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

Programme

Soutien à domicile

Juillet 2026

Québec

Remerciements

Ce document de référence n’aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées à la section *Processus d’élaboration/révision* à la fin du document. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Ce document favorise une écriture épicène et inclusive.

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, Juillet 2026.

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES 5

LEXIQUE 6

1. INTRODUCTION 8

TABLEAU I – RÉSUMÉ DU PROGRAMME 9

2. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE CIBLE 10

2.1 Définition du contexte 10

2.2 Clientèle cible 11

3. OBJECTIFS 12

3.1 Objectif général 12

3.2 Objectifs spécifiques 12

4. THÉORIE 13

4.1 Approche d'autonomisation 14

4.2 Approche vivre avec les risques 14

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS 15

Rôles communs à l'ensemble des intervenant·es en SAD 15

Intervenant·e-pivot 15

coordination de dossiers passifs 16

Intervenant·E associé·E 16

Personne ayant des fonctions d'encadrement clinique 17

5.1 Équipes de proximité 17

5.2 Développement des compétences 18

6. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE 19

6.1 Cheminement de la demande 19

6.2 Critères d'admissibilité 20

7. STRATÉGIES D'INTERVENTION.....22

7.1 Description du processus d'intervention 23

CONCLUSION.....29

LISTE DES ANNEXES.....29

RÉFÉRENCES 30

ANNEXE A PROFILS ISO-SMAF 34

ANNEXE B DÉSIGNATION DE L'INTERVENANT·E PIVOT.....35

ANNEXE C DISTINCTION DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS ENTRE L'INTERVENANT·E PIVOT ET ASSOCIÉ·ES.....36

ANNEXE D CONSIGNES D'UTILISATION DES ÉVALUATIONS STANDARDISÉES 39

ANNEXE E CHEMINEMENT CLINIQUE POUR SOUTENIR LES PPA (29) 40

ANNEXE F DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE PII 41

Liste des abréviations et des acronymes

CAR	Comité d'allocation des ressources
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DSSADG	Direction des services de soutien à l'autonomie et de la gériatrie
GASSA	Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie
MDA MA	Maison des aînés et maison alternative
MDH-PPH	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisés
PT	Plan de traitement
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources de type familial
SAD	Soutien à domicile

Lexique

Activité de la vie domestique (AVD)	« Tâches accomplies chaque jour par une personne et qui concernent sa vie à l'intérieur et autour de son milieu de vie » (1)
Activité de la vie quotidienne (AVQ)	« Gestes [accomplis chaque jour] ayant pour but de prendre soin de sa personne ou de participer à la vie sociale » (1)
Collaboration interprofessionnelle	« Processus par lequel des [membres de l'équipe de soins de santé] de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté » (2)
Communauté	« Système social structuré, formé de personnes vivant à l'intérieur d'un territoire ou d'un espace géographique donné, soit un quartier, un village, une ville ou une région. » (3)
Consentement	« Expression de la volonté de [la personne] quant à un acte que doit accomplir une autre personne. Le consentement aux soins et aux services doit être libre et éclairé. ▪ Consentement **libre** : sans aucune forme de pression ou discrimination de la part de [l'intervenant·e ou des proches de la personne]. ▪ Consentement **éclairé** : disposant de tous les renseignements appropriés et nécessaires [qu'elle] comprend, et [informée] des conséquences de son consentement, [la personne] consent en toute connaissance de cause. » (4)
Domicile	« Lieu de vie choisi par [la personne], sans recours aux mécanismes d'accès d'un établissement, c'est-à-dire de l'endroit où [elle] réside de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison, une chambre, un appartement, une habitation à loyer modique (HLM), une coopérative d'habitation ou une résidence privée pour [aîné·es] (RPA). » (5)
Facteurs de protection	Facteurs ayant un impact positif dans la vie des personnes (des compétences, des forces, des ressources, etc.) aidant à : • Prévenir des conditions de santé indésirables; • Éviter l'aggravation de situations déjà présentes; • Améliorer les capacités de s'adapter à une nouvelle réalité. (6)
Facteurs de risque	Facteurs qui favorisent ou qui participent à aggraver des conditions déjà défavorables ou des comportements indésirables. (6)
Incapacité	Réduction temporaire, prolongée ou permanente ou absence de la capacité d'accomplir certaines activités ou de remplir certains rôles ordinaires, présentés parfois comme des occupations de la vie courante.
Intervenant·e	« Celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de la personne (incluant les soins et services médicaux) » (7)
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant·e de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur la personne, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de la personne et du contexte.

Participation sociale	« Résultat d'un processus complexe découlant de l'interaction entre une personne et sa communauté d'appartenance. Elle implique un échange réciproque et égalitaire entre la personne et sa communauté. Ce processus s'appuie sur le besoin fondamental, exprimé ou non, de cette personne de faire partie de sa société ainsi que sur la volonté de la collectivité d'accueillir ce membre et de lui permettre d'actualiser et de développer son potentiel » (8)
Personne habilitée à consentir	Toute personne autorisée par la loi à consentir ou non à un soin ou un service pour une personne mineure ou majeure inapte à consentir pour elle-même
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. » (9)
Perte d'autonomie	« Incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou à plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Ce n'est pas tant la nature des incapacités qui détermine la perte d'autonomie que leur simultanéité, leur intensité, leur durée et leurs répercussions fonctionnelles ainsi que la perception qu'a une personne de ses capacités d'adaptation. » (10)
Plan d'intervention	« Activité clinique permettant une lecture commune des besoins de l'usager, donnant un sens à l'intervention, permettant un échange pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun, ainsi qu'un moment privilégié pour consolider le lien de confiance avec l'usager » (11). Dans ce document, le terme PI désigne l'ensemble des appellations suivantes : Plan d'intervention disciplinaire (PID); Plan de traitement (PT); Note médicale; Plan thérapeutique infirmier (PTI); Plan d'intervention interdisciplinaire (PII); Plan de services individualisé (PSI).
Processus clinique	Ensemble des actions guidant la prestation des services cliniques, fondées sur des données probantes, afin d'assurer des interventions cohérentes, adaptées aux besoins de la clientèle et soutenant une vision commune du cadre d'intervention.
Projet de vie	Vision que la personne se fait de la vie qu'elle souhaite mener, ainsi qu'aux moyens qu'elle envisage pour atteindre ses objectifs, en fonction de ses valeurs, de ses priorités et de sa situation. Le projet de vie est dynamique et évolutif : il se transforme au fil du parcours de santé et peut s'ajuster jusqu'à la fin de la vie (exemple : la manière de vivre la fin de vie ou de mourir dans la dignité) (12).

1. Introduction

La Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) regroupe un ensemble de programmes et des services visant à assurer une accessibilité à des soins et des services sécuritaires et de qualité aux personnes en perte d'autonomie permanente ou temporaire. La DSSADG a comme principal mandat de soutenir l'autonomie des personnes, peu importe l'origine de leurs incapacités, afin qu'elles puissent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie de façon sécuritaire.

Le programme de soutien à domicile (SAD) vise :

- Une réponse axée sur les besoins des personnes usagères ainsi que ceux de leurs personnes proches aidantes (PPA);
- Des services accessibles, continus et de qualité;
- Une harmonisation des services sur l'ensemble du territoire afin d'assurer l'équité entre les services offerts;
- Des interventions en interdisciplinarité lorsque la réponse aux besoins est complexe.

Le programme s'inscrit dans la continuité des documents suivants :

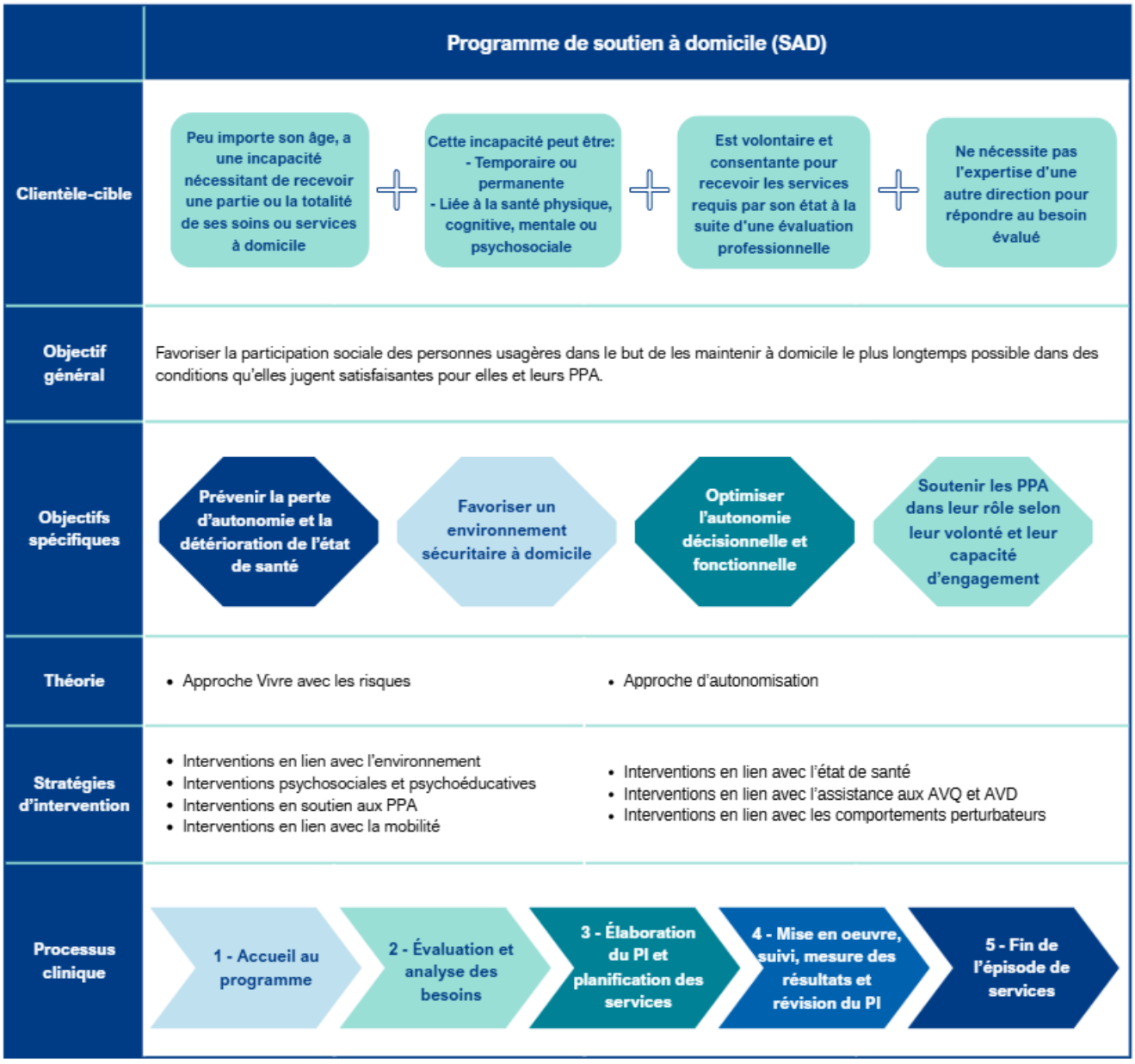
- Politique nationale de soutien à domicile : *Mieux chez soi* (13);
- Plan d'action gouvernemental *La fierté de vieillir* 2024-2029 (14);
- *Orientations en soutien à domicile - Actualisation de la Politique de soutien à domicile «Chez soi: le premier choix »* (1);
- *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (15).

Ce programme s'adresse à tous et toutes les intervenant·es et gestionnaires œuvrant à la dispensation des services en SAD. Découlant de ce programme, plusieurs documents d'encadrement sont élaborés afin d'apporter des précisions pour certains profils de clientèles spécifiques (besoins, objectifs, modalités d'évaluation, etc.)

Dans une perspective d'amélioration continue, la DSSADG prévoit faire évoluer et ajuster son offre de service en fonction des besoins de la population, des meilleures pratiques et des possibilités émergentes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle pourra notamment explorer et intégrer des modalités innovantes, incluant l'intelligence artificielle et d'autres solutions technologiques, lorsque leur utilisation apporte une valeur ajoutée pour les personnes usagères, leurs proches aidants et les équipes.

Le tableau I résume le contenu du programme. Il offre une représentation globale du programme SAD.

Tableau I – Résumé du programme



2. Définition de la problématique et clientèle cible

2.1 Définition du contexte

Les services de SAD contribuent à préserver l'autonomie des personnes vivant avec une incapacité. Ils visent à offrir les conditions nécessaires pour favoriser leur maintien dans leur milieu de vie (1,16).

Il existe différentes façons de dispenser ces services. Dans la figure suivante, ils sont regroupés au sein de trois sphères distinctes et interreliées : le volet 1 représente les services de SAD, les volets 2 et 3 illustrent les services et les mesures organisés aux niveaux communautaire et sociétal (16).

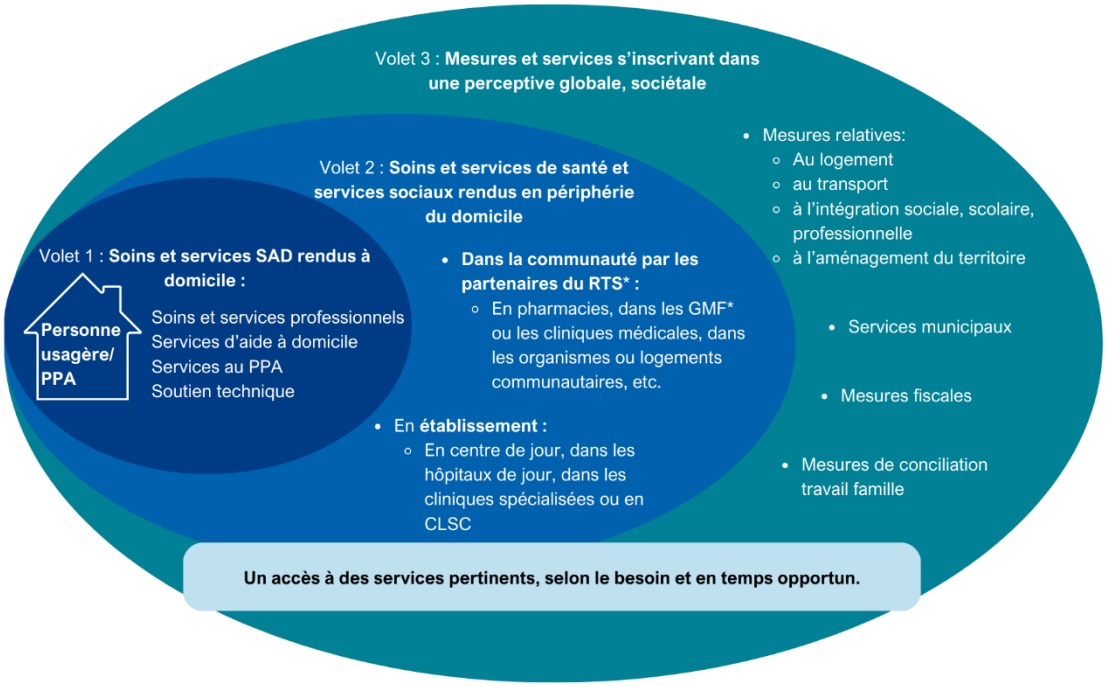


FIGURE 1. Écosystème SAD (Inspiré de 1)

Le Québec connaît l'un des **vieillissements de la population** les plus rapides des pays industrialisés : la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est passée à 20 % en 2021 et devrait atteindre 26 % en 2041 (16,17). Le territoire de la Montérégie-Ouest est particulièrement touchée (18).

Le vieillissement, combiné à l'augmentation des maladies chroniques et des pathologies complexes, fragilise la santé globale de la population et génère une **augmentation constante des besoins en services de santé et de SAD** (16,19–21). D'ailleurs, une proportion importante de la population souhaite rester à domicile(22).



71%

de la population québécoise souhaite demeurer à domicile le plus longtemps possible

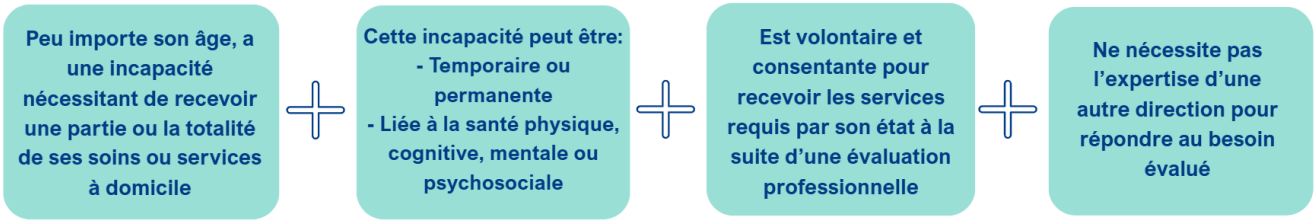
Malgré l'augmentation des dépenses et la mise en œuvre de mesures fiscales provinciales et fédérales, des difficultés persistent : les services de SAD ne couvrent pas l'entièreté des besoins (20,23) et l'intensité optimale de ces services n'est atteinte que pour un nombre limité de personnes usagères. Ceci entraîne **une réponse partielle aux besoins** de la clientèle desservie (23).

Ces ressources limitées engendrent également des répercussions sur le reste du système de soins, augmentant le recours aux services d'urgences, aux hospitalisations, et à l'hébergement de longue durée (20,23,24). Par exemple, au Québec, un hébergement en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sur neuf aurait pu être évité avec un soutien adéquat à domicile (20). De plus, le SAD compense le manque de places d'hébergement en maintenant à domicile des clientèles aux besoins élevés.

Il est donc nécessaire de réviser et d'adapter l'organisation des services de SAD pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs.

2.2 Clientèle cible

Les soins et services de SAD de la DSSADG s'adressent à toute personne qui :



De plus, la nature de certains soins et services, tels que l'aide médicale à mourir, nécessite que ceux-ci soient dispensés à domicile. Certains services de SAD sont également destinés aux PPA des personnes usagères dans le cadre de leur rôle dans la dyade *personne aidante – personne aidée*.

La clientèle cible de ce programme présente des besoins et des caractéristiques très diversifiées. Les personnes usagères des services de SAD présentent généralement un profil ISO-SMAF se situant entre 4 et 14 (voir annexe A).

3. Objectifs

3.1 Objectif général

En réponse à des incapacités qui nécessitent des soins et services à domicile, les interventions du programme SAD visent à :

- Favoriser la participation sociale des personnes usagères dans le but de les **maintenir à domicile le plus longtemps possible** dans des conditions qu'elles et leurs PPA jugent satisfaisantes.

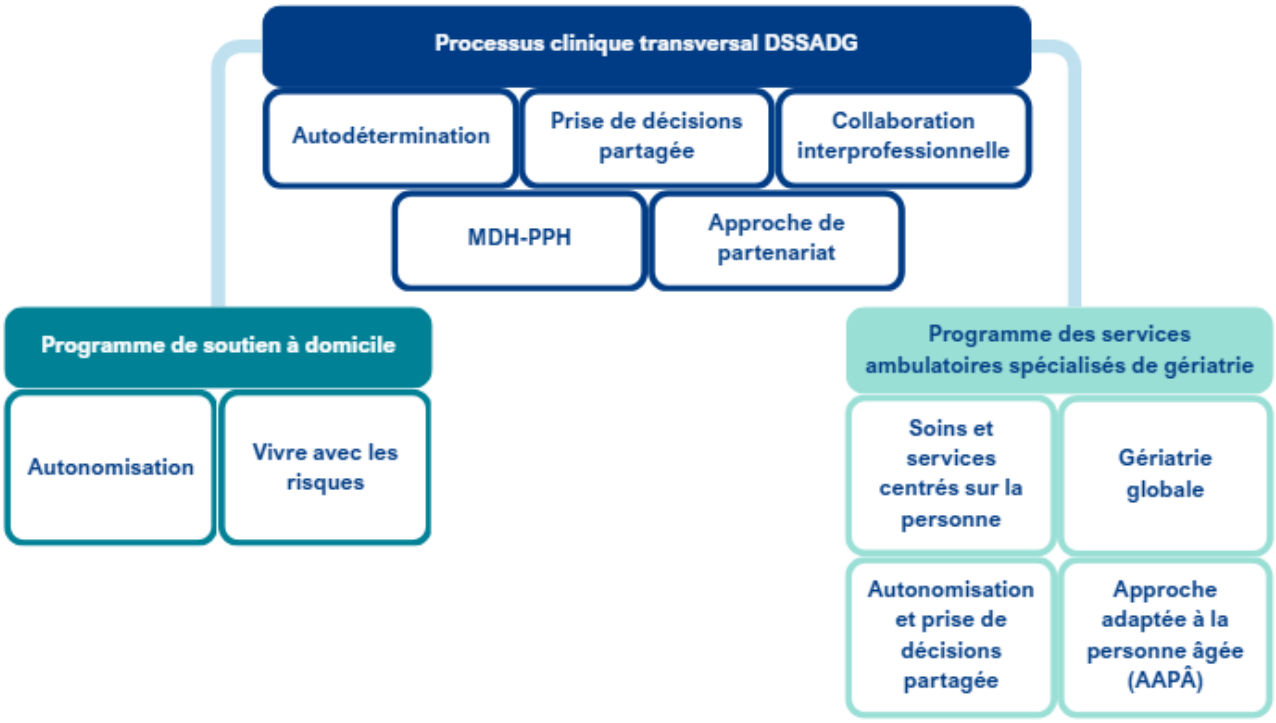
3.2 Objectifs spécifiques

Les interventions du programme SAD visent spécifiquement à :



4. Théorie

La figure ci-contre présente les assises théoriques du processus clinique de la DSSADG ainsi que celles des programmes cliniques qui en découlent.



4.1 Approche d'autonomisation

L'approche d'autonomisation sert d'assise pour définir les stratégies d'intervention propres à ce programme ainsi que les différents moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs.



Autonomisation :

« processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maitrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et d'avoir des visées de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (25).

Elle met l'accent sur :

- le développement ou le rétablissement des capacités de la personne usagère afin que celle-ci vive le plus autonome possible (26).
- la participation active de la personne usagère dans la détermination des objectifs d'intervention et dans les décisions qui la concernent, et ce, à toutes les étapes de l'épisode de service (1).

Les services doivent respecter le rythme et les limites de chaque personne, et s'adapter continuellement à ses besoins. Placer la personne au centre des décisions qui la concernent favorise sa qualité de vie.

4.2 Approche vivre avec les risques

L'approche vivre avec les risques consiste à tolérer les risques qui sont favorables à la personne usagère et lui permettre de vivre avec moins de contraintes. Cette approche permet de favoriser son **autonomie** et son **autodétermination**. La personne a le droit de prendre des décisions qui peuvent constituer des risques tant et aussi longtemps que ces décisions :

- Sont prises de manière libre et éclairée par la personne apte à le faire;
- N'entraînent pas des conséquences néfastes pour les autres;
- Sont empreintes de sens pour la personne et pour ses PPA lorsqu'applicable.

Pour mettre ce concept en pratique, les intervenant·es doivent transmettre aux personnes usagères et à leurs PPA toutes les informations pertinentes à la prise de décision. Ces informations dépassent le champ d'exercice de l'intervenant·e et doivent comprendre les avantages et inconvénients sur toutes les sphères de vie : santé physique et psychologique, socialisation, confort, autonomie, etc. Les intervenant·es doivent aussi adopter une attitude d'ouverture face aux risques, même si les décisions prises diffèrent de leurs propres valeurs.

5. Rôles et responsabilités

Les intervenant·es du programme SAD travaillent en conformité avec leur champ d'exercice. Les activités réservées sont réalisées exclusivement par les personnes habilitées à le faire, selon leur champ d'exercice respectif. Ces activités sont encadrées notamment par :

- Les lois modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines ;
- L'ensemble des autres lois et règlements encadrant le système professionnel québécois.

L'annexe I présente les champs d'exercice, le but des interventions, les besoins ciblés ainsi que les modalités employées par chaque discipline.

RÔLES COMMUNS À L'ENSEMBLE DES INTERVENANT·ES EN SAD

- Effectuer un processus clinique disciplinaire dans son champ d'exercice ;
- Soutenir la personne usagère et ses PPA dans la démarche de soins et de services ;
- Collaborer avec les autres intervenant·es au dossier afin de répondre aux besoins de la personne usagère;
- Agir de façon proactive lorsque la situation de la personne usagère est instable ou à risque de se détériorer ;
- Promouvoir la prévention du déconditionnement et le maintien des capacités de la personne;
- Mobiliser les ressources familiales et du milieu dans la mise en œuvre d'actions visant la réponse aux besoins de la personne usagère.
- Soutenir le recours aux ressources communautaires par la personne usagère et ses PPA ;
- Effectuer les références requises lorsque des nouveaux besoins émergent et en aviser l'intervenant·e pivot.

INTERVENANT·E-PIVOT

Son rôle principal consiste à **coordonner les soins et services.** En d'autres termes, le/la pivot agit à titre de chef·fe d'orchestre pour favoriser la fluidité et la continuité des soins et services auprès de la personne usagère.

Il/elle a également comme rôle de :

- Déterminer l'intervenant·e approprié·e pour effectuer les demandes de services (hébergement temporaire, centre de jour, organismes communautaires, hébergement à domicile, etc.), en collaboration avec les autres intervenant·es ; ces démarches sont généralement assumées par l'intervenant·e-pivot ;
- Effectuer, en collaboration avec l'intervenant·e responsable de la planification du congé, les congés hospitaliers en mode hybride ;
- Communiquer avec la personne usagère ou ses PPA lors de situations liées aux mesures d'urgence.

Le processus de désignation d'intervenant·e pivot est détaillé à l'annexe B.

COORDINATION DE DOSSIERS PASSIFS

Cette coordination est constituée de dossiers nécessitant des suivis de faible intensité. Il peut s'agir de dossiers dont les objectifs du PID sont atteints, visant le maintien des acquis, ou encore demandant des services peu complexes (ex : aide à l'hygiène corporelle, distribution de médicaments, etc.). Ces dossiers sont considérés comme stables et requièrent des contacts ponctuels et une réévaluation selon les besoins.

La coordination de dossiers passifs est organisée de façon flexible, selon la capacité et la réalité des équipes. Par exemple :

- Par un partage entre intervenant·es des différentes disciplines.
- Par des intervenant·es pivots dont la charge de cas est entièrement ou partiellement passive. Ils/elles peuvent également temporairement contribuer à la mise en place de services pour de nouvelles personnes usagères lorsque leur capacité le permet.

INTERVENANT·E ASSOCIÉ·E

Lorsqu'un·e intervenant·e exerce son rôle disciplinaire sans être pivot, il/elle est désigné·e associé·e. Il/elle demeure responsable de la réalisation de son processus clinique disciplinaire tout en collaborant étroitement avec le/la pivot pour assurer la cohérence des soins et services offerts et partager les informations pertinentes. Le/la pivot doit être informé·e de l'évolution du dossier et de toutes démarches ayant un impact sur l'évolution de la situation de l'usage. La figure suivante présente des exemples de moments où la concertation peut être pertinente :



L'intervenant·e associé·e assiste le pivot lorsque la situation l'exige. Il/elle peut également assumer temporairement son rôle lors d'une absence ponctuelle ou lorsque la situation de la personne usagère se stabilise, par exemple pour une demande au comité d'allocation des ressources (CAR) ou la planification d'un congé. Les distinctions des rôles et responsabilités entre l'intervenant·e associé·e et pivot sont présentés à l'annexe C.

PERSONNE AYANT DES FONCTIONS D'ENCADREMENT CLINIQUE

Son rôle consiste à soutenir et accompagner les intervenant·es dans le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles. Elle accompagne les intervenant·es afin d'accroître leur autonomie et valoriser leur contribution professionnelle. En cohérence avec le *Cadre de référence sur l'encadrement professionnel* (27), les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique ont pour mandat :



5.1 Équipes de proximité

Un des moyens pour favoriser la collaboration interprofessionnelle est la mise en place de l'organisation du travail en équipe de proximité. Concrètement, certains secteurs ont physiquement regroupé des équipes composées d'intervenant·es issu·es de différentes disciplines telles que les soins infirmiers, le travail social, la psychoéducation et l'ergothérapie. Certaines disciplines, comme la nutrition et l'inhalothérapie, se retrouvent au sein de plusieurs équipes de proximité et couvrent divers territoires, offrant une expertise transversale.

Cette proximité permet à chaque membre de développer une compréhension approfondie du rôle des autres, ce qui renforce la communication et le partage d'expertise. L'objectif de cette organisation est de permettre à l'équipe interprofessionnelle d'exercer une vigie sur son territoire, favorisant une meilleure coordination et réactivité face aux besoins de la population desservie.

5.2 Développement des compétences

Des **profils de compétences** précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenant·es dans l'exercice de leurs fonctions. Les profils de compétences comprennent notamment les compétences de fonction liées au titre d'emploi.

- Pour la catégorie 1 : *Référentiel des compétences pour les employés de la catégorie 1*.
- Pour la catégorie 4 : *Cadre de référence sur les profils de compétences - Employés de la catégorie 4*.

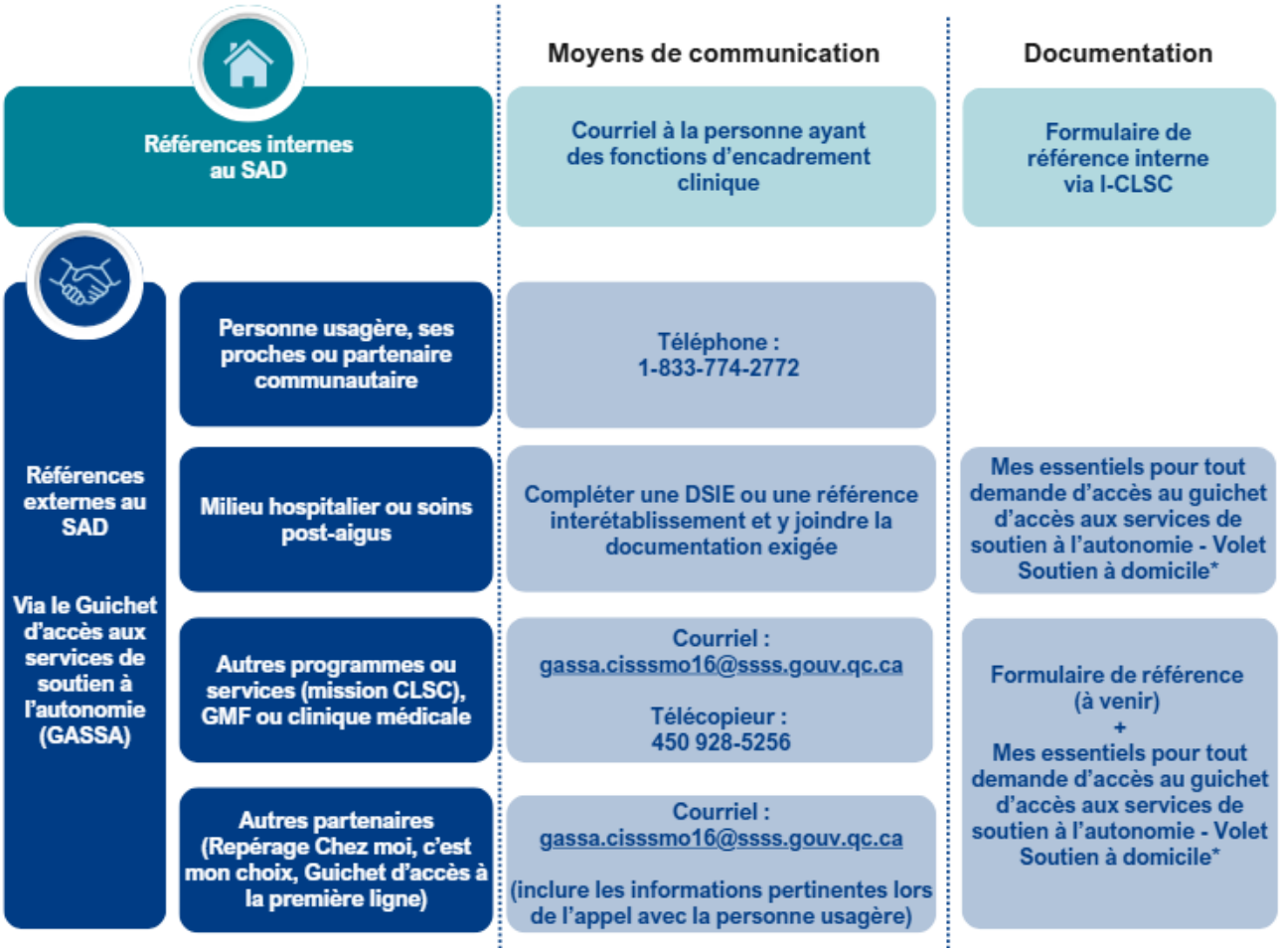
L'ensemble des intervenant·es œuvrant au sein de la DSSADG doivent posséder les **compétences générales** attendues, notamment en lien avec le processus clinique de la direction (28). Ainsi, l'actualisation des rôles et responsabilités inhérents au **présent programme** pourrait nécessiter le développement ou le perfectionnement de compétences spécifiques portant sur :

- Les particularités et besoins de la clientèle cible;
- L'intégration et la mise à jour des meilleures pratiques;
- Les approches d'intervention retenues pour le programme;
- L'utilisation d'outils cliniques;
- Les trajectoires de soins et services complémentaires;
- Les principaux partenariats de soins et services.

6. Mécanisme de référence

6.1 Cheminement de la demande

Le schéma suivant présente les différents mécanismes de références au SAD selon la provenance de la demande.



*Mes essentiels pour toute demande d'accès au guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie - Volet Soutien à domicile est disponible sur Intranet.

Pour une référence interne, l'intervenant·e référant·e au SAD s'assure que la personne usagère consent à la référence et qu'elle ne peut obtenir ses soins et services requis selon une autre

6.2 Critères d'admissibilité



Une personne ayant les caractéristiques suivantes ne serait donc pas admissible aux programme SAD :

- Pouvant se déplacer pour recevoir ses soins et services requis;
- Qui est admise en CHSLD ou Maison des aînés et maison alternative (MDA MA), Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF[1]);
- Qui est déjà desservie en totalité par la couverture d'un autre régime public (ex : Société de l'assurance automobile du Québec, Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail).

L'admissibilité au programme peut en tout temps être réévaluée et des références vers d'autres services peuvent être effectuées.

La pertinence clinique d'interventions à domicile ne signifie pas que l'ensemble des soins et services requis doivent être offerts selon cette modalité.

La modalité de soins et les services à domicile est une **responsabilité partagée par l'ensemble des directions cliniques** selon leur mandat respectif. Néanmoins, comme les besoins des

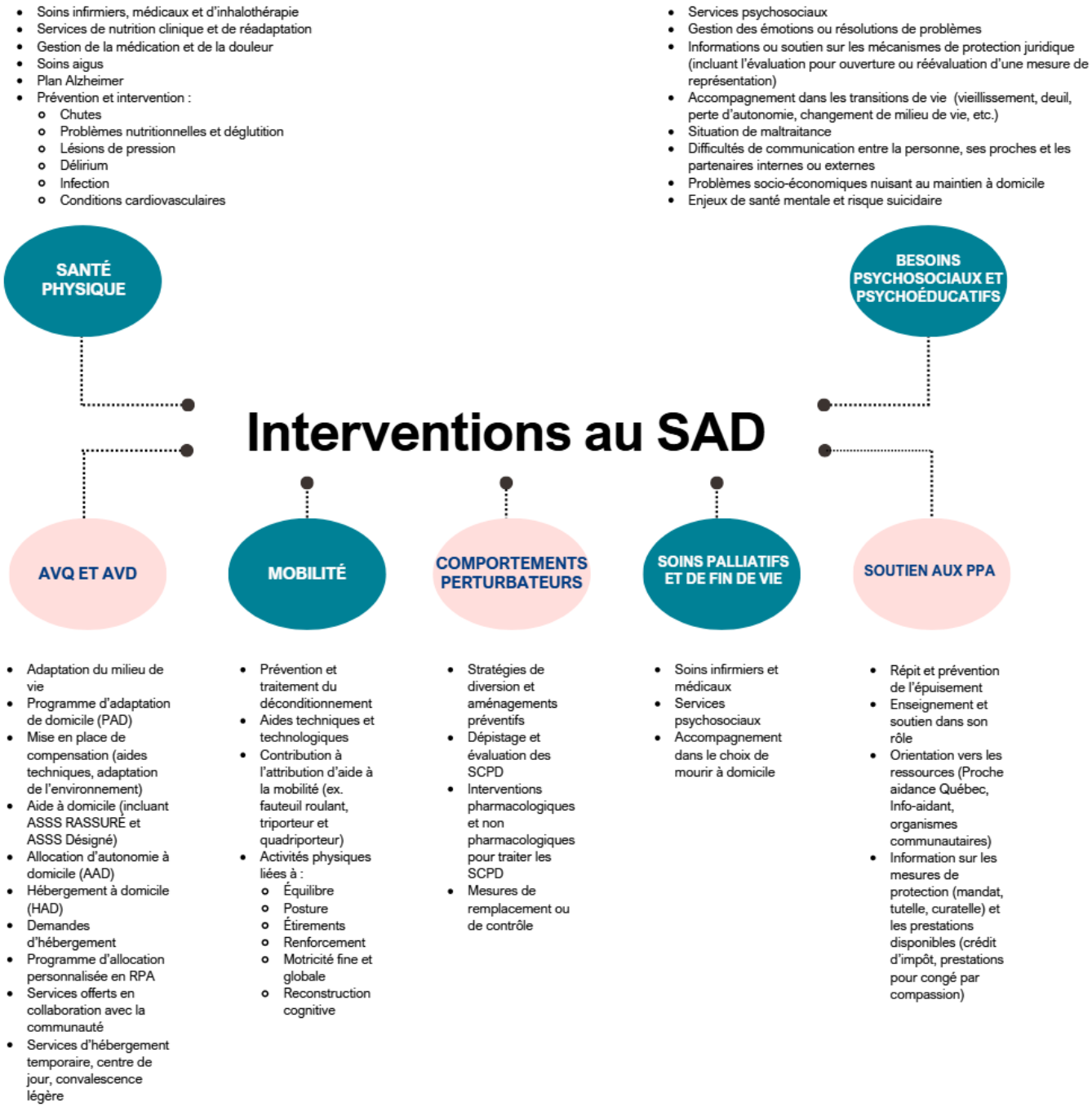
[1] À noter que certains services dépassant l'offre de service en RI-RTF (ex : services de nutrition clinique) pourraient être dispensés par les équipes du SAD.

personnes usagères sont souvent variés et complexes, la collaboration interdirection et intersectorielle est essentielle. En cas de désaccord ou besoin de clarification sur l'orientation clinique, une demande peut être adressée au Mécanisme partenarial CISSSMO (MPC) ou au comité de révision orientation cas complexe (CROCC).


À noter : Les personnes usagères ayant uniquement besoin de services d'aide aux AVD ne reçoivent pas systématiquement des services dans le cadre du programme SAD. Pour ces besoins, elles peuvent être orientées vers un organisme reconnu par le Programme d'exonération financière pour les services d'aide à domicile (PEFSAD).

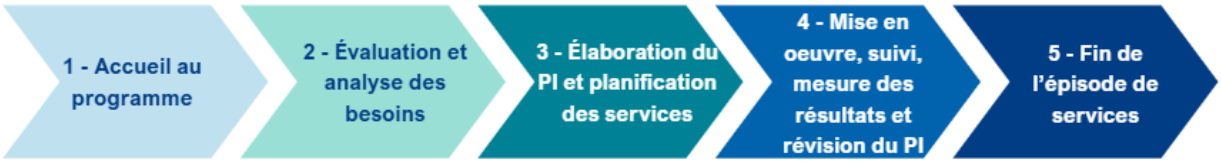
7. Stratégies d'intervention

Les interventions effectuées au SAD s'appuient sur les assises théoriques de ce programme et celles du processus clinique de la DSSADG (28) (voir section 4 : Théorie). Bien qu'elles soient très souvent reliées, elles sont catégorisées dans le schéma suivant pour en faciliter l'identification.



7.1 Description du processus d'intervention

Le processus d'intervention des services SAD est basé sur le processus clinique de la DSSADG (28).



Les sections suivantes décrivent les **étapes du processus d'intervention** en précisant le **rôle** des différent·es intervenant·es et les **outils** qui peuvent être pertinents (liste non exhaustive).

Certains éléments sont à considérer à chacune des étapes du processus d'intervention :

- Chaque soin ou service requiert :
  - Le consentement de la personne usagère. Il doit être documenté chaque fois au dossier. Une personne inapte peut consentir aux soins et services qu'elle reçoit. Pour plus de détails, se référer à la Page Intranet sur le Consentement aux soins et aux services.
  - La double identification de la personne usagère
- Le rythme des rencontres et le langage utilisé doivent être adaptés à la capacité d'attention et d'intégration de la personne usagère. Un vocabulaire clair, concret et respectueux est à privilégier, en évitant les termes trop techniques ou infantilisants.
- Les soins et services sont généralement offerts à domicile en présence de la personne usagère ou de ses PPA mais peuvent aussi être dispensés à distance (téléphone ou autre moyen technologique), lorsque ce mode d'intervention est le plus approprié.
- En cohérence avec l'approche de partenariat, la personne usagère doit être reconnue comme experte de sa situation. Même si elle semble fragile, elle doit être considérée comme capable de prendre ses propres décisions et être soutenue pour que celles-ci soient libres et éclairées.

Étape 1 : Accueil

Plusieurs intervenant·es peuvent être impliqué·es simultanément au SAD. Cette étape correspond à l'ouverture de chaque service disciplinaire, et non seulement à l'accueil initial au programme.

Sous-étapes	Actions spécifiques au programme
Analyser sommairement la demande	• Prendre connaissance de la demande du Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA) (nouvelle demande) ou d'un·e collègue du SAD (référence interne). Lors de demande interne, valider l'admissibilité du besoin aux services. • Au besoin, obtenir les documents manquants et contacter la personne référente.
Contacter la personne usagère et la personne habilitée à consentir (le cas échéant)	Présenter votre rôle, votre mandat ainsi que les limites de vos interventions • Valider avec la personne usagère qui doit être présent·e à la rencontre et obtenir les autorisations pour les contacter Vérifier le degré de confort face au partage d'informations personnelles avec les PPA. Les consentements et autorisations à ce sujet sont à documenter au dossier. ○ S'il est impossible de s'assurer que la personne usagère comprend ce point au téléphone, il est nécessaire d'attendre et de le faire lors des premières rencontres. • Planifier la première rencontre
Effectuer la ou les premières rencontres	Observer le milieu de vie pour repérer des facteurs de risque à l'autonomie de la personne usagère. Au besoin, compléter la « Collecte de données en matière de sécurité à domicile » (CLI-60597). Inscrire la personne usagère au bouton 911 dans I-CLSC, si requis.
	• Valider les informations de la fiche I-CLSC. • Présenter les ressources communautaires pertinentes, incluant le répertoire de l'Appui pour les PPA, en favorisant l'autodétermination dans les démarches requises pour y accéder. • Valider la compréhension de la personne usagère face à votre rôle. • Discuter des projets de vie. • Valider l'implication des PPA et leurs attentes. • Utiliser le formulaire Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier – AH-216.

Étape 2 : Évaluation et analyse des besoins de la personne usagère et ses PPA

Sous-étapes	Actions spécifiques au programme
Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents	Référez-vous à l'annexe D pour les consignes d'utilisation des évaluations standardisées selon le type de services et le profil I-CLSC. Vous pouvez également consulter le document de soutien afin de choisir l'évaluation complémentaire appropriée. • Trianguler, valider les informations ou aller chercher les informations manquantes (ex. personnel de la résidence, médecin de famille, proches, etc.). • S'assurer de la compréhension de la personne usagère et ses PPA de la pertinence de la collecte de données.
Faire une analyse des données obtenues en considérant la personne dans sa globalité	Pour l'intervenant·e-pivot ou premier·ère intervenant·e : • Réaliser l'évaluation standardisée (SMAF, évaluation préliminaire ou OEMC) et mettre à jour lors d'un changement significatif dans l'autonomie de la personne usagère. • Compléter la fiche du Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC) ; • Inscrire et mettre à jour la clientèle vulnérable via le bouton 911 dans SIC Plus. Pour les membres d'un ordre professionnel, se référer aux normes des ordres professionnels pour l'évaluation disciplinaire. À noter que l'OEMC ne se substitue pas à une évaluation disciplinaire. • Adapter les lunettes disciplinaires à une vision globale (ex. : mode de vie, environnement, salubrité, hygiène, etc.) et ce, en particulier si vous êtes la première personne au dossier ou l'intervenant·e-pivot. • Selon le cas, dans une optique de concertation, présenter les analyses et impressions cliniques aux membres de l'équipe multidisciplinaire impliqué·es au dossier.
Déterminer les besoins prioritaires en partenariat avec la personne usagère et ses PPA	• Présenter les résultats et l'analyse de l'évaluation à la personne usagère. ○ Encourager la personne usagère à s'exprimer et à valider sa compréhension. • Établir l'ordre des priorités des besoins avec la personne usagère et ses PPA.
	Appréciation des besoins de la personne proche aidante
	Dans le contexte où l'intervenant·e **apprécie les besoins** de la PPA, **des objectifs d'accompagnement de la PPA** et des notes au dossier en suivi de ceux-ci sont inscrits dans le plan d'intervention de la personne usagère. Voir annexe E pour le cheminement clinique pour soutenir les PPA. Dans son appréciation des besoins de la PPA, l'intervenant·e tient compte du stade d'évolution de la situation de la personne usagère et du rythme de la PPA. Les solutions et les conseils envisagés par l'intervenant·e doivent ainsi être adaptés aux demandes de la PPA.

Étape 3 : Élaboration du PI et la planification des services

Pour alléger le texte, le terme PI désigne ici tous les types de plans d'intervention.

Sous-étapes	Actions spécifiques au programme
Identifier et contacter les partenaires pertinents	• En fonction du type de PI, déterminer les partenaires requis et obtenir les autorisations requises pour les contacter. • Faire les références aux professionnel·les et partenaires ciblé·es
Préparer la rencontre d'élaboration du PI	Pour l'intervenant·e-pivot : ○ Organiser des rencontres de plan d'Intervention Interdisciplinaire (PII) ou de plan de services individualisé (PSI) lorsque des objectifs communs et des responsabilités partagées sont requis; ○ S'assurer de la disponibilité de tous les partenaires.
Préparer la rencontre avec la personne usagère et ses PPA	• Lors d'une rencontre de PII (objectifs communs) où la personne usagère et ses PPA sont absentes, veiller à ce que leurs besoins et attentes soient considérés (voir annexe F). Leur transmettre ensuite un résumé pour échanger sur les objectifs, moyens et échéanciers discutés. Valider leur engagement et consentement.
Rencontres d'élaboration du PI en partenariat avec la personne usagère et ses PPA	• Expliquer les efforts attendus de la personne usagère pour réaliser le PI • Vérifier sa motivation et son engagement à appliquer le PI • Sensibiliser les PPA à leur rôle dans l'atteinte des objectifs • Mettre en valeur et utiliser les forces de la personne usagère et de ses PPA • Élaborer le PI avec la personne usagère, selon ses attentes et besoins identifiés dans le module RSIPA, en précisant : ○ Les objectifs acceptés ou refusés ○ Les objectifs d'accompagnement pour la PPA ○ Les moyens et stratégies acceptés ou refusés ○ Le partage des responsabilités (famille, communauté, CLSC) ○ Les services requis et les ressources appropriées ○ L'échéancier selon son rythme ○ La fréquence et la durée prévues des services • Être transparent·e quant aux listes d'attente, à la priorisation et aux limites de l'offre de service
Établir des ententes avec les parties prenantes	• Remettre une copie du PI à la personne usagère Ne pas oublier que la personne usagère et ses PPA sont des parties prenantes (engagement et responsabilisation dans les actions).

Étape 4 : Mise en œuvre du PI, suivi, mesure des résultats et révision du PI au besoin

Sous-étapes	Actions spécifiques au programme
Mettre en œuvre le PI	• Effectuer les interventions disciplinaires et/ou reliés avec le rôle de pivot en lien avec les objectifs établis. • Pour l'intervenant·e-pivot : Effectuer et suivre les demandes au CAR pour les services requis, au besoin • Pour l'intervenant·e associé·e : Informer l'intervenant·e-pivot de l'avancement du PI.
Effectuer des suivis	Se référer aux étapes du processus clinique.
Mesurer les résultats	
Réviser le PI	

Étape 5 : Fermeture de l'épisode, recommandation et orientations.

Pour chaque discipline, l'épisode de services prend fin lorsqu'une des situations suivantes survient :

- Objectifs du PI sont atteints. À noter que l'intervenant·e désigné·e pivot peut poursuivre son rôle même si son épisode disciplinaire est terminé;
- Besoin n'est plus présent (ex. : la personne usagère ou la PPA peut assurer les soins);
- Critères d'admissibilité ne sont plus respectés. Par exemple :
    - Capacité à se déplacer de manière sécuritaire pour obtenir le même service → orientation vers les services ambulatoires.
    - Admission en hébergement de longue durée (CHSLD, MDA-MA). À noter que lorsqu'une personne usagère est admise en hébergement longue durée, l'intervenant·e psychosocial·e demeure au dossier 30 jours suivant l'admission.
    - Déménagement hors territoire.
- Décès de la personne usagère;
- Refus de soins et services, malgré des tentatives visant à favoriser la mobilisation de la personne (voir page Intranet Soutien personnalisé à l'engagement clinique;
- Entente entre la personne usagère, la PPA (le cas échéant) et l'intervenant(e) pour mettre fin aux services (reconnaissances des limites au suivi actuel, absence de collaboration, comportements problématiques, enjeux de sécurité pour le personnel, etc.)

Sous-étapes	Actions spécifiques au programme
Préparer la personne usagère et ses PPA à la rencontre de fermeture ou transfert du dossier	• Prévoir les conditions de la cessation de l'intervention et en assurer le suivi ; • Expliquer les raisons de la fermeture ou du transfert de dossier à la personne usagère • Donner un échéancier de la date de fermeture/transfert du dossier
Rédiger une note de fermeture	La fin de l'épisode de soins ou services s'accompagne d'une note de fermeture dans le dossier I-CLSC de la personne usagère. La note de fermeture permet de faciliter la continuité de l'intervention dans le cadre d'un prochain épisode de soins ou services s'il y a lieu. Contenu de la note : ○ Synthèse des démarches et interventions réalisées; ○ Niveau d'atteinte des objectifs ; ○ Motif de la fermeture, recommandations ou suivis à réaliser; ○ Orientation de la personne usagère vers d'autres services ou partenaires si requis. Pour les membres d'un ordre professionnel, se référer aux normes de tenue de dossier de l'ordre en question.
Fermer l'épisode de service	<u>Lors de la fermeture de l'épisode au SAD:</u> ○ Fermer l'épisode dans I-CLSC, Hélios et le bouton 911 (indiquer la raison) ○ Synchroniser la fiche de la personne usagère dans RSIPA ○ Annuler les services ○ Archiver les documents pertinents <u>Lors d'un transfert :</u> ○ Pour l'intervenant·e associé·e : Discuter des observations à domicile et des besoins identifiés avec l'intervenant·e-pivot, et ce, avant d'effectuer une référence interne. ○ Faire la référence interne ○ Aviser le/la chef·fe d'équipe auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) du changement de pivot ○ Aviser la personne usagère de l'employé·e à contacter durant l'attente de la prise en charge ○ Archiver les documents pertinents Pour l'intervenant·e-pivot : Aviser les intervenant·es concerné·es et l'équipe administrative • Aviser la personne usagère et ses PPA de contacter lorsque nécessaire soit : ○ l'intervenant·e-pivot : si l'épisode de services se poursuit ○ le GASSA : si le dossier est fermé

Conclusion

En somme, le programme SAD vise à structurer les interventions afin de réunir les conditions favorables au maintien à domicile des personnes usagères accompagnées de leurs PPA. Il valorise leur participation aux décisions et le respect des capacités des personnes usagères à faire des choix pour elles-mêmes, y compris dans des contextes comportant certains risques. Dans une perspective d'évolution continue, ce programme devra s'adapter aux besoins croissants de la population et aux transformations organisationnelles, notamment par le renforcement de la collaboration et l'intégration de solutions technologiques innovantes, afin d'assurer des services accessibles, cohérents et de qualité.

Liste des annexes

Annexe A : Profils ISO-SMAF

Annexe B : Désignation de l'intervenant·e pivot

Annexe C : Distinction des rôles et responsabilités entre l'intervenant·e pivot et associé·es

Annexe D : Consignes d'utilisation des évaluations standardisées

Annexe E : Cheminement clinique pour soutenir les PPA

Annexe F : Déroulement de la rencontre PII

Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations en soutien à domicile - Actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix ». Gouv Qué [Internet]. 2023 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf

2. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). et rev. 2018 2014.

3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population - Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé. Gouv Qué. 2022.

4. CISSS de la Montérégie-Ouest. Politique - Consentement aux soins et services. Gouv Qué. 2019.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés - Cadre de référence provincial. Gouv Qué. 2023.

6. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Les facteurs de protection et de risque expliqués [Internet]. 2020 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: https://csnb.ca/nouvelles/les-facteurs-de-protection-et-de-risque-expliques

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Gouv Qué. 2018.

8. Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : du discours à une action concertée. 2013.

9. Éditeur officiel du Québec. Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes. Gouv Qué. 2025.

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Gouv Qué. 2001.

11. CISSS de la Montérégie-Ouest. Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers. Gouv Qué [Internet]. 2025 [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/en-du-reglement-sur-les-modalites-elaboration-et-de-revision-des-plans-intervention-pi-des-usagers/telechargement/-

12. Comité sur les pratiques, collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services - Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Univ Montr [Internet]. 2014 [cité 2 avr 2026]. Disponible sur: https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/68/2022/04/Guide-implantation-du-partenariat-de-soins-et-de-services.pdf

13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique nationale de soutien à domicile - Mieux chez soi. Gouv Qué [Internet]. 2026. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-704-07W.pdf

14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La fierté de vieillir – Plan d'action gouvernemental 2024-2029. Gouv Qué. 2024.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. Gouv Qué. 2021.

16. Commissaire à la santé et au bien-être. Bien vieillir chez soi - Tome 1: comprendre l'écosystème. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile. Gouv Qué. 2023.

17. Institut de la statistique du Québec. Portrait des personnes aînées au Québec. Gouv Qué. 2023.

18. Blackburn M, Noiseux M, Provencher S, Savoie E, Simoneau ME. Portrait de santé RTS de la Montérégie-Ouest. Longueuil: Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique; 2018. p. 26 p.

19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour faire les bons choix - Chez soi: le premier choix - La politique de soutien à domicile. Gouv Qué. 2003.

20. Dubuc A. Le statu quo ne sera plus possible. Inst Qué. 2021.

21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique gouvernementale de prévention en santé - Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Gouv Qué. 2016.

22. Aide chez soi. Chez moi pour la vie, le choix des québécois selon un sondage léger. Aidechezsoi.com [Internet]. 2021 [cité 29 juin 2026]. Disponible sur: https://aidechezsoi.com/2021/02/17/sondage/

23. Commissaire à la santé et au bien-être. Bien vieillir chez soi | Tome 2: Chiffrer la performance. Gouv Qué. 2023.

24. Holroyd-Leduc J, Resin J, Ashley L, Barwich D, Elliott J, Huras P, et al. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. Res Involv Engagem. 2016;2(1):23. doi:10.1186/s40900-016-0038-7

25. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Gouv Qué [Internet]. 2015 [cité 30 oct 2025]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf

26. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Gouv Qué. 2017.

27. CISSS de la Montérégie-Ouest. Cadre de référence sur l'encadrement professionnel (CDR-10350). Gouv Qué [Internet]. 2023 [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/cadre-de-reference-sur-encadrement-professionnel/telechargement/-

28. CISSS de la Montérégie-Ouest. Processus clinique - Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie. Gouv Qué [Internet]. 2022 [cité 30 oct 2025]. Disponible sur: https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/processus-clinique-de-la-dssadg/telechargement/-

29. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cheminement clinique pour soutenir les personnes proches aidantes (PPA. Gouv Qué [Internet]. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-835-05W.pdf

Processus d'élaboration / de révision		
Rédigé par	Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux - Équipe Développement et évolution des pratique et Équipe Qualité de la pratique clinique	2026-07-14
Consultation(s)	**Comité stratégique**: Isabelle Lefebvre, directrice, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Dominique Lécuyer, directrice intérimaire, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Mélissa Haineault, directrice adjointe intérimaire, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Manon Rousse, coordonnatrice soutien à domicile, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Émilie Bouchard, adjointe à la directrice, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Catherine St-Jean, chef de service développement et évolution des pratiques, Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux Audrée Leboeuf, coordonnatrice intérimaire, Direction de l'accès et de la coordination extrahospitalière des soins et services	2026-06-05
	Comité tactique: Andréanne Blanchette, chef de programme SAD, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Véronique Cuerrier, chef de programme SAD, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Lisa Del Guidice, chef mandats spéciaux, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Cindy Eccleston, chef de programme SAD, Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie Joannie La Rocque, conseillère, Direction des soins infirmiers	2025-08-19
	Comité consultatif communautaire: Julie Paquette, directrice générale, Les aidants du Haut-St-Laurent Stephan Laperrière, agent sociocommunautaire, service de police de la ville de Mercier Sophie Landry, intervenante de milieu, Centre d'action bénévole du grand Châteauguay Jessica Garcia, intervenante de milieu, Centre d'action bénévole du grand Châteauguay Marie-Michelle Pelland, organisatrice communautaire, Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique Marie-Christine Floch, directrice générale, Carrefour bienveillance 50+	2024-06-07

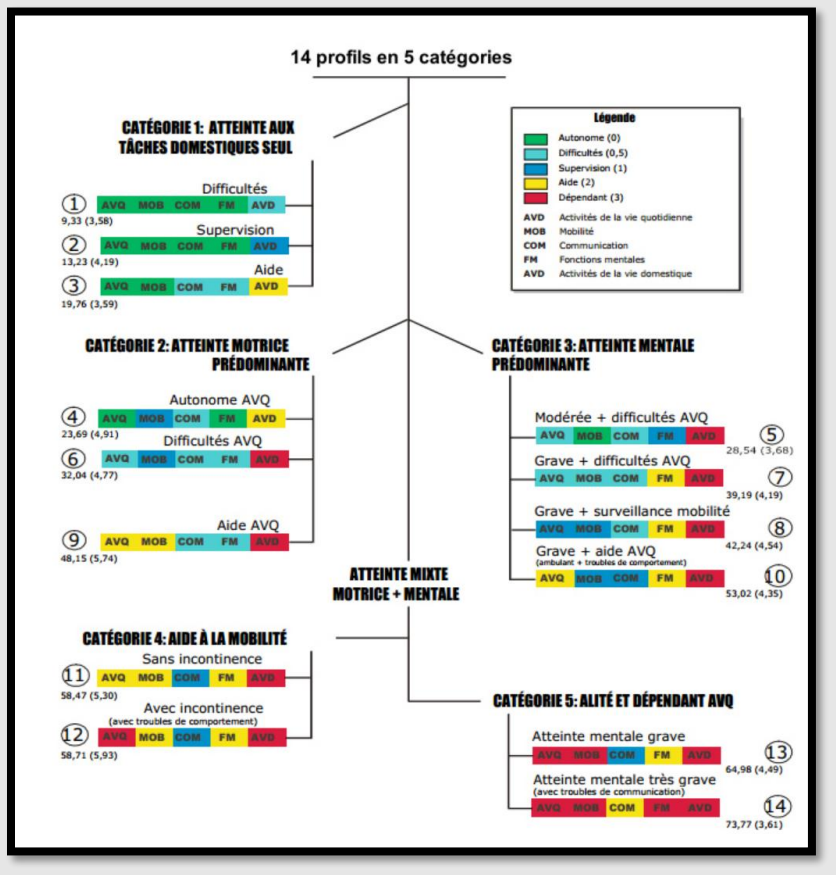
Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Conseils multidisciplinaires de Services Santé et de Services Sociaux	2026-06-22
	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	2026-06-22

Historique du document / de révision du document		
Adopté par	Comité exécutif DSSAG Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie	2026-10-01
Commentaires		

ANNEXE A
Profils ISO-SMAF

Les profils ISO-SMAF classifient les besoins des personnes selon leur autonomie, le type et l'intensité de service requis pour le maintien de l'autonomie. Ils regroupent 14 profils de perte d'autonomie, regroupés en cinq catégories. Le profil est établi par une évaluation de 29 incapacités du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La figure suivante présente les catégories ainsi qu'un sommaire des profils.

Les catégories et sommaire des profils du système ISO-SMAF



La catégorie 4 inclut les profils 11 et 12 caractérisés par des atteintes motrices prédominantes, des troubles de comportement et parfois de l'incontinence.

La catégorie 5 inclut les profils 13 et 14 caractérisés par le fait que les personnes sont alitées, dépendantes aux AVQ, avec des atteintes mentales graves ou très graves ainsi que des troubles de la communication.

Les profils 11 à 14 représentent les profils les plus sévères de perte d'autonomie.

ANNEXE B
Désignation de l'intervenant·e pivot

L'intervenant·e-pivot favorise la continuité des soins et services particulièrement lorsque la situation est complexe et que la personne usagère est suivie par plus d'un·e intervenant·e de l'établissement ou reçoit des services de plusieurs partenaires. Le rôle de pivot est automatiquement assumé par l'intervenant·e qui serait seul·e au dossier.

Selon les orientations du MSSS, le rôle de pivot doit être

> « assurée par [l'intervenant·e le ou la plus approprié·e] en fonction de la situation de [la personne usagère] et de ses besoins ou de ceux des PPA qui l'accompagnent. La désignation de [l'intervenant·e pivot] doit prendre en compte la composante majeure du suivi clinique requis afin de favoriser une continuité relationnelle dans le suivi offert à [la personne usagère] et d'éviter les réévaluations »(1).

Ce rôle peut être assumée par tout type d'intervenant·e (outre les ASSS et les préposés aux bénéficiaires) et s'ajoute à ses responsabilités cliniques. La coordination est facilitée lorsque la majorité des services relève du champ disciplinaire de l'intervenant·e.

Dans certains cas, les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique peuvent désigner l'intervenant·e-pivot. Cette désignation peut s'imposer en raison de différents facteurs, tels que la présence de problématiques complexes, ou encore une mésentente entre les membres de l'équipe sur le choix du/de la pivot.

Changement d'intervenant·e-pivot

La stabilité de l'intervenant·e-pivot est privilégiée, mais un changement est possible si les besoins de la personne usagère évoluent, notamment s'ils seraient répondus par une autre discipline. Ce changement doit se faire après discussion avec les intervenant·es concerné·es et doit se conclure par la désignation d'un·e intervenant·e pour prendre le rôle (ne pas laisser la personne usagère sans pivot). L'épisode de service de l'intervenant·e pivot actuel·le doit rester ouvert jusqu'à ce qu'un·e autre intervenant·e prenne le relai.

Conditions préalables au transfert du rôle de pivot

- Évaluation standardisée à jour;
- Stabilité de la condition de la personne usagère;
- Services ajustés selon les besoins;
- Concertation clinique obligatoire pour informer l'intervenant·e prenant le rôle de pivot.

En cas d'enjeux particuliers concernant le transfert de rôle de pivot, une discussion en présence des personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique est possible.

ANNEXE C
Distinction des rôles et responsabilités entre l'intervenant·e pivot et associé·es

Évaluation et suivi clinique

Responsabilités	Intervenant·e	
	Pivot	Associé·e
Évaluer les besoins disciplinaires et effectuer les interventions nécessaires	✓	✓
Maintenir un contact avec la personne usagère et/ou ses proches aidants (PPA), selon les besoins identifiés	✓	✓
Informer, soutenir et accompagner la personne usagère et ses PPA dans la démarche de soins et de services	✓	✓
Agir de façon proactive lorsque la situation de la personne usagère est instable ou à risque de se détériorer	✓	✓
Assurer les suivis, lorsque nécessaire, auprès des intervenants et des établissements concernés	✓	✓
Promouvoir une approche axée sur la prévention du déconditionnement et le maintien des capacités plutôt que sur une vision de compensation	✓	✓
Réaliser et mettre à jour l'outil d'évaluation standardisée (SMAF, évaluation préliminaire ou OEMC) selon son jugement clinique	✓	

Coordination et continuité des services

Responsabilités	Intervenant·e	
	Pivot	Associé·e
Coordonner les soins et les services offerts à domicile ; agir comme chef d'orchestre	✓	
Coordonner et assurer la continuité des interventions auprès de la personne usagère	✓	
Se coordonner avec les autres intervenants impliqués afin d'éviter les dédoublements de services	✓	✓
Assister l'intervenant pivot lorsque nécessaire		✓
Remplacer l'intervenant pivot lorsque nécessaire (demande au CAR, planification de congé, autres démarches, etc.)		✓

Plan d'intervention et collaboration interdisciplinaire (PII / PSI)

Responsabilités	Intervenant·e	
	Pivot	Associé·e
Organiser les rencontres de Plan d'Intervention Interdisciplinaire (PII) et de Plan de services individualisé (PSI) lorsque des objectifs communs et des responsabilités partagées sont requis	✓	
Favoriser et soutenir la participation active de la personne usagère aux rencontres de PII	✓	
Participer aux rencontres PII ou PSI	✓	✓
Informer l'intervenant pivot de toutes démarches ayant un impact sur le PII ou le PSI (demande de services, etc.)		✓

Références et accès aux services

Responsabilités	Intervenant·e	
	Pivot	Associé·e
En concertation avec le pivot, réaliser les démarches nécessaires pour permettre l'accès aux différents services offerts en priorisant les ressources familiales, du milieu et les ressources communautaires	✓	✓
Effectuer les références internes lorsqu'un besoin est identifié	✓	✓
Valider avec l'intervenant pivot et effectuer une référence interne		✓
En collaboration avec les autres intervenants, déterminer l'intervenant le plus approprié pour effectuer les demandes de services (hébergement temporaire, centre de jour, organismes communautaires, hébergement à domicile etc.). Ces démarches sont généralement assumées par l'intervenant pivot.	✓	
Transmettre les demandes de services au CAR	✓	

Gestion administrative, outils cliniques et situations d'urgence

Responsabilités	Intervenant·e Pivot	Intervenant·e Associé·e
Compléter la fiche SAIRC	✓	
Inscrire et mettre à jour la clientèle vulnérable via le bouton 911 dans SIC Plus	✓	
Assurer l'adhésion aux politiques et procédures du SAD (déneigement, civilité, gestion des animaux de compagnie, etc.) afin de soutenir l'équipe ASSS/PAB. Toutefois, il est de la responsabilité de l'intervenant pivot d'intervenir si l'usager ne respecte pas les politiques et procédures.	✓	✓
Communiquer avec la personne usagère ou sa personne aidante (PPA) lors de situations liées aux mesures d'urgence	✓	

Épisode de services et transitions (incluant congé hospitalier)

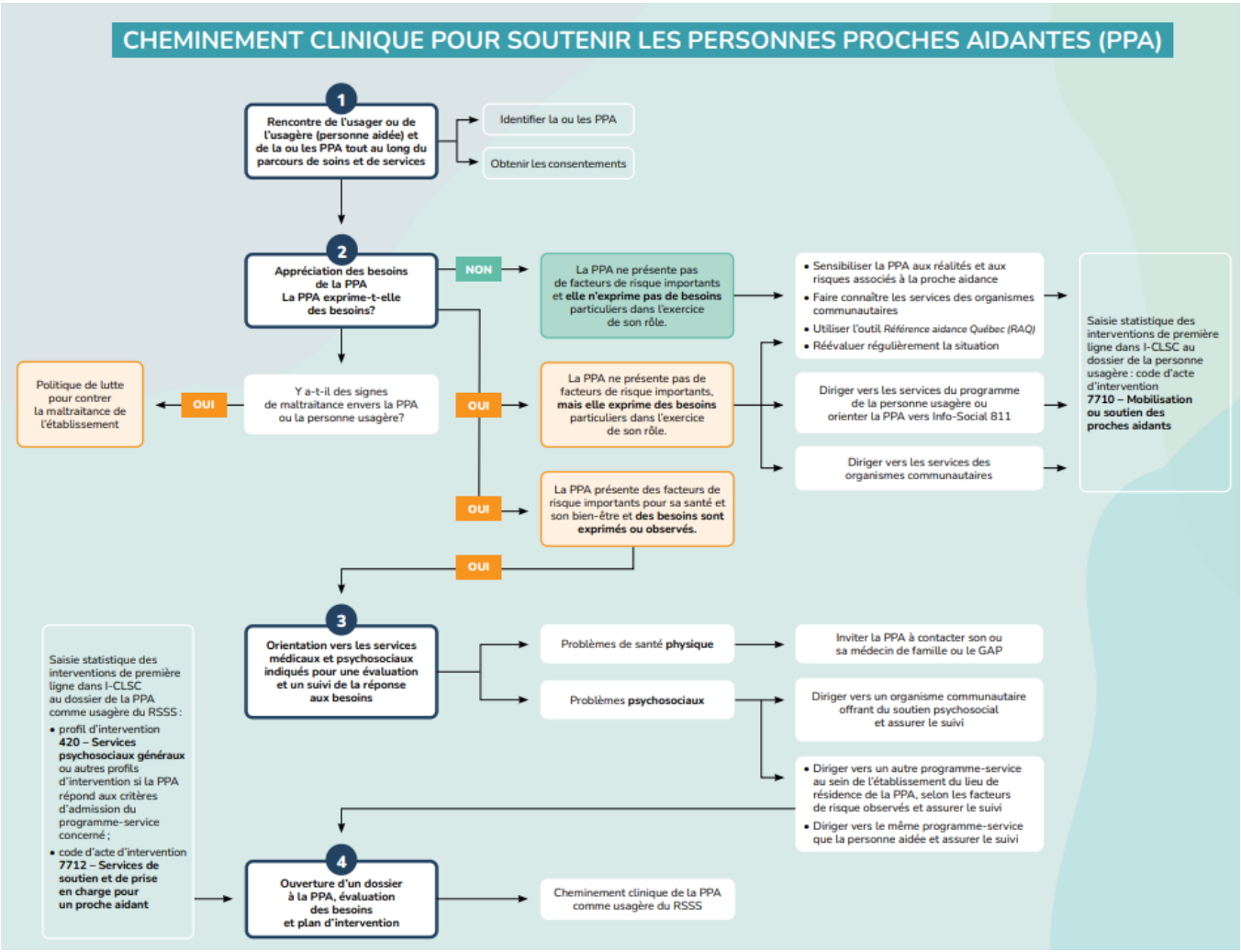
Responsabilités	Intervenant·e Pivot	Intervenant·e Associé·e
Réaliser la planification simple du congé hospitalier	✓	
Effectuer, en collaboration avec l'intervenant responsable de la planification du congé, les congés hospitaliers en mode hybride	✓	✓
Compléter la fermeture de l'épisode de services et s'assurer que les modalités de suivi sont en place	✓	
Aviser les intervenants impliqués et l'équipe administrative lors de la fermeture du dossier (décès, changement de territoire ou relocalisation)	✓	

** Le tableau constitue des repères et présente des tendances générales; toutefois, le jugement clinique, la communication et la collaboration demeurent essentiels.*

ANNEXE D
Consignes d'utilisation des évaluations standardisées

Types de services (Profil I-CLSC)	CONSIGNES D'UTILISATION DES ÉVALUATIONS STANDARDISÉES
SAD longue durée (192, 210, 311, 312, 710)	• **Mise en place de services (SAP, aide aux AVD (défrayée par l'établissement), centre de jour ou de répit[1])** : Une évaluation standardisée des besoins est obligatoire pour tous les usagers qui nécessitent la mise en place de ces services. • L'intervenant du SAD qui effectue la mise en place des services est responsable de remplir l'évaluation standardisée de son choix. • **Suivi clinique disciplinaire seulement :** Dans le cadre d'un suivi clinique par un intervenant dont le suivi à long terme est relié exclusivement à l'activité disciplinaire ou en délégation d'activités (loi 90), sans besoin de mise en place de SAP et/ou de répit, l'évaluation disciplinaire est prioritaire. Une évaluation globale standardisée n'est pas obligatoire, mais peut s'avérer pertinente selon la complexité de la situation de l'usager. La réalisation d'une évaluation préliminaire ou d'une évaluation globale (OÉMC) est laissée au jugement clinique de l'intervenant. • **Réévaluation :** Dans le cadre du suivi à long terme de l'usager, la réévaluation de sa situation sera requise. L'intervenant exerce son jugement clinique pour déterminer le moment de la réévaluation, la façon de réévaluer et l'outil selon la situation (type de changement), le type de services requis (p. ex. : SAP, aide aux AVD (défrayée par l'établissement), centre de jour, répit) ou le type de suivi requis (p. ex. : suivi disciplinaire) pour refléter le portrait actuel de la situation de l'usager. Un document de soutien pour l'exercice du jugement clinique est disponible pour les intervenants.
SAD courte durée (110, 121, 191, 192, 210, 311, 312, 710)	• L'évaluation disciplinaire de l'intervenant est obligatoire pour la mise en place de SAP, d'aide aux AVD (défrayée par l'établissement) et/ou de répit afin de déterminer les besoins de l'usager et de permettre la planification des services. • Une évaluation standardisée n'est pas obligatoire lorsque l'usager requiert la mise en place de SAP, d'aide aux AVD (défrayée par l'établissement) ou de répit ponctuels, temporaires ou de courte durée, et ce, pour l'ensemble des profils de ces usagers. • Selon le jugement clinique de l'intervenant, l'évaluation standardisée peut être réalisée en fonction de la complexité de la situation ou de l'évolution des besoins de l'usager. Note : Dès que l'usager présente des besoins pour des services qui risquent de se chroniciser et que la fin de la prestation ne peut être prévue ou anticipée, les directives des services de longue durée de la section précédente doivent être appliquées.
Soins palliatifs à domicile (121)	• Une évaluation disciplinaire est obligatoire lorsque l'usager suivi en soins palliatifs requiert la mise en place de SAP, d'aide aux AVD (défrayée par l'établissement) ou de répit, que ce soit pour des services à court ou à long terme. • La pertinence de remplir une évaluation standardisée est définie par le jugement clinique de l'intervenant en s'appuyant sur les facteurs suivants : le pronostic (si disponible), la rapidité de l'évolution de l'état et des besoins de l'usager, la capacité de l'usager et de ses personnes proches aidantes à participer à l'évaluation, etc.
RI-RTF	• **Les mêmes balises s'appliquent comme pour tous les usagers SAD de longue durée :** la mise à jour de l'évaluation standardisée est réalisée selon le jugement clinique de l'intervenant du SAD, lors d'un changement significatif dans la situation biopsychosociale de l'usager ou lors d'une demande de changement de milieu de vie. Selon son jugement clinique, l'intervenant du SAD peut choisir entre les différentes évaluations disponibles (SMAF seul, ou évaluation globale (OÉMC)). L'évaluation standardisée des besoins au dossier (évaluation globale (OÉMC) ou SMAF-seul) doit refléter le portrait actuel de l'usager.
Demande d'hébergement (à partir du SAD)	• **Pour la demande d'hébergement en CHSLD, en MDA MA, en RI-RTF et en RAC**, une évaluation standardisée des besoins globaux (OÉMC) est obligatoire. Elle est remplie par un intervenant du SAD et fournie à l'équipe responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement concernée selon le cadre normatif en vigueur[2]. L'intervenant doit s'assurer que le portrait de la situation de la personne en attente d'hébergement reflète le portrait actuel de l'usager et doit procéder à la réévaluation lorsque cela est requis avec l'outil standardisé (évaluation globale (OÉMC) ou SMAF) le plus approprié pour démontrer les changements.

ANNEXE E
Cheminement clinique pour soutenir les PPA (29)



ANNEXE F
Déroulement de la rencontre PII

<table>
<tr><th>Thèmes abordés</th><th>Responsables</th></tr>
<tr><td>1. Présentation des personnes présentes et du fonctionnement de la rencontre</td><td>Animateur·ice et personnes participantes</td></tr>
<tr><td>2. Situation souhaitée par la personne usagère et ses proches (besoins prioritaires)</td><td rowspan="3">Animateur·ice, personne usagère et ses proches, soutenus par les membres de l’équipe au besoin</td></tr>
<tr><td>3. Préoccupations de la personne usagère</td></tr>
<tr><td>4. Résumé de la situation actuelle :
a. Résultats des évaluations disciplinaires
b. Principales difficultés identifiées
c. Forces et ressources de la personne usagère et ses proches</td></tr>
<tr><td>5. Orientation clinique
a. Besoins prioritaires retenus
b. Objectifs reliés aux besoins
c. Moyens d’interventions, responsables et échéanciers</td><td></td></tr>
<tr><td>6. Clôture du PII
a. Date de révision du PII en fonction des besoins de la personne usagère
b. Validation de la compréhension et du consentement au plan par la personne usagère et ses proches
c. Validation de la satisfaction du déroulement de la rencontre</td><td>Animateur·ice et personnes participantes</td></tr>
<tr><td colspan="2">*** En l’<u>absence de la personne usagère et ses proches</u> durant la rencontre, l’animateur·ice et les membres de l’équipe ont la responsabilité d’assurer que leurs attentes et leurs besoins soient considérés à chacune des étapes de la rencontre. Un résumé de la rencontre doit leur être fait par la suite pour échanger sur les objectifs, les moyens et les échéanciers discutés et valider leur engagement et leur consentement.</td></tr>
</table>