

## Caractéristiques des personnes âgées vulnérables

| Caractéristiques  | Conséquences  |
|---|---|
| Présence de stigmates du vieillissement   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• baisse des capacités physiologiques</li> <li>• difficulté à distinguer le vieillissement normal du vieillissement pathologique</li> <li>• récupération plus lente</li> <li>• sensibilité accrue des médicaments</li> </ul>                     |
| Présentation atypique ou non spécifique des maladies  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• difficulté à diagnostiquer les maladies</li> <li>• retard à traiter des maladies curables et réversibilité du problème compromise (moment stratégique d'intervention)</li> </ul>   |
| Symptômes non rapportés par le patient âgé  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• retard à diagnostiquer les maladies</li> <li>• détérioration fonctionnelle</li> </ul>  |
| Maladies multiples et présence concomitante des grands syndromes gériatriques (delirium, démence, incontinence, chute, dépression)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• intrication des symptômes</li> <li>• risque d'effet cascade</li> <li>• polymédication</li> <li>• nécessité d'établir des priorités</li> <li>• nécessité de définir et de discuter du pronostic et du niveau d'intervention médicale</li> </ul> |
| Difficultés de communication associées en particulier à la surdité, la démence, l'aphasie mais aussi la langue, la culture et les valeurs | <ul style="list-style-type: none"> <li>• collecte de données plus longue et laborieuse</li> <li>• nécessité d'explorer les valeurs de la personne âgée</li> <li>• nécessité de l'implication de l'entourage</li> </ul>  |
| Précarité psychosociale et troubles d'adaptation liés aux stress d'ordre physique, psychologique, social ou environnemental               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• influence des facteurs psychosociaux sur la maladie et le traitement</li> <li>• difficultés d'adaptation aux pertes associées au vieillissement</li> <li>• nécessité d'une approche globale</li> </ul>   |

Tiré du cahier de formation projet SIPA  
 Préparé par Paule Lebel, MD spécialiste en santé communautaire  
 1999

## Principes de soins gériatriques et gériatriques

---

- ***Approche globale multidimensionnelle***
  - interactions des facteurs physiques, psychologiques et sociaux influençant la santé
  - intervention interdisciplinaire
  - réseau de services
  
- ***Approche flexible et adaptée aux besoins particuliers de clientèles spécifiques***
  - *Exemple* : . clientèle souffrant de troubles cognitifs ou psychiatriques
    - . personnes vivant seules sans réseau social
    - . personnes souffrant de maladies physiques instables (insuffisance cardiaque ou respiratoire)
    - . multiethnicité
  
- ***Reconnaissance des besoins des proches des personnes âgées (clients et partenaires)***
  - Information et conseils
  - soutien psychologique
  - répit
  - conseils pour développer des stratégies d'adaptation
  - aide instrumentale (AVQ/AVD)
  - dépistage des problèmes de santé
  
- ***Promotion et soutien de l'autonomie***
  - outils d'évaluation et de réadaptation fonctionnelle
  
  - interventions éducatives et participatives
    - self-care : automédication
    - self-help : groupes d'entraide de veufs/veuves  
groupes de soutien aux aidants (maladie d'Alzheimer)
  
  - comité conseil d'aînés auprès des SIPA-CLSC
  
  - intégration de la personne âgée dans son milieu de vie familial et communautaire
    - milieu de vie adapté
    - conditions de vie acceptables
      - . logement
      - . alimentation
      - . sécurité
      - . transport
      - . loisirs
      - . socialisation

- *Approche préventive et intervention précoce*
  - dépistage, diagnostic et prise en charge interdisciplinaire de problèmes de santé
    - . démence
    - . vision/audition
    - . dépression
    - . vaccination
    - . chutes
    - . épuisement des aidants
    - . insuffisance cardiaque
    - . HTA
    - . troubles nutritionnels
    - . abus et négligence
    - . médication inappropriée
- *Diagnostics rigoureux*
  - observations multiples
  - collecte complète d'information et analyse systématique
- *Intervention proportionnée*
  - état général du patient et pronostic
  - négligence vs acharnement
  - iatrogénèse
  - niveau d'intervention/testament de vie/réanimation
- *Respect des désirs et des préférences des personnes âgées et de leurs proches/consentement éclairé aux soins*
  - prise de décision concertée et éclairée avec personne âgée/famille
    - . évaluation (besoins)
    - . plan d'intervention (détermination des objectifs)
    - . suivi de l'atteinte des objectifs
  - importance de l'information transmise au préalable
  - négociation
  - acceptation de situations «dangereuses»
- *Approche communautaire des problèmes prioritaires*
  - responsabilité d'une population donnée
  - analyse des données épidémiologiques de l'ensemble de la clientèle inscrite au SIPA afin d'adapter la programmation, les interventions, les services
    - . données socio-démographiques
    - . diagnostics
    - . facteurs de risque
    - . conditions de vie
    - . utilisation des services

- ***Évaluation continue de la qualité/gestion des plaintes***
  - comités d'évaluation interne et externe au SIPA
  - traitement des plaintes
  - évaluation de certains indicateurs
    - *Exemple:* . mortalité
    - . chutes avec fracture de hanche
    - . plaies de pression
    - . hospitalisation
  
- ***Maintien de la compétence des professionnels du SIPA***
  - besoins de formation
  - activités d'éducation continue sous diverses formes

Tiré du cahier de formation SIPA  
Préparé par Paule Lebel, MD spécialiste en santé communautaire  
1999

## **Le modèle SIPA : du concept à l'expérimentation**

---

Le modèle SIPA issu des travaux du GrSIPA propose une organisation des soins et services qui :

- possède des assises communautaires
- offre la gamme complète de services sociaux et de santé, communautaires et institutionnels
- détient la responsabilité clinique des services peu importe où ils sont prodigués
- détient la responsabilité de l'ensemble des soins et services pour toutes les personnes âgées avec incapacité sur un territoire donné
- applique la gestion de cas suivant les principes gérontologiques et gériatriques
- assure le suivi, la gestion et la prestation des soins par une équipe interdisciplinaire comprenant l'ensemble des professionnels et intervenants qui contribuent aux soins et services des personnes
- mobilise les ressources de façon flexible et rapide
- instaure des incitatifs qui visent à développer la prévention, la détection et l'intervention précoce
- se finance par capitation
- assume la responsabilité financière pour l'ensemble des services sociaux et de santé, communautaires et institutionnels
- maintient la gestion publique des soins et services
- respecte les paramètres du régime public des services de santé canadien

Ce modèle s'inscrit en continuité avec les réformes québécoises récentes du système de santé et avec celles en cours dans le reste du Canada. Il implique des modifications importantes dans la façon d'organiser, de dispenser et de financer les services sociaux et de santé. C'est pour cette raison que la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSM-C) s'est engagée dans un projet de démonstration afin d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'efficience du modèle proposé en vue de le généraliser et d'en retenir les éléments positifs. La RRSSSM-C, en collaboration avec le GrSIPA, a reçu une subvention du FASS de 7,6 millions au printemps 1998 pour la réalisation et l'évaluation d'un projet de démonstration du modèle SIPA. Le CLSC Bordeaux-Cartierville et le FRSQ ont versé des subventions respectives de 150 000 \$ et de 111 540 \$ pour l'évaluation SIPA. Les compagnies Aventis, Glaxo et Novartis ont contribué au financement de la diffusion des résultats.

Le projet de démonstration ne peut pas reproduire l'ensemble du modèle SIPA. Les éléments essentiels des modèles clinique et de gestion du SIPA ont été implantés et évalués. Ces éléments sont :

- la responsabilité clinique et la prestation d'une combinaison complexe de services sociaux et de santé quel que soit le lieu de dispensation
- la collaboration et la coordination entre établissements
- l'intégration des interventions médicales et sociales
- la gestion de cas et le travail en équipe interdisciplinaire
- l'implantation d'un ensemble d'interventions cliniques qui favorisent l'intégration, la coordination et la continuité des soins par:
  - . l'application de protocoles de soins
  - . le développement de partenariat avec les médecins et les établissements
  - . un système de garde 24 heures par jour et 7 jours par semaine
- l'intensification du budget d'interventions communautaires rendue possible par la subvention du FASS, en l'absence de financement par capitation
- la diffusion d'une perspective financière large au sein de l'équipe SIPA qui ne se limite pas au contrôle budgétaire des activités sous la responsabilité directe des SIPA locaux, mais qui prend en considération les coûts de tous les services sociaux et de santé, peu importe l'établissement qui en a la charge.

Tiré du rapport de recherche Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000. Groupe de recherche Universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, mai 2001.

## Éléments essentiels du modèle clinique SIPA

---

- ensemble de soins préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs
- responsabilité clinique des soins médicaux et sociaux pour l'ensemble des personnes âgées inscrites au SIPA, où qu'elles soient dans le réseau
- gestion de cas intensifiée, ouverte sur le réseau avec une double fonction :
  - gestion de cas (80 %)
  - intervention disciplinaire (20 à 30 %)
- soins médicaux de première ligne par le médecin de famille de cabinet privé ou du SIPA, ou les deux (co-management); médecins consultants gériatres ou psychogériatres
- mécanismes rapides d'admission, d'évaluation, d'allocation de services
- approche géronto-gériatrique systématique et rigoureuse; utilisation systématique de protocoles interdisciplinaires de dépistage, diagnostic et prise en charge; gestion du risque plutôt que de la crise
- réponse rapide 24 heures par jour; système de garde
- utilisation rationnelle des ressources en privilégiant les ressources communautaires et les ressources alternatives d'hébergement
- mobilisation et appui des personnes âgées, de leur entourage, des organismes communautaires
- systèmes d'information et de communication efficaces

Groupe de recherche des Universités de Montréal et McGill  
sur les services intégrés aux personnes âgées, 1997

## Éléments essentiels du modèle SIPA, synthèse

---

- **Au plan clinique**

- clientèle-cible de 65 ans et plus avec incapacités ( -10 au SMAF)
- accès à une gamme de soins et services préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs
- responsabilité clinique des soins et services médicaux et sociaux pour l'ensemble des personnes inscrites au SIPA, où qu'elles soient dans le réseau<sup>1</sup>
- système de gestion par cas permettant l'intégration de l'intervention médicale, sociale et de soutien par les protocoles (modèle géronto-gériatrique)
- gestion du risque plutôt que de la crise : application systématique et annuelle des protocoles cliniques de dépistage et d'intervention et élaboration de PII ou PSI avec révision au moins annuelle
- mobilisation et appui des personnes âgées, de leur entourage, des organismes communautaires
- utilisation rationnelle des ressources cliniques par l'intensification des services communautaires et la diminution de l'utilisation des services institutionnels tels que définis dans le rapport de recherche

- **Au plan organisationnel**

- mécanismes rapides d'admission, d'évaluation et d'allocation des services
- réponse rapide 24 heures par jour : système de garde
- systèmes d'information et de communication efficaces
- gestionnaires de cas et intervenants cliniques formés au modèle SIPA
- gestionnaires de cas et intervenants cliniques dédiés exclusivement à la clientèle SIPA
- charge de dossiers de 40 à 45 pour les gestionnaires de cas (excluant les clientèles hébergées)
- tableau de bord permettant de suivre l'atteinte des cibles de qualité du modèle SIPA et de pertinence de l'utilisation des ressources
- partenariat avec les médecins des cabinets privés et les établissements impliqués

- **Au plan financier**

- utilisation rationnelle des ressources financières du réseau de services grâce à une préoccupation accrue des coûts des services et à un suivi approprié de ces derniers (annexe)

---

**Les services communautaires** comprennent : les services à domicile, les hôpitaux de jour, les appareils techniques, les résidences protégées, les médicaments et les visites médicales en cabinet privé, en CLSC et en clinique externe.

**Les services institutionnels** comprennent : les hospitalisations dans un hôpital général ou un centre de réadaptation, les hospitalisations d'un jour, l'attente en hébergement dans un hôpital général, l'hébergement en CHSLD, les visites en urgence hospitalière et les soins palliatifs.



**Modèle SIPA : modèle d'intégration des services et des ressources** qui a comme objectif central d'offrir de façon efficiente tous les services et les soins appropriés pour promouvoir et maintenir l'autonomie et la dignité de la personne âgée en perte d'autonomie en tenant compte de ses préférences et de celles de son entourage

*Caractéristiques de l'expérimentation :*

- clientèle admissible : personne de plus de 65 ans avec –10 au SMAF  
profil de la clientèle : nombreuses maladies chroniques et incapacités fonctionnelles, plusieurs avec incontinence, troubles dépressifs ou problèmes cognitifs, avec utilisation intensive des services du réseau
- gamme de services : services de santé et services sociaux de première et deuxième ligne, en lien avec l'intervention médicale, médicaments, aides techniques, services d'hébergement, garde infirmière et médicale 24/7  
ententes et contrats : médecins, gériatres, places en résidences intermédiaires privées
- ressources humaines : équipe interdisciplinaire (infirmière, médecin, intervenant social, ergothérapeute, nutritionniste, physiothérapeute, auxiliaire familiale, pharmacien)
- ratio/usager moyen : 2 ETC/40 usagers ou 1/20 (excluant les médecins)
- modèle d'intervention pour l'intégration des services
  - gestion de cas : intervenants sociaux et infirmières du CLSC responsables (pour 45 cas) de l'ensemble du processus d'évaluation des besoins, de la planification et de la prestation des services, selon les principes et méthodes propres à la gériatrie et la gérontologie, et ce, où que l'utilisateur soit dans le réseau, avec cumul de responsabilités cliniques propres à la profession
- application du modèle clinique :
  - prévention et gestion des risques de détérioration de l'autonomie
  - services et interventions communautaires et de réadaptation privilégiés y compris les ressources intermédiaires d'hébergement plutôt que l'hospitalisation ou l'admission permanente en établissement de soins de longue durée
  - utilisation des ressources de façon adéquate et efficiente tout en tenant compte du choix de la personne et de sa famille
  - étroite collaboration avec les organismes communautaires et bénévoles
  - responsabilité clinique partagée pour les services dispensés en centre hospitalier de courte durée et de réadaptation, en hôpital ou centre de jour et en centre d'hébergement
  - innovation, flexibilité et rapidité des interventions adaptées aux besoins de la personne et de ses proches
  - outils de travail : dossier client (SIGG), protocoles cliniques, tableau de bord, SICC
- financement à partir de subventions et d'une contribution par usager de la part du CLSC
- responsabilité de gestion clinico-administrative exclusive au CLSC, avec la collaboration des partenaires nécessaires à la réalisation de son mandat : établissements, médecins, organismes communautaires. Le SIPA défraye les coûts des services qu'il dispense lui-même et les services prodigués par contrat
- reddition de compte à la RRSSSM-C sous les aspects suivants: effets sur la clientèle desservie, qualité des soins et services

Synthèse préparée par Luce Beauregard, octobre 2001

## De la coordination à l'intégration des services

### LE GUICHET UNIQUE ET LE SIPA

| ÉLÉMENTS  | GUICHET UNIQUE  | SIPA   |
|---|---|--|
| La définition   | C'est un processus de prise en charge de l'organisation des services  |  |
| <b>Le but</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser le maintien à domicile</li> <li>Éviter l'hébergement prématuré</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir de façon efficiente tous les services et les soins appropriés</li> </ul>   |
| <b>La clientèle</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>les personnes âgées (ou celles qui ont un profil gériatrique) à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie, à domicile ou hospitalisées</li> <li>approche individuelle</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>les personnes âgées avec un score de 10 et plus au SMAF-SIPA</li> <li>approche individuelle et populationnelle</li> </ul>   |
| <b>L'intervention clinique</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>principes gérontogériatriques</li> <li>propre à chaque établissement</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>principes gérontogériatriques</li> <li>application de protocoles de soins pour des problèmes de santé et sociaux spécifiques</li> </ul>                                     |
| <b>La gestion de cas</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>coordonne l'accès aux services permettant le maintien à domicile et statue sur le recours à l'hébergement</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>coordonne l'accès aux services de santé et aux services sociaux de première et deuxième ligne ainsi que les services d'hébergement</li> </ul>                               |
| <b>La responsabilité clinique</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>chaque établissement l'assume en fonction des services qu'il fournit</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>le SIPA l'assume pour les services qu'il dispense lui-même; pour les services dispensés par contrat, la responsabilité est partagée</li> </ul>                              |
| <b>La responsabilité financière</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>relève de chaque établissement qui dispense des services</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>relève toujours du SIPA</li> </ul>  |
| <b>Les relations/interactions entre les partenaires</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>coordination/collaboration</li> <li>liaison/référence</li> <li>centrées sur l'échange d'information</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>coordination/collaboration intégration/négociation</li> <li>centrées sur la mise en commun</li> </ul>   |
| <b>Le processus décisionnel</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>relève de chaque établissement, selon son champ d'expertise</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>partagé</li> </ul>  |
| <b>L'évaluation</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>en fonction de la performance (processus, qualité des services...) de chaque partenaire</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>en fonction de la performance (processus, qualité des services...) pour une population; selon la contribution de chaque établissement à l'atteinte des objectifs</li> </ul> |

## Compétences utiles à la gestion de cas

| COMPÉTENCE   | ACTIONS   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approche client</b></li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ centre son intervention sur les préoccupations et les attentes de l'utilisateur et de ses proches</li> <li>▪ crée un climat de confiance par une approche caractérisée par l'empathie, l'accompagnement</li> <li>▪ questionne les besoins de l'utilisateur et les attentes de son entourage en vue d'offrir des services de qualité</li> <li>▪ s'assure du respect des droits de l'utilisateur</li> <li>▪ maintient un lien significatif avec l'utilisateur de façon à rester en contact avec l'évolution de ses besoins et de ses attentes</li> </ul>                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approche gérontogériatrique</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approche globale multidimensionnelle</li> <li>▪ Approche flexible et adaptée aux besoins particuliers de clientèles spécifiques</li> <li>▪ Reconnaissance des besoins des proches des personnes âgées (clients et partenaires des soins)</li> <li>▪ Promotion et soutien de l'autonomie</li> <li>▪ <b><i>Approche préventive et intervention précoce</i></b></li> <li>▪ Diagnostics rigoureux</li> <li>▪ Intervention proportionnée</li> <li>▪ Respect des désirs et des préférences des personnes âgées et de leurs proches/consentement éclairé aux soins</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Communication</b></li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• écoute attentivement et démontre sa compréhension du point de vue de l'utilisateur, de son entourage, des collègues et des partenaires</li> <li>• crée des liens avec les partenaires internes et externes</li> <li>• communique régulièrement avec l'utilisateur, son entourage et les partenaires toutes les informations pertinentes</li> </ul>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Organisation</b></li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• établit ses priorités</li> <li>• prend des initiatives</li> <li>• connaît la gamme de services disponibles et leurs critères d'admissibilité et leurs coûts</li> <li>• s'assure que le service est rapide et adapté aux besoins de l'utilisateur</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion</b></li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des ressources de la personne âgée et de sa famille, des ressources publiques et privées</li> <li>• Utilisation efficiente des ressources</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résolution des problèmes</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• recherche l'information nécessaire pour bien cerner les problèmes</li> <li>• analyse les situations problématiques</li> <li>• évalue les alternatives d'action</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mobilisation</b></li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• anime les rencontres au besoin</li> <li>• définit avec les partenaires les contributions attendues et les rassemble autour d'objectifs communs</li> <li>• assure la coordination des différents services de l'utilisateur</li> <li>• donne et favorise le partage du feedback</li> <li>• partage les responsabilités nécessaires pour agir</li> </ul> |

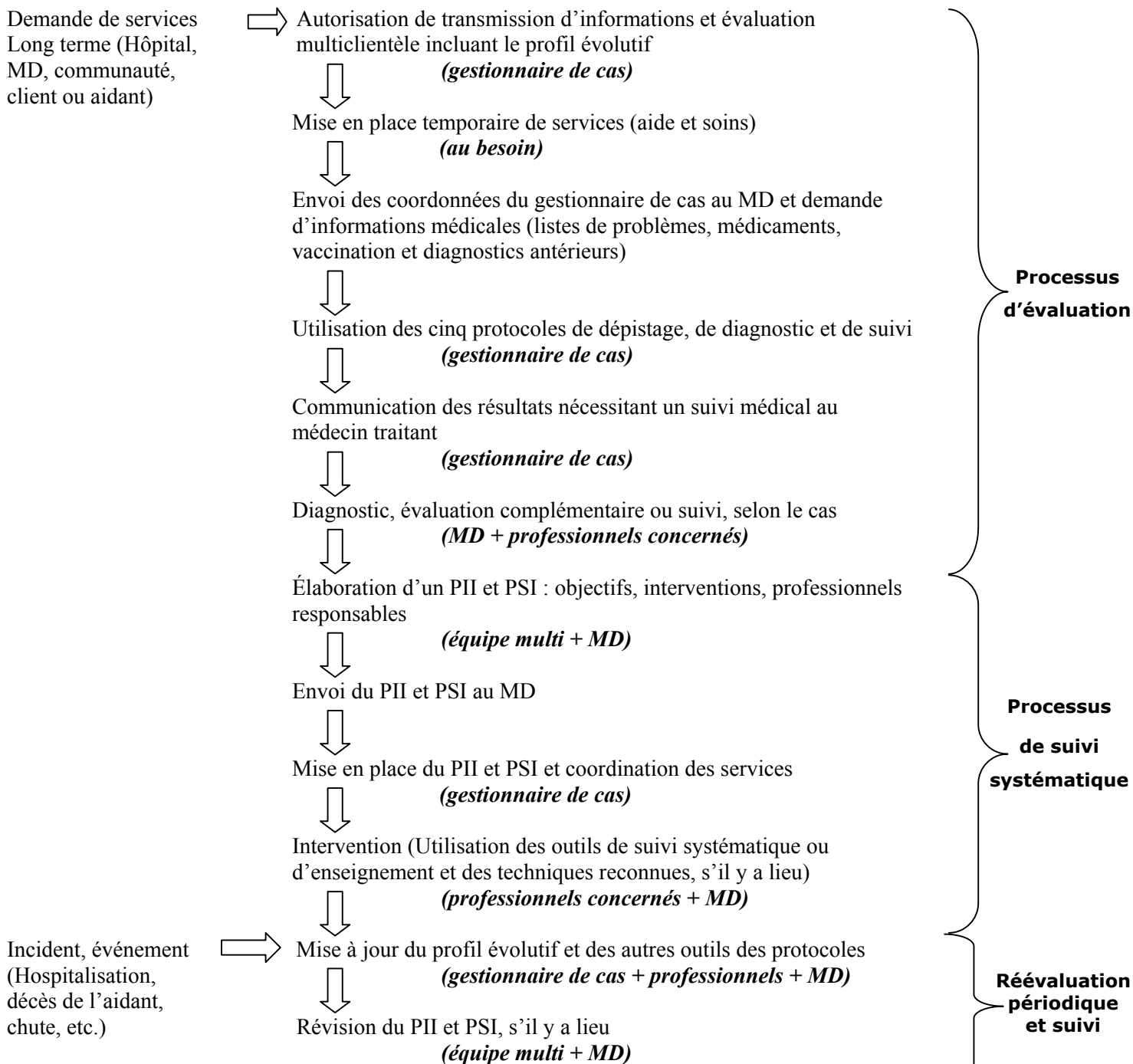
|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Négociation</b></li></ul>                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• négocie les ententes avec les partenaires pour répondre aux besoins de l'utilisateur</li><li>• crée un climat propice à des échanges profitables pour les parties impliquées dans la résolution de problèmes</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Auto-évaluation de la performance</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• s'auto-évalue individuellement et en équipe</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Créativité</b></li></ul>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• génère les solutions originales</li><li>• prend des initiatives</li><li>• prend des risques planifiés</li><li>• suscite le développement de nouveaux services pour répondre aux différents besoins</li></ul>           |

Adapté du programme de formation Gestion de cas,  
Régie régionale de Montréal-Centre, octobre 1998

**Processus de gestion de cas incluant  
l'utilisation des protocoles interdisciplinaires et les liens avec le médecin traitant**

Document de travail (2<sup>e</sup> version)

mars 2002



## Définition du plan d'intervention interdisciplinaire (PI) et du plan de services individualisé (PSI)

---

### Définitions tirées de la Loi sur la Santé et les Services Sociaux chapitre S-4.2

a) *Définition du plan d'intervention interdisciplinaire (PI)*

«Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée.....un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser, et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement. » (article 102).

b) *Plan de services individualisés (PSI)*

«Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée.....doit recevoir pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. » (art 103)

*Collaboration de l'utilisateur et échancier*

Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10. (*droit de l'utilisateur de participer à l'élaboration de son plan*)

Ces plans doivent contenir un échancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles. (article 104).

### Définitions selon la RRSSMC, Programme de services à domicile (Lagacé, 1994)

Par **PII** on entend : « Le plan d'intervention individualisé s'adresse à un dispensateur de services. Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne, et de son plan de services s'il y a lieu, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée des services, de même que le responsable de son élaboration, de son application et de sa révision. »

Le **PSI** est quand à lui, « un instrument de planification et de coordination commun à une personne, sa famille ou ses proches s'il y a lieu, et à un groupe de dispensateurs de services. Il énonce, à partir de la situation de la personne, les objectifs prioritaires répondant aux besoins identifiés, les services requis et leur durée prévisible; il identifie le responsable de la coordination et la date de révision du plan de services. »

Dans le cadre du SIPA, un PSI est toujours essentiel et il est consigné sur le formulaire régional de « Plan d'intervention et d'allocation de services ». Chaque site peut par ailleurs décider de consigner les interventions de chaque discipline sous forme de PII.

## **Étapes de la formulation et de la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire**

---

- Collecte de données par les intervenants de l'équipe avec les outils propres à leur discipline (multidisciplinarité).
- Synthèse des informations en réunion d'équipe et élaboration de la liste des problèmes et des priorités qui nécessitent une intervention interdisciplinaire.
- Formulation d'objectifs généraux et spécifiques d'intervention.
- Détermination des moyens d'intervention et distribution des tâches.
- Choix des modalités de suivi des interventions.
- Réévaluation du plan d'intervention interdisciplinaire.

Tiré du programme de formation SIPA, 1999  
Révisé par Paule Lebel, md spécialiste en santé communautaire



## Une définition de l'interdisciplinarité spécifique au milieu gériatrique

---

### a) Définition de l'intervention interdisciplinaire gériatrique

« L'intervention interdisciplinaire gériatrique se définit comme toute intervention résultant de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, de la personne âgée et de sa famille. Partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins de la personne âgée et de sa famille afin de poursuivre des objectifs communs avec le souci d'une communication efficace (Lebel et al., 1997, Institut universitaire de gériatrie de Montréal) ».

### b) Clarification des concepts de la définition de l'intervention interdisciplinaire

**Action concertée :** action vers un objectif commun de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire, de la personne âgée et de sa famille.

**Équipe multidisciplinaire :** équipe composée de plusieurs intervenants en milieu gériatrique, ayant une formation, une compétence, des outils et une expérience spécifiques dans leur discipline et partageant différents outils et concepts gériatriques.

**Partage de responsabilités :** la responsabilité d'une décision, même prise en équipe, incombe à chacun des professionnels qui doit l'assumer. Ainsi, chaque membre de l'équipe est co-responsable de l'atteinte des résultats. La personne âgée et sa famille assument également une part des responsabilités.

**Synergie :** énergie résultante de l'interaction entre les membres de l'équipe multidisciplinaire, la personne âgée et sa famille, de façon à canaliser les forces du groupe à la production et à la réalisation des objectifs communs.

**Interaction :** échanges qui entraînent une influence mutuelle et une transformation réciproque des perceptions et des objectifs d'intervention, avec un esprit de collaboration et de partenariat.

**Objectif :** résultat de santé et de bien-être attendu chez la personne âgée et sa famille. L'objectif doit être clair, réaliste et mesurable.

**Famille ou réseau de soutien :** personnes reconnues par la personne âgée comme étant significatives, unies à celle-ci par des liens légaux ou affectifs. Lorsque la personne âgée n'est pas capable de s'exprimer, les personnes de référence sont celles désignées par la loi.

**Communication efficace :** toute forme d'échange qui rend explicite de façon claire, concise et adaptée le message que l'émetteur désire transmettre à ses interlocuteurs.

Tiré du programme de formation à l'interdisciplinarité, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Paule Lebel et coll., 1998

## Tableau comparatif de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité

| ÉLÉMENTS          | INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE   | INTERVENTION MULTIDISCIPLINAIRE         |
|-------------------|---|---|
| Le savoir         | Partagé   | Juxtaposé                               |
| Les objectifs     | Communs   | Propres à chaque discipline             |
| L'intervention    | Concertée, en synergie  | Parallèle                               |
| L'interaction     | Centrée sur la mise en commun et la synthèse conjointe de l'information | Centrée sur l'échange de l'information  |
| La décision       | Partagée  | Propre à chaque professionnel           |
| La responsabilité | Partagée  | Assumée par chaque professionnel        |
| L'évaluation      | Selon la performance de l'équipe  | Selon la performance de chaque individu |

*Tiré du programme de formation à l'interdisciplinarité, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Paule Lebel et coll., 1998*

**FRÉQUENCE ET MODES DE SUIVI  
PROCESSUS DE GESTION DES SERVICES**

La fréquence et le mode de suivi mis en place par le gestionnaire de cas sont déterminés par l'évaluation des besoins de l'utilisateur et le PII/PSI qui en découle. Dans les cas où la situation de l'utilisateur est stable et où il faut alors mettre en place des mécanismes de gestion des risques pour diminuer les interventions visant à gérer des crises, des indications sur la fréquence minimale de suivi s'avèrent utiles pour promouvoir la qualité des services.

Deux paramètres sont utilisés<sup>2</sup> pour orienter la décision : le profil de l'utilisateur (en terme d'incapacités et de compensation des risques sociaux<sup>3</sup>) et le profil de l'entourage. Le tableau suivant sert de guide au gestionnaire de cas; il alimente le jugement clinique mais ne s'y substitue pas.

| Profil de l'utilisateur                      | Profil de l'entourage                          |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  | Aucun  | Pas approprié, négligent                       | Approprié, n'habite pas avec l'utilisateur      | Approprié, habite avec l'utilisateur          |
| Incapacités et risques sociaux non compensés | Visite aux 2 semaines                          | Visite aux 2 semaines                          | Téléphone aux 2 semaines et visite chaque mois  | Téléphone aux 2 semaines et visite aux 2 mois |
| Incapacités et risques sociaux compensés     | Téléphone aux 2 semaines et visite chaque mois | Téléphone aux 2 semaines et visite chaque mois | Téléphone et visite en alternance à chaque mois | Téléphone à chaque mois et visite aux 2 mois  |
| Incapacités et absence de risques sociaux    | Téléphone chaque mois et visite aux 2 mois     | Visite chaque mois                             | Téléphone chaque mois et visite aux 2 mois      | Téléphone chaque mois et visite aux 3 mois    |

<sup>2</sup> Tiré du document du CLSC NDG/Mtl-O, « La programmation et les procédures du guichet unique.. », juillet 1997.

<sup>3</sup> Risques sociaux : déficits cognitifs, désordre de la personnalité, isolement social, abus et négligence.

