette dernière une partie de la gamme de services dispensés dans ce milieu (ex. : soins infirmiers et d'assistance, accompagnement, surveillance, repas, etc.).

2.2.3 Services de convalescence légère

Ce type de service consiste en des mesures de soutien et d'assistance offertes en milieu de vie (CHSLD, RNI, RPA) temporaire, qui permettent à une personne adulte de récupérer son autonomie à la suite d'un épisode d'hospitalisation ou d'une détérioration de son état à domicile.

Les lits de convalescence légère peuvent également permettre d'éviter le recours à l'urgence et de diminuer la durée des séjours hospitaliers.

Les services offerts dans ces lits le sont par les ressources du milieu ou par le soutien à domicile dépendamment des besoins et des ententes établies.

2.2.4 Ressources non institutionnelles (RNI) dites ressources de type familial (RTF) ou ressources intermédiaires (RI)

Les RTF offrent un hébergement répondant aux besoins de leurs résidents et présentent des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. Ces ressources accueillent un maximum de neuf adultes ou personnes âgées.

Des services d'hébergement public permanents sont également offerts en partenariat avec des ressources appelées intermédiaires. Ces ressources sont administrées par des entrepreneurs privés et hébergent des personnes en perte d'autonomie ne pouvant plus demeurer à domicile, mais ne répondant pas aux critères d'un CHSLD réservé à une clientèle en très grande perte d'autonomie.

2.2.5 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Les CHSLD (aussi appelés centre d'hébergement) offrent de façon permanente ou temporaire un milieu de vie substitut à une clientèle en très grande perte d'autonomie.

Les CHSLD accueillent des personnes, qui en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle attribuable à l'avancement de l'âge, à des pertes cognitives ou à des maladies chroniques, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, et ce, malgré l'appui de leurs proches aidants et des services de soutien à domicile.

Outre l'hébergement, sont offerts des services d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des soins infirmiers. On y retrouve également des services de physiothérapie et d'ergothérapie, de loisirs, de pastorale et de nutrition clinique, ainsi que des services psychosociaux, médicaux et pharmaceutiques.

Une évaluation des besoins ainsi qu'un plan d'intervention interdisciplinaire sont réalisés afin de répondre à l'ensemble des besoins du résident et d'adapter les services selon son évolution.

Chacune des équipes des 11 CHSLD s'assure que son environnement constitue un véritable milieu de vie pour la personne hébergée, c'est-à-dire que les soins, les lieux physiques et l'approche font en sorte que la personne hébergée se sente chez elle.

L'approche axée sur le milieu de vie permet de recréer un environnement de type familial qui inclut la famille et les proches comme partenaire tout en cherchant à actualiser les compétences des résidents hébergés.

Par ailleurs, en s'ajustant aux habitudes de vie et aux routines de la personne hébergée de même qu'en ajustant le niveau d'intervention, on permet à la personne d'actualiser ses capacités résiduelles.

L'équipe du CHSLD adopte une approche axée sur le milieu de vie misant sur le savoir-être des intervenants et sur une grande souplesse dans l'organisation du travail. L'approche est tributaire des habiletés relationnelles du personnel et de sa capacité à accompagner la personne hébergée dans une relation humaine.

2.3 Volet psychogériatrie

2.3.1 Clinique de gériatrie et de psychogériatrie

Cette clinique offre des services interdisciplinaires d'évaluation et de consultation pour la clientèle âgée de 70 ans et plus ou ayant un profil gériatrique, et qui présente des syndromes gériatriques complexes.

L'objectif est d'accompagner les équipes de 1re ligne afin de favoriser une prise en charge biopsychosociale optimale de l'usager qui présente des syndromes gériatriques. L'usager doit être connu des services de 1re ligne. Il doit présenter des problématiques de nature médicale, biopsychosociale ou fonctionnelle, qui nécessitent une évaluation interdisciplinaire, telles que :

- Des troubles neurocognitifs majeurs;
- Des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
- Des chutes;
- De l'incontinence;
- Des symptômes dépressifs;
- Un déconditionnement ou un syndrome d'immobilisation;
- Une polypharmacologie;
- De la dénutrition.

Les motifs de référence peuvent concerner :

- L'aide au diagnostic;
- Les suggestions thérapeutiques (pharmacologiques et nonpharmacologiques);
- Le soutien pour la prise en charge;
- L'identification des risques associés au maintien à domicile;
- Les recommandations sur les besoins en lien avec un maintien sécuritaire dans le milieu de vie de l'usager;
- Les recommandations sur le type de milieu de vie à privilégier.

2.3.2 Soutien clinique aux intervenants

Une équipe ambulatoire pour la clientèle présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) est en cours de développement.

L'équipe, qui a pour mandat d'offrir des services spécialisés concernant les problématiques associées aux SCPD, est accessible aux professionnels

comme aux usagers. Elle assume également un rôle d'information et de formation sur les meilleures pratiques psychogériatriques.

2.3.3 Unités SCPD en hébergement

Les unités SCPD offrent un milieu de vie sécuritaire et adapté aux besoins de la clientèle présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Ces unités existent en ressources intermédiaires pour des SCPD d'intensité modérée et en centre d'hébergement pour des SCPD d'intensité sévère.

Les usagers de ces unités ne peuvent être maintenus dans les unités dites « régulières » sans compromettre de façon majeure la quiétude ou la sécurité des autres résidents.

Les unités peuvent également permettre une période de stabilisation des SCPD grâce à un environnement physique et à une programmation clinique permettant de faire face aux défis comportementaux des usagers.

2.3.4 Clinique de mémoire

La clinique de mémoire, aussi connue sous l'appellation « clinique de cognition », a pour mandat de soutenir les médecins et les équipes de 1re ligne sur les plans du diagnostic et du traitement des troubles cognitifs liés au vieillissement.

La clientèle cible présente des troubles cognitifs dont la condition est complexe et pour laquelle un soutien clinique est requis pour le diagnostic ou la prise en charge (ex. : présentation atypique de la maladie, démence incertaine au stade précoce, tableau clinique de démence chez un usager plus jeune, etc.).

L'offre de service prévoit également un engagement dans la formation continue aux intervenants de la 1re ligne et aux partenaires de la 2e ligne.

2.4 Volet soins palliatifs et de fin de vie

2.4.1 Description générale du programme

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts à domicile, à la maison de soins palliatifs, en CHSLD et à l'hôpital.

Les services s'adressent aux personnes de tous âges et de toute condition à une étape préterminale ou terminale d'une maladie conduisant à la mort.

Les soins et les services sont adaptés aux besoins, aux préférences et aux valeurs de l'usager dans le respect de sa volonté.

Les soins palliatifs sont offerts en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et l'équipe médicale en incluant l'usager et ses proches.

Le programme intégré de soins palliatifs et de fin de vie est en cours d'élaboration et s'inscrit dans les orientations de la Loi concernant les soins de fin de vie qui prévoit entre autres :

- La sédation palliative continue;
- Les directives médicales anticipées;
- L'aide médicale à mourir.

2.4.2 Soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts au domicile de la personne aussi longtemps qu'elle le désire.

En conformité avec la Loi, la personne en fin de vie peut, si elle en exprime la volonté, recevoir l'aide médicale à mourir à son domicile en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et le médecin.

Le soutien à domicile en soins palliatifs et de fin de vie est varié et est offert selon les besoins de l'usager : services de soins infirmiers et d'assistance, de réadaptation, d'inhalothérapie, de nutrition clinique, psychosociaux, de répit et de gardiennage, de prêt d'équipements, etc.

2.4.3 Soins palliatifs en établissement (hôpital et CHSLD)

Les soins palliatifs et de fin vie sont offerts en CHSLD pour la clientèle hébergée, mais aussi en lit dédié (hôpital ou CHSLD) pour la population adulte qui nécessite ce type de soins.

Le milieu est adapté aux besoins de l'usager et de ses proches tout au long de son parcours vers la fin de vie tout en respectant le milieu de vie de celui-ci.

Les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans un plan d'intervention interdisciplinaire.

Des services de soins infirmiers et d'assistance, de réadaptation, de soins spirituels, de nutrition clinique et des services psychosociaux sont offerts pour l'usager.

Par ailleurs, la population du territoire a également accès à des ressources en soins palliatifs avec laquelle l'organisation a une entente de partenariat.

3. Mode de fonctionnement

Mode de fonctionnement

3.1 Accès aux services de soutien à domicile

L'accueil du soutien à domicile, situé dans chaque CLSC du CISSS de la Montérégie-Ouest, s'assure d'effectuer une évaluation de toute demande qui lui est acheminée afin de déterminer les besoins et de transmettre la demande à l'équipe d'intervenants appropriée.

L'analyse plus approfondie des besoins et des ressources requises se fait par un intervenant qui se rend à domicile pour définir, avec la collaboration de l'usager et de ses proches aidants, un plan de services individualisés qui peut nécessiter la participation d'organismes du milieu.

3.2 Accès aux lits de soins postaigus (UTRF, URFI, convalescence) et aux mesures de répit

Les lits de soins postaigus et les mesures de répit (hébergement temporaire, centre de jour, etc.) sont accessibles à toutes les personnes qui répondent aux critères d'admission, que ce soit à la suite d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier ou à partir du domicile en complément de l'offre de service en place. C'est l'intervenant au dossier de l'usager (intervenant liaison, intervenant pivot, gestionnaire de cas) qui fait la démarche auprès de la ressource répondant le mieux aux besoins de l'usager, et ce, en collaboration avec ce dernier.

3.3 Accès aux lits d'hébergement (RNI et CHSLD)

Le Service d'accès à l'hébergement a pour mandat de favoriser le cheminement optimal de la personne vers des services d'hébergement public.

En conformité avec les orientations ministérielles, ce service oriente l'usager vers le service d'hébergement public le plus adéquat en fonction de ses capacités, de ses besoins, de ses préférences et des ressources disponibles.

Il assure le suivi de l'usager dans le réseau de services intégrés tout au long de la démarche en vue de son hébergement.

Il favorise la concertation des partenaires afin d'utiliser de façon optimale les ressources du milieu ainsi de celles du réseau.

4. Annexe

Annexe

Références

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles relatives aux standards d'hébergement en soins de longue durée*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : Le premier choix - La politique de soutien à domicile,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 214 p.



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec