

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

Outils complémentaires à la priorisation des demandes de soutien à domicile

Guide d'utilisation

Septembre 2023

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans l'engagement et la précieuse participation des personnes mentionnées ici-bas. À toutes, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

• Comité de travail

Mylène Dumouchel, cheffe de programme du guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie, DSSADG
Joëlle Langevin, infirmière-accueil, Centre local de services communautaires (CLSC) Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Manon Laferrière, infirmière-accueil, CLSC Kateri, DSSADG
Marie-Noëlle Lippé, infirmière-accueil, CLSC Salaberry-de-Valleyfield, DSSADG
Mélanie Sauvé, infirmière-accueil, CLSC Huntingdon, DSSADG
Annick Vallières, agente de planification, programmation et de recherche (APPR), DSMREU

Rencontre de consultation par type de services professionnels

• Services psychosociaux

Mylène Dumouchel, cheffe de l'accès, DSSADG
Andréanne Blanchette, cheffe de programme soutien à domicile (SAD), CLSC Châteauguay, DSSADG
Julie Jeannotte, travailleuse sociale et spécialiste en activités cliniques (SAC), CLSC Vaudreuil, DSSADG
Isabelle Rollin, travailleuse sociale et SAC, CLSC St-Rémi, DSSADG
Audrey Tutino Richard, travailleuse sociale et SAC, CLSC Châteauguay, DSSADG
Mélanie Sauvé, infirmière-accueil, CLSC Huntingdon, DSSADG
Véronique Fortin, travailleuse sociale et SAC, CLSC Salaberry-de-Valleyfield, DSSADG
Vanessa Capistran, APPR, DMSREU
Annick Vallières, APPR, DSMREU
Andrée Dagenais, stagiaire, DSMREU

• Services d'inhalothérapie

Geneviève Gervais, inhalothérapeute, CLSC Châteauguay, DSSADG
Nancy Richer, inhalothérapeute, CLSC Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Manon Rousse, coordonnatrice SAD, DSSADG
Annick Vallières, APPR, DSMREU

• Services de réadaptation

Mylène Dumouchel, cheffe de l'accès, DSSADG
Annick Bonin, ergothérapeute et coordonnatrice professionnelle (CP), CLSC Kateri, DSSADG
Mylène Briand, ergothérapeute et CP, CLSC Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Mélanie Carrière, technologue en physiothérapie, CLSC Salaberry-de-Valleyfield, DSSADG
Nadia Gravel, ergothérapeute et CP, CLSC Châteauguay, DSSADG
Claudette Savoie, ergothérapeute et CP, CLSC Huntingdon, DSSADG
Mélanie Sauvé, infirmière-accueil, CLSC Huntingdon, DSSADG
Vanessa Capistran, APPR, DMSREU
Annick Vallières, APPR, DSMREU
Andrée Dagenais, stagiaire, DSMREU

• Services infirmiers

Isabelle Blais, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI), SAD CLSC Kateri, DSSADG
Johanne Chevrier, ICASI, SAD Valleyfield et Beauharnois, DSSADG
France Ménard, ICASI, CLSC Huntingdon, DSSADG
Lyne Montreuil, ICASI, SAD CLSC Châteauguay, DSSADG
Mélanie Sauvé, infirmière-accueil, CLSC Huntingdon, DSSADG
Marie-Ève St-Onge, ICASI, CLSC Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Vanessa Capistran, APPR, DMSREU
Annick Vallières, APPR, DSMREU
Andrée Dagenais, stagiaire, DSMREU

• Services de nutrition clinique

Mylène Dumouchel, cheffe de l'accès, DSSADG
Joanie Franklin, nutritionniste et CP, Suroît et Vaudreuil-Soulanges, DSSADG
Christine Plamondon, nutritionniste et CP, CLSC Kateri, DSSADG
Mélanie Sauvé, infirmière-accueil, CLSC Huntingdon, DSSADG
Annick Vallières, APPR, DSMREU

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, novembre 2023.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	5
LEXIQUE	6
AVANT-PROPOS	8
INTRODUCTION	9
1. CHAMPS D'APPLICATION.....	10
1.1 CALCUL DES DELAIS ET MECANISME DE GESTION DU DEPASSEMENT DES DELAIS MAXIMAUX	10
2. OBJECTIFS.....	11
3. MODALITES	11
3.1 ÉLÉMENTS GLOBAUX A CONSIDERER	12
3.2 ÉLÉMENTS DE PRECISIONS SELON LES SERVICES PROFESSIONNELS	13
3.2.1 Services de réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, technologue en physiothérapie, kinésologue, etc.).....	14
3.2.2 Nutrition.....	15
3.2.3 Services psychosociaux	16
3.2.4 Inhalothérapie	17
3.2.5 Soins infirmiers.....	18
4. INTERVENANTS CONCERNES	19
5. ROLES ET RESPONSABILITES	19
6. RESSOURCES NECESSAIRES.....	20
7. CONCLUSION	20
8. LISTE DES ANNEXES	21
9. REFERENCES	21
ANNEXE 1	23
ANNEXE 2	25
ANNEXE 3	26

Liste des abréviations et des acronymes

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPAP	Pression positive continue des voies aériennes
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de gériatrie
GASSA	Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAD	Programme d'adaptation de domicile
PTG-PTH	Prothèse totale du genou/Prothèse totale de hanche
PPA	Personne proche aidante
RPA	Résidence privée pour aînés
SAD	Soutien à domicile
SIAD	Soins intensifs à domicile
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

Lexique

Activité de la vie domestique (AVQ)	Ensemble des tâches accomplies chaque jour par une personne et qui concernent sa vie à l'intérieur et autour de son milieu de vie (Blouin & Bergeron, 1997).
Activité de la vie quotidienne (AVD)	Ensemble de gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale (Blouin & Bergeron, 1997).
Domicile	Lieu de vie de la personne usagère, c'est-à-dire l'endroit qu'il habite de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison unifamiliale, une chambre ou un appartement loué, toute forme d'habitation multiple privée ou communautaire ou une résidence privée, dont une résidence privée pour aînés. Le domicile inclut aussi les autres milieux de vie, c'est-à-dire l'endroit où réside une personne, lorsque ce lieu n'est pas considéré comme un domicile au sens de la définition précédente, à savoir une ressource intermédiaire, une ressource de type familial, une résidence à assistance continue, des refuges ou ressources d'hébergement d'urgence (MSSS, 2003).
Facteur de protection	Tout élément qui, seul ou combiné à d'autres, augmente la probabilité d'engendrer des effets positifs sur la santé de la population y étant exposée (INSPQ et al., 2016).
Facteur de risque	Tout élément qui, seul ou combiné à d'autres, augmente la probabilité d'engendrer des effets négatifs sur la santé de la population y étant exposée (INSPQ et al., 2016).
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur la personne usagère, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de la personne usagère et du contexte. Il est nécessaire tout au long du processus de priorisation.
Maltraitance	« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez la personne » (Gouvernement du Québec, 2016, p. 593).
Personne proche aidante (PPA)	« Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie » (MSSS, 2021, p. 25).
Personne usagère	Toute personne qui reçoit ou a reçu des soins et services de la DSSADG.
Priorisation	La priorisation est l'action d'établir une priorité, ce qui « veut dire qu'un usager pourrait avoir accès à des services avant un autre. Un usager avec une condition plus urgente devrait avoir accès à des services avant un autre et ceux qui ont le même degré de priorité devraient avoir accès aux services dans le même délai » (Boucher, 2016).
Référence externe	Toute demande provenant de l'extérieur de l'équipe SAD (par exemple, un centre hospitalier ou un milieu de soins post-aigus, autre CISSS ou CIUSSS, autre direction du CISSS de la Montérégie-Ouest ou de la communauté).

Référence interne Demande provenant d'un professionnel de la même équipe SAD.

Soutien à domicile Le soutien à domicile fait référence aux services rendus à domicile aux personnes qui présentent une ou des incapacités temporaires ou permanentes et qui doivent recevoir une partie ou la totalité des services dont ils ont besoin, parce qu'ils sont incapables de se déplacer ou qu'il est jugé plus pertinent de leur offrir ces services à domicile.

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550¹ médecins répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a élaboré une grille de priorisation multi clientèle des demandes de services en centre local de services communautaires (CLSC) pour l'ensemble des CISSS et CIUSSS de la province ([annexe 1](#)). Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les personnes en attente d'un service en mission CLSC. Depuis le 1^{er} avril 2021, une nouvelle version de cette grille de priorisation est en vigueur au CISSS de la Montérégie-Ouest. En plus de préciser les délais visés de prise en charge, la grille de priorisation présente deux autres changements majeurs :

- La grille doit s'appliquer selon **les besoins actuels de la personne usagère** et non selon des balises administratives.
- Selon le cadre normatif I-CLSC, une **priorisation est obligatoire pour toutes les nouvelles assignations à un sous-programme** sauf ceux n'exigeant pas d'épisode de services (la priorisation au niveau de la décision n'est plus obligatoire).

Afin de bien outiller les intervenants pour déterminer la priorisation de la personne usagère ayant un besoin de soutien à domicile (SAD), un groupe de travail de la Direction des services de soutien à domicile et de gériatrie (DSSADG) a effectué une mise à jour des grilles de priorisation qui étaient utilisées antérieurement pour faciliter la priorisation conformément aux nouveaux délais visés pour le service requis de la grille du MSSS. L'utilisation de ces grilles doit se faire en complémentarité avec la grille du MSSS. Elles ne peuvent pas la substituer.

Dans ce guide, vous trouverez, tout d'abord, un tableau ([section 3.1](#)) qui détermine le niveau de priorité selon les éléments globaux à considérer lors de l'analyse de la situation de la personne usagère. Ce tableau est à consulter peu importe le type de demande de services de SAD.

Ensuite, vous trouverez des tableaux qui déterminent le niveau de priorité en fonction des services qui répondraient le mieux aux besoins de la personne usagère :

- Services de réadaptation ([section 3.2.1](#))
- Services de nutrition ([section 3.2.2](#))
- Services psychosociaux ([section 3.2.3](#))
- Services d'inhalothérapie ([section 3.2.4](#))
- Soins infirmiers ([section 3.2.5](#))

Dans tous les cas, des éléments de précisions pour chaque niveau de priorité permettent de faciliter la priorisation. Ces outils servent à guider les décisions en toute équité. Ils ne remplacent pas, mais plutôt, accompagnent le jugement clinique de l'intervenant qui doit établir la priorisation. Tous les éléments énumérés dans les grilles doivent être mis en lien avec les quatre critères de mise en priorité de la grille de priorisation multiclientèle du MSSS, c'est-à-dire :

- Le niveau de risque et d'urgence
- L'état des ressources et présence de facteurs de protection
- La vulnérabilité
- La problématique

Vous trouverez en [annexe 2](#) la trajectoire de traitement des demandes dans laquelle s'inscrit l'utilisation de ce guide.

1. Champs d'application

Les niveaux de priorité et les cibles associées en termes de délai d'accès maximal sont issus de la grille de priorisation multiclientèle des demandes de services CLSC du MSSS.

Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'une cible, la DSSADG ne peut garantir une prestation de services à la hauteur de toutes les demandes traitées à l'intérieur des délais d'accès présentés dans la grille de priorisation. La planification des services au SAD est tributaire des ressources humaines, matérielles et financières disponibles pour y répondre, dans un souci du respect des budgets qui lui sont accordés.

Cadre légal

Conformément à la Loi sur la protection de la jeunesse, il est important de spécifier qu'à tout moment, si vous constatez des éléments pouvant vous laisser croire qu'il peut y avoir compromission de la sécurité et du développement chez un jeune de moins de 18 ans, vous devez procéder à un signalement. Seuls les intervenants autorisés en protection de la jeunesse (DPJ) peuvent évaluer si la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis.

****** Conformément à la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, il est important de spécifier qu'à tout moment, tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique doit signaler au commissaire aux plaintes sans délai ce cas pour toute personne sous régime de protection ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué.

Conformément à la Loi sur la santé publique, l'assignation du niveau de priorité devrait : 1) permettre de détecter précocement les menaces pour la santé et de contrôler les risques pour les individus, les groupes ou la population, de même que; 2) s'appuyer sur un jugement clinique prenant en compte l'importance de la prévention et d'agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux, aux traumatismes et leurs conséquences.

1.1 Calcul des délais et mécanisme de gestion du dépassement des délais maximaux

Les niveaux de priorité sont associés à des délais maximums visés par le MSSS:

P1 : Jusqu'à 2 jours

P2 : Jusqu'à 10 jours

P3 : Jusqu'à 30 jours

P4 : Jusqu'à 90 jours

Il importe de saisir le sens donné à la notion de « jusqu'à... ».

- Il s'agit d'un délai maximum visé suivant la date de la réception de la demande de services.
- Une réponse dans un délai minimal est souhaitée afin de répondre le plus rapidement aux besoins des personnes usagères.
- Le jugement clinique des professionnels doit en tout temps primer dans le choix du délai de réponse requis dans la situation traitée.

Le calcul des délais se fait en jours calendaires, soit tout jour du calendrier de l'année civile, y compris les fins de semaine, les jours fériés et chômés allant du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre. Le délai débute dès l'assignation au sous-programme dans I-CLSC.

En concordance avec les meilleures pratiques en termes de gestion des listes d'attente, la DSSADG s'est dotée de temps d'attente maximums pour gérer les dépassements. Cette stratégie sert de vigie afin d'éviter que les dossiers moins urgents ne soient continuellement repoussés.

Des temps d'attente maximums s'appliquent pour les :

P3 : 9 mois

P4 : 1 an et demi

Pour tout dossier dépassant ces temps d'attente, une première intervention devrait être réalisée dans les 30 jours qui suivent la fin du délai maximal prescrit.

2. Objectifs

Afin d'offrir à toutes les personnes usagères ou à leurs personnes proches aidantes un accès équitable aux services selon leurs besoins, les intervenants doivent appliquer la grille de la même façon. Deux intervenants recevant la même demande, avec les mêmes besoins dans le même contexte, devraient déterminer le même niveau de priorisation, et ce, peu importe l'état des listes d'attente de chaque secteur.

De ce fait, les objectifs principaux du guide explicatif pour l'utilisation des outils complémentaires à la priorisation des demandes au soutien à domicile pour les services professionnels sont les suivants :

- Encadrer l'utilisation des outils complémentaires à la priorisation des demandes au SAD pour les services professionnels ;
- Se doter de pratiques harmonisées et standardisées pour la priorisation des demandes au SAD ;
- Assurer l'équité dans l'application de la priorisation des demandes.

Ces objectifs reposent également sur les principes d'offrir les services dans les plus courts délais possibles, afin que les délais ne soient pas un frein à l'utilisation des services pour certaines personnes.

3. Modalités

Pour effectuer sa priorisation de manière juste, l'intervenant doit s'appuyer sur une analyse des facteurs de risque et de protection ([annexe 3](#)) liés à la personne usagère et sa situation, sur la pertinence, les alternatives possibles et acceptables (ressources du milieu) et sur la continuité de services.

L'intervenant, au besoin, peut se référer aux outils complémentaires contenus dans ce guide visant à faciliter le processus décisionnel vers l'attribution d'un niveau de priorité. Dans tous les cas, il est important de prendre en compte la situation globale de la personne usagère et en dégager un jugement clinique.

Durant l'attente de prise en charge, la personne usagère ou la personne proche aidante (PPA) doit s'assurer d'informer de tout changement dans la situation afin que le niveau de priorité statué lors de la demande de services initiale correspond toujours à sa condition.

Veuillez noter que la grille de priorisation multiclientèle en CLSC ainsi que les outils complémentaires contenus dans ce guide ne s'appliquent pas aux situations d'urgence ou de crise qui requièrent une intervention immédiate. Dans de tels cas, référez-vous aux services d'aide en situation de crise 24/7 disponibles sur le territoire.

Si la personne adresse une demande au SAD dont ce n'est pas la mission ou le mandat, le SAD a la responsabilité **de l'orienter vers la ressource appropriée et de l'accompagner, le cas échéant, si la personne est en état de vulnérabilité.**

3.1 Éléments globaux à considérer

P1 – Situation urgente Intervention immédiate ou à l'intérieur de 2 jours suivant la date de réception de la demande de services.
Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à très court terme.
L'intégrité et la sécurité de la personne ou de ses proches sont présentement menacées : • Danger imminent pour la santé et la sécurité de la personne et de ses proches. • Situation de crise actuelle ou imminente (prévisible dans les 48 heures suivant la demande). • Le milieu naturel est absent, inapte, inadéquat ou ne peut compenser au-delà de 48 heures (risque de fugue, risque de feu, incapacité des aidants à offrir les soins essentiels au maintien à domicile, besoins de base non répondus, etc.). • Évaluation ou intervention en lien avec les mesures de contrôle ou alternative à la contention. • Hébergement temporaire d'urgence. • Inscription 24/7. • Sortie d'hôpital ou de soins post-aigus nécessitant la mise en place de services (personnes usagères connues), demande de planification de congé (personnes usagères non connues) ou d'équipements obligatoires pour permettre le congé. • Déménagement de la personne usagère qui requiert un suivi immédiat.
P2 – Situation prioritaire Intervention à l'intérieur de 10 jours suivant la date de réception de la demande de services.
Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à court terme.
L'intégrité et la sécurité de la personne ou de ses proches risquent d'être menacées en l'absence d'intervention dans les 10 jours : • Une aggravation de la situation est prévisible dans les 10 jours. • Une situation de crise est prévisible d'ici 10 jours. • Danger « documenté » pour la sécurité de la personne. • Le milieu naturel ne peut compenser que partiellement et à très court terme. • Besoin d'interdisciplinarité avec les autres professionnels assignés au dossier pour situation complexe.

P3 – Situation à priorité élevée Prise en charge et intervention à l'intérieur de 30 jours suivant la date de réception de la demande de services.
Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé (physique et mentale) ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) en l'absence d'intervention à moyen terme pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie, le maintenir à domicile, maintenir et améliorer son fonctionnement biopsychosocial ou sa participation et son intégration sociale.
L'intégrité et la sécurité de la personne et/ou de ses proches risquent d'être menacées en l'absence d'intervention dans les 30 jours : • Une aggravation de la situation est prévisible dans les 30 jours. • Une situation de crise est prévisible d'ici 30 jours. • Difficultés aux soins d'hygiène. • Transfert de dossier vers un autre arrondissement dans un objectif de continuité des services. • Danger potentiel pour la sécurité de la personne, difficulté aux transferts avec risque de blessures (pour la personne ou PPA). • Déménagement d'une personne usagère qui a besoin d'une continuité dans la mise en place de services.
P4 – Situation à priorité modérée Prise en charge et intervention à l'intérieur de 90 jours suivant la date de réception de la demande de services.
L'intégrité, la santé (physique et mentale) ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ne sont pas menacées à moyen terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie, favoriser son maintien à domicile, maintenir son fonctionnement biopsychosocial ou sa participation et son intégration sociale.
L'intégrité ou la sécurité de la personne ou de ses proches n'est pas menacée à moyen terme : • Pas de situation de crise. • Personne usagère est en sécurité. • Peu de risque de détérioration à moyen terme. • Peu de risque d'hospitalisation ou d'hébergement. • Le milieu de vie peut compenser à moyen terme.

3.2 Éléments de précisions selon les services professionnels

Les tableaux ci-après présentent les critères de priorisation retenus et les délais d'accès associés selon les problématiques les plus souvent rencontrées dans les demandes de SAD. Il faut comprendre qu'une même demande peut inclure plusieurs besoins. Une personne peut avoir un niveau de priorité différent selon les services professionnels répondant à ses besoins. Par exemple, une personne peut avoir un besoin urgent en soins infirmiers en lien avec les soins de sonde et un besoin de niveau P4, car sa personne proche aidante est en voie d'épuisement.

Il faut noter qu'il est possible qu'une offre de service diffère légèrement d'un secteur à l'autre. Ces distinctions se feront au niveau local, et non au niveau du guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA) de la DSSADG.

3.2.1 Services de réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, technologue en physiothérapie, kinésiologue, etc.)

P1 – Situation urgente - 2 jours
• Post-opération de prothèse totale du genou (PTG)/Prothèse totale de hanche (PTH) qui ne peut se déplacer pour recevoir ses services. • Incapacité totale aux transferts et déplacements compromettant le maintien à domicile à court terme (ex. chutes multiples récentes). • Suivi d'installation d'orthèse/corset urgent, sans enseignement ou problématique. • Plaie de pression de stade 3 ou 4 (avec ou sans surface thérapeutique). • Bris d'aide technique indispensable à la sécurité de la personne usagère ou de son proche (ex. bris du lève-personne, du lit électrique). • Personnes usagères avec fractures qui présentent des restrictions de mouvements et/ou de mise en charge dont l'enseignement des transferts, déplacements, n'a pas été fait durant le séjour à l'hôpital.
P2 – Situation prioritaire - 10 jours
• Situation à risque élevé de blessure pour la personne (ex. chutes multiples) ou les aidants lors des transferts. • Suivi post-chirurgie orthopédique en lien avec fracture (ROFI) et autres chirurgies orthopédiques. • Demande pour prévention de déconditionnement en soins palliatifs (selon pronostic modéré). • Soins palliatifs où la sécurité de la personne et des aidants est compromise. • Référence du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD)/réadaptation à domicile. • Demande d'évaluation fonctionnelle dans le cas d'un évènement documenté de dilapidation du patrimoine. • Plaie de pression de stade 1 ou 2. • Fracture avec impact fonctionnel nécessitant un suivi rapide en réadaptation pour enseignement/pratique de nouveaux aides techniques, des transferts/déplacements ou programmes d'exercices.
P3 – Situation à priorité élevée - 30 jours
• Préopération PTG-PTH qui ne peut se déplacer pour recevoir ses services. • Demande d'adaptation de salle de bain (avec ou sans service d'auxiliaire aux services de santé et sociaux/aide à l'hygiène). • Référence en provenance d'unités de soins post-aigus pour poursuite de réadaptation, maintien des acquis ou retour au portrait fonctionnel antérieur. • Difficultés dans les AVQ-AVD ou aux transferts et déplacements (ex. problème d'équilibre, antécédents de chutes) avec risque de blessure pour la personne ou les proches aidants. • Soins palliatifs où la sécurité de la personne et des aidants n'est pas compromise. • Personne usagère présentant un déconditionnement avec impact sur son autonomie dont une évaluation est requise et mise en place d'un programme d'exercices.
P4 : Situation à priorité modérée - 90 jours
• Douleurs chroniques ou déconditionnement de longue date. • Intervention préventive pour sécuriser la marche ou les déplacements. • Risque de déconditionnement/perte d'autonomie sans que la sécurité soit compromise (ex. demande de programme d'exercice, chute unique). • Demande de triporteur, quadriporteur et déambulateur. • Douleurs chroniques limitant partiellement les AVQ/AVD ou positionnement au lit. • Évaluation de l'autonomie/adaptation de l'environnement afin de favoriser la conservation d'énergie. • Dépistage conduite automobile. • Demande d'évaluation en vue d'un Programme d'adaptation de domicile (PAD) ou problématique d'accès au domicile/barrières architecturales. • Demande d'obtention d'un fauteuil roulant (démarches du Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ)). • Demande d'évaluation pour marchette (RAMQ).

Outils complémentaires à la priorisation des demandes de soutien à domicile

3.2.2 Nutrition

P1 – Situation urgente - 2 jours
• Nutrition entérale. • Dysphagie suspectée ou évaluée avec symptômes à chaque repas (toux, étouffement, inconfort/douleur) sans enseignement nutritionnel.
P2 – Situation prioritaire - 10 jours
• Soins palliatifs avec problématique nutritionnelle. • Dénutrition sévère, MNA 0 à 7. • Plaies. • Dysphagie évaluée avec symptômes occasionnels (toux, étouffement, inconfort/douleur) sans enseignement nutritionnel ou vidéo fluoroscopie sans évaluation nutritionnelle. • Dysphagie suspectée avec symptômes occasionnels (toux, étouffement, inconfort/douleur). • Condition qui compromet la prise ou l'absorption d'aliments (ex. nausées, vomissements, diarrhée) et qui perdure dans le temps. • Maladies dégénératives qui affectent l'alimentation de manière rapide (ex. SLA bulbaire).
P3 – Situation à priorité élevée - 30 jours
• Dysphagie ayant déjà eu évaluation nutritionnelle et enseignement mais nécessitant un suivi. • Dénutrition légère à modérée (MNA 8 à 11). • Insuffisance cardiaque nécessitant enseignement (restriction liquidienne, restriction sodium, etc.). • Diabète débalancé avec hypoglycémie et/ou hyperglycémie importantes. • Diabète de novo sans avoir reçu d'enseignement nutritionnel (avec ou sans médication).
P4 – Situation à priorité modérée - 90 jours
• Perte de poids pour obésité entraînant des limitations AVD/AVQ. • Constipation chronique.

3.2.3 Services psychosociaux

P1 – Situation urgente - 2 jours
• Présence de maltraitance avérée (physique, psychologique, matérielle ou financière, violation des droits, etc.) qui compromet la sécurité. • Besoins de base non répondus (alimentation, médication, vêtement, logement) et le réseau ne peut répondre. • Repérage positif de risque suicidaire ou homicidaire.² • Personne sans réseau se trouvant dans un état de désorganisation grave (perte de contact avec la réalité, incapacité de subvenir à ses besoins vitaux). • Éviction du domicile imminente (ex. : intervention policière, pompiers, fermeture de ressource). • Pronostic de vie de moins de 3 mois avec détresse psychosociale élevée et/ou situation de crise associée. • Demande d'aide médicale à mourir. • Avis de dépassement de services en résidence privée pour aînés (RPA) si hospitalisation ou éviction dans les 48 heures.
P2 – Situation prioritaire - 10 jours
• Avis de dépassement de services en RPA, Annexe 5 complété par la RPA et recevable. • Suspicion d'abus ou de maltraitance (physique, psychologique, sexuelle, financière, etc.) pouvant compromettre la sécurité. • Situation de maltraitance (exploitation financière, âgisme, violation des droits) identifiée, mais ne compromet pas la sécurité. • Demande d'hébergement pour une personne recevant de l'hébergement à domicile dont le coût est supérieur au coût d'hébergement. • Sortie d'hôpital avec risque de réhospitalisation ou hébergement si aucune intervention n'est effectuée. • Maintien à domicile compromis à court terme (désorganisation significative compensée à court terme). • Risque pour la personne usagère en raison d'un épuisement sévère de la PPA documenté.
P3 – Situation à priorité élevée - 30 jours
• Toute situation où le réseau est adéquat, mais besoin de soutien pour compenser à moyen terme. • PPA présentant un épuisement modéré compromettant le maintien à domicile. • Désorganisation significative compensée à moyen terme. • Détresse élevée (anxiété, tristesse, éléments dépressifs). • Demande d'hébergement temporaire (répit) ou relocalisation non urgente. • Besoins primaires répondus partiellement (alimentation, médication, vêtement, logement, clientèle vulnérable). • Soins palliatifs : Pronostic de vie de plus de 3 mois ou sans crise associée.
P4 – Situation à priorité modérée - 90 jours
• Toute situation où le réseau est adéquat, mais besoin de soutien pour compenser à long terme. • Requête pour ouverture de régime de protection et homologation de mandat chez une personne présentant une incapacité à gérer sa personne et/ou ses biens (sans situation d'urgence ou de crise). • Demande d'hébergement ou relocalisation non urgente. • Difficulté d'adaptation à une maladie/changement de milieu de vie/perte d'autonomie/deuil. • Réévaluation de tutelle (indiquer la date de réévaluation de la tutelle si disponible). • PPA en voie d'épuisement, ambivalence face à son rôle.

² Les outils associés aux activités de développement des compétences face au repérage d'une personne vulnérable au suicide et de l'estimation/gestion du risque homicidaire sont préconisés.

3.2.4 Inhalothérapie

P1 – Situation urgente - 2 jours
• Demande d'installation ou de suivi d'un appareil : • Nouvelle demande d'installation d'un concentrateur d'oxygène fourni par le CSSS ou payé par une autre source de financement (CNESST, assurance sociale, Anciens Combattants, assurances privées). • Suivi suite à une nouvelle demande d'installation ou de suivi d'un appareil ventilatoire (référer à l'inhalothérapeute responsable du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) si besoin). • Accompagnement pour les démarches de se procurer des appareils personnels. • Soins palliatifs : Détérioration de la condition cardiorespiratoire. • Décompensation cardiorespiratoire avec risque d'hospitalisation pour une personne usagère avec diagnostic de maladie respiratoire ou avec un suivi aux soins intensifs à domicile (SIAD). • Demande de sevrage d'oxygénothérapie à domicile. • Demande d'évaluation en provenance des milieux de soins post-aigus.
P2 – Situation prioritaire - 10 jours
• Évaluation des besoins en oxygène. • Évaluation d'une personne avec problèmes cardiorespiratoires. • Demande médicale pour enseignement <i>clapping</i> ou méthode de désencombrement bronchique. • Suivi d'une personne déjà oxygénodépendante. • Suivi d'une personne avec problèmes cardiorespiratoires post-hospitalisation. • Enseignement de la technique de prise de médication pulmonaire et techniques de soins.
P3 – Situation à priorité élevée - 30 jours
• Suivi d'une personne avec problème cardiorespiratoire stable. • Personne suivie en télésoins. • Transfert de territoire.
P4 – Situation à priorité modérée 90 jours
• Rééducation respiratoire. • Demande de spirométrie pour la clientèle ne pouvant se déplacer à la Clinique d'asthme. • Saturométrie nocturne adulte et pédiatrique.

3.2.5 Soins infirmiers

P1 – Situation urgente - 2 jours
• Inscription au service de soins infirmiers 24/7. • Soins spécialisés avec une visite à domicile (antibiothérapie intraveineuse à domicile, soins d'un cathéter veineux central 24 heures post installation, évaluation/soin d'une plaie : thérapie par pression négative (VAC®), système de drainage pleurX™, etc.). • Enseignement ou administration de médication injectable (fréquence quotidienne, prévue pour la journée même ou le lendemain). • Enseignement aux soins de sonde et de drain. • Soins palliatifs : fin de vie imminente. • Évaluation globale d'un problème de santé aigu (ex. détresse respiratoire, problématiques avec cathéter ou drain, problématique avec stomie, soins intensifs à domicile (SIAD), etc.).
P2 – Situation prioritaire - 10 jours
• Intervention pour plaie (pansement spécifique, retrait d'agrafes, etc.). • Stomies (soins et enseignement). • Évaluation globale d'un problème de santé dont le diagnostic a déjà été établi (ex. soins palliatifs, maladies chroniques instables, etc.). • Soins d'accès intraveineux. • Loi 90 ou acte confié sans compensation par les personnes proches aidantes.
P3 – Situation à priorité élevée - 30 jours
• Suivi pour laboratoire (ex. dialyse, préchimiothérapie, taux de prothrombine (INR), etc.) • Tout autre soin nécessitant une intervention infirmière (ex : vaccination, injections, etc.)
P4 – Situation à priorité modérée - 90 jours
• Tout autre suivi pour laboratoire (annuel, ponctuel pour personne sans symptôme ou non urgent). • Tout autre soin ou suivi d'état de santé non requis (injection annuelle, évaluation et irrigation des oreilles, matériel de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), etc.). • Évaluation de la gestion de l'administration ou distribution de la médication d'une personne vivant à domicile (Loi 90 ou acte confié) sans danger imminent et/ou avec compensation par les personnes proches aidantes.

4. Intervenants concernés

Ces outils ont été conçus principalement pour soutenir le travail :

- Des intervenants du guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA) de la DSSADG traitant des demandes des personnes ayant des besoins de service de soutien à domicile.
- Des personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique des équipes des services du SAD traitant les références internes.

Il est également important que les référents, les intervenants du SAD et les gestionnaires comprennent bien les critères régissant la priorisation lorsqu'une demande est faite au SAD.

5. Rôles et responsabilités

Les intervenants du GASSA

- Identifier, en collaboration avec la personne usagère et/ou sa PPA, les besoins prioritaires lors d'une demande initiale.
- Orienter les demandes vers le(s) programme(s), soins et services appropriés.
- Utiliser la grille du MSSS et les outils complémentaires pour faire la priorisation des références des personnes non connues des services de SAD.

Les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique des services du SAD et du guichet d'accès

- Utiliser la grille du MSSS et les outils complémentaires pour faire la priorisation des références internes.
- Effectuer l'assignation au sous-programme répondant le mieux aux besoins prioritaires de la personne usagère.
- Effectuer la repriorisation lorsque de nouveaux éléments au dossier de la personne usagère affectent son niveau de priorité.
- Soutenir, lorsque requis, les équipes dans la compréhension de la priorisation.

Les gestionnaires des services de SAD et du GASSA

- Faire connaître le présent guide au personnel sous leur responsabilité.
- S'assurer d'une compréhension commune de la grille du MSSS et des outils complémentaires à la priorisation.
- S'assurer de l'application de la grille du MSSS et les outils complémentaires de façon conforme, rigoureuse et harmonisée.

Les référents

- S'assurer d'inclure les éléments cliniques importants à la priorisation dans leur demande.

Les intervenants des services de SAD

- Prendre connaissance du guide et en comprendre son application.

6. Ressources nécessaires

Les connaissances et les compétences attendues pour l'utilisation du présent guide reposent en premier lieu sur la **capsule de formation** [Grille de priorisation multIClientèle en CLSC](#) (Environnement numérique d'apprentissage (ENA) no.12477).

Au besoin, **les services de formation du CISSS de la Montérégie-Ouest** (DSMREU, DSIEU et DRHDOAJ) peuvent accompagner la DSSADG dans l'analyse de besoin et dans l'identification des activités de développement des compétences (ADC) spécifiques nécessaires à l'utilisation des outils complémentaires à la priorisation des demandes de soutien à domicile présentés dans ce guide.

- Les **besoins individuels ou d'équipe** en développement ou perfectionnement des compétences pourront être répondus par l'entremise d'ADC. Ces ADC, échelonnées dans le temps, pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation en ligne ou en présentiel, groupe de co-développement, communauté de pratique, etc.). Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins, ainsi que la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Enfin, des rencontres régulières de soutien clinique avec les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique sont à privilégier pour guider les intervenants dans l'analyse et la priorisation des dossiers complexes.

7. Conclusion

Le présent Guide d'utilisation des outils complémentaires à la priorisation des demandes de SAD permet de soutenir les intervenants concernés dans le processus décisionnel menant à l'attribution d'un niveau de priorité.

L'élaboration de ce guide tient compte des critères de mise en priorité pour les personnes usagères en attente d'un service en mission CLSC, mais découle d'un besoin supplémentaire de précision pour les services de SAD afin de faciliter la priorisation. Le fruit de ce travail est le résultat de l'engagement soutenu de la DSSADG vers l'harmonisation de ces pratiques, mais également des discussions et consultations avec les intervenants du GASSA et les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique qui sont responsables des listes d'attente du SAD. Ces dernières représentent des agentes de changement essentielles à la diffusion et l'implantation de ce guide.

Suite à une implantation réussie et une application rigoureuse, conforme et harmonisée des outils créés, deux intervenants recevant la même demande, avec les mêmes besoins dans le même contexte, devraient parvenir à déterminer le même niveau de priorisation, et ce, peu importe l'état des listes d'attente de chaque secteur. De plus, la mise en place des conditions gagnantes pour l'actualisation optimale de ce guide doit se faire selon l'évolution des demandes et des besoins de la clientèle-cible. De ce fait, la révision de ce guide sera faite, suivant le cycle d'amélioration continue, en tenant concertation entre l'ensemble des secteurs du SAD.

8. Liste des annexes

Annexe 1 : Grille de priorisation multicientèle en CLSC

Annexe 2 : Trajectoire globale de traitement des demandes des services professionnels du SAD

Annexe 3 : Tableau des principaux facteurs de risque et de protection

9. Références

Blouin, M., & Bergeron, C. (1997). *Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : Termes d'intervention et d'aides techniques*. Les Publications du Québec.

Boucher, L. (2016). Une échelle de triage en santé mentale, pratique émergente de la mesure, une valeur ajoutée pour l'usager en demande de service en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 41(1), 313-326. <https://doi.org/10.7202/1036977ar>

Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (612 p.). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/13-830-10F.pdf>

INSPQ, Cortin, V., Laplante, L., Dionne, M., & et al. (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : Cadre de référence* (p. 87 p.). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf

MSSS. (2003). *Chez soi : Le premier choix: la politique de soutien à domicile*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>

MSSS. (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*. p. 84.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Annick Vallières, Agente de planification, programmation et de recherche (APPR), DSMREU	AAAA-MM-JJ
Révisé par	Annie Collin, agente administrative, DSMREU	2023-05-23
Personnes consultées	Martine Poissant, APPR, DSMREU	2023-01-31
	Manon Léger, cheffe de programme SAD, Jardin-du-Québec, DSSADG	2023-05-09
	Sophie Comman, cheffe (intérim) réseaux intégrés des services de proximité, DSSADG	2023-05-09
	Valérie Blanchard, cheffe de programme SAD – psychosocial et réadaptation, Suroît, DSSADG	2023-05-09
	Paméla Tremblay, cheffe SAD de programme – ASSS, Vaudreuil-Soulanges, DSSADG	2023-05-09
	Manon Martin, cheffe de programme SAD, Huntingdon, DSSADG	2023-05-09
	Véronique Cuerrier, cheffe de programme SAD – ASSS, Suroît, DSSADG	2023-05-09
	Lisa Del Guidice, cheffe de programme SAD et mandats spéciaux, DSSADG	2023-05-09
	Nathalie Arcand, cheffe de programme SAD – psychosocial et réadaptation, Kateri, DSSADG	2023-05-09
	Lyne Garand, cheffe de programme SAD – soins infirmiers et ASSS, Châteauguay, DSSADG	2023-05-09
	Karine Girard, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2023-05-17
	Audrée Leboeuf, conseillère-cadre en soins infirmiers, DSIEU	2023-10-20

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION	Comité exécutif de la DSSADG : Isabelle Lefebvre, Directrice Dominique Lécuyer, Directrice adjointe Émilie Bouchard, Adjointe à la direction Manon Rousse, Coordinatrice SAD – psychosocial et réadaptation Mélissa Haineault, Coordinatrice SAD – soins infirmiers et aide à domicile Marie-Ève Hallé, Coordinatrice RI-RTF-RPA et SASG Jonathan Deslippes, Coordinateur soins post-aigus et des services de maintien de l'autonomie	Date 2023-09-07
Approuvé par		
Commentaires	Inscrire vos commentaires	

Annexe 1

Grille de priorisation multiclientèle en CLSC



GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE EN CLSC

Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les usagers en attente d'un service en mission CLSC.

Prendre en compte la situation globale de l'utilisateur et en dégager un jugement clinique.

* La grille de priorisation multiclientèle en CLSC s'applique aux besoins actuels de l'utilisateur. Pour des besoins anticipés dont un service est à prévoir, se référer au cadre normatif I-CLSC pour l'inscription d'un service requis ultérieurement.

** Conformément à la LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, il est important de spécifier qu'à tout moment, si vous constatez des éléments pouvant vous laisser croire qu'il peut y avoir compromission de la sécurité et du développement chez un jeune de moins de 18 ans, vous devez procéder à un signalement. Seuls les intervenants autorisés en protection de la jeunesse (DPJ) peuvent évaluer si la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis.

** Conformément à la LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ, il est important de spécifier qu'à tout moment, tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique doit signaler au commissaire au plaignant sans délai ce cas pour toute personne sous régime de protection ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué.

Conformément à la LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, l'assignation du niveau de priorité devrait : 1) permettre détecter précocement les menaces pour la santé et de contrôler les risques pour les individus, les groupes ou la population, de même que; 2) s'appuyer sur un jugement clinique prenant en compte l'importance de la prévention et d'agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux, aux traumatismes et leurs conséquences.

La grille de priorisation multiclientèle en CLSC ne s'applique pas aux situations d'urgence ou de crise qui requièrent une intervention immédiate. Dans de tels cas, référez-vous aux services d'aide en situation de crise 24/7 de votre établissement.

BESOINS ACTUELS DE L'USAGER *				
Priorité de l'assignation au sous-programme	PRIORITÉ 1 (P1)	PRIORITÉ 2 (P2)	PRIORITÉ 3 (P3)	PRIORITÉ 4 (P4)
Délais visés pour le service requis	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 2 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 10 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 30 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 90 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.
Niveau de risque et d'urgence	Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à très court terme.	Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), si aucune intervention n'est faite à court terme.	Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé (physique et mentale) ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) en l'absence d'intervention à moyen terme pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie, le maintenir à domicile, maintenir et améliorer son fonctionnement biopsychosocial ou sa participation et son intégration sociale.	L'intégrité, la santé (physique et mentale) ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ne sont pas menacées à moyen terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie, favoriser son maintien à domicile, maintenir son fonctionnement biopsychosocial ou sa participation et son intégration sociale.

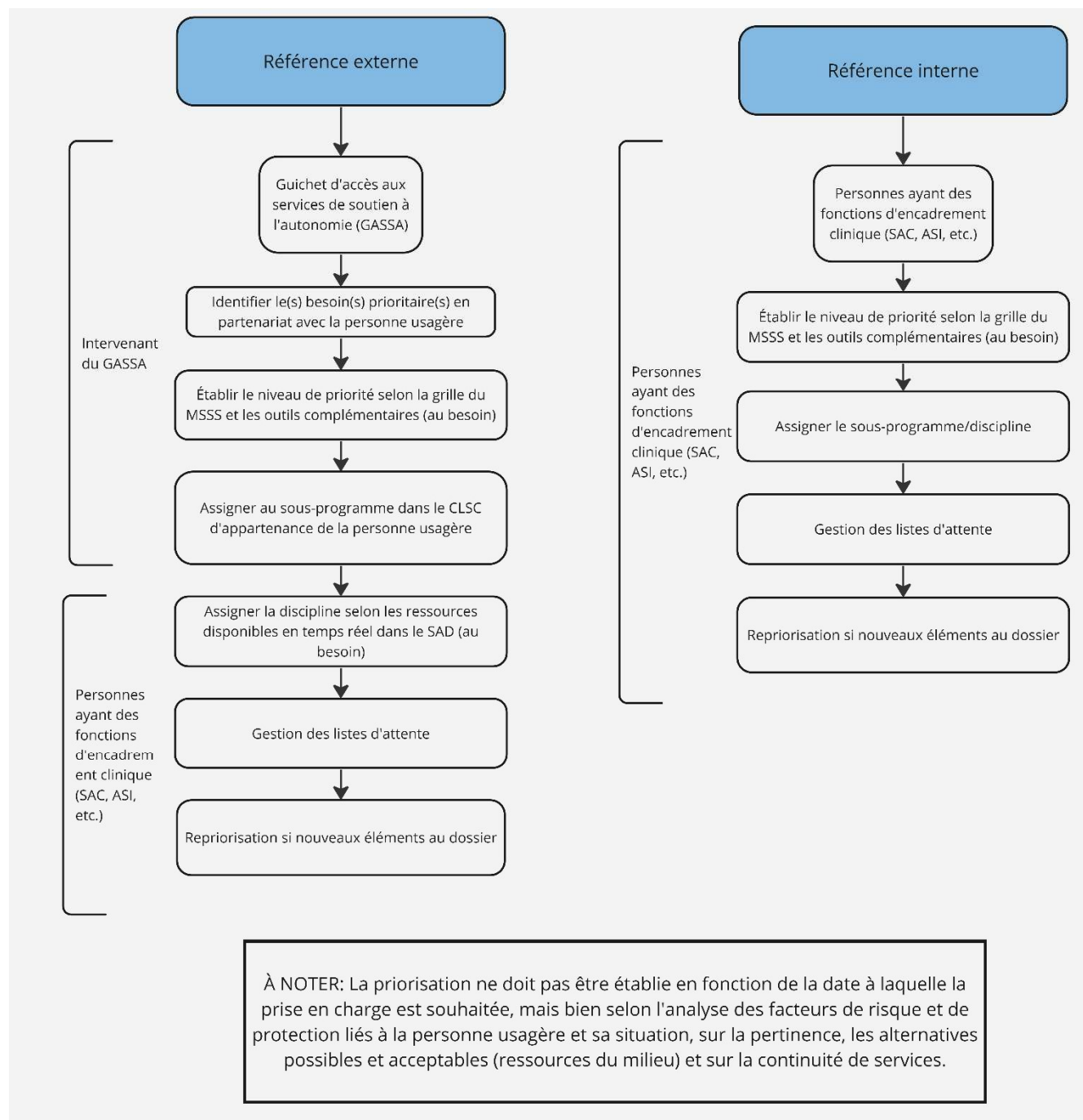
	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu
Problématique (<i>Risque à l'intégrité et la sécurité de l'individu ou de son réseau</i>)	Présente un danger imminent de : blessures graves, violence, homicide, suicide, feu, fugue, sans domicile fixe, décompensation, détérioration de l'état de santé (physique et mentale), etc.	Risque imminent ou à très court terme d'hospitalisation, d'hébergement, de placement ou d'éviction de domicile.	Présente plusieurs facteurs aggravants de détérioration de la situation ou de l'état de santé (physique et mentale) à court terme.	Risque d'hospitalisation, d'hébergement ou de placement à court terme.	Présente quelques facteurs de risque de détérioration de la situation ou de l'état de santé (physique et mentale) à moyen terme.	Réponse aux besoins, pas de compromission imminente.**	Présente peu d'éléments de complexité, mais présente quelques facteurs de risque (1 ou 2), ou des problèmes de santé chronique pouvant amener une diminution des capacités à moyen/long terme. Requiert des services pour assurer le maintien ou l'intégration dans ses milieux de vie.	Réponse aux besoins pour le moment, mais présente un besoin d'intervention. Absence d'urgence.

	PRIORITÉ 1 (P1)	PRIORITÉ 2 (P2)	PRIORITÉ 3 (P3)	PRIORITÉ 4 (P4)
Vulnérabilité <i>Tenir compte de l'âge, des facteurs de risque, du portrait clinique et de la mobilisation du réseau social et familial, le cas échéant.</i>	- État dysfonctionnel dans de multiples sphères de vie. - Situation critique actuelle ou imminente. - État de santé (physique et mentale) instable ou en décompensation nécessitant une intervention dans les 48 heures. - Besoins fondamentaux et développement compromis.** - Sécurité et santé (physique et mentale) compromises.**	- État fonctionnel limité dans plusieurs sphères de vie. - Situation de crise potentielle. - Éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la santé (physique et mentale) ou la sécurité.** - Comportements à risque. - État de santé (physique et mentale) à risque de se détériorer si aucune intervention n'est faite d'ici les 10 prochains jours. - Niveau de détresse élevé.	- État fonctionnel devient limité. - Quelques éléments de vulnérabilité ou d'instabilité pouvant compromettre la santé (physique et mentale) ou la sécurité.** - Référence du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) pour un enfant ou un parent¹. - Situation ou état de santé (physique et mentale) stable, mais qui risque de se détériorer si aucune intervention n'est faite d'ici les 30 prochains jours.	- État fonctionnel à risque de devenir limité. - Absence de dangerosité. - État de santé (physique et mentale) stable. - Capacité d'autodétermination affectée ou limitée. - Peu d'éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la sécurité et la santé (physique et mentale).
État des ressources et présence de facteurs de protection.	- Réseau social inexistant, problématique ou nuisible. - Absence de facteurs de protection. - Absence de ressource/aucune ressource financière pouvant compenser les incapacités. - Planification d'une sortie d'un centre hospitalier. - Risque d'expulsion. - Réseau familial non fonctionnel.	- Réseau social d'aide limité/problématique, insuffisant, épuisé. - Peu ou pas de facteurs de protection. - Difficultés d'accès aux ressources du territoire, de la communauté ou de l'établissement. - Ressources financières limitées. - Réseau familial vulnérable.	- Réseau social présent, mais à risque d'épuisement, de compromission ou de devenir problématique. - Peu de facteurs de protection ou facteurs de protection limités. - Réseau familial présentant des éléments de fragilité.	- Réseau social présent, aidant et stable pouvant se retrouver en situation d'épuisement ou de compromission si aucune intervention n'est effectuée dans les 90 jours. - Besoin pour le développement de ressources personnelles, de soutien. - Présence de certains facteurs de protection actuellement.

¹ À la suite d'une directive émise par le MSSS le 27 août 2020, les établissements sont tenus d'accorder la priorité aux références réalisées par un directeur de la protection de la jeunesse lorsque ce dernier identifie un besoin pour un enfant ou un parent, notamment auprès des services en dépendances, en santé mentale et du programme-services Jeunes en difficulté, et ce, dans un délai maximal de 30 jours. La priorisation systématique des dossiers référés par le DPJ ne visait pas spécifiquement les services DP-DI-TSA. Toutefois, pour cette clientèle, elle doit néanmoins être analysée avec rigueur.

Annexe 2

Trajectoire globale de traitement des demandes



Annexe 3

Tableau des principaux facteurs de risque et de protection³

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
État de santé	– Risque de détérioration de l'état général – Présence de problèmes de santé physique ou mentale (dépression, anxiété, schizophrénie, schizophrénie tardive, trouble de personnalité limite, etc.) – Présence de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ou de pertes cognitives – Absence de suivi médical régulier ou pas de médecin de famille – Présence et/ou risque de plaie – Sommeil perturbé – Âge avancé – Antécédents médicaux (troubles cognitifs, santé mentale et physique) de la personne ou sa famille – Traitement et/ou évaluation médicale active (chimiothérapie, hémodialyse, ECSGS, suivi antipsychotique atypique) – Douleurs – Manque de connaissance sur les diagnostics et sur les soins à fournir	– Implication d'un ou des intervenants du soutien à domicile – Suivi médical régulier – Recommandations données par les professionnels : médication, alimentation, aide technique, réadaptation ou ressources (compliance de la personne usagère et capacité à se mobiliser, avec ou sans aide) – Réseau social ou familial présent et aidant – Ressources communautaires
AVQ	– Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau – Risque de conséquences sociales ou caractéristiques personnelles pouvant prédisposer aux préjugés (exemples : odeurs corporelles avec plaintes des autres résidents entraînant un risque d'expulsion, obésité morbide, orientation sexuelle, etc.) – Dépendance pour les soins de base (exemples : alimentation, hygiène, prise de médicaments, etc.) – Incontinence avec ou sans port de protection – Incapacité à réaliser AVQ partiellement ou non compensée (hygiène partielle versus complète) – Domicile non adapté – Dysphagie ou risque d'étouffement	– Incapacités compensées par le réseau, la résidence ou le CLSC (pour les AVQ) – Aides techniques et/ou équipements en place (par exemple, salle de bain ou habillement) ou recommandations émises – Hygiène au lavabo si possible d'ici l'intervention par le Soutien à domicile – Surveillance par autrui ou texture adaptée des aliments

³ Ce tableau est une adaptation d'un tableau tiré de l'Outil pour faciliter la priorisation lors d'une référence au soutien à domicile (2021), Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile, services gériatriques spécialisés et soins palliatifs et fin de vie, CIUSSS de la Capitale-Nationale.



	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Trouble de la mobilité	– Antécédents de chute(s) (non médicale(s) confirmée(s)) – Risque ou présence de déconditionnement (par exemple, si tendance à rester alité) – Pas d'accessoire de marche ou non utilisé – Atteintes cognitives limitant la capacité à utiliser les aides techniques – Domicile non adapté (tous les transferts, principalement la toilette, le lit et les déplacements) – Incapacité non compensée avec ou sans réseau – Handicap physique	– Utilisation adéquate de l'accessoire de marche – Surveillance ou encadrement par autrui en place – Télésurveillance en place – Domicile adapté – PPA qui demeure avec la personne et qui est en mesure de l'aider pour les transferts et les déplacements
Fonctions mentales	– Atteintes cognitives modérées à sévères – Utilisation de la cuisinière ou antécédents d'oublis de ronds de poêle ou de robinets en fonction causant un risque de feu, de blessures, d'expulsion de la résidence, etc. – Tous types de troubles du comportement (fugues, errance, apathie, agressivité, méfiance, faible ou absence d'autocritique, etc.) – Isolement social ou vit seul ou avec PPA ne pouvant compenser – Prise erratique de la médication non compensée – Environnement ou domicile non adapté (par exemple, absence de portes codées), changement de milieu de vie ou nouvelles conditions de vie (par exemple, une séparation récente d'avec le conjoint qui était le point de repère) – Risque d'épuisement de la PPA ou PPA non informée des besoins et des capacités d'une personne présentant une atteinte cognitive – Comportements perturbateurs ou violents envers les PPA (exemples : agressivité, réticence aux soins, errance, etc.) – Risque de maltraitance ou vulnérabilité à l'abus – Gestion financière sans aide – Symptômes dépressifs ou anxiété	– Diagnostic posé, prise de médication associée et suivi médical régulier – Utilisation de divers équipements en lien avec les fonctions cognitives – Vit avec une PPA qui ne présente pas d'atteinte cognitive) – Domicile adapté (par exemple, présence de portes codées) – PPA outillée et informée (par exemple, il a reçu la formation de la Société Alzheimer) – Bracelet Sécu-Retour ou GPS – Collaboration de la personne – Vit en résidence privée ou avec proche(s) adéquat(s) – Gestion adéquate de la médication par autrui – Présence du réseau, domicile adapté et stratégies adaptatives en place – Répit ou gardiennage (formel ou informel), services d'un CLSC ou implication du réseau en place. La PPA est informée, supportée et mobilisée – Gestion financière avec aide adéquate

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Communication	- Incapacité à nommer ses besoins ou autres difficultés de communication, risque de non-réponse à ses besoins, risques d'abus ou d'isolement - Surdité ou risque d'isolement social et d'abus - Trouble visuel ou risque de chute (non médicale confirmée), d'intoxication alimentaire ou d'erreur médicamenteuse - Analphabétisme - Signature inappropriée - Barrière linguistique	- Vit avec la PPA qui connaît bien la personne usagère, ses besoins et ses intérêts - Modes de communication alternatifs - Appareil(s) auditif(s) ou système ATS en place - Domicile adapté et présence d'un proche adéquat - Aide technique ou chien-guide - Secteur anglophone - Interpr�te
AVD	- Non-compliance à la prise de médication - Incapacité non compensée à la préparation de repas, à la lessive et pour les courses - Insalubrité ou risque de feu - Enjeux associés à la conduite automobile	- Dispill ou recommandations émises et mises en place - Présence de Loi 90, C7 ou Programme Pair - Services en place (EES, popote, etc.) - Accompagnement aux rendez-vous médicaux - Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) informée
Habitudes de vie	- Alimentation inadéquate ou insuffisante causant un risque de perte ou de prise de poids, débalancement du diabète, non-compliance, recommandation médicale, etc. - Tabagisme : risque de feu, oxygène à domicile - Consommation d'alcool, drogue ou jeu : risque d'interaction (voir dépendance), impact financier, expulsion de la résidence, etc. - Insomnie - Absence d'activité physique régulière	- Services en place (exemples : popote, suivi infirmier pour diabète, recommandations reçues, prise de suppléments) - Cessation tabagique ou surveillance par autrui - Suivi psychosocial pour dépendances, services en place, etc. - Sommeil satisfaisant - Activité physique régulière

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Fonctionnement	- Maltraitance, codépendance ou deuil non résolu - Cohabitation entre la personne-victime et l'agresseur (plus elle est prolongée, plus le risque augmente) - Histoire antérieure de violence (entre la personne usagère et son proche ou autre situation de victimisation (exemples : abus sexuel et mauvais traitements envers les enfants) - Dynamique familiale complexe, conflictuelle (conflits, difficultés financières, endettement, divorce, conflits intrafratrie) - Dépendance totale envers la PPA, relation d'aide « imposée » à la PPA (versus un choix) ou PPA inconfortable à donner certains soins - Difficulté ou incapacité à s'exprimer, attitude de soumission ou confiance excessive envers autrui - Situations de crise ou de stress intense (épuisement, déménagement, sortie de détention ou d'un centre d'hébergement, immigration, communauté culturelle fermée) - Méfiance à l'égard des services publics (exemples : services de santé et services sociaux, police, etc.) - Manque de ressources de la PPA ou de connaissances des besoins de son proche - Idées suicidaires (plan, tentative moins de 18 mois, impulsivité, désespoir, consommation active, réseau social dysfonctionnel, etc.) - Problématique de santé mentale ou dépendance, surtout chez la PPA (par exemple : drogues, jeu, alcool, trouble de personnalité, problème d'autocritique, etc.) - Isolement social, réseau faible ou éloigné, insuffisance de ressources (absence de réseau, mode de vie marginal de longue date ou nouveau) - Vivre des deuils ou deuil non résolu	- PPA adéquate et répondant aux besoins de la personne - Dynamique familiale et relations significatives avec la PPA - Capacité de résilience, d'adaptation, à se mobiliser et prendre soin de soi - Implication de ressources communautaires - Répit aux PPA - Sobriété - Bonne capacité à se contrôler - Bonne capacité à espérer un changement positif - Bonne capacité d'adaptation - PPA a accès à de l'information et de la formation (sur les ressources disponibles pour elle et sur les besoins de son proche) - PPA a accès à du soutien psychosocial individuel et de groupe - PPA a accès à du soutien financier et matériel - PPA a accès à du soutien dans les activités de la vie domestique et de la vie quotidienne
Gestion financière	- Précarité financière ou ressources financières limitées - Risque de désorganisation financière - Endettement - Abus et antécédents d'abus	- Disponibilité de revenus suffisante - Aide adéquate à la gestion des finances (exemple : procuration) - Gestion financière avec aide adéquate

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Environnement physique	– Insalubrité ou infestation de punaises de lit – Logement encombré, risque de chute (non médicale confirmée) ou risque de feu – Barrières architecturales, escaliers ou aires de vie sur différents étages – Animaux multiples – Accès extérieur au domicile inadéquat – Risque d'expulsion du logement – Sans abris (sans domicile fixe)	– Service de la ville impliqué – Domicile adapté – Ascenseur – Réseau, suivi des recommandations émises – Référence programme itinérance – Mise en place de protocole – Réside en RPA offrant des services d'aide aux AVQ-AVD
Dépendances	– Impacts sur la santé physique, psychologique et cognitive, comorbidité de plusieurs dépendances ou avec problèmes de santé mentale – Interaction de médicaments – Impact sur compliance aux recommandations, sur les habitudes de vie, accès à certains soins et antécédents – Tendance à éviter de demander de l'aide – Risque de désorganisation financière ou de pauvreté – Risque de maltraitance ou d'isolement social – Symptômes de sevrage (jusqu'à risque mortel selon l'intensité de la consommation)	– Suivi par un intervenant dédié ou CRDQ – Gestion financière par autrui – Centre de désintoxication – Sevrage en milieu contrôlé – Référence vers établissement du réseau ou un organisme communautaire répondant à ses besoins
Maltraitance	– Réticence à dévoiler la maltraitance, peur du système public – Méconnaissance des droits, de ce qu'est la maltraitance et des ressources à sa disposition – Stress et épuisement à l'égard de l'aide à apporter, sentiment de fardeau, etc. – Relation d'aide imposée – Cohabitation avec un ou plusieurs de ses proches – Conflits avec des membres de la famille ou des amis – Inaccessibilité des ressources – Isolement social et réseau social peu développé – État de dépendance financière à un tiers lié au statut de parrainage en contexte d'immigration – Partage du même domicile par la personne aînée et la personne maltraitante – Tension dans la relation entre la personne aînée et celle qui lui donne de l'aide (MSSS, 2016)	– Réseau ou soutien social de qualité, composé de personnes adéquates, disponibles et outillées – Capacité du réseau à s'adapter aux besoins de la personne aînée et de faire appel aux services de la communauté – Environnement physique et psychosocial sain dans lequel la personne aînée se sent en sécurité – Présence de services de proximité (médicaux, communautaires, etc.) – Disponibilité de revenus suffisants – Mise en place de différents moyens permettant de sécuriser les avoirs