



**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»**

**ÉDITION :**

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement au réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-94309-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

### **Révision linguistique**

Marilou Gagnon-Thibault

### **Direction des travaux**

Mélanie Kavanagh, directrice, Direction du soutien à domicile, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

### **Rédaction et coordination**

Johannie Hamel, coordonnatrice, Direction du soutien à domicile, DGAPA

Caroline Boucher, conseillère, Direction du soutien à domicile, DGAPA

Anick Audet, conseillère, Direction du soutien à domicile, DGAPA

### **Révision**

Andrée-Anne Rhéaume, conseillère, Direction du soutien à domicile, DGAPA

### **Collaborations et consultations – MSSS**

Direction des services aux aînés et aux proches aidants, DGAPA

Direction nationale des soins et services infirmiers, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique,

Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)

Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale – volet adultes, DGPPFC

Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, DGPPFC

Direction santé mère-enfant, DGPPFC

Direction générale adjointe des orientations et des programmes relatifs aux clientèles spécifiques ainsi qu'à l'action communautaire, DGPPFC

### **Collaborations et consultations – RSSS**

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

CISSS de l'Outaouais

CISSS des Îles

CISSS de Chaudière-Appalaches

CISSS des Laurentides

CISSS de la Montérégie-Est

### **Remerciements**

La rédaction de ce document a été fortement inspirée du document de travail *Cadre de référence en soutien à domicile* de 2017. La Direction du soutien à domicile tient à remercier les personnes qui ont travaillé de 2015 à 2017 à la rédaction de document, soit : Céline Guay, Hélène Garon et Nathalie Tremblay, ainsi que Marie-France Hallé, Stéphane Aubut, Sylvie Greco Le May et Valérie Guillot pour leur participation.

Il importe également de remercier les différents collaborateurs, dont l'ensemble des CISSS et CIUSSS ayant transmis leurs avis et propositions sur le présent document, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et le CHU de Québec – Université Laval.

# Table des matières

INTRODUCTION	1
<b>1 FONDEMENTS DU SOUTIEN À DOMICILE</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Vision, valeurs et principes directeurs</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Soutien à domicile</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Conditions d’admissibilité</b>	<b>12</b>
1.3.1 Précisions pour la prestation de certains soins et services de SAD selon le milieu de vie ou le contexte	13
1.3.2 Exclusions	14
<b>2 ORIENTATIONS ORGANISATIONNELLES</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Rôles et responsabilités des acteurs</b>	<b>15</b>
2.1.1 Rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux	15
2.1.2 Responsabilités des établissements de santé et de services sociaux	16
2.1.2.1 Précisions au regard de la qualité et de la sécurité des soins et services	18
2.1.2.2 Collaboration attendue entre les différentes missions et unités de services du RSSS, pour un soutien à domicile bien coordonné	20
2.1.3 Responsabilités des partenaires	21
2.1.3.1 Responsabilités de l’ensemble des partenaires	22
2.1.3.2 Responsabilités des prestataires externes de services	23
2.1.4 Responsabilités de l’usager	23
2.1.5 Précisions au regard de la prestation des soins et services	24
2.1.5.1 Partage des rôles avec les partenaires	24
2.1.5.2 Règles pour le choix du prestataire	26
<b>2.2 Accès aux services</b>	<b>28</b>
2.2.1 Intégration des soins et services	28
2.2.1.1 Attribution d’une responsabilité clinique de coordination en contexte de soutien à domicile	29
2.2.2 Trajectoire d’une demande de soins et services de soutien à domicile	30
2.2.3 Accessibilité horaire et modalités d’accès à certains soins et services de soutien à domicile	31
2.2.3.1 Accès aux soins et services en dehors des heures favorables	32
2.2.3.2 Continuité des soins et services lors d’un déménagement vers un autre réseau territorial de services	32
2.2.4 Précisions sur la couverture financière	33
2.2.5 Admissibilité des personnes couvertes par un autre régime d’assurance	35
<b>3 ORIENTATIONS CLINIQUES</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Approches soutenant la démarche clinique</b>	<b>37</b>
3.1.1 Autonomie : un concept clé	38
<b>3.2 Application de la démarche clinique</b>	<b>40</b>
3.2.1 Démarche clinique	42
3.2.1.1 Précisions sur la planification des soins et services et de l’intervention	45
<b>4 GAMME DE SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE</b>	<b>47</b>

<b>4.1</b>	<b>Soins et services professionnels</b>	<b>47</b>
<b>4.2</b>	<b>Services d'aide à domicile</b>	<b>49</b>
4.2.1	Services d'assistance personnelle	50
4.2.1.1	Précisions concernant les services d'assistance personnelle des catégories 1 et 2	53
4.2.1.2	Responsabilités de l'établissement	54
4.2.2	Services d'aide aux activités de la vie domestique	54
4.2.3	Services de soutien civique	55
4.2.4	Services d'assistance à l'apprentissage	55
4.2.5	Services d'appui aux tâches familiales	55
4.2.6	Services d'aide à domicile complémentaires	55
<b>4.3</b>	<b>Services aux personnes proches aidantes</b>	<b>56</b>
4.3.1	Sensibilisation, information, formation, repérage et orientation	56
4.3.2	Soutien de nature psychosociale	57
4.3.3	Soutien aux soins de santé physique	57
4.3.4	Appui aux tâches quotidiennes	57
4.3.5	Répit et gardiennage/présence-surveillance	58
4.3.6	Dépannage	58
<b>4.4</b>	<b>Soutien technique</b>	<b>59</b>
4.4.1	Fournitures médicales et spécialisées	59
4.4.2	Équipements	59
4.4.3	Aides techniques	59
4.4.4	Outils technologiques	60
	CONCLUSION	61
	ANNEXE – APPROCHES CLINIQUES PERTINENTES	62
	BIBLIOGRAPHIE	63
	GLOSSAIRE	67

## LISTE DES SIGLES

<b>AD/CES</b>	Allocation directe/chèque emploi-service
<b>ASSS</b>	Auxiliaire de santé et de services sociaux
<b>AVD</b>	Activités de la vie domestique
<b>AVQ</b>	Activités de la vie quotidienne
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CMQ</b>	Collège des médecins du Québec
<b>CNESST</b>	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
<b>CR</b>	Centre de réadaptation
<b>DI-TSA</b>	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
<b>DP</b>	Déficience physique
<b>EESAD</b>	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>HLM</b>	Habitation à loyer modique
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>IPS</b>	Infirmiers praticiens spécialisés
<b>ITMAV</b>	Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité
<b>LMRSSS</b>	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OBNL</b>	Organisme à but non lucratif
<b>OIIQ</b>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>OPQ</b>	Ordre des pharmaciens du Québec
<b>PEFSAD</b>	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
<b>PI</b>	Plan d'intervention
<b>PII</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire
<b>PPA</b>	Personne proche aidante
<b>PSI</b>	Plan de services individualisés
<b>RAC</b>	Résidence à assistance continue
<b>RI</b>	Ressource intermédiaire
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>RPA</b>	Résidence privée pour aînés
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>RTF</b>	Ressource de type familial

<b>RTS</b>	Réseau territorial de services
<b>RUIS</b>	Réseau universitaire intégré en santé
<b>SAAQ</b>	Société de l'assurance automobile du Québec
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>SAPA</b>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

## INTRODUCTION

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé la Politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* (Politique), suivie, en 2004, des *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. On y affirme que le domicile est la première option à considérer, en tout temps, et que le soutien à domicile (SAD) est une façon efficace et efficiente de répondre aux besoins des personnes présentant des incapacités et des personnes proches aidantes (PPA) qui les accompagnent, soutenu par un réseau de soins et de services intégrés fort et bien structuré. En 2023, cette orientation est toujours d'actualité. Elle doit toutefois être réaffirmée, et certaines modalités pour sa mise en œuvre doivent être précisées et actualisées afin de représenter les réalités contemporaines et de réellement transcender l'ensemble des orientations et des pratiques du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Selon la plus récente enquête canadienne sur l'incapacité<sup>1</sup> réalisée en 2017, un Canadien sur cinq âgé de 15 ans et plus présentait au moins une incapacité (physique, sensorielle, cognitive ou liée à la santé mentale) qui limitait ses activités. Parmi ces Canadiens, 21 % avaient une incapacité sévère et 22 % une incapacité très sévère, la prévalence augmentant avec l'âge<sup>2</sup>. Chez les aînés, les problèmes de santé et les incapacités les affectent différemment en fonction de leur nature, de leur nombre, de leur durée et de leur gravité, ce qui représente plus particulièrement un risque pour le maintien de leur autonomie et de leur qualité de vie<sup>3</sup>. Chez les jeunes et les adultes, les problèmes de santé et les incapacités affectent différemment leur entourage et l'exercice de leurs rôles sociaux, ce qui nécessite d'adapter la façon d'intervenir et les moyens pour répondre aux besoins liés à leur projet de vie. Bien que ce ne soit pas toute personne présentant une incapacité qui ait recours à des soins et services de SAD au cours de sa vie, ces statistiques renforcent néanmoins l'importance que tous les acteurs de la société participent au développement de moyens lui permettant de demeurer chez elle.

La proportion des aînés dans la population québécoise, qui était de 18 % en 2016, devrait atteindre 25 % en 2031 et 28 % en 2066<sup>4</sup>. Le vieillissement démographique s'accélère, ce qui impose de s'adapter et de faire des choix judicieux<sup>5</sup>. En effet, le passage d'une grande proportion de la population active vers l'âge de la retraite a pour effet de réduire le bassin de main-d'œuvre disponible, ce qui représente des défis importants pour les décennies à venir et impose la nécessité d'innover et d'intensifier les efforts pour rehausser le SAD.

La volonté de rehausser le SAD en augmentant la pertinence, l'accessibilité et l'intensité des soins et services de SAD en fonction des besoins de la clientèle, quel que soit son âge, est inscrite dans la planification stratégique ministérielle depuis 2005. De plus, les investissements majeurs des

---

<sup>1</sup> Brisebois, L., Fawcett, G., Hughes, J., et Morris, S. (2017), *Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*, Statistique Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018002-fra.htm>.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> MSSS, en collaboration avec l'INSPQ (2021), *Viellir en santé : rapport du directeur national de santé publique 2021*, 46 p.

<sup>4</sup> Institut de la statistique du Québec (2019), *Le bilan démographique du Québec : édition 2019*, Québec, 179 p.

<sup>5</sup> MSSS, en collaboration avec l'INSPQ (2021), *Viellir en santé : rapport du directeur national de santé publique 2021*, 46 p.



dernières années confirment cet engagement et placent le SAD comme une priorité du gouvernement du Québec.

Des changements légaux ont aussi eu lieu depuis la diffusion de la Politique, notamment l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie, en 2015, de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, en 2017, et, plus récemment, de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes. De plus, des modifications ont été apportées à la législation en 2022 pour renforcer la lutte contre la maltraitance et la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux. De même, un nouveau Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions a été adopté.

En outre, la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a mis en lumière toute l'importance des soins et services de SAD et la volonté légitime des personnes de demeurer chez elles entourées de leurs proches le plus longtemps possible. En effet, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population ont grandement modifié les habitudes de vie. Elles ont eu des effets indésirables parfois importants sur l'activité physique, la nutrition et la santé mentale des personnes les plus vulnérables. La mise en œuvre d'actions pour prévenir et traiter le déconditionnement à domicile s'est avérée primordiale pour leur permettre de demeurer chez elles et d'éviter la détérioration de leur santé. Ces actions doivent donc se poursuivre pour préserver les capacités des personnes vulnérables à domicile et prévenir les complications pouvant mener à une hospitalisation.

Ainsi, dans un contexte de changements sociaux, démographiques, légaux et organisationnels, il est devenu nécessaire de mettre à jour certains éléments de la Politique et de ses précisions afin de permettre au RSSS de répondre adéquatement aux besoins de la population et d'assurer une meilleure intégration des soins et services. Les présentes orientations en SAD intègrent donc ces éléments ainsi que les objectifs poursuivis par la Politique dans un unique document visant à faciliter leur application par les établissements. Ce document contribue également à apporter certains correctifs aux problèmes constatés par le Vérificateur général du Québec et le Protecteur du citoyen au regard de l'application de la Politique<sup>6</sup>.

Enfin, par l'actualisation de ses orientations en SAD, le MSSS souhaite notamment :

- offrir une réponse adaptée et un accès équitable à l'ensemble de la clientèle qui nécessite des soins et services de SAD, sans égard à l'âge ou au programme-services pouvant répondre à ses besoins;
- soutenir la mise en place de pratiques cliniques et organisationnelles cohérentes et pertinentes intégrant l'utilisateur, ses proches et les différents acteurs impliqués à titre de partenaires contribuant à orienter les interventions tout au long du parcours de soins et services;

---

<sup>6</sup> Les recommandations de ces organismes portent notamment sur l'accès aux services, l'évaluation des besoins, l'élaboration des plans d'intervention, la coordination des services et les mécanismes permettant de s'assurer d'une prestation de services sécuritaire et de qualité, lorsque ceux-ci sont rendus à domicile par des partenaires externes. Le présent document ne répond pas à chacune des recommandations de manière spécifique, mais donne des orientations qui contribueront à l'atteinte des résultats demandés par ces deux organismes.

- favoriser une application harmonisée des orientations ministérielles et cohérente avec la réalité du terrain, qui prend en compte les capacités limitées des ressources.

Le document a d'abord été élaboré à l'intention des gestionnaires et des intervenants des établissements du RSSS, mais il s'adresse également aux différents partenaires des réseaux territoriaux de services (RTS) avec lesquels ils collaborent. Il est divisé en quatre grandes sections :

1. Les fondements du SAD, qui précisent ses éléments constitutifs;
2. Les orientations organisationnelles, qui traitent des rôles et responsabilités des acteurs impliqués et de l'accès aux soins et services;
3. Les orientations cliniques, qui précisent les approches à intégrer à la pratique et qui guident la démarche clinique à appliquer pour répondre aux besoins de toutes les clientèles du SAD;
4. La gamme de soins et services de SAD, qui fournit des indications spécifiques sur l'ensemble des soins et des services disponibles.

# 1 FONDEMENTS DU SOUTIEN À DOMICILE

## 1.1 Vision, valeurs et principes directeurs

Les présentes orientations s'appuient sur les trois perspectives de la Politique, qui doivent guider toutes les actions : les attentes et les besoins des personnes, la volonté d'accorder une place grandissante aux soins et services de SAD dans le système de santé et de services sociaux et l'action collective concertée en faveur des personnes ayant une incapacité et des PPA qui les accompagnent.

La vision, les valeurs et les principes directeurs qui suivent reposent ainsi sur ces perspectives qui doivent orienter les approches et le choix des interventions ainsi que la prise de décision dans l'organisation des soins et services de SAD. Ces éléments doivent rallier et mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués dans le SAD et les amener à coordonner leurs efforts pour offrir une réponse adaptée aux besoins des personnes par des soins et services accessibles, intégrés, cohérents, et offerts au moment opportun et à l'endroit le plus approprié pour favoriser l'autonomie et la santé.

## Vision

L'objectif fondamental du SAD s'inscrit en adéquation avec l'essence même du système de services de santé et de services sociaux institué par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), lequel a pour but « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie<sup>7</sup> ». Dans cette optique, tous les intervenants de tous les secteurs d'activité doivent contribuer à soutenir les personnes dans leur domicile. Pour y parvenir et dans le respect du choix des personnes de demeurer dans leur domicile, celui-ci doit toujours être envisagé comme la première option, à toutes les étapes du continuum de soins et de services. En ce sens, le SAD vise donc ceci :

Offrir le soutien requis permettant à la personne, qui présente une incapacité, de demeurer dans son domicile<sup>8</sup> dans une perspective de santé physique et mentale<sup>9</sup>, de participation sociale<sup>10</sup>, de soutien à l'autonomie et de qualité de vie<sup>11</sup>, en tenant compte de ses besoins, de ses capacités et de ses préférences, ainsi que de ceux des PPA qui l'accompagnent.

<sup>7</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, article 1.

<sup>8</sup> La notion de « domicile » est présentée à la section 1.2.

<sup>9</sup> Le terme *santé mentale* prend en compte la santé psychologique et cognitive.

<sup>10</sup> Voir la définition au glossaire.

<sup>11</sup> *Id.*

### *Les personnes proches aidantes au cœur de l'action*

La vision du SAD intègre celle de la Politique nationale pour les personnes proches aidantes, qui s'appuie sur la conviction qu'il est fondamental de reconnaître l'apport considérable des PPA à la société, sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité des personnes qu'elles soutiennent<sup>12</sup>. Ainsi, les PPA sont considérées, dans le respect des volontés et des capacités d'engagement propres à chacune, comme des partenaires dont l'expérience et les savoirs sont valorisés.

La reconnaissance de la PPA ne vient toutefois pas se substituer à la primauté de la personne aidée et à ses droits fondamentaux reconnus par la LSSSS<sup>13</sup>, tels que le droit à l'information, le droit de refuser ou de consentir aux soins et services proposés (autodétermination), etc. Il importe donc en premier lieu de considérer les désirs et les choix de la personne aidée, dans le respect de ses valeurs et de ce qu'elle juge satisfaisant pour elle-même, dans une approche de partenariat de soins et services et de prise de décision partagée.

En vertu de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes, une PPA désigne « toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. Il peut également entraîner des répercussions financières pour la personne proche aidante ou limiter sa capacité à prendre soin de sa propre santé physique et mentale ou à assumer ses autres responsabilités sociales et familiales<sup>14</sup> ».

Dans la mesure du possible, les PPA doivent avoir la possibilité de réévaluer, de moduler ou de révoquer leur engagement tout au long du parcours de la dyade personne proche aidante-personne aidée<sup>15</sup> et être accueillies sans jugement dans leur décision, tout en respectant la volonté de la personne aidée. Elles doivent pouvoir être accompagnées et recevoir les informations en temps opportun sur les ressources et les services disponibles tant pour elles que pour la personne aidée, ainsi que sur le rôle de PPA. Elles doivent comprendre ce que ce rôle comporte et les enjeux auxquels elles pourront avoir à faire face tout au long du parcours de la dyade. De plus, il est essentiel que les PPA puissent choisir le type d'aide qu'elles souhaitent apporter. La reconnaissance des PPA comme alliées précieuses et partenaires doit toutefois se

---

<sup>12</sup> Tiré de MSSS (2021), *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*.

<sup>13</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, articles 4 à 13.

<sup>14</sup> *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes*, RLRQ, c. R-1.1, article 2.

<sup>15</sup> Pour permettre d'alléger la lecture, la dyade personne proche aidante-personne aidée sera nommée, dans la suite du texte, *dyade aidant-aidé*.

faire sans présumer de leur implication et sans leur imposer un rôle ou les empêcher d'exercer un rôle choisi<sup>16</sup>.

Cela engage à des actions concertées et coordonnées par l'ensemble des acteurs du RTS concernés afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins tout au long du parcours de la dyade aidant-aidé. Ainsi, au cœur de l'action concertée à leur égard, les PPA doivent être considérées comme des usagers des services, des partenaires, des citoyens et, avant tout, comme des personnes à part entière<sup>17</sup>. À cet égard, il importe d'être attentifs à leurs besoins afin de les soutenir adéquatement dans leur engagement auprès des personnes qu'elles aident, leur apport pouvant permettre à la personne aidée de demeurer à domicile.

Les besoins des autres proches ou membres de la famille vivant avec une personne ayant une incapacité doivent également recevoir une attention particulière, leur vie pouvant en être affectée de façon plus ou moins grande. Le terme *proches*<sup>18</sup> désigne ici ceux qui font partie de l'entourage d'une personne et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail, de couple avec ou sans statut juridique, familiale, etc. Ainsi, le lien qui les unit, la nature de la relation et la fréquence des contacts sont diversifiés. Bien que les soins et services de SAD ne soient pas destinés à répondre aux besoins de ces personnes, ces dernières devront être accompagnées, au besoin, vers les ressources les plus appropriées pour leur venir en aide.

## Valeurs

**Engagement** : agir en partenariat et dans l'intérêt de la personne requérant des soins et services, dans le respect de la mission de son organisation, en considérant son apport, celui des PPA ainsi que celui de tous les acteurs de la communauté.

**Respect** : agir avec considération, être à l'écoute des besoins des personnes, de leurs opinions et de leurs préférences, être respectueux de leurs droits, de leurs choix, de leurs valeurs culturelles, familiales et sociales et reconnaître leur spécificité et leur expertise.

**Équité** : traiter équitablement toute personne, quels que soient son statut, son revenu, son appartenance culturelle, son territoire de résidence ou toute autre caractéristique, en partageant équitablement les ressources, avec souplesse et en cohérence avec les besoins individuels et collectifs, peu importe le programme-services pouvant répondre à ses besoins, en considérant la personne au-delà de toute catégorie.

---

<sup>16</sup> Tiré de MSSS (2021), *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> Tiré de MSSS (2021), *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : des milieux de vie qui nous ressemblent*.

# Principes directeurs

**Accessibilité des soins et services** : assurer un accès à des soins et services en temps opportun à toute personne nécessitant de recevoir des soins et services de SAD et considérer cette modalité comme la première option pour répondre à ses besoins. Assurer également aux PPA qui l'accompagnent un accès aux soins et services requis pour les soutenir dans leur engagement.

**Pertinence des interventions** : assurer des soins et services flexibles, éthiques et diversifiés en adéquation avec l'évaluation des besoins et l'évolution de la condition de santé physique et mentale et la situation psychosociale de la personne, et ce, dans son intérêt et le respect de ses volontés.

**Continuité des soins et services** : assurer une fluidité et une agilité dans le parcours de soins et de services par la mise en place de mécanismes favorisant l'intégration des soins et services et l'implication concertée de l'ensemble des acteurs des différents services de l'établissement et des autres acteurs du RTS.

**Partenariat**<sup>19</sup> : intégrer une approche reposant sur une relation entre l'utilisateur<sup>20</sup>, ses proches et l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux et de la communauté qui favorise le développement d'un lien de confiance, la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, y compris le savoir expérientiel des usagers et de leurs PPA, ainsi que la coconstruction. Cette relation s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'autodétermination de l'utilisateur et l'atteinte de résultats optimaux en fonction de sa situation spécifique. Fondée sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier et à coordonner les actions ainsi qu'à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie de l'utilisateur.

## 1.2 Soutien à domicile

Soutenir les personnes dans leur domicile implique l'intégration d'une diversité de moyens d'action interdépendants. Ils comprennent un ensemble de mesures, d'interventions et de soins et de services de nature préventive, curative ou palliative, de réadaptation ou de fin de vie qui s'inscrivent dans un continuum. Cela engage non seulement à offrir des soins et services à domicile pour soutenir l'autonomie, mais aussi à permettre un accès à une variété de services en établissement de santé et de services sociaux et dans la communauté, de même qu'à des services

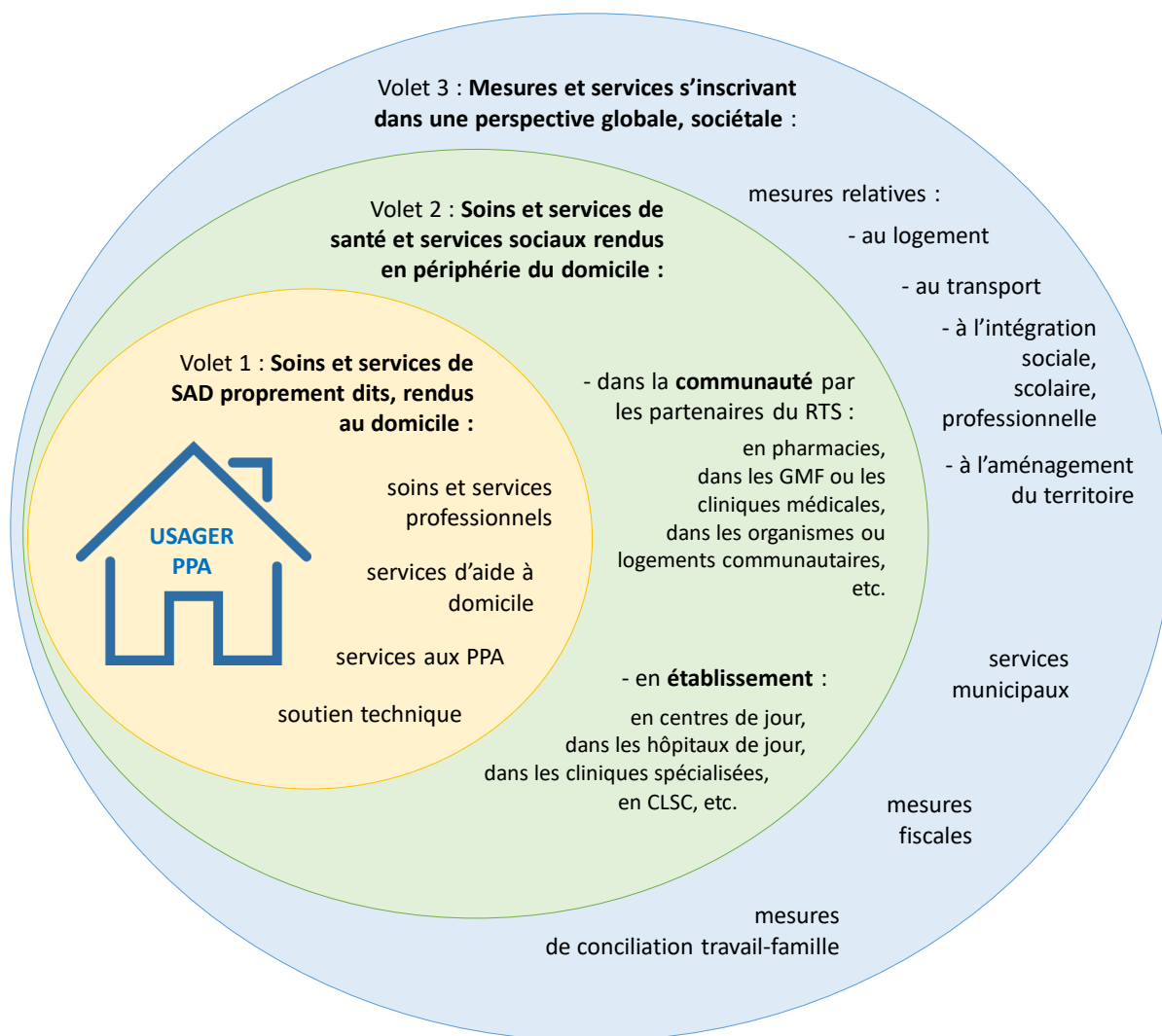
<sup>19</sup> Fortement inspiré de MSSS (2018), *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*; et de Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (2016), *Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux*, Montréal, Université de Montréal.

<sup>20</sup> Un usager correspond à une personne qui a, ou qui pourrait avoir, recours aux services de santé et aux services sociaux. Ce terme sera celui utilisé dans le présent document et renvoie également, lorsque le contexte s'y prête, à son représentant.

et mesures favorisant globalement la santé et la participation sociale. De ce fait, la contribution d'un ensemble d'acteurs du RSSS, des RTS et des différents secteurs d'activité de la société (municipal, de l'éducation, de l'emploi, du transport, de la finance) est essentielle pour favoriser le bien-être chez soi le plus longtemps possible et de façon sécuritaire.

La figure suivante (figure 1) illustre la portée des différents moyens visant spécifiquement le SAD ou y contribuant. Ils sont représentés en trois volets, où le noyau central représente l'endroit où réside l'utilisateur.

**Figure 1 : Représentation graphique du SAD (volet 1) et de l'ensemble des moyens (soins, services, mesures, interventions) y contribuant (volets 2 et 3)**



Le **volet 1** comprend les **soins et services de SAD rendus au domicile** de l'utilisateur qui s'adressent directement à ce dernier ou aux PPA qui l'accompagnent et qui visent à fournir une réponse adaptée à leurs besoins. Il s'agit de soins et services généraux, spécifiques et spécialisés relevant

de la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC) des établissements du RSSS. Ils comprennent :

- les soins et services professionnels (médecins, infirmières praticiennes spécialisées (IPS), soins infirmiers, services de nutrition, psychosociaux ou de réadaptation, etc.) offerts à domicile;
- les services d'aide à domicile (services d'aide aux activités de la vie domestique [AVD], d'assistance personnelle, d'appui aux tâches quotidiennes, de soutien civique, etc.);
- les services aux PPA (répit, dépannage, soutien psychosocial, etc.);
- le soutien technique requis à domicile (fournitures médicales et spécialisées, équipements, aides techniques, outils technologiques, etc.).

Ces soins et services sont généralement dispensés en présence de l'utilisateur ou de ses PPA. Certains peuvent toutefois être offerts à distance, par téléphone ou par un autre moyen technologique, lorsque ce mode d'intervention est plus approprié. Le volet 1 constitue la **gamme de soins et services de SAD** telle qu'elle est décrite à la section 4. Certains de ces services peuvent être dispensés, dans certaines conditions, par un partenaire externe tel que mentionné à la section 2.

Le **volet 2** comprend les **soins et services de santé et les services sociaux rendus en périphérie du domicile** qui **contribuent** au SAD, sans en être l'unique objectif. Il comprend des soins et services généraux, spécifiques et spécialisés rendus dans les installations des établissements par le RSSS, tels que les hôpitaux de jour, les CLSC, les centres de réadaptation, les centres de jour, etc., ou dans la communauté par les partenaires du RTS, tels que les pharmacies communautaires, les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille (GMF), les organismes communautaires, etc. Ils peuvent comprendre, par exemple, les services courants, les services d'hébergement temporaire, les activités de jour, les services de soutien communautaire en logement social et communautaire, etc. Dans ce cas, nous pouvons dire ici que l'utilisateur se déplace vers les services.

Le **volet 3** s'inscrit dans une **perspective globale, sociétale**, contribuant notamment à la participation sociale de l'utilisateur et de ses PPA. Ce volet comprend des mesures et des services qui ne relèvent pas seulement du secteur de la santé et des services sociaux, mais aussi d'autres secteurs de la société. Ils sont relatifs, notamment, au logement; au transport; à l'intégration sociale, professionnelle ou scolaire ou à celle des personnes judiciairisées; à l'aménagement du territoire; aux services municipaux; etc. Ce volet inclut également les programmes qui visent à accroître la qualité de vie des communautés, tels que le programme Municipalité amie des aînés, des mesures fiscales, telles que des prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs PPA, et des mesures de conciliation travail-famille.



L'ensemble de ces trois volets ont une portée transversale, c'est-à-dire qu'ils s'adressent à toute personne nécessitant du soutien, quel que soit son âge. Par conséquent, soutenir les personnes dans leur domicile concerne tous les programmes-services<sup>21</sup>, soit :

- ceux s'adressant à **l'ensemble de la population** :
  - santé publique,
  - services généraux – activités cliniques et d'aide;
  
- ceux répondant à **des problèmes particuliers** :
  - soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA),
  - déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA),
  - déficience physique (DP),
  - santé mentale,
  - jeunes en difficulté,
  - dépendance,
  - santé physique.

Ainsi, tous les programmes-services doivent s'impliquer dans le SAD afin d'assurer le continuum de soins et de services des différentes clientèles auxquelles ils répondent, ces clientèles pouvant toutes nécessiter, à un moment dans leur vie, à court ou à long terme, des soins et des services de SAD (volet 1).

Le SAD n'est donc pas un programme-services en soi, mais une manière de fournir une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur et de soutenir les PPA qui l'accompagnent tout au long du parcours de la dyade aidant-aidé. Il peut prendre différentes formes : être limité dans le temps, se limiter à quelques services intégrés en complémentarité avec d'autres modalités de services, être de longue durée et requérir un amalgame de soins et services de grande intensité, etc. Ainsi, les soins et services de SAD sont une modalité d'intervention et de dispensation des soins et services.

**Il importe toutefois de faire la distinction entre les différents soins et services *dispensés à domicile* et les soins et services de *soutien à domicile***, ces derniers reposant sur une analyse des incapacités de la personne et étant offerts dans un **objectif de soutien à l'autonomie et à la santé pour permettre à la personne de demeurer dans son domicile**. Par exemple, le fait que certains soins et services soient offerts à domicile en raison des technologies disponibles, tels que des équipements spécialisés portatifs ou ceux permettant les télésoins et la téléconsultation rendant notamment possible l'hospitalisation à domicile, et non en raison d'incapacités nécessitant de les recevoir à domicile, ne constitue pas le critère qui détermine si ces services sont des soins et services de SAD. À cette fin, il importe de se référer aux critères d'admissibilité décrits dans la prochaine section.

---

<sup>21</sup> MSSS (2004), *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*.

# Domicile

Le **domicile** est un lieu d'intimité où un individu réalise des activités, entretient des relations interpersonnelles et remplit des rôles sociaux. Aux fins d'application des présentes orientations, le domicile est considéré comme le lieu de vie choisi par l'utilisateur, sans recours aux mécanismes d'accès d'un établissement, c'est-à-dire l'endroit où il réside de façon temporaire ou permanente, que ce soit :

- une maison;
- une chambre ou un appartement :
  - dans toute forme d'habitation multiple privée ou communautaire, y compris une habitation à loyer modique (HLM), un organisme à but non lucratif (OBNL) d'habitation, une coopérative d'habitation, etc.,
  - dans une résidence privée pour aînés (RPA).

Sans être reconnus comme un domicile au sens de la définition précédente, **d'autres milieux de vie ou ressources** peuvent accueillir, de manière temporaire ou permanente, un usager pouvant nécessiter des soins et services de SAD. Ces autres milieux peuvent être, de façon non exhaustive :

- une ressource intermédiaire (RI);
- une ressource de type familial (RTF);
- une résidence à assistance continue (RAC);
- un foyer de groupe ou un internat;
- une maison de soins palliatifs et de fin de vie;
- une ressource d'hébergement d'urgence (maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, refuge pour personnes en situation d'itinérance, etc.);
- un milieu destiné à la réinsertion sociale;
- un milieu carcéral;
- tout autre milieu de vie ou ressource accueillant un usager qui, en raison d'incapacités temporaires ou permanentes, nécessite de recevoir dans ce milieu des soins et services complémentaires dépassant l'offre de services relative à sa mission.

En outre, les différents **lieux où l'utilisateur exerce ses rôles sociaux et réalise ses habitudes de vie** sont considérés comme le prolongement du domicile, tels l'école, le milieu de travail, la garderie, le centre de jour. Certains soins et services de SAD peuvent être dispensés dans ces lieux pour assurer la continuité d'un soin ou d'un service usuellement dispensé au domicile de l'utilisateur, lorsque son contexte de réalisation, relativement au moment ou à l'environnement, le requiert, c'est-à-dire que le soin ou le service ne peut être dispensé à un autre moment dans le domicile ou le milieu de vie de l'utilisateur.

Ainsi, le domicile, les autres milieux de vie et les divers lieux tels qu'ils sont définis ci-dessus renvoient à la notion de « domicile » au sens de l'application des présentes orientations en SAD. Afin d'alléger le texte, le terme *domicile* est utilisé à cette fin tout au long du document.

## 1.3 Conditions d'admissibilité

Les soins et services de SAD s'adressent à **tout usager, peu importe son âge**, qui a une incapacité<sup>22</sup> temporaire ou permanente, dont la nature peut être physique, cognitive, liée à la santé mentale ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des soins et services que son état requiert. Certains services de SAD s'adressent également aux PPA accompagnant un tel usager, dans le contexte de la dyade aidant-aidé qu'ils forment.

Ces soins et services sont essentiels pour soutenir l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle, la santé et l'exercice des rôles sociaux de l'usager, de même que l'engagement des PPA qui l'accompagnent, pour ainsi **permettre le maintien dans le milieu de vie choisi**, et ce, de façon sécuritaire et acceptable pour l'usager et ses proches. Sans toutefois être la visée justifiant leur mise en place, le caractère essentiel des soins et services de SAD peut se manifester par leur effet à court ou à long terme sur :

- le rétablissement de la personne;
- le maintien ou le développement des capacités;
- la prévention de la détérioration de l'état de santé, notamment du déconditionnement;
- le recours inapproprié à l'urgence, à l'hospitalisation ou à l'hébergement;
- la participation sociale;
- le choix de mourir dans son domicile.

En effet, la mise en place des soins et services de SAD peut se traduire, notamment, par l'évitement de recours inappropriés à l'urgence et à l'hospitalisation. Il ne s'agit toutefois pas de l'objectif de ces soins et services.

Le SAD sera la modalité choisie pour fournir une partie ou la totalité des soins et services requis lorsque les critères d'admissibilité suivants sont respectés :

- L'usager présente des limitations qui nécessitent que ses soins et services soient rendus à domicile :
  - en raison de l'atteinte à son intégrité physique ou mentale ou de sa situation psychosociale, pour la gestion de sa condition de santé ou pour la réalisation des soins et des activités nécessaires pour assurer son maintien ou son retour à domicile ou pour accomplir ses rôles sociaux;
  - en raison de la nature du soin ou du service requis ou de sa situation clinique actuelle.
- La PPA nécessite du soutien dans son implication auprès de l'usager afin que ce dernier puisse demeurer à domicile. Cette implication doit se vivre dans le respect de sa volonté et de sa capacité d'engagement. Le choix du SAD comme modalité de dispensation des soins et services professionnels à la PPA doit tenir compte des bénéfices de les recevoir à domicile pour la prévention des risques d'épuisement et de leurs conséquences, de même que pour le maintien d'une relation harmonieuse avec l'aidé.

---

<sup>22</sup> Se référer aux définitions d'*incapacité temporaire* et d'*incapacité permanente* au glossaire.

- La nécessité des soins et services de SAD est attestée par un intervenant habilité<sup>23</sup> de l'établissement et les interventions retenues sont déterminées dans un ou plusieurs plans d'intervention<sup>24</sup> ou, dans certains cas, dans un plan d'accompagnement pour la PPA, dans un processus de prise de décision partagée.

Le fait qu'il soit cliniquement pertinent pour l'utilisateur que la modalité du SAD soit celle qui fournisse la meilleure réponse à certains besoins ne signifie pas que l'ensemble des soins et services que son état requiert seront offerts selon cette modalité. De même, l'admissibilité au SAD peut en tout temps être réévaluée et évoluer en fonction des changements dans la situation de l'utilisateur. Ainsi, dans l'éventualité où celui-ci ne respecte plus les critères pour bénéficier de soins ou de services de SAD, il sera dirigé vers les services ambulatoires adaptés à sa condition.

### **1.3.1 Précisions pour la prestation de certains soins et services de SAD selon le milieu de vie ou le contexte**

**RPA** : les soins et services de SAD sont complémentaires à ceux convenus entre l'utilisateur et l'exploitant de la RPA en vertu d'un bail. Ainsi, lorsque l'utilisateur effectue une demande de SAD et que, suivant l'évaluation de ses besoins, il est déterminé à son plan d'intervention que des soins et services complémentaires sont requis pour assurer son maintien dans son milieu de vie, il est de la responsabilité de l'établissement du territoire concerné de fournir ces soins et services, qu'il les dispense lui-même ou qu'il les fasse dispenser par un autre prestataire.

**Autres milieux de vie** : les soins et services de SAD dispensés à l'utilisateur dans ces milieux sont ceux déterminés au plan d'intervention de l'utilisateur pour répondre à des besoins qui dépassent l'offre de services du milieu qui l'accueille, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être rendus par ce dernier, conformément aux lois, aux règlements et aux politiques en vigueur. Ainsi, les soins et services de SAD offerts sont alors complémentaires à ceux offerts dans le milieu et s'inscrivent dans un objectif de maintien dans le milieu de vie. Cela ne dégage toutefois pas le milieu de sa responsabilité d'offrir les soins et services relatifs à sa mission.

**Lieux où l'utilisateur exerce ses rôles sociaux et réalise ses habitudes de vie** : l'assistance ou l'accompagnement déterminé au plan d'intervention pourrait être offert dans ces lieux, dans les situations où le service requis doit être offert selon un horaire précis. Par exemple, cela peut

---

<sup>23</sup> Aux fins du présent document, le terme *intervenant habilité* désigne une personne compétente et habilitée à exercer un jugement clinique pour évaluer la situation d'une personne dans les limites du champ d'exercice de sa profession.

<sup>24</sup> L'utilisation du terme *plan d'intervention* fait référence à tous les types de plans : plan d'intervention, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services individualisés.

signifier de recevoir un service d'aide au repas sur son lieu de travail ou dans son milieu d'enseignement.

### **1.3.2 Exclusions**

Les soins et services de SAD ne sont pas offerts aux usagers admis<sup>25</sup> dans une installation d'un établissement public, que ce soit en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans toute autre installation répondant à la mission de CHSLD, telle que les maisons des aînés et les maisons alternatives, en centre hospitalier (CH) ou en centre de réadaptation (CR)<sup>26</sup>. Il en est de même pour tout établissement privé ou privé conventionné dont la mission est d'offrir de l'hébergement et des soins de longue durée, ainsi que pour tout autre établissement public d'hébergement créé par d'autres ministères provinciaux et fédéraux. Dans ces cas, conformément à la LSSSS, ce sont ces installations qui sont responsables de rendre les soins et services requis.

---

<sup>25</sup> Les articles 21 et 22 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, c. S-5, r. 5) distinguent les notions de « personne inscrite » et de « personne admise » dans un établissement.

<sup>26</sup> À l'exception des milieux de vie précédemment mentionnés, s'il y a lieu.

## 2 ORIENTATIONS ORGANISATIONNELLES

### 2.1 Rôles et responsabilités des acteurs

Les soins et services de SAD relèvent des établissements du RSSS qui détiennent la mission CLSC. Ces établissements ne sont toutefois pas les seuls à contribuer à l'offre de soins et services de SAD rendus aux usagers et à leurs PPA. En effet, soutenir l'autonomie à domicile dans un partenariat de soins et de services requiert la contribution de plusieurs acteurs. Dans ce contexte, chacun des acteurs impliqués dans le SAD a des responsabilités qui lui sont propres.

#### 2.1.1 Rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le rôle premier du MSSS est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Dans une perspective visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les orientations et les politiques qui relèvent de son domaine, et il veille à leur application. Pour mener à bien sa mission, il s'appuie sur un réseau d'établissements et d'acteurs qui offrent à la population du Québec la grande majorité des services en matière de santé et de services sociaux<sup>27</sup>.

Plus spécifiquement, la Direction du soutien à domicile du MSSS, en collaboration avec les autres directions concernées, est responsable :

- de réguler et de coordonner l'ensemble de l'offre de soins et services de SAD en assurant le déploiement d'une offre de base dans chaque RTS en adéquation avec les besoins de sa population;
- de déterminer les orientations en matière de SAD et les standards relatifs à l'organisation des soins et services, aux pratiques cliniques ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau en SAD, et de veiller à leur application;
- d'assurer la coordination interterritoriale des soins et services;
- de s'assurer que les mécanismes d'orientation et de coordination des soins et services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- de s'assurer que des mécanismes de collaboration sont établis entre les établissements et les partenaires de leur RTS;
- de répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles du réseau pour répondre aux besoins de SAD de l'ensemble des clientèles et de voir au contrôle de leur utilisation;
- d'évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés en matière de SAD, dans une perspective d'amélioration de la performance;
- de soutenir l'innovation pour favoriser l'efficacité et l'efficience du réseau dans l'objectif de soutenir les personnes dans leur domicile.

---

<sup>27</sup> Tiré de MSSS (2018), « Principaux rôles et responsabilités » sur le site *MSSS / Réseau / Système de santé et de services sociaux en bref*, [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites](http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites).

## 2.1.2 Responsabilités des établissements de santé et de services sociaux

Les responsabilités<sup>28</sup> dévolues à tous les établissements de santé et de services sociaux, qu'ils soient visés ou non par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS)<sup>29</sup>, sont les suivantes :

- Offrir des soins et services de santé et des services sociaux de qualité qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes;
- Adopter une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes majeures en situation de vulnérabilité, prévoir les adaptations nécessaires pour son application par une RI, une RTF et une RPA et faire connaître la politique aux usagers visés par elle<sup>30</sup>;
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, notamment en les informant de leurs droits et recours;
- Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent, et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci;
- Réaliser des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention lorsque ces établissements ont une vocation universitaire;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes.

Les responsabilités particulières dévolues aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont quant à elles les suivantes :

- S'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau;
- Planifier et coordonner les soins et services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales :
  - L'établissement doit développer ces soins et services au sein de son organisation ou travailler en collaboration avec les partenaires de son RTS pour assurer leur développement et leur disponibilité par le biais de mécanismes de concertation;
- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;

---

<sup>28</sup> Notamment tiré de MSSS (2018), « Principaux rôles et responsabilités » sur le site *MSSS / Réseau / Système de santé et de services sociaux en bref*, [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites](http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites).

<sup>29</sup> *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2

<sup>30</sup> *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3, articles 3, 4 et 5.

- Établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur RTS pour répondre aux besoins de la population;
- Assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) de leur territoire;
- Accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées concernées.

De plus, en vertu de la LSSSS<sup>31</sup>, chaque établissement a la responsabilité de recevoir toute personne qui requiert ses services et d'évaluer ses besoins. Il a également la responsabilité de dispenser lui-même les soins et services de santé ou les services sociaux requis ou de les faire dispenser par un autre établissement, un organisme ou une personne.

Dans un contexte de SAD, les établissements qui détiennent la mission CLSC sont responsables des éléments suivants :

- Développement et disponibilité de la gamme de soins et services de SAD, en partenariat avec les autres ressources de son RTS. La gamme comprend les soins et services professionnels, les services d'aide à domicile, les services aux PPA et le soutien technique;
- Accompagnement des intervenants dans le développement des meilleures pratiques en SAD, notamment par la mise en place de mécanismes contribuant à l'amélioration de la pertinence des soins et services, à l'optimisation et l'harmonisation des pratiques;
- Mise en place de mécanismes de liaison, de collaboration et de concertation entre les différentes missions et modalités de services de l'établissement, ainsi qu'avec les partenaires de son RTS, afin d'assurer une communication bidirectionnelle, une fluidité dans le continuum de soins et services et un partage clair des responsabilités. Ces mécanismes doivent notamment comprendre :
  - la signature d'ententes de collaboration avec les partenaires qui dispensent des services de SAD pour le compte de l'établissement, de même qu'avec tout organisme reconnu aux fins du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD),
  - la mise en place de structures de collaboration avec :
    - les partenaires fournisseurs de services contribuant au SAD, notamment les pharmacies communautaires, les GMF, les organismes communautaires, etc.,
    - les établissements non fusionnés du RTS, de même que les établissements ayant un mandat suprarégional;

---

<sup>31</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, article 101.



- Déploiement, dans son plan d'organisation, d'une offre de services en soins de fin de vie à domicile<sup>32</sup>, incluant les soins palliatifs requis à domicile;
- Déploiement de différents moyens et mesures permettant d'intensifier les soins et les services de SAD, de même que l'accès à ces derniers;
- Réalisation d'une démarche clinique permettant d'offrir une réponse personnalisée à toute personne requérant des soins et services de SAD. Au centre de cette démarche se trouvent l'évaluation de la situation et des besoins de l'utilisateur; l'identification et la planification des interventions, des soins et des services requis pour répondre aux besoins identifiés en partenariat avec l'utilisateur et ses PPA; et la coordination de leur prestation. Ces activités relèvent de l'expertise des intervenants habilités de l'établissement, qui ont la responsabilité d'accompagner l'utilisateur et ses PPA dans le choix des objectifs d'interventions, de soins et de services retenus et, selon le cas, dans le choix des prestataires. Cela implique également que les établissements doivent s'assurer que les soins et services requis sont fournis, qu'ils les dispensent eux-mêmes ou qu'ils soient dispensés par des partenaires;
- Analyse des écarts entre les besoins priorités par les usagers et les soins et services dispensés;
- Qualité et sécurité des soins et services que l'établissement dispense lui-même ou qui sont confiés à un partenaire, notamment quant à :
  - la pertinence clinique, l'efficacité et l'efficience des soins et services,
  - l'expertise et les compétences requises pour les dispenser,
  - la surveillance clinique ou l'encadrement requis, et ce, en fonction des responsabilités qui lui sont confiées par la LSSSS, de la réglementation en vigueur et des mécanismes d'assurance et d'encadrement établis;
- Mise en place des mécanismes d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

#### 2.1.2.1 Précisions au regard de la qualité et de la sécurité des soins et services

Assurer la qualité et la sécurité des soins et services implique d'établir des mécanismes d'assurance, d'encadrement et de suivi de la qualité. À cette fin, l'engagement et la collaboration des directions cliniques (direction des services professionnels, direction des soins infirmiers, direction des services multidisciplinaires), des directions des différents programmes-services et de la direction responsable de la qualité de l'établissement, selon leurs responsabilités respectives, sont primordiaux. De même, lorsque requis, l'établissement doit assurer sa collaboration avec les ordres professionnels concernés.

---

<sup>32</sup> Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001, article 9.

Ainsi, selon le prestataire, l'établissement doit **mettre en place des mécanismes permettant minimalement d'actualiser les éléments suivants** :

<b><i>Prestataire</i></b>	<b>Éléments visés par les mécanismes d'assurance, d'encadrement et de suivi de la qualité</b>
<i>Personnel de l'établissement</i>	<p>Connaissance et intégration, par le personnel, des pratiques organisationnelles requises.</p> <p>Soutien aux pratiques cliniques afin qu'elles correspondent aux normes attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des besoins de formation;</li> <li>- Développement de l'expertise professionnelle requise.</li> </ul> <p>Suivi des compétences de l'ensemble du personnel intervenant en SAD.</p> <p>Collaboration avec les ordres professionnels pour l'application des lois professionnelles et de la réglementation en vigueur et réalisation des signalements requis le cas échéant.</p>
<i>Partenaire agissant comme prestataire de services pour le compte de l'établissement</i>	<p>Signature d'une entente de collaboration avec le partenaire dans laquelle sont minimalement précisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les compétences et les conditions de formation requises en fonction des soins et services à dispenser;</li> <li>- les responsabilités réciproques et complémentaires de l'établissement et du partenaire, notamment le fait que le partenaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ demeure responsable des soins et services qu'il rend aux usagers,</li> <li>→ est responsable de s'assurer des compétences de son personnel et du respect des conditions de formation exigées;</li> </ul> </li> <li>- les modalités de communication avec un intervenant habilité de l'établissement, lorsque la situation le requiert;</li> <li>- les modalités de transmission d'information, notamment au regard du suivi de la situation de l'utilisateur;</li> <li>- les modalités d'encadrement clinique des soins et services dispensés par le partenaire.</li> </ul> <p>Suivi du respect de la législation et de la réglementation en vigueur par le partenaire, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la LSSSS, au regard, entre autres, de la confidentialité des renseignements;</li> <li>- le Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, le cas échéant;</li> <li>- le Code des professions, notamment au regard des activités réservées;</li> <li>- le Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions;</li> <li>- les règles de soins en vigueur dans l'établissement.</li> </ul>
<i>Travailleur engagé dans le cadre de la modalité de l'allocation directe/chèque emploi-service (AD/CES)</i>	<p>Formation du travailleur relativement aux soins et services spécifiques à dispenser à l'utilisateur, selon les besoins.</p> <p>Suivi du respect de la législation et de la réglementation en vigueur par le travailleur, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la LSSSS;</li> <li>- le Code des professions;</li> <li>- le Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la Règle de soins nationale <i>Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne</i><sup>33</sup>.</li> </ul> <p>Modalités de communication avec un intervenant habilité de l’établissement, lorsque la situation le requiert.</p> <p>Modalités de transmission d’information, notamment au regard du suivi de la situation de l’usager.</p>
<p><i>Tous les types de prestataires</i></p>	<p>Application des règles de soins en vigueur dans l’établissement, notamment la Règle de soins nationale <i>Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne</i><sup>34</sup>.</p> <p>Accès aux aides techniques et aux équipements requis, fonctionnels et sécuritaires pour la prestation des soins et services et le maintien à domicile ou, à défaut, à une solution temporaire.</p> <p>Surveillance clinique en continu de la situation de l’usager.</p> <p>Suivi de la satisfaction de l’usager et de ses PPA.</p>

### 2.1.2.2 Collaboration attendue entre les différentes missions et unités de services du RSSS, pour un soutien à domicile bien coordonné

Intervenir dans un contexte de SAD requiert une expertise particulière où l’intervenant doit prendre en compte le contexte global de l’usager au sein de son continuum de soins et de services et collaborer avec les intervenants des unités de services des autres secteurs d’activité du RSSS, de même qu’avec les médecins, les pharmaciens et les autres partenaires de la communauté.

Le SAD s’adressant à toutes les clientèles, les usagers peuvent présenter des caractéristiques et des problèmes diversifiés nécessitant différentes compétences professionnelles pour assurer une réponse adéquate à leurs besoins. Bien que les équipes de SAD soient composées d’intervenants rattachés à différents programmes-services, une expertise clinique spécifique provenant d’autres secteurs d’activité peut parfois être requise.

Le SAD doit donc s’inscrire dans un contexte global faisant appel à la collaboration et à la complémentarité d’intervenants multidisciplinaires de différents programmes-services et de différents secteurs d’activité de l’établissement ou, dans certains cas, d’un établissement non fusionné ou d’un autre CISSS ou CIUSSS, notamment pour convenir du plan d’intervention.

Les objectifs d’intervention poursuivis pour répondre aux besoins doivent donc orienter les **pratiques de collaboration et de concertation** ainsi que le partage des responsabilités entre

<sup>33</sup> MSSS (2022), *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne : Règle de soins nationale – articles 39.7 et 39.8 du Code des professions.*

<sup>34</sup> *Ibid.*

les différentes modalités de services afin de fournir l'expertise clinique nécessaire. À cette fin, les principes suivants doivent guider les actions :

- ✓ ***La recherche de la meilleure façon de répondre aux besoins de l'utilisateur et de ses PPA doit demeurer au centre des préoccupations.***
- ✓ *Les rôles et responsabilités de chacun des secteurs d'activité au regard des soins et services à rendre doivent être bien définis.*
- ✓ *Le partage de l'information et de l'expertise requise doit s'inscrire dans un processus multidirectionnel établi permettant d'assurer la continuité des soins et services, l'efficacité des interventions et une réponse adéquate aux besoins.*

L'implication des intervenants du SAD pour les usagers déjà connus du SAD ou qui requièrent des soins et services de SAD demeure capitale tout au long d'un séjour en milieu de courte durée, notamment pour assurer le partage bidirectionnel des informations pertinentes sur la situation de l'utilisateur.

De même, leur implication est essentielle afin d'assurer la continuité des soins et services, que ce soit :

- pour la planification précoce et conjointe du congé du CH ou du CR en prévision d'un retour à domicile;
- pour une orientation personnalisée vers les modalités de soins et services les plus appropriées en fonction de la situation de l'utilisateur, pour une partie ou la totalité des soins et services que son état requiert ou pour ceux que requièrent les PPA qui l'accompagnent, tels que les services courants, les services sociaux généraux, les services de santé mentale, etc.;
- pour assurer la transition vers un nouveau milieu de vie.

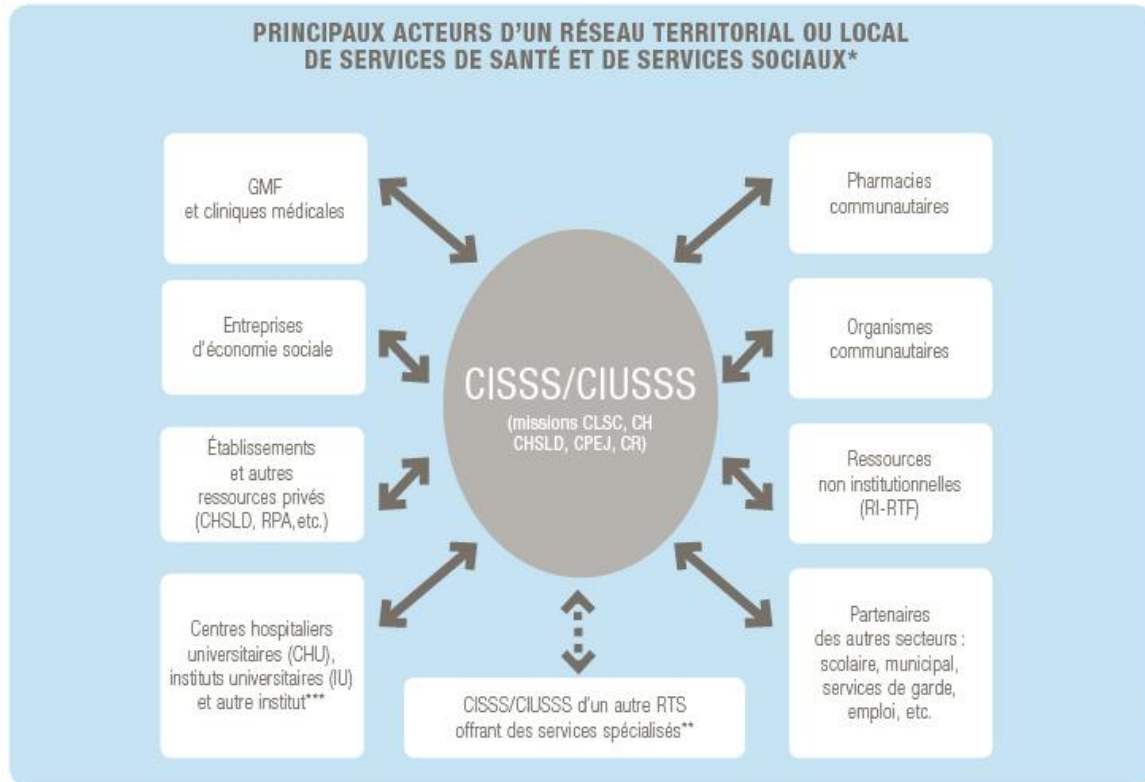
De plus, lorsque des soins et services spécifiques exigent une expertise particulière, la formation ou l'accompagnement professionnel des intervenants du SAD par les équipes expertes doit être planifié préalablement au retour à domicile afin d'assurer leur qualité, leur fluidité et leur continuité. De même, lorsqu'un partage des responsabilités entre le SAD et une autre unité de services ou un autre secteur d'activité permet de mieux répondre au besoin de soutien de l'utilisateur et de ses PPA, les équipes de SAD doivent mettre à profit leur expertise et soutenir les équipes de ces autres unités ou secteurs dans la planification des soins et services à mettre en place à domicile. En tout temps, les intervenants doivent avoir accès aux ressources expertes requises en fonction des soins et services à dispenser.

### **2.1.3 Responsabilités des partenaires**

Les acteurs du RTS ou du RLS partagent certaines responsabilités afin de contribuer, par leurs actions concertées, à soutenir les usagers dans leur domicile ainsi que les PPA qui les accompagnent. Ils peuvent agir à titre de partenaires offrant des soins et services contribuant au SAD ou à titre de prestataires qui dispensent les soins et services retenus au plan d'intervention

de l'utilisateur, pour le compte de l'établissement. Les principaux partenaires de l'établissement au sein d'un RTS ou d'un RLS figurent dans l'illustration suivante<sup>35</sup>. Les CISSS et CIUSSS d'autres RTS ont aussi un rôle à jouer pour compléter l'offre de soins et services.

**Figure 2 : Principaux acteurs d'un réseau territorial de services**



\* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

\*\* Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

\*\*\* Ces établissements ne sont pas fusionnés en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

### 2.1.3.1 Responsabilités de l'ensemble des partenaires

L'ensemble des partenaires du RTS, tels que les établissements non fusionnés et les autres CISSS et CIUSSS, les GMF, les pharmacies communautaires, les partenaires des autres secteurs (scolaire, municipal, etc.), les ressources non institutionnelles ainsi que les différents organismes prestataires de services externes au RSSS (RPA, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, etc.), partagent les responsabilités suivantes au regard des services à la population :

- Être responsable des soins et services qu'il rend à la population, de leur qualité et de leur sécurité et apporter, le cas échéant, les correctifs appropriés;

<sup>35</sup> Bien qu'elles ne soient pas illustrées de manière spécifique dans la figure 2, les maisons de soins palliatifs constituent un partenaire au sein du RTS. Dans le contexte et aux fins de SAD, les travailleurs engagés de gré à gré par la modalité de l'AD/CES s'ajoutent également comme partenaires de l'établissement.

- Participer et collaborer au repérage des clientèles vulnérables;
- Informer l'établissement (CISSS ou CIUSSS du territoire concerné) des changements qu'il constate dans la situation de l'utilisateur à qui il offre des services et qui sont susceptibles d'influencer ses besoins, avec le consentement de ce dernier;
- Informer l'établissement (CISSS ou CIUSSS du territoire concerné) de tout changement à son offre de services pouvant avoir des répercussions sur la réponse aux besoins des usagers de ses services.

### 2.1.3.2 Responsabilités des prestataires externes de services

Lorsqu'un partenaire agit à titre de prestataire de services pour le compte de l'établissement, il doit de plus respecter ces conditions afin d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins et services à coordonner pour l'utilisateur :

- Conclure une entente de collaboration avec l'établissement concerné, dans laquelle sont précisées les responsabilités réciproques et les modalités de collaboration, de communication et d'orientation;
- Collaborer avec l'établissement à la réalisation des interventions et des soins et services retenus au plan d'intervention de l'utilisateur qu'il s'est engagé à fournir. Il doit prévenir l'établissement dans les meilleurs délais en cas d'impossibilité de respecter cet engagement;
- Respecter les mécanismes de communication et d'orientation mis en place en collaboration avec l'établissement;
- Respecter le cadre législatif et réglementaire en vigueur ainsi que les mécanismes d'assurance et d'encadrement de la qualité des soins et services au regard de sa mission;
- Respecter les conditions pour la prestation des soins et services ayant été convenues avec l'établissement dans le cadre de l'entente.

### 2.1.4 Responsabilités de l'utilisateur<sup>36</sup>

Comme tout citoyen, l'utilisateur, ou son représentant, a des responsabilités envers l'amélioration et le maintien de son état de santé ou de sa condition, qui s'exercent en tenant compte de ses capacités. Il en est de même pour la PPA, qui bénéficie de soins et services de SAD en tant qu'utilisatrice. L'utilisateur est notamment responsable :

- de s'impliquer aux différentes étapes du processus de prise de décision le concernant, en nommant ses préférences et sa vision de sa situation;
- de fournir toutes les informations nécessaires à l'évaluation de ses besoins, de même qu'à l'élaboration ou à la révision de son ou ses plans d'intervention;

---

<sup>36</sup> Cette section s'inspire notamment de l'article 3 de la LSSSS et de codes d'éthique d'établissements du RSSS, parmi lesquels on compte le CIUSSS de la Capitale-Nationale (2017) et le CISSS du Bas-Saint-Laurent (2017).

- de signifier tout nouveau statut infectieux pour lequel l'intervenant doit prendre des mesures de protection individuelle pour la dispensation de soins et services (ex. : tuberculose, état grippal dans un contexte pandémique, etc.);
- de signifier l'existence de volontés exprimées dans une directive médicale anticipée ou tout autre document exprimant ses objectifs de soins, s'il y a lieu;
- de participer à ses soins selon ses capacités et de collaborer à la réalisation de son ou ses plans d'intervention;
- d'informer, dans la mesure du possible, l'intervenant de l'incapacité à recevoir le soin ou le service au moment prévu;
- d'exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction au regard des soins et services qu'il a reçus ou qu'il aurait dû recevoir. Dans l'éventualité où il devrait adresser une plainte à l'établissement, il collabore au processus d'évaluation en découlant et fournit l'ensemble des informations requises;
- de collaborer au processus d'évaluation de la qualité de son expérience de soins et de services, dans une perspective de contribution à leur amélioration continue;
- de s'engager à utiliser de façon judicieuse les biens qui lui sont prêtés;
- de contribuer au maintien d'un climat favorable à la prestation de soins et services, notamment en faisant preuve de respect, en honorant les ententes et les rendez-vous, en maintenant son domicile sécuritaire, etc.

## 2.1.5 Précisions au regard de la prestation des soins et services

### 2.1.5.1 Partage des rôles avec les partenaires

L'établissement et ses partenaires partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Pour assumer cette responsabilité populationnelle, ils doivent rendre accessible un ensemble d'interventions, de soins et de services le plus complet possible, à proximité du milieu de vie des personnes. Ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes par le système de santé et de services sociaux<sup>37</sup>.

L'établissement ayant une mission CLSC et les partenaires de son RTS peuvent ainsi partager certains rôles au regard de la dispensation des soins et services à un usager requérant des soins et services de SAD. Ce partage doit se faire de façon concertée, dans le respect de leurs missions respectives, et ne se substitue en rien aux responsabilités qui leur sont propres.

De façon générale, le partage des rôles entre l'établissement et ses partenaires s'articule ainsi :

---

<sup>37</sup> MSSS (2018), « Réseaux territoriaux et locaux de services » sur le site MSSS / Réseau / Système de santé et de services sociaux en bref, <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/reseaux-territoriaux-et-locaux-de-services/>.

- L'établissement dispense les soins et services de SAD pour lesquels il est le seul parmi tous les partenaires du RTS à disposer du personnel ayant les compétences requises pour les rendre. En SAD, on fait référence principalement à ceux qui requièrent une expertise disciplinaire, tels que les soins et services professionnels.
- L'établissement partage la dispensation des soins et services avec les partenaires reconnus de son RTS, lorsque ces derniers disposent du personnel ayant les compétences requises pour les fournir. Un partenaire est reconnu lorsqu'il adhère aux obligations légales ainsi qu'aux mécanismes permettant d'assurer la qualité des soins et services qu'il rend et qui sont convenus avec l'établissement. L'établissement peut également faire dispenser certains services par un travailleur engagé de gré à gré par l'utilisateur, dans le cadre de la modalité de l'AD/CES. Quel que soit le prestataire, l'établissement demeure responsable des soins et services retenus au plan d'intervention de l'utilisateur ou du plan d'accompagnement de la PPA.

Afin que les intervenants habilités soient outillés quant au choix du bon prestataire de services et qu'ils puissent orienter, le cas échéant, les usagers et leurs PPA vers les centres, organismes ou personnes les plus aptes à répondre à leurs besoins, l'établissement fait connaître à ses intervenants :

- la gamme de soins et services accessibles dans le RTS;
- la teneur des ententes et des responsabilités réciproques convenues avec les partenaires reconnus du territoire;
- l'information sur les partenaires reconnus, en privilégiant, le cas échéant, l'utilisation d'outils existants et promus par le MSSS (par exemple le Registre des résidences privées pour aînés). Ces informations comprennent notamment :
  - le nom et les coordonnées des partenaires reconnus,
  - les services inclus à leur offre de services,
  - les autres modalités de l'offre de services du partenaire (horaire des services, territoire couvert, particularités, etc.).

Malgré l'offre de services proposée à l'utilisateur par l'établissement pour les soins et services retenus au plan d'intervention, l'utilisateur et ses PPA peuvent décider de choisir un partenaire en dehors du réseau des établissements publics et de ses partenaires reconnus. L'utilisateur et ses PPA doivent cependant recevoir l'accompagnement et toute l'information nécessaires afin que ce choix puisse être fait de façon éclairée, en tenant compte des avantages et inconvénients des différentes options. Dans le cas où l'utilisateur choisit un prestataire de services non reconnu par l'établissement, l'utilisateur doit assumer la responsabilité des soins et services rendus et les frais, le cas échéant.



### **L'utilisateur confié à une ressource intermédiaire ou à une ressource de type familial**

L'établissement est responsable d'assurer le suivi professionnel de l'utilisateur confié à une ressource intermédiaire (RI) ou à une ressource de type familial (RTF). De même, l'établissement est responsable de déterminer les services de soutien ou d'assistance particuliers que la ressource doit rendre à l'utilisateur, en conformité avec le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial<sup>38</sup> et selon le *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*<sup>39</sup>.

La RI ou la RTF est responsable de fournir les services répondant aux besoins de l'utilisateur qui sont inscrits à l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance et correspondant à son offre de services en vertu de l'entente qui la lie avec l'établissement. Cependant, si la condition de l'utilisateur requiert des services dépassant l'offre de services de la ressource, l'établissement doit prendre les moyens nécessaires pour que l'utilisateur puisse les recevoir (qu'il les dispense lui-même ou qu'il fasse appel à un tiers partenaire), en complémentarité avec les services devant être offerts par la RI ou la RTF. Ainsi, les soins et services qui ne peuvent être rendus par la ressource seront offerts par le SAD, notamment les soins et services professionnels.

### **Le partage des responsabilités avec les résidences privées pour aînés**

En vertu de la réglementation en vigueur sur la certification des RPA, toute RPA doit conclure une entente de collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné, laquelle doit notamment établir les modalités de communication et de collaboration entre le CISSS ou le CIUSSS et la RPA, afin d'assurer des soins et services de qualité.

À titre de prestataires de services, les RPA sont responsables de fournir les soins et services correspondant à leur offre de services et qu'ils se sont engagés à dispenser aux résidents.

L'évaluation des besoins des usagers résidant en RPA qui font appel aux services de SAD demeure sous la responsabilité des établissements.

#### *2.1.5.2 Règles pour le choix du prestataire*

En ce qui a trait à la prestation des soins et services, que l'établissement les dispense lui-même, qu'il fasse appel à des partenaires reconnus ou qu'ils soient dispensés par un travailleur engagé de gré à gré par l'utilisateur dans le cadre de la modalité de l'AD/CES, il a la responsabilité de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et services retenus au plan d'intervention.

Par conséquent, au-delà des balises légales, l'analyse de ces **trois conditions** est déterminante pour orienter le choix du prestataire, quel que soit le type de soins et services à offrir :

<sup>38</sup> Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, RLRQ, c. S-4.2, r. 3.1.

<sup>39</sup> MSSS (2017). *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance : Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*.

1. La situation de l'utilisateur (condition de santé physique et mentale et situation psychosociale);
2. La sécurité pour l'utilisateur, pour la PPA et pour l'intervenant, dans une approche de gestion des risques à domicile;
3. L'expertise, les compétences et l'encadrement requis pour leur prestation.

Les choix offerts à l'utilisateur et à ses PPA résulteront de cette analyse. Dans certaines circonstances, il est possible qu'un seul choix puisse être offert, notamment dans les situations qui demandent une plus grande expertise ou vigilance. Le personnel de l'établissement aura un rôle important à jouer, notamment dans les cas où :

- la situation de l'utilisateur est précaire;
- les autres prestataires ne répondent pas aux conditions de réalisation des soins et services;
- la collaboration étroite et soutenue entre la personne qui dispense le soin ou le service et l'équipe d'intervenants professionnels est nécessaire.

En ce qui a trait aux activités de soins pouvant être confiées à des aides-soignants, se référer à la section 4 pour plus de précisions.

## 2.2 Accès aux services

L'organisation des services de santé et des services sociaux doit permettre à la population :

- de savoir où s'adresser en cas de besoin;
- d'être informée des services disponibles et des conditions d'admissibilité;
- d'être traitée avec diligence;
- d'obtenir un traitement juste et équitable;
- de recevoir les soins et services qu'elle requiert, en adéquation avec ses besoins;
- de bénéficier d'interventions bien coordonnées;
- de pouvoir exprimer son opinion sur la qualité des soins et services qui lui sont offerts.

Pour y parvenir, de vastes transformations cliniques et organisationnelles ont été entreprises visant notamment l'implantation d'un accès intégré et harmonisé aux soins et aux services pour la population. Un tel accès vise prioritairement à faciliter le parcours de l'utilisateur par son processus d'accès continu, fluide, sans interruption, sans doublon et sans transfert. De ce fait, l'utilisateur peut bénéficier de la même démarche d'accès, et ce, indépendamment de la porte d'entrée qu'il choisira d'utiliser<sup>40</sup>. Ainsi, un accès intégré et harmonisé implique, pour les acteurs concernés :

- une connaissance accrue des ressources disponibles;
- l'harmonisation des outils, des standards et des méthodes de travail;
- des pratiques de collaboration et de concertation interprogrammes et intersectorielles;
- une coordination des soins et services par un intervenant-pivot ou un gestionnaire de cas;
- l'utilisation des expertises au moment opportun<sup>41</sup>.

### 2.2.1 Intégration des soins et services

Les réseaux de services intégrés supposent le déploiement de stratégies d'intégration cliniques et organisationnelles visant à répondre aux besoins liés aux conditions de santé physique et mentale et à la situation psychosociale de la clientèle avec efficacité et qualité.

L'intégration des services est un processus par lequel des acteurs publics, privés et communautaires d'un territoire donné dispensent, de façon coordonnée et concertée, un ensemble de services à la population. Elle doit être considérée comme la résultante d'un ensemble cohérent de modalités et de mécanismes mis en œuvre au sein d'un réseau de services, permettant d'atteindre un niveau optimal d'efficacité, de pertinence, d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, au bénéfice de la population<sup>42</sup>. Les composantes du parcours de soins et services visent à instaurer des conditions et un environnement favorables à une offre et à une prestation de soins et services personnalisés, permettant de répondre aux besoins

---

<sup>40</sup> Très largement inspiré de MSSS (2022), *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux* (à paraître).

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> Entre autres inspiré de Fleury, M.-J. (2002), « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, p. 7-15.

prioritaires des usagers et de leurs PPA. Il peut s'agir de modalités :

- de concertation et de coordination entre les partenaires du RTS;
- de prévention, de promotion, de repérage, de dépistage et d'orientation vers les soins et services appropriés;
- d'accès aux soins et services, notamment les soins et services spécialisés;
- d'évaluation et de planification;
- de collaboration et de partage d'expertise entre les différents secteurs d'activité d'un établissement ou interétablissements;
- de prestation de soins et services;
- de suivi de la qualité, de la performance et de la satisfaction de la clientèle;
- de partage d'informations cliniques (idéalement informatisées).

La seule présence de ces modalités n'est toutefois pas suffisante à l'intégration optimale des services. En effet, au-delà des modalités de concertation mises en place, la qualité de la collaboration au sein du RTS (intra- et interétablissements ainsi qu'avec les partenaires) est reconnue comme étant une condition essentielle d'une intégration des services réussie. Une telle intégration des services aura des répercussions à la fois sur le plan clinique et sur les plans systémique et populationnel<sup>43</sup>.

Les effets cliniques visés par l'intégration des services portent sur la santé et le bien-être, l'expérience satisfaisante des soins et services et la qualité de vie d'un usager en particulier. Ces effets se traduiront plus concrètement par :

- une gamme de soins et services complète, flexible, répondant aux besoins des usagers et s'adaptant à l'évolution de ceux-ci;
- des services accessibles et continus, avec des modalités de dispensation diversifiées et de proximité, pour soutenir l'autonomie des usagers;
- une fluidité dans le parcours de soins et de services;
- une continuité informationnelle et relationnelle.

Les effets systémiques visés par l'intégration des services portent notamment sur l'efficacité et l'efficacé de la prestation des soins et services et l'atteinte de normes de qualité.

Les effets populationnels visés par l'intégration des services portent sur la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population dans son ensemble. Ceux-ci se traduiront, entre autres, par l'adéquation optimale entre les besoins de la population et l'offre de services.

#### *2.2.1.1 Attribution d'une responsabilité clinique de coordination en contexte de soutien à domicile*

La situation de l'usager soutenu à domicile peut nécessiter une organisation des soins et services et un soutien dans son cheminement au sein des différentes unités de services qu'il doit éventuellement consulter. Dans ce cas, il est essentiel qu'un intervenant-pivot ou un gestionnaire

---

<sup>43</sup> Couturier, Y., Bonin, L., et Belzile, L. (2016), *L'intégration des services en santé : une approche populationnelle*, Les Presses de l'Université de Montréal.

de cas remplit la fonction de coordonnateur de soins et services. Ses responsabilités consistent à maintenir un contact régulier avec l'utilisateur ou ses PPA, à les informer et à les accompagner et, plus particulièrement, à agir de façon proactive lorsque la situation de l'utilisateur est instable.

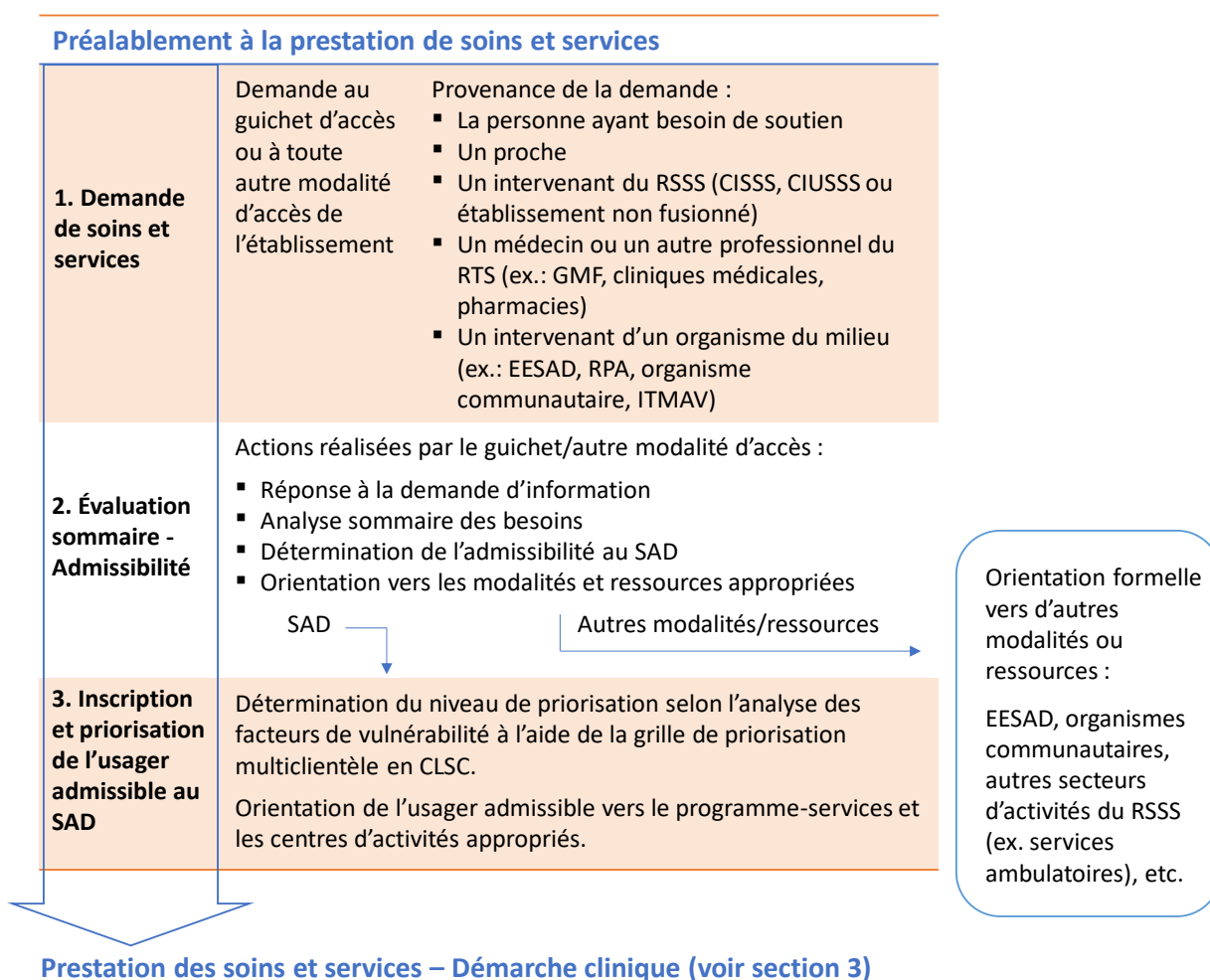
Pour assurer les fonctions de coordonnateur de soins et services, l'intervenant doit pouvoir compter sur la collaboration et la participation de l'ensemble des intervenants impliqués auprès de l'utilisateur soutenu à domicile. La coordination prend d'abord assise sur le travail multi- ou interdisciplinaire et doit transcender les structures organisationnelles et permettre le développement d'une vision commune de l'intervention. Ce travail interdisciplinaire implique également une organisation de la pratique médicale permettant un accès facilité aux effectifs médicaux, dont les médecins, pour les intervenants, notamment pour éviter le recours inapproprié à l'urgence et à l'hospitalisation.

La responsabilité de coordination des soins et services doit être assurée par l'intervenant habilité le plus approprié en fonction de la situation de l'utilisateur et de ses besoins ou de ceux des PPA qui l'accompagnent. La désignation de cet intervenant doit prendre en compte la composante majeure du suivi clinique requis afin de favoriser une continuité relationnelle dans le suivi offert à l'utilisateur et d'éviter les réévaluations.

### **2.2.2 Trajectoire d'une demande de soins et services de soutien à domicile**

Pour la population dans son ensemble, toute demande de soins et services de SAD doit être adressée à l'un des guichets d'accès ou à toute autre modalité d'accès de l'établissement concerné qui assure les fonctions d'accueil, d'information, d'accompagnement et d'orientation personnalisée vers les modalités de services ou les ressources appropriées. Dès la réception de la demande de soins et services, une première analyse est effectuée afin de rendre une décision sur l'admissibilité aux soins et services de SAD, d'établir son niveau de priorité (de statuer sur l'urgence de la situation), d'orienter la demande et de l'assigner aux programmes et services pertinents, ou encore de diriger l'utilisateur vers les ressources appropriées. Cette trajectoire est présentée à la figure suivante.

**Figure 3 : Trajectoire d’une demande de soins et services de SAD – toute clientèle**



### 2.2.3 Accessibilité horaire et modalités d'accès à certains soins et services de soutien à domicile

L'accès aux soins et services de SAD doit être le même partout sur tout le territoire québécois.

Chaque établissement doit être en mesure de répondre aux besoins de l'utilisateur inscrit aux soins et services de SAD selon la fréquence et l'intensité prévues à son ou ses plans d'intervention, peu importe le fournisseur de services. De plus, les soins et services jugés indispensables doivent lui être accessibles en tout temps. Bien que l'établissement soit responsable de l'organisation de la prestation de services sur son territoire, cela ne signifie pas qu'il soit le seul à les rendre. Il peut s'en acquitter lui-même ou avec la collaboration d'autres établissements ou de partenaires, par la mise en place des mesures appropriées pour intervenir adéquatement et assurer la continuité des soins et services, et ce, indépendamment du moment ou du jour de la semaine.

Pour l'utilisateur non inscrit, l'établissement doit procéder à une évaluation sommaire de ses besoins et y répondre selon l'urgence de la situation.

### *2.2.3.1 Accès aux soins et services en dehors des heures favorables*

Afin de répondre aux situations d'urgences particulières pouvant se présenter, l'établissement doit s'assurer que les services suivants sont accessibles aux usagers connus des services de SAD en tout temps (24 heures par jour, 7 jours sur 7), par la mise en place de diverses modalités (par exemple : garde, ligne téléphonique, services rendus sur place, télésoins, téléconsultation) :

- soins infirmiers;
- services d'inhalothérapie;
- répit-dépannage en situation d'urgence;
- services médicaux et pharmaceutiques.

### *2.2.3.2 Assurer la continuité des soins et services lors d'un déménagement vers un autre réseau territorial de services*

Lorsqu'un usager déménage vers un autre RTS et qu'une continuité des soins et services de SAD est requise, l'établissement d'origine doit communiquer avec l'établissement d'accueil afin d'assurer le transfert des informations nécessaires au suivi de la situation de l'utilisateur, avec le consentement de ce dernier. L'établissement d'accueil doit assurer la mise en place des soins et services requis dès l'intégration de l'utilisateur dans son nouveau milieu de vie. À cette fin, il doit procéder à la réévaluation des besoins pour tenir compte des changements dans la situation de l'utilisateur.

#### *Précisions au regard du soutien technique*

Le soutien technique requis pour assurer le maintien à domicile doit être disponible et offert de façon continue. En conséquence, les éléments et objectifs qui suivent doivent guider la prise de décision lors du déménagement d'un usager vers un autre RTS :

- Assurer aux usagers la continuité des services suivants : fournitures médicales et spécialisées, équipements ou aides techniques;
- Assurer une saine utilisation des ressources matérielles et financières du réseau;
- Assurer le transport et l'installation sécuritaires des équipements et des aides techniques, si requis.

Dispositions à mettre en place selon les situations :

- L'établissement d'origine doit prendre entente avec l'établissement d'accueil afin que les fournitures, les équipements et les aides techniques soient disponibles en temps opportun pour assurer la continuité des services et le maintien à domicile de l'utilisateur de la façon la plus efficiente possible.
- Les ressources financières et humaines requises pour le déménagement sécuritaire d'un équipement ou d'une aide technique doivent être prises en compte dans le choix de transférer ou non le titre de propriété de l'équipement ou de l'aide technique vers l'établissement d'accueil.

## 2.2.4 Précisions sur la couverture financière

L'équité entre les clientèles, la primauté des besoins, le principe de neutralité et le choix des usagers sont des éléments prépondérants devant orienter l'organisation et la prestation des soins et services ainsi que l'accès à ces derniers. De plus, en vertu du principe d'universalité de la Loi canadienne sur la santé<sup>44</sup>, les services de soins de santé médicalement nécessaires doivent être offerts selon les besoins plutôt que selon la capacité de payer. Ainsi, les soins et services professionnels requis par la condition de l'utilisateur et de ses PPA sont offerts gratuitement à tous. Les critères d'admissibilité au SAD s'appliqueront pour déterminer si l'utilisateur et ses PPA recevront ces services au domicile de l'utilisateur ou en ambulatoire.

Les services d'aide à domicile (se référer à la section 4.2) ainsi que les services aux PPA, déterminés dans le ou les **plans d'intervention** de l'utilisateur ou, s'il y a lieu, au plan d'accompagnement de la PPA, doivent quant à eux être accessibles de façon universelle et équitable pour toutes les clientèles admissibles aux services de SAD, sans égard au revenu.

Les éléments cliniques spécifiques à la situation de l'utilisateur doivent être pris en compte afin de déterminer la pertinence des soins et services devant être inscrits au plan d'intervention, en tenant compte des besoins de ses PPA dans le contexte de la dyade aidant-aidé. Ainsi, l'aide offerte peut viser le soutien à l'utilisateur ayant des incapacités non compensées pour réaliser ses activités ou le soutien à la PPA, afin de lui permettre de poursuivre son rôle auprès de la personne aidée et de prévenir l'épuisement.

*Précisions à l'égard de certains services*

### **Services d'assistance personnelle**

Les services d'assistance personnelle sont offerts gratuitement lorsqu'ils s'inscrivent comme un moyen de répondre aux besoins de l'utilisateur, en cohérence avec la démarche clinique proposée (se référer à la section 3), quel que soit le prestataire. Cependant, une contribution de l'utilisateur pourrait être requise, notamment si le coût du service dispensé par le prestataire choisi par l'utilisateur dépasse ce qu'il en coûterait à l'établissement s'il offrait lui-même le service. Cette orientation vise à assurer un partage équitable des ressources financières et une saine gestion des fonds publics.

### **Services d'aide aux activités de la vie domestique**

De façon générale, l'utilisateur qui requiert des services d'aide aux AVD est dirigé vers un organisme reconnu aux fins du PEFSAD, où les règles du programme s'appliquent, excepté dans le cas où la situation clinique de l'utilisateur requiert que ses services soient dispensés par un autre prestataire.

De façon particulière, les services d'aide aux AVD peuvent être offerts sans frais lorsque l'utilisateur présente également des incapacités aux activités de la vie quotidienne (AVQ), qu'elles soient compensées ou non par le biais de soins et services de SAD. Dans ce cas, l'analyse de la situation

---

<sup>44</sup> Loi canadienne sur la santé, LRC 1985, c. C-6.



de l'utilisateur effectuée lors de la démarche clinique doit démontrer que les services d'aide aux AVD s'inscrivent comme une mesure nécessaire au maintien à domicile de l'utilisateur, c'est-à-dire que sa condition de santé ou sa situation psychosociale, laquelle doit tenir compte des besoins des PPA qui l'accompagnent, justifie le besoin d'aide. Ainsi, les services d'aide aux AVD retenus au plan d'intervention doivent reposer sur l'analyse de la situation de l'utilisateur et des facteurs de risque **ayant une incidence sur sa capacité de demeurer à domicile.**

### **Services aux personnes proches aidantes**

Les heures des services aux PPA dispensés à domicile et déterminés au plan d'intervention de l'utilisateur ou au plan d'accompagnement de la PPA sont offertes sans frais. Certains frais fixes peuvent toutefois s'appliquer, notamment pour les services de répit longue durée.

### **Soutien technique**

Le soutien technique est accessible en vertu de divers programmes administrés par le MSSS et son réseau, la Régie de l'assurance maladie du Québec, les autres ministères et les organismes du milieu, et ce, pour autant que le financement du soutien technique visé ne soit pas déjà couvert par un régime public d'indemnisation ou un régime privé d'assurance. Le service d'adaptation de domicile est quant à lui accessible en vertu des critères du programme de la Société d'habitation du Québec.

En tenant compte des critères d'accès des différents programmes, le processus et les règles d'attribution du soutien technique de l'établissement doivent assurer un accès équitable aux équipements, aux aides techniques et aux fournitures à toutes les clientèles qui en ont besoin pour leur maintien à domicile. Dans cette perspective, les établissements doivent se doter d'une politique régionale ou territoriale au regard du soutien technique pour l'ensemble des clientèles.

#### *Hauteur de la couverture*

En continuité avec les dispositions de la Politique sur la couverture publique des soins et services de SAD, il est possible d'offrir une intensité de services jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public. Dans ce contexte, les coûts de l'ensemble des soins et services requis pour maintenir la personne à domicile et soutenir ses PPA doivent être considérés. Les éléments précédents quant au montant financé par l'État pour soutenir les usagers à domicile et leurs PPA ne doivent toutefois **pas être une indication pour héberger un usager** dans un établissement public ou en retarder la sortie, mais doivent guider la réflexion pour déterminer la meilleure réponse à ses besoins. Cette responsabilité relève des établissements, lesquels détiennent l'expertise clinique pour procéder à l'évaluation de la situation de l'utilisateur.

Par ailleurs, chaque établissement étant responsable de répondre aux besoins de l'ensemble de sa population en vertu de la LSSSS, il doit assurer une **répartition équitable des ressources**

**financières, matérielles et humaines** dont il dispose<sup>45</sup>. Afin de soutenir la planification de cette répartition, l'établissement peut se doter de certaines balises, lesquelles doivent toutefois permettre suffisamment de flexibilité pour assurer une réponse adaptée à la situation de l'utilisateur. Finalement, la **hauteur de la couverture doit être déterminée à partir du jugement clinique**, à la suite d'une analyse de la situation individuelle où la dimension clinique prévaut, de façon à établir l'offre de soins et services personnalisés convenant à la situation de l'utilisateur, tout en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles dans le RTS.

## 2.2.5 Admissibilité des personnes couvertes par un autre régime d'assurance

Tout établissement qui reçoit une demande de services de SAD d'une personne couverte par un autre régime public d'assurance, autre que celui de l'assurance maladie du Québec, est tenu de procéder à l'évaluation de sa situation et de répondre à ses besoins aux mêmes conditions que celles offertes à tout résident de son territoire. Ainsi, l'établissement est responsable d'assurer la **prestation** des soins et services retenus au plan d'intervention de l'utilisateur, lequel doit tenir compte des soins et services déjà couverts par tout autre régime public d'assurance. Par conséquent, l'établissement est responsable des soins et services complémentaires à ceux pour lesquels l'utilisateur reçoit une allocation provenant d'un autre régime. L'utilisateur demeure donc responsable de se procurer lui-même les soins et services pour lesquels il a reçu une telle allocation. À cette fin, l'établissement pourra au besoin guider l'utilisateur quant au choix du prestataire.

Au regard du **financement** des soins et services couverts par un autre régime d'assurance, les établissements sont responsables d'assumer uniquement les frais de ceux retenus au plan d'intervention de l'utilisateur qui ne sont pas déjà financés par l'autre régime. Cette orientation vise à éviter que les mêmes services soient financés par deux régimes publics distincts. Les conditions déterminant les frais assumés par les autres régimes publics sont établies dans les lois, les règlements et les ententes en vigueur, notamment :

- Pour les usagers accidentés de la route, l'article 79 de la Loi sur l'assurance automobile<sup>46</sup> ainsi que l'entente<sup>47</sup> entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) prévoient les règles et modalités relatives à l'indemnité payable pour de l'aide personnelle à domicile par la SAAQ;
- Pour les usagers indemnisés en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles<sup>48</sup>, l'article 195 de ladite loi prévoit que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et le ministre de la Santé et des Services sociaux concluent une entente type<sup>49</sup> au sujet de tout ou partie des soins et des traitements fournis par les établissements visés au paragraphe 2° de l'article 189. Cette entente a pour objet la dispensation de ces soins et de ces traitements et précise notamment

---

<sup>45</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, articles 5 et 100.

<sup>46</sup> *Loi sur l'assurance automobile*, RLRQ, c. A-25.

<sup>47</sup> Se référer à la circulaire 03.01.42.05 (numéro de dossier 2021-017).

<sup>48</sup> *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, RLRQ, c. A-3.001.

<sup>49</sup> Se référer à la circulaire 03.01.42.06 (numéro de dossier 2013-005).

les montants payables par la CNESST pour ceux-ci, les délais applicables à leur prestation par les établissements et les rapports qui doivent être produits à la CNESST;

- Pour les usagers victimes d'actes criminels, le Règlement d'application de la Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement<sup>50</sup> précise les modalités applicables.

---

<sup>50</sup> *Règlement d'application de la Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement*, RLRQ, c. P-9.2.1, r. 1.

### 3 ORIENTATIONS CLINIQUES

Afin de fournir une réponse personnalisée aux besoins des personnes requérant des soins et services de SAD, les établissements doivent effectuer une démarche clinique, en partenariat avec l'utilisateur et ses PPA, au centre de laquelle se trouve une évaluation de la situation et des besoins de l'utilisateur ainsi que de ceux de ses PPA dans le contexte de la dyade aidant-aidé qu'ils forment.

Plus précisément, aux fins des présentes orientations, la démarche clinique vise à apporter une réponse satisfaisante aux besoins de l'utilisateur et de ses PPA par la dispensation de soins et de services adaptés à la condition de santé de l'utilisateur et à sa situation psychosociale, ce qui implique de tenir compte du besoin de soutien des PPA qui l'accompagnent tout au long du parcours de la dyade aidant-aidé. Cette démarche doit être comprise et actualisée comme un **processus partagé en continu** entre l'utilisateur, ses PPA et l'ensemble des intervenants. Elle permet une prise de décision éclairée et un partage équitable des responsabilités, individuelles et collectives, entre les acteurs impliqués<sup>51</sup>. L'utilisateur et ses PPA sont donc parties prenantes des actions et des décisions les concernant, et ce, tout au long du processus, où leur savoir expérientiel est pris en compte. En tant que partenaires, les PPA doivent ainsi recevoir toute l'information, avec le consentement préalable de la personne qu'elles aident, la formation et la supervision nécessaires pour maîtriser les tâches qu'elles acceptent d'effectuer.

#### 3.1 Approches soutenant la démarche clinique

La démarche clinique doit être soutenue par une variété d'approches pertinentes permettant, d'une part, de guider le travail des intervenants dans leur façon d'intervenir auprès de l'utilisateur et de ses PPA et, d'autre part, d'orienter les décisions cliniques. Ainsi, tous les intervenants œuvrant en SAD doivent intégrer un ensemble d'approches incontournables et cohérentes avec les objectifs poursuivis en SAD, notamment les suivantes :

**L'approche de partenariat**<sup>52</sup> : cette approche repose sur une relation entre les usagers, leurs proches et l'ensemble des acteurs impliqués du système de santé et de services sociaux et de la communauté qui favorise le développement d'un lien de confiance, la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, y compris le savoir expérientiel des usagers et de leurs PPA, ainsi que la coconstruction. Elle s'est développée à la suite de l'évolution d'une variété d'approches, telles que l'approche centrée sur la personne et l'approche centrée sur les forces et l'autonomisation (se référer à l'annexe). En contexte de soins et de services, l'approche de partenariat contribue à ce que l'expérience vécue par l'utilisateur et ses proches respecte leurs attentes, leurs besoins et le projet de vie de l'utilisateur, et favorise son autodétermination. Concrètement, le partenariat inclut un accompagnement qui permet à l'utilisateur et à ses PPA de

<sup>51</sup> Inspiré de Comité sur les pratiques collaboratives et la formation professionnelle du RUIS de l'Université de Montréal (2014), *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*.

<sup>52</sup> Très fortement inspiré de MSSS (2018), *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*; de Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (2016), *Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux*; et de Comité sur les pratiques collaboratives et la formation professionnelle du RUIS de l'Université de Montréal (2014), *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*.

comprendre les éléments partagés, d'exprimer leurs besoins, d'explorer des solutions consensuelles avec les partenaires de l'équipe d'intervenants et de prendre des décisions libres et éclairées. Ainsi, l'approche de partenariat implique non seulement de tenir compte des valeurs, des préférences, des besoins et des capacités de la personne, mais aussi de la considérer comme un partenaire tout au long du processus.

**L'approche palliative intégrée**<sup>53</sup> : cette approche propose d'intégrer plus tôt dans la trajectoire de la maladie une approche de soins palliatifs et de fin de vie afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie à pronostic réservé ainsi que celle de leurs proches. Elle permet d'accompagner l'utilisateur et ses PPA dans la prise de décision concernant les soins de l'utilisateur afin d'adapter son plan de traitement en fonction de ses préférences.

**La collaboration interprofessionnelle et la pratique collaborative**<sup>54</sup> : la collaboration interprofessionnelle (ou interdisciplinaire) est le partenariat entre une équipe de professionnels et d'intervenants, l'utilisateur et ses PPA dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. Quant à la pratique collaborative, elle renforce ce partenariat et constitue un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prise de décision. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe d'intervenants engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus. Dans un contexte de SAD, cette équipe fait référence à l'ensemble des intervenants impliqués auprès de l'utilisateur et de ses PPA, tels que les professionnels, les aides-soignants et les autres intervenants, les bénévoles, ainsi que tout autre partenaire concerné. La collaboration interprofessionnelle et la pratique collaborative favorisent ainsi l'utilisation des compétences, des connaissances et de l'expertise propres à chacun, ce qui contribue à l'atteinte de résultats optimaux pour l'utilisateur et ses PPA. Une telle approche favorise les meilleures pratiques cliniques en rehaussant la qualité des soins et services et l'accès à ces derniers et en facilitant leur coordination et leur continuité.

### 3.1.1 Autonomie : un concept clé

L'autonomie se définit généralement comme la possibilité d'agir et de décider pleinement, avec ou sans aide. Dans un contexte de SAD, ce concept guidera l'intervention de l'intervenant habilité et le choix des soins et services à mettre en place. **Respecter et soutenir l'autonomie** implique concrètement :

- la reconnaissance du potentiel des usagers, de leur PPA et des communautés à prendre en charge leur santé et leur bien-être et à utiliser leur pouvoir d'agir individuellement et collectivement sur les déterminants de leur santé;
- la participation, l'engagement et la solidarité de tous les acteurs et intervenants des

---

<sup>53</sup> Très fortement inspiré de Gagnon, Bruno (dir.) (2019), *Approche palliative intégrée : quand et comment*. Traduction libre de l'outil *A Palliative Care Approach for Primary Care*, adapté du Gold Standards Framework© et produit par Cancer Care Ontario.

<sup>54</sup> Fortement inspiré de Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010), *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*; et de OIIQ, CMQ, OPQ (2015), *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*.

- établissements, des partenaires du RTS, des usagers et de leurs proches dans la résolution des problèmes qui les concernent;
- l'évaluation de la qualité de l'expérience de soins et de services des usagers et de leurs PPA.

L'**autonomie décisionnelle** est la possibilité d'exercer son jugement et de prendre les décisions qui concernent sa vie, de façon éclairée et juste, avec assistance ou non, tout en acceptant les risques qui peuvent y être associés. Elle renvoie à la notion du pouvoir d'agir (*empowerment*) et à la **reconnaissance du droit à l'autodétermination de la personne sur sa vie**.

Soutenir l'autonomie décisionnelle de l'utilisateur signifie que ce dernier et ses PPA sont accompagnés par un intervenant habilité dans l'exercice de leurs choix. Pour ce faire, ils doivent disposer de l'information appropriée et bien la comprendre afin d'assurer la gestion des risques que peut impliquer le contexte du domicile. La confiance que saura établir l'intervenant dans la relation qu'il entretient avec eux sera son meilleur levier pour que l'utilisateur et ses PPA prennent des décisions éclairées.

L'**autonomie fonctionnelle** est la possibilité d'effectuer, avec ou sans aide :

- les principales activités de la vie courante, qu'elles soient de nature physique, mentale, sociale ou économique;
- les soins nécessaires au maintien de la santé.

Soutenir l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur implique de développer, de préserver, de rétablir, d'améliorer et de compenser ses capacités. De façon générale, la compensation, ou « faire à la place de l'utilisateur », ne constitue pas une réponse adéquate pour tous les besoins. Ainsi, lorsque des soins et services sont nécessaires, leur mode de prestation doit être adapté au type de soutien requis afin de favoriser l'autonomie de l'utilisateur.

En tout temps, les moyens pour rendre l'utilisateur aussi autonome que possible doivent être envisagés avant le recours à une assistance par un tiers. À cette fin, les interventions qui visent les autosoins et le développement ou le rétablissement des capacités de l'utilisateur à vivre de façon aussi autonome que possible doivent être prises en compte, avec la participation active de l'utilisateur et de ses PPA, dans le choix des services de SAD<sup>55</sup>. Ainsi, les soins et les services peuvent se traduire par :

- l'attribution d'une aide technique, l'adaptation de domicile ou l'utilisation de la technologie;
- l'enseignement, la stimulation ou la surveillance pour que l'activité soit faite adéquatement et de façon sécuritaire par l'utilisateur;
- l'aide partielle ou totale à l'utilisateur pour réaliser une activité;
- l'aide à offrir aux PPA pour les soutenir dans leurs compétences et leur engagement auprès de la personne aidée, notamment l'enseignement requis pour effectuer un soin.

<sup>55</sup> INESSS (2015), *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*.

## 3.2 Application de la démarche clinique

Les intervenants œuvrant dans un contexte de SAD offrent des soins et services qui s'inscrivent dans un ensemble de services de proximité<sup>56</sup>. La proximité spatiale s'intéresse aux lieux de la prestation des services, où la personne est considérée selon ses repères sociaux. La proximité relationnelle, quant à elle, propose une approche personnalisée prenant assise sur la personne dans sa globalité plutôt que sur un problème ou un besoin unique. En SAD, cela se manifeste par le fait que les soins et services se déplacent vers l'utilisateur, dans son domicile, et qu'ils doivent tenir compte de son entourage et de la communauté dans laquelle il évolue, de même que par le développement d'un lien de confiance et d'intimité privilégié dans le soutien apporté<sup>57</sup>.

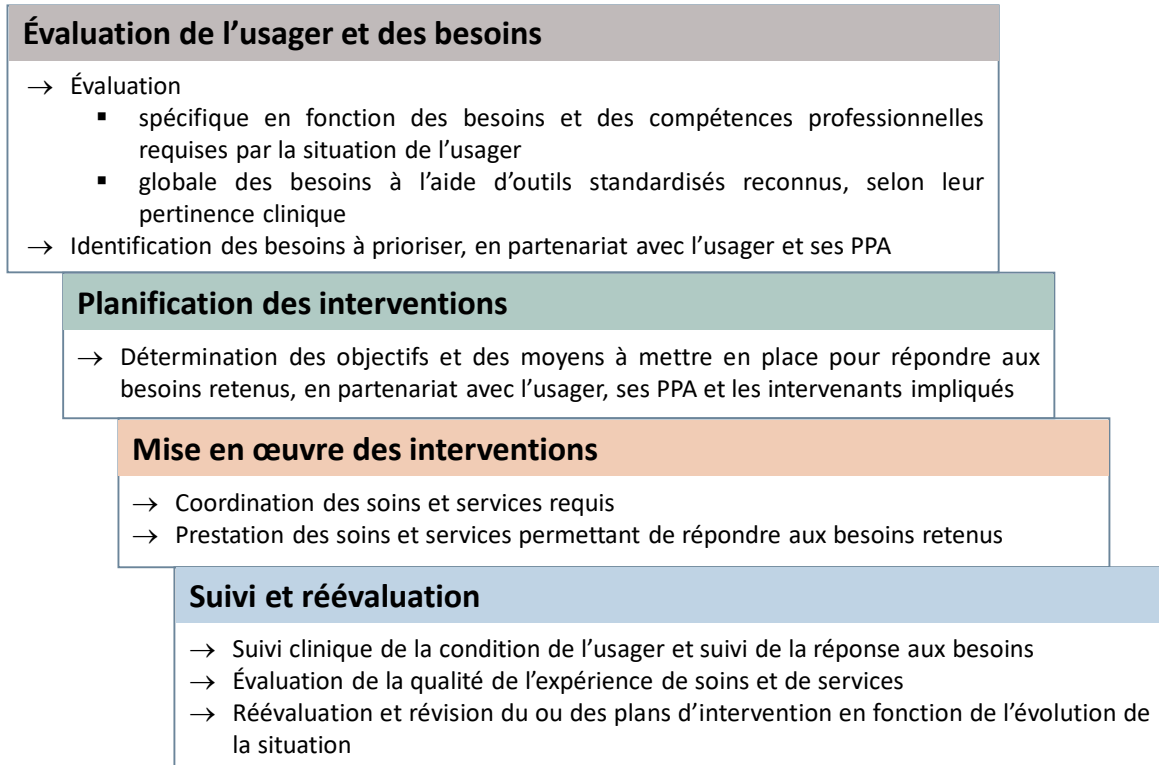
Effectuer une démarche clinique dans ce contexte implique de prendre en compte l'interaction entre les capacités, l'environnement physique, familial, culturel et social et la condition de santé physique et mentale de l'utilisateur, tout en considérant ses attentes et ceux de son entourage, le cas échéant. Elle s'inscrit dans un processus en continu qui doit intégrer les approches de partenariat et de pratique collaborative afin de recueillir l'ensemble des données permettant d'analyser et de déterminer les interventions requises, de mobiliser les ressources les plus appropriées pour répondre aux besoins et de fournir une réponse individualisée qui soit en cohérence avec les choix de l'utilisateur (figure 4). À cette fin, en fonction de la pertinence des interventions et de leur cohérence avec la situation de l'utilisateur, la démarche devra inclure différentes évaluations, globales et spécifiques, et faire intervenir des professionnels et d'autres intervenants de plusieurs disciplines, programmes-services ou unités de services de l'établissement ou d'autres partenaires du RTS. La mise à profit des compétences spécifiques et de l'expérience de chacun des intervenants impliqués sera donc essentielle tout au long de la démarche afin d'appuyer le jugement clinique qui orientera les décisions.

---

<sup>56</sup> Voir la définition des services de proximité au glossaire.

<sup>57</sup> Fortement inspiré de MSSS (2022), *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux* (à paraître).

**Figure 4 : Représentation sommaire de la démarche clinique**



#### *Analyse des facteurs de risque et de protection*

Intervenir pour soutenir les personnes dans leur domicile exige que les intervenants intègrent, d'une part, des pratiques cliniques liées à leur champ d'exercice qui visent à répondre à des besoins spécifiques et, d'autre part, des approches qui considèrent la personne dans sa globalité et qui visent à mobiliser l'ensemble des ressources pour répondre à ses besoins. Ainsi, quelle que soit sa discipline, l'intervenant doit tenir compte de l'ensemble des dimensions dans lesquels l'utilisateur évolue et qui influencent sa situation ainsi que celle de ses PPA. Cela implique notamment d'être attentif aux risques pour la sécurité de l'utilisateur, d'intervenir en prévention et d'agir particulièrement face aux situations de maltraitance.

Par conséquent, l'intervenant habilité doit procéder à l'évaluation et à la gestion des facteurs de risque et de protection et des répercussions de ceux-ci sur la santé et la sécurité de l'utilisateur et de ses PPA à domicile.

*On entend par « facteurs de risque » les caractéristiques individuelles, les comportements ou l'exposition à des risques environnementaux ou sociaux qui augmentent chez une*



personne le risque de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne<sup>58</sup>.

Quant aux facteurs de protection, ils renvoient aux ressources qui favorisent la capacité d'adaptation et qui protègent les personnes contre les effets dommageables des facteurs de risque<sup>59</sup>.

À la suite de son analyse, l'intervenant habilité juge de la précarité de la situation de l'utilisateur à domicile et l'accompagne, ainsi que ses PPA, dans la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les risques identifiés en agissant sur les facteurs de risque et de protection qui sont modifiables. Cependant, malgré les stratégies mises en place pour réduire les risques à domicile, l'intervenant doit souvent négocier avec une gestion des risques inhérente au contexte du domicile.

### 3.2.1 Démarche clinique

L'intervenant habilité applique la démarche clinique présentée ci-après en intégrant les approches précédemment décrites dans une perspective de partenariat et de soutien à l'autonomie. Cette démarche doit être effectuée auprès de l'ensemble des clientèles requérant de recevoir du SAD et adaptée au profil clinique de l'utilisateur.

Tableau 1 : Démarche clinique détaillée – toute clientèle

<b>ÉVALUATION DE L'USAGER ET DES BESOINS</b>	<p>→ Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>spécifique</b> en fonction des besoins et des compétences professionnelles requises par la situation de l'utilisateur;</li><li>• <b>globale des besoins</b> à l'aide d'outils standardisés reconnus<sup>60</sup>, lorsque disponibles et selon leur pertinence clinique.</li></ul> <p>→ Identification des besoins à prioriser, en partenariat avec l'utilisateur et les PPA qui l'accompagnent, le cas échéant.</p> <p>L'intervenant habilité procède à l'évaluation de l'utilisateur, de ses besoins et de ceux de ses PPA dans le contexte de la dyade aidant-aidé qu'ils forment, à l'aide des outils pertinents mis à sa disposition en fonction de la situation clinique et de son champ d'exercice.</p> <p>Les évaluations globales et spécifiques permettent de recueillir les informations pertinentes sur la situation de l'utilisateur qui orienteront le choix des interventions et la prise de décision quant aux soins et services à mettre en place pour répondre à ses besoins ainsi qu'à ceux des PPA qui</p>
--	---

<sup>58</sup> Inspiré de Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2021), *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> Par exemple, l'outil d'évaluation multiclientèle est l'outil reconnu par le MSSS pour les clientèles adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP. Cet outil fait partie des outils de cheminement clinique informatisés.

	<p>l'accompagnent. Elles impliquent l'analyse des besoins relatifs à la condition de santé physique et mentale ainsi qu'à la situation psychosociale de l'utilisateur et doivent prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ les facteurs de risque et de protection;</li> <li>✓ les besoins et les attentes de l'utilisateur;</li> <li>✓ le droit à l'autodétermination de l'utilisateur;</li> <li>✓ les savoirs, les compétences, les capacités et les ressources de l'utilisateur et de ses PPA;</li> <li>✓ la volonté d'engagement et le besoin de soutien et d'accompagnement des PPA.</li> </ul> <p>Enfin, cette analyse permettra l'identification :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ des interventions immédiates à effectuer pour stabiliser la situation;</li> <li>✓ des interventions de soins, de traitement, de surveillance, d'enseignement et de suivi requises en fonction de la condition de santé de l'utilisateur et de sa situation psychosociale, dans les limites du champ d'exercice de l'intervenant;</li> <li>✓ des besoins d'orientation vers d'autres soins et services.</li> </ul> <p>À la suite de cette analyse, l'intervenant habilité exerce son jugement clinique et formule, en collaboration et en concertation avec les autres intervenants impliqués, les recommandations pertinentes afin d'établir, en partenariat avec l'utilisateur et ses PPA, les besoins à prioriser (se référer à la figure 5).</p>
<p><b>PLANIFICATION DES INTERVENTIONS<sup>61</sup></b></p>	<p>→ Détermination, en partenariat avec l'utilisateur, ses PPA, l'équipe interdisciplinaire et les partenaires de la communauté selon le cas, des <b>objectifs</b> et des <b>moyens</b> à mettre en place pour répondre aux besoins retenus en lien avec la situation clinique et le projet de vie de l'utilisateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• choix des soins et services relatifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>– aux interventions préventives, curatives, de réadaptation, palliatives ou de fin de vie;</li> <li>– au soutien à l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle;</li> </ul> </li> <li>• choix du ou des prestataires.</li> </ul> <p>La planification consiste en l'élaboration du ou des plans d'intervention, lesquels sont toujours requis et doivent suivre l'évolution de la situation. Elle permet de convenir des objectifs significatifs pour l'utilisateur et ses PPA et de discuter des moyens d'intervention appropriés pour chacun des besoins prioritaires identifiés, y compris la fréquence, la durée et les ressources nécessaires pour y répondre, en considérant la volonté d'engagement des</p>

<sup>61</sup> Se référer à la section 3.2.1.1.

	<p>PPA et des compétences, des capacités, et des ressources dont l'utilisateur et ses PPA disposent.</p> <p>Ainsi, en partenariat avec l'utilisateur, ses PPA, l'équipe interdisciplinaire et les autres partenaires concernés le cas échéant, l'intervenant habilité considère l'ensemble des moyens identifiés et des prestataires possibles, y compris l'établissement, et accompagne l'utilisateur et ses PPA dans leurs choix, tout en tenant compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la mise en place de conditions favorables pour assurer la sécurité de l'utilisateur, de ses PPA et du prestataire;</li> <li>• de l'expertise, des compétences et de l'encadrement requis pour dispenser les soins et services;</li> <li>• du partage équitable des ressources financières, humaines et matérielles dont l'établissement dispose.</li> </ul> <p>Par conséquent, les réflexions suivantes doivent servir à orienter le choix du prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les conditions nécessaires pour la prestation des services? <ul style="list-style-type: none"> <li>– compétences liées aux soins et services (formation, exigences réglementaires, notamment en ce qui a trait au Code des professions, expertise);</li> <li>– compétences relatives à la condition de l'utilisateur (approche, savoir-être, etc.);</li> <li>– disponibilité horaire et ressources humaines requises;</li> <li>– intensité de l'encadrement requis.</li> </ul> </li> <li>• Quel prestataire ou quels prestataires répondent à ces conditions?</li> <li>• Quel est l'avantage de choisir l'un ou l'autre des prestataires possibles?</li> </ul>
<p><b>MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS</b></p>	<p>→ Coordination des soins et services requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orientation vers les autres soins et services requis au sein du RSSS, notamment les soins et services professionnels;</li> <li>• démarches et requêtes de services auprès des prestataires externes et autres partenaires du RTS;</li> <li>• communication, collaboration et concertation avec les différents intervenants impliqués au sein du RSSS et du RTS;</li> <li>• etc.</li> </ul> <p>→ Prestation des soins et services permettant de répondre aux besoins identifiés, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les interventions professionnelles relatives à la condition de l'utilisateur;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les soins et services de soutien à l'autonomie de l'utilisateur et de soutien aux PPA qui l'accompagnent;</li> <li>• le soutien technique.</li> </ul> <p>La mise en œuvre des plans d'intervention est un processus en continu qui implique une collaboration avec un ensemble d'acteurs. Elle comprend la prestation des soins et services requis et leur coordination, dont les démarches à effectuer pour que l'utilisateur et ses PPA aient accès aux soins et services requis.</p> <p>Que l'établissement dispense lui-même les soins et services ou qu'ils soient dispensés par un prestataire externe, l'établissement demeure responsable de la mise en œuvre des plans d'intervention et voit à ce que les soins et services y ayant été retenus soient fournis, et ce, quel que soit le prestataire choisi.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SUIVI ET RÉÉVALUATION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Surveillance clinique de la condition de l'utilisateur et suivi de la réponse à ses besoins ainsi qu'à ceux de ses PPA dans le contexte de la dyade qu'ils forment;</li> <li>→ Évaluation de la qualité de l'expérience de soins et de services de l'utilisateur et de ses PPA;</li> <li>→ Réévaluation et révision des plans d'intervention en fonction de l'évolution de la situation et en concertation avec l'équipe interdisciplinaire.</li> </ul> <p>L'intervenant doit être proactif et demeurer attentif en continu à tout changement dans la situation de l'utilisateur, notamment afin d'éviter la détérioration d'une condition de santé. Il doit s'assurer que la réponse est en adéquation avec les besoins de l'utilisateur et de ses PPA et évaluer leur satisfaction envers les soins et les services reçus.</p> <p>Les plans d'intervention doivent suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur et s'adapter à la réalité de l'utilisateur et de ses PPA tout au long de la démarche clinique.</p>

### 3.2.1.1 Précisions sur la planification des soins et services et de l'intervention

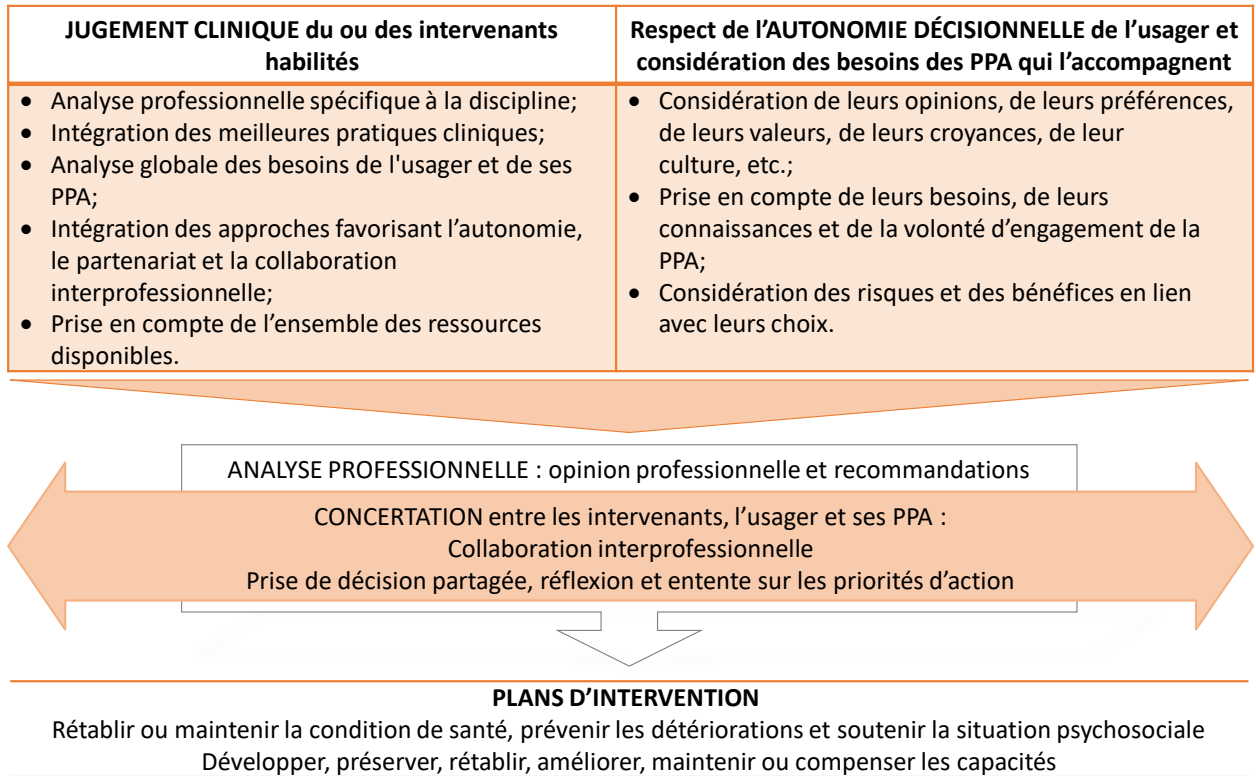
En plus d'être une obligation légale telle que décrite aux articles 102, 103 et 104 de la LSSSS, l'élaboration d'un plan d'intervention est une étape déterminante de la démarche clinique.

Le choix des priorités d'action, fait avec l'utilisateur et ses PPA, doit guider la rédaction des objectifs des plans d'intervention. Qu'il s'agisse d'un plan d'intervention spécifique au champ d'exercice (PI), d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou d'un plan de services individualisés (PSI), le plan d'intervention appartient à l'utilisateur et non à l'intervenant qui le

complète. Le plan d'intervention doit d'ailleurs permettre de confirmer l'engagement de l'utilisateur dans la démarche clinique.

Par ailleurs, la responsabilité du rédacteur du plan est de s'assurer que les objectifs traduisent le plus fidèlement possible les choix de l'utilisateur et qu'il offre une réponse adéquate aux besoins prioritaires. Les choix de l'utilisateur doivent être faits en tenant compte de l'analyse et de l'opinion professionnelle de l'intervenant habilité et des recommandations formulées, en concertation avec l'équipe interdisciplinaire et les autres acteurs impliqués, lorsque la situation le requiert. Pour les clientèles présentant des besoins complexes, des modalités de concertation doivent être mises en place pour assurer la coordination des soins et services requis et la détermination d'objectifs communs. En aucun cas la planification des soins et des services ne doit se limiter à offrir la gamme de services disponible dans l'établissement. L'offre de services globale et la diversité de modalités existantes au sein du RTS doivent être considérées pour répondre aux besoins évalués et prioritaires par l'utilisateur.

**Figure 5 : Jugement clinique et autonomie décisionnelle**



## 4 GAMME DE SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

La gamme de soins et services de SAD comprend l'ensemble des soins et services offerts au domicile de l'utilisateur qui sont requis pour assurer son maintien à domicile, soit les soins et services du **volet 1**. Les établissements sont responsables de s'assurer de la disponibilité de ceux-ci sur leur territoire, en fonction des besoins de leur population. L'énumération des soins et services présentée ci-dessous n'est toutefois pas exhaustive. Ainsi, l'offre de services doit être adaptée aux besoins de la population du territoire concerné<sup>62</sup>. Toute modification à l'offre de services doit cependant être présentée au MSSS.

### 4.1 Soins et services professionnels

Les soins et services professionnels sont les soins et services requis par l'état de santé et la situation psychosociale de l'utilisateur qui nécessitent des compétences professionnelles spécifiques et qui doivent être rendus au domicile de l'utilisateur en raison de sa situation, comme précisé précédemment dans les conditions d'admissibilité. Ces soins et services peuvent parfois être rendus dans les installations de l'établissement lorsqu'ils ont pour objectif d'assurer la transition vers le domicile ou le changement de milieu de vie d'un usager connu des services de SAD. Ils sont généralement dispensés par le personnel de l'établissement.

Les équipes de SAD doivent intégrer des intervenants de différentes disciplines afin de fournir l'ensemble des compétences professionnelles requises pour répondre aux besoins spécifiques de toutes les clientèles. À cette fin, la participation des équipes des autres secteurs d'activité, notamment en ce qui a trait aux services spécialisés, est essentielle. De même, la participation des médecins traitants ou des IPS et des autres professionnels œuvrant en GMF, ou dans tout autre milieu agissant comme partenaire du RTS, demeure un incontournable.

Les soins et services professionnels renvoient aux activités cliniques requérant des compétences professionnelles particulières, notamment l'évaluation spécifique de la situation de l'utilisateur et les interventions, la surveillance et les suivis qui en découlent. Ainsi, afin de fournir une meilleure réponse aux besoins des usagers et de leurs PPA, il importe d'assurer une utilisation juste des compétences professionnelles des différents intervenants qui exercent en SAD. En plus des évaluations et interventions liées à leur discipline respective, les intervenants peuvent être responsables :

- de l'évaluation globale des besoins de l'utilisateur et de ses PPA;
- de la responsabilité clinique de coordination de l'ensemble des soins et des services qui permettent de soutenir l'utilisateur et ses PPA pour assurer le maintien à domicile;
- du soutien clinique aux intervenants des différents milieux de vie qui accueillent des usagers du SAD.

L'offre de soins et services professionnels de base devrait comprendre :

- les **effectifs médicaux, soit les médecins et les IPS**;

---

<sup>62</sup> Des travaux ultérieurs seront nécessaires pour le développement des centres d'activités et des indicateurs de suivi de ces soins et services, le cas échéant.

- les **soins infirmiers**;
- les **services de nutrition clinique**;
- les **services de réadaptation et de développement et de reprise des habitudes de vie**, qui peuvent comprendre les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de kinésiologie, d'éducation spécialisée, etc.;
- les **services d'inhalothérapie**;
- les **services psychosociaux**, qui peuvent comprendre les services de travail social, de psychothérapie, de psychoéducation, etc.

À cette liste non exhaustive peuvent s'ajouter d'autres soins et services requérant une expertise spécifique.

En complémentarité avec cette offre de soins et services professionnels s'ajoutent les services suivants, lesquels contribuent au SAD :

- les services d'organisation communautaire, pour favoriser le développement de nouveaux services pour répondre aux besoins de la population des différents RLS;
- les services de pharmacie communautaire et les services pharmaceutiques d'établissement;
- les services de soins spirituels, notamment dans le cadre des soins de fin de vie;
- l'accès à différents services de consultation (services gériatriques spécialisés, pédiatrie et psychiatrie) ainsi qu'à d'autres services spécialisés.

#### ACTIVITÉS DE SOINS POUVANT ÊTRE CONFIEES À DES AIDES-SOIGNANTS<sup>63</sup>

Les articles 39.7 et 39.8 du Code des professions permettent de confier à des aides-soignants, soit des personnes qui ne sont pas des professionnels au sens des lois professionnelles ou des professionnels non habilités par ces lois, des activités de soins réglementées habituellement réservées à certains professionnels de la santé. Il s'agit des activités :

- d'administration des médicaments prescrits et prêts à être administrés par les voies autorisées (article 39.8);
- de soins invasifs d'assistance aux AVQ (article 39.7).

Ainsi, si l'offre de services le permet, toutes personnes qui respectent les conditions de formation et d'exercice décrites au Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions peuvent se faire confier par un professionnel habilité l'une de ces activités de soins. Dans le cadre du SAD, ces personnes peuvent notamment être :

- auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS);
- préposées en RPA;
- employées d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou d'un autre organisme qui fournit des services de SAD pour le compte d'un établissement;

<sup>63</sup> Se référer à la définition d'*aide-soignant* au glossaire.

- travailleuses engagées de gré à gré dans le cadre de la modalité de l'AD/CES;
- toute personne qui exerce pour un prestataire offrant des services à un usager dans le cadre des soins et services de SAD d'un établissement.

Les conditions pour la prestation des activités de soins réglementées par des aides-soignants sont décrites au Règlement. Il est de la responsabilité des établissements d'encadrer l'exercice de ces activités lorsqu'elles sont confiées à des aides-soignants. Pour ce faire, la Règle de soins nationale *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne*<sup>64</sup> établit entre autres les conditions et les responsabilités des établissements, des prestataires et des professionnels ainsi que celles des aides-soignants afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Parmi ces conditions, l'aide-soignant doit avoir fait les apprentissages nécessaires en ayant terminé l'une des formations reconnues au Règlement, puis être supervisé et autorisé par un professionnel habilité de l'établissement ou par un professionnel habilité du lieu, le cas échéant, selon ce qui est convenu dans l'entente entre l'établissement et le partenaire (dans le cas des aides-soignants œuvrant en RPA, par exemple).

Les activités de soins réglementées pouvant être confiées selon certaines conditions à des aides-soignants font partie des services d'assistance personnelle de **catégorie 3**. Elles sont donc décrites à la section suivante.

## 4.2 Services d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile sont les soins et services qui visent à soutenir l'utilisateur dans les activités de la vie courante. Ils sont offerts au domicile de l'utilisateur par l'établissement ou par les partenaires de son RTS. Ils comprennent plusieurs types de services, soit les services d'assistance personnelle, les services d'aides aux AVD, les services de soutien civique, d'assistance à l'apprentissage et d'appui aux tâches familiales et les autres services d'aide à domicile complémentaires.

Les prestataires de services d'aide à domicile peuvent être :

- l'établissement;
- un organisme d'aide à domicile (une EESAD, une entreprise privée, un organisme communautaire<sup>65</sup>, etc.);
- une RPA;
- un travailleur engagé de gré à gré dans le cadre de la modalité de l'AD/CES.

<sup>64</sup> MSSS (2022), *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne : Règle de soins nationale – articles 39.7 et 39.8 du Code des professions*.

<sup>65</sup> En conformité avec l'article 108 de la LSSSS, un organisme communautaire peut s'inscrire dans le cadre d'une entente avec un établissement du RSSS en tant que prestataire de services d'aide à domicile. La reconnaissance d'un organisme communautaire comme organisme d'aide à domicile ne vient pas suppléer sa reconnaissance au Programme de soutien aux organismes communautaires et les obligations en découlant.



### 4.2.1 Services d'assistance personnelle

Les services d'assistance personnelle comprennent les soins et services qui visent à soutenir l'autonomie d'un usager dans l'accomplissement d'activités ou de gestes ayant pour but de prendre soin de sa personne ou de participer à la vie sociale<sup>66</sup>. Les activités de soins non réglementées et réglementées font également partie des services d'assistance personnelle puisque ces activités de soins sont souvent effectuées au moment de l'assistance personnelle aux AVQ d'un usager.

Les services d'assistance personnelle de base comprennent l'accompagnement aux activités :

- de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, exercer ses fonctions vésicale et intestinale et utiliser les toilettes);
- reliées à la mobilité (effectuer des transferts, circuler [marcher] à l'intérieur comme à l'extérieur, se déplacer en fauteuil roulant, utiliser les escaliers, installer une prothèse ou orthèse, etc.);
- reliées à la communication (voir, entendre et parler).

Quant aux activités de soins pouvant être effectuées par des aides-soignants dans le contexte de services d'assistance personnelle aux AVQ, il s'agit :

- des activités de soins non réglementées (ex. : prise de la glycémie, prise de la tension artérielle, distribution de médicaments);
- des activités de soins réglementées en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions : administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux AVQ.

Dans le contexte du SAD, les services d'assistance personnelle sont regroupés en trois catégories de services :

- **Catégorie 1** : services d'assistance personnelle de base;
- **Catégorie 2** : activités de soins non réglementées;
- **Catégorie 3** : activités de soins réglementées en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions :
  - A. Administration des médicaments prescrits,
  - B. Soins invasifs d'assistance aux AVQ.

La description des différentes catégories de services d'assistance personnelle est présentée au tableau 2.

Ce regroupement est effectué en fonction de l'expertise et des compétences requises par le personnel pour les dispenser et de l'encadrement à exercer par un professionnel habilité de l'établissement pour leur prestation par des aides-soignants. Par ailleurs, l'exécution des soins et services de toutes ces catégories peut nécessiter une expertise particulière ou la maîtrise de

---

<sup>66</sup> Inspiré de Blouin, M., et collab. (1995), *Dictionnaire de la réadaptation, Tome 1 : Termes techniques d'évaluation*, Les Publications du Québec, 130 p.

certaines compétences pour assurer la qualité des soins et services et la sécurité de l'utilisateur en fonction de sa situation clinique, ainsi que la sécurité de l'intervenant.

**Tableau 2 : Description des catégories de services d'assistance personnelle**

CATÉGORIE 1 – SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE DE BASE
<p>Le terme regroupe les soins et services de soutien à l'accomplissement des activités de base par l'utilisateur, y compris les activités de stimulation, d'autonomisation et d'enseignement.</p> <p>Assistance à l'accomplissement des AVQ :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Soins d'hygiène (toilette partielle, toilette complète, lavage des cheveux);</li><li>- Soins liés à l'habillement;</li><li>- Soins liés à l'entretien de la personne (ongles<sup>67</sup>, dents, prothèses dentaires, barbe, cheveux);</li><li>- Soins liés à l'alimentation et à l'hydratation;</li><li>- Soins liés à l'élimination par les voies naturelles (fonctions vésicale et intestinale);</li><li>- Soins de confort (vérification du niveau de confort, positionnement, etc.);</li><li>- Activités d'entraînement et de stimulation pour le développement des capacités nécessaires à l'accomplissement des AVQ.</li></ul> <p>Assistance à l'accomplissement de la mobilité :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Transferts et déplacements;</li><li>- Installation et entretien d'orthèses, de prothèses ou d'équipements pour l'immobilisation et la réadaptation;</li><li>- Utilisation du matériel : aides techniques à la marche, lève-personnes, etc.;</li><li>- Activités d'entraînement et de stimulation pour le maintien et le développement des capacités physiques (équilibre, force musculaire, rééducation, etc.).</li></ul> <p>Assistance à l'accomplissement de la communication :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Positionnement et entretien de prothèses (auditives, visuelles).</li></ul>

CATÉGORIE 2 – ACTIVITÉS DE SOINS NON RÉGLEMENTÉES
<p>Les activités de soins non réglementées sont des « activités de soins qui ne comportent pas un risque de préjudice justifiant qu'elles soient réservées au sens des lois professionnelles à un professionnel de la santé. Puisque ces activités ne répondent pas aux critères des activités réservées à des professionnels, elles peuvent être exercées par toute personne, quel que soit le milieu »<sup>68</sup>. Toutefois, le fait qu'elles ne soient pas réglementées ne soustrait pas l'intervenant de la nécessité de connaître les bonnes pratiques pour leur exécution de façon sécuritaire. De plus, la responsabilité de déterminer les limites des activités de soins non réglementées relève des établissements.</p> <p>Voici les principales activités de soins non réglementées (liste non exhaustive) :</p>

<sup>67</sup> Cela exclut les ongles de pieds requérant des soins spécialisés.

<sup>68</sup> MSSS (2022), *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne : Règle de soins nationale – articles 39.7 et 39.8 du Code des professions.*

- Installation et retrait de bas médicaux de compression en l'absence d'altération de la peau;
- Soins liés à l'élimination par stomie ou par un système de drainage (vidange, remplacement, entretien, soins au pourtour d'une stomie, etc.);
- Prise de la température buccale;
- Prise de la tension artérielle, de la pulsation cardiaque et du rythme respiratoire;
- Prise de la glycémie capillaire par glucomètre;
- Soins respiratoires (administration d'oxygène, entretien et installation d'un appareil pour traiter l'apnée du sommeil, etc.);
- Application d'un pansement sec ou d'une pellicule transparente adhésive sur une plaie refermée et sans écoulement ou une rougeur superficielle non infectée;
- Distribution de médicaments\* prescrits ou en vente libre.

\* À noter que la distribution de médicaments est une « activité qui implique la remise matérielle d'un médicament à une personne ayant la capacité de se l'administrer elle-même. La personne possède la capacité physique et mentale lui permettant de comprendre et de s'administrer sa médication »<sup>69</sup>.

### CATÉGORIE 3 – ACTIVITÉS DE SOINS RÉGLEMENTÉES

Activités professionnelles réservées au sens des lois professionnelles qui, selon les conditions et modalités prévues au Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions, peuvent être confiées à des aides-soignants<sup>70</sup>. Plus précisément, il s'agit des activités de soins invasifs d'assistance aux AVQ et d'administration des médicaments.

Pour qu'un tel soin soit confié à un aide-soignant, l'utilisateur doit être dans l'incapacité d'exécuter l'activité ou la PPA doit être incapable ou dans l'impossibilité de le faire pour l'aidé.

#### 3.A – Administration des médicaments prescrits

L'administration des médicaments implique un certain contrôle de la prise du médicament. C'est une activité de soins qui s'applique lorsque la personne est incapable de s'administrer elle-même ses médicaments en raison d'une incapacité physique ou mentale. Dans ce contexte, la prise de médicaments est non sécuritaire ou impossible par la personne elle-même<sup>71</sup>.

L'administration de médicaments prescrits est une activité réglementée. En vertu de l'article 39.8 du Code des professions, il est possible de confier cette activité à un aide-soignant pour les voies autorisées suivantes :

- |   |                |
|---|----------------|
| - Orale;  | - Otique;      |
| - Inhalation;   | - Rectale;     |
| - Entérale;   | - Topique;     |
| - Transdermique;                                      | - Ophtalmique; |
| - Vaginale;   | - Nasale;      |
| - Sous-cutanée pour l'injection d'insuline seulement. |                |

<sup>69</sup> *Ibid.*

<sup>70</sup> *Ibid.*

<sup>71</sup> *Ibid.*

### 3.B – Soins invasifs d'assistance aux AVQ

Un soin invasif est un soin qui va au-delà des barrières physiologiques (pharynx, vestibule nasal, grandes lèvres, méat urinaire ou marge de l'anوس) ou dans une ouverture artificielle du corps humain (trachéostomie, stomie intestinale, stomie urinaire)<sup>72</sup>. Dans le contexte décrit à l'article 39.7 du Code des professions, les activités de soins invasifs peuvent être confiées à un aide-soignant si celles-ci sont requises dans le cadre des AVQ sur une base durable et qu'elles sont nécessaires au maintien de la santé.

Les soins invasifs pouvant être confiés relèvent de la décision du professionnel habilité qui procède à l'évaluation de la condition de santé de l'utilisateur. Ainsi, le type de soin pouvant être confié à l'aide-soignant pourrait différer d'un usager à l'autre.

#### 4.2.1.1 Précisions concernant les services d'assistance personnelle des catégories 1 et 2

Bien que les services d'assistance personnelle des catégories 1 et 2 ne soient pas encadrés par une loi ou un règlement, contrairement aux activités de soins réglementées, la connaissance des bonnes approches pour la réalisation des soins de base en fonction de la condition de santé de l'utilisateur (ex. : présence de troubles cognitifs, d'un trouble de santé mentale) est essentielle pour assurer leur qualité et leur sécurité.

Par conséquent, une formation de base, un enseignement personnalisé ou des consignes particulières adaptées aux conditions de santé de l'utilisateur pourraient être requis, en raison du caractère préjudiciable que certaines activités pourraient présenter. À titre d'exemples :

- L'assistance à l'alimentation d'un usager présentant de la dysphagie nécessite de connaître les techniques d'intervention appropriées, telles que le bon positionnement de l'utilisateur et de l'intervenant et les signes et symptômes à observer;
- Un soin d'hygiène effectué auprès d'un usager vivant avec un trouble neurocognitif majeur peut nécessiter des stratégies d'interventions particulières;
- La mobilisation d'un usager à l'aide d'un levier nécessite de connaître les principes de déplacement sécuritaire de l'utilisateur à l'aide de cet équipement;
- La mesure de la tension artérielle doit être effectuée selon les normes de pratiques afin de ne pas fausser le résultat.

De plus, une règle de soins de l'établissement peut prévoir les conditions pour l'exercice de certaines activités de soins non réglementées. Enfin, l'intervenant demeure responsable de s'assurer qu'il a les connaissances et les compétences pour exécuter adéquatement les activités de soins non réglementées dispensées. À défaut, ce dernier doit s'abstenir de les prodiguer ou demander le soutien d'un professionnel habilité.

---

<sup>72</sup> *Ibid.*

#### 4.2.1.2 Responsabilités de l'établissement

Comme mentionné précédemment, que l'établissement les dispense lui-même ou qu'il fasse appel à des partenaires reconnus, il a la responsabilité de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et services retenus au plan d'intervention. Pour la prestation de services d'assistance personnelle, il doit :

- établir, pour les services de catégories 1 et 2, les conditions préalables de formation, notamment les formations minimales requises et reconnues, pour la prestation des soins et services à l'utilisateur en fonction de sa condition de santé;
- déterminer les prestataires possibles en fonction de la situation de l'utilisateur pour assurer une prestation sécuritaire des services;
- s'assurer, pour les services de la catégorie 3, du respect des conditions de formation et d'exercice des activités de soins réglementées en vertu du Code des professions, du Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions et de la Règle de soins nationale *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne*<sup>73</sup> appliquée dans l'établissement;
- s'assurer de la compétence de son personnel, du personnel engagé par ses partenaires par le biais de l'entente<sup>74</sup> qui les lie ou du travailleur engagé de gré à gré dans le cadre de la modalité de l'AD/CES pour la dispensation des services en fonction de la situation de l'utilisateur;
- fournir à l'intervenant, ainsi qu'à la PPA, le cas échéant, la formation complémentaire et les enseignements personnalisés requis en fonction de la situation de l'utilisateur;
- fournir le soutien clinique requis;
- instaurer des mécanismes de surveillance de la qualité et de la sécurité des activités de soins confiées.

#### 4.2.2 Services d'aide aux activités de la vie domestique

Les services d'aide aux AVD visent à soutenir la réalisation des tâches accomplies chaque jour par une personne et qui concernent sa vie à l'intérieur et autour de son milieu de vie<sup>75</sup>. Dans le contexte du SAD, ces services visent à fournir l'assistance requise à l'utilisateur ou à la PPA pour assurer le maintien à domicile. Ils comprennent l'assistance dans la réalisation des activités suivantes :

- **L'entretien de la maison**

Service qui se caractérise par de l'aide à l'entretien et aux travaux occasionnels ou réguliers (ex. : balayage, époussetage et nettoyage). Il peut aussi s'agir de travaux lourds (ex. : grand ménage et déneigement du principal accès au domicile).

---

<sup>73</sup> *Ibid.*

<sup>74</sup> Les exigences de formation pour la dispensation de services d'assistance personnelle par un partenaire en vertu d'une entente de collaboration sont notamment présentées à l'annexe 2 de la circulaire 02.02.43.15 (numéro de dossier 2018-012).

<sup>75</sup> Blouin, M., et Bergeron, C. (1997), *Dictionnaire de la réadaptation, Tome 2 : Termes d'intervention et d'aides techniques*.

- **La préparation des repas**

Service d'aide à la manutention des plats et aux activités requises à la préparation des repas jusqu'à ce qu'ils puissent être éventuellement consommés. Ces activités comprennent la planification et la réalisation des repas, des collations et des portions, la présentation pour le repas, la conservation des aliments et le rangement.

- **L'approvisionnement et autres courses**

Service d'aide qui englobe la planification et la réalisation de l'activité de faire des courses (choisir les articles requis, porter les paquets, etc.), et ce, peu importe la nature de l'objet (nourriture, vêtements, etc.).

- **La lessive et l'entretien des vêtements**

Service d'aide qui consiste à laver, à sécher et à plier les vêtements et la literie.

### **4.2.3 Services de soutien civique**

Ces services sont les activités qui visent à fournir l'aide nécessaire à l'utilisateur pour administrer son budget personnel, pour remplir des formulaires pour des raisons personnelles ou pour répondre à ses obligations de citoyen. Toutefois, ces activités ne comprennent pas l'aide pour remplir les formulaires fiscaux (par exemple la déclaration de revenus).

### **4.2.4 Services d'assistance à l'apprentissage**

Ces services sont des activités d'entraînement et de stimulation aux activités personnelles et domestiques, de soutien aux activités occupationnelles et aux activités de réadaptation, etc.

### **4.2.5 Services d'appui aux tâches familiales**

Ces services visent à soutenir l'utilisateur dans l'accomplissement d'activités reliées à son rôle de parent ou de conjoint. Il peut prendre la forme de soutien à l'organisation matérielle, aux soins de ses enfants, à l'aide aux devoirs, etc. Ces services incluent l'assistance qui consiste en différentes mesures visant à remplacer ou à seconder les parents dans l'accomplissement de leurs rôles parentaux et de leurs activités quotidiennes, et ce, compte tenu de leurs propres limitations.

### **4.2.6 Services d'aide à domicile complémentaires**

Ces services comprennent les services de livraison de repas (ex. : popote roulante), soit la livraison de repas chauds à domicile assurée par des bénévoles; l'accompagnement pour les rendez-vous médicaux, pour utiliser les transports ou pour effectuer des appels; les visites d'amitié pour briser l'isolement; etc. Ces services sont majoritairement offerts en collaboration avec les organismes communautaires, notamment les groupes d'action bénévole.

## 4.3 Services aux personnes proches aidantes

Cette section décrit les services de SAD offerts aux PPA et qui visent :

- la prévention et la promotion liées à leur santé et à leur bien-être;
- le soutien dans leur rôle de PPA, et ce, dans le respect des volontés et des capacités d'engagement propres à chacune;
- le maintien de leur qualité de vie, en assurant l'équilibre entre leur rôle de PPA et les autres sphères de leur vie;
- le maintien d'une relation saine et harmonieuse avec la personne qu'elles aident tout au long du parcours de la dyade aidant-aidé.

Les services offerts aux PPA, notamment les moyens, la durée, la fréquence, le prestataire et le lieu, sont déterminés en fonction d'une évaluation des besoins de la dyade aidant-aidé et de leurs choix dans un esprit de décision partagée. Ainsi, les services peuvent prendre différentes formes selon la nature des besoins, soit :

- être offerts directement aux PPA afin de répondre à leurs besoins spécifiques : le soutien psychosocial, par exemple;
- être offerts auprès de la personne aidée et soutenir indirectement la PPA : le répit à domicile, par exemple.

Ces services peuvent être offerts par différents types de prestataires (organismes communautaires, entreprises d'économie sociale en aide à domicile, bénévoles, établissements publics de santé et de services sociaux, etc.). Ils sont considérés comme des services de SAD lorsqu'ils sont offerts au domicile de l'aidé, tandis que ceux offerts à l'extérieur du domicile font partie des services *contribuant* au SAD.

### 4.3.1 Sensibilisation, information, formation, repérage et orientation

Ces services visent à sensibiliser et à outiller les PPA et les autres proches face à la situation vécue par la personne aidée. Plus spécifiquement pour les PPA, ils visent également à les sensibiliser et à les outiller quant à leur rôle et au maintien de leur santé physique et mentale et de leur équilibre de vie. Les services peuvent être offerts en continu lors des visites auprès de l'aidé ou en interventions spécifiques pour les PPA.

#### *Précisions*

Ces services peuvent prendre différentes formes et porter sur divers sujets, selon les besoins des PPA, par exemple :

- Sensibilisation et information : documentation (guides, brochures, dépliants), affiches, référence vers des capsules d'informations télévisuelles, conférences, groupes de soutien, kiosques, etc.
- Formation : formation personnalisée pour soutenir la PPA dans son rôle d'aidant, afin qu'elle développe les aptitudes et maîtrise les techniques nécessaires pour accomplir les

activités qu'elle réalise auprès de la personne aidée. Cette formation est assurée par un intervenant habilité de l'établissement.

- Repérage et orientation : repérage de la PPA ayant des besoins et accompagnement vers les services offerts par les différents organismes de soutien, et orientation formelle de la PPA vers d'autres modalités de services au moyen de processus établis.

### **4.3.2 Soutien de nature psychosociale**

Ce service est offert par un intervenant habilité et a pour objectif de sensibiliser la PPA quant aux conséquences de son rôle de PPA dans sa vie, de favoriser son bien-être et son adaptation, de prévenir l'épuisement, de préserver son équilibre physique, psychologique et social et de lui permettre de maintenir une relation saine et harmonieuse avec la personne qu'elle aide. Du soutien psychosocial en préparation à la fin de vie de la personne aidée ou durant la période du deuil peut également être indiqué.

#### *Précisions*

- En fonction des circonstances et des besoins identifiés, les services psychosociaux aux PPA seront offerts soit par un professionnel du SAD, soit par le biais d'une autre modalité de services des établissements (services sociaux généraux, santé mentale adulte, etc.) ou par des partenaires du RTS à la suite d'une orientation.
- La recherche de la meilleure façon de répondre aux besoins de la PPA doit guider le partage des responsabilités entre les différentes modalités de services et le choix de la modalité la plus appropriée pour répondre à ses besoins.
- Lorsque des besoins de soutien psychosocial d'autres natures et non liés à la proche aidance sont signifiés, la PPA doit être orientée vers d'autres modalités de services en fonction de ses besoins.

### **4.3.3 Soutien aux soins de santé physique**

Ce service vise à soutenir la PPA afin de lui permettre de poursuivre son rôle auprès de la personne qu'elle aide, notamment afin de prévenir les risques d'épuisement, lorsqu'elle-même présente un problème de santé pour lequel elle devrait habituellement recevoir ses services en ambulatoire. Ils peuvent prendre la forme, par exemple, de prélèvements, de soins de plaies, d'administration d'un médicament, etc. Ainsi, le fait de recevoir certains soins pour elle-même au domicile de la personne aidée doit avoir pour objectif de favoriser le maintien de sa santé physique et de soutenir son engagement. Ce service sera offert à domicile de façon exceptionnelle, en fonction de l'évaluation de la pertinence et des bénéfices de l'offrir selon cette modalité.

### **4.3.4 Appui aux tâches quotidiennes**

L'appui aux tâches quotidiennes permet de relayer la PPA dans ses activités de la vie courante lorsqu'elle prend soin de la personne aidée ou lorsqu'elle vaque à ses autres occupations, afin de



lui permettre de concilier ses différents rôles sociaux. Ainsi, ces services contribuent à la poursuite de l'engagement de la PPA.

#### *Précisions*

- Ces services s'adressent **directement à la PPA**; ils n'impliquent donc pas d'action directe auprès de la personne aidée.
- En fonction de l'appréciation des besoins, le service peut prendre différentes formes, telles que les soins des enfants, l'aide aux devoirs, le soutien dans l'organisation des activités de la vie courante, l'accompagnement et les services d'interprétation tactile et visuelle.

### **4.3.5 Répit et gardiennage/présence-surveillance**

Ces services permettent à la PPA d'avoir un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers de la personne aidée ou encore de s'absenter de son domicile, sur une base occasionnelle ou régulière, pour réaliser diverses activités de la vie courante. Ce service est généralement planifié et vise à prévenir l'épuisement de la PPA. Il est question de gardiennage dans le cas d'un enfant ou de présence-surveillance dans le cas d'un adulte ou, s'il y a lieu, d'un adolescent.

#### *Précisions*

- Les services de répit peuvent être offerts à domicile ou hors domicile dans un autre milieu. Lorsque l'utilisateur doit se déplacer pour le répit, il ne s'agit pas de services de SAD proprement dits, mais de services qui contribuent au SAD (volet 2) puisqu'ils sont offerts à l'extérieur du domicile (ex. : centre de jour, lits de répit en hébergement temporaire).
- Les activités offertes en centre de jour visent en premier lieu à maintenir et à améliorer les acquis physiques, psychiques ou cognitifs, à promouvoir la santé globale et à prévenir la détérioration de l'état biopsychosocial, ainsi qu'à maintenir les habiletés sociales favorisant l'intégration sociale de l'utilisateur. Ainsi, ces activités ne peuvent être offertes dans le seul objectif d'offrir du répit à la PPA, mais peuvent contribuer à prévenir son épuisement et à la soutenir dans son engagement.

### **4.3.6 Dépannage**

Le dépannage permet à la PPA d'être remplacée pour faire face à des situations imprévisibles ou urgentes. Ce service est temporaire et généralement de courte durée, soit le temps nécessaire pour faire face aux conséquences de l'événement et se réorganiser. Même si ce service implique une situation imprévisible, la question doit être abordée préalablement avec la personne ayant une incapacité et ses PPA afin de déterminer où et à qui elles devront s'adresser, lorsque requis, et ainsi diminuer leurs inquiétudes.

## 4.4 Soutien technique

Le soutien technique comprend à la fois les fournitures médicales et spécialisées, les équipements et les aides techniques nécessaires pour qu'une personne puisse demeurer ou retourner à domicile, ainsi que les outils technologiques pouvant soutenir son autonomie. Il est considéré dès l'étape d'évaluation des besoins de la personne avant tout recours à l'aide humaine, ou encore pour faciliter ou optimiser la prestation de soins et services professionnels ou de services d'aide à domicile. De plus, l'accès au soutien technique peut grandement contribuer à protéger des accidents les personnes elles-mêmes, les PPA ou le personnel. Il permet de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne et offre à certaines clientèles un plus grand confort.

### 4.4.1 Fournitures médicales et spécialisées<sup>76</sup>

Une fourniture médicale ou spécialisée est un bien consommable englobant tout matériel ou fourniture utilisé par le personnel dans l'offre régulière de soins aux usagers, tel que les aiguilles, les cathéters intraveineux, les sondes urinaires et les pansements. Une fourniture s'épuise à l'utilisation et, contrairement à un équipement, elle a une durée de vie déterminée. Il peut aussi s'agir d'un médicament utilisé dans le cadre de la prestation de soins de SAD. Un médicament est une substance possédant un numéro d'identification (DIN) conformément à la Loi sur les aliments et drogues et destinée à prévenir ou à traiter une maladie ou un état physique anormal ou leurs symptômes chez l'humain.

### 4.4.2 Équipements

Ils comprennent les équipements médicaux nécessaires pour administrer un traitement ou pour compenser une fonction vitale, tels que les appareils d'assistance aux fonctions respiratoires et d'oxygénothérapie, les appareils d'alimentation entérale et les appareils pour l'administration d'antibiothérapie intraveineuse.

### 4.4.3 Aides techniques

Il s'agit d'un appareil adapté ou spécialement conçu pour soutenir, maintenir ou remplacer une partie du corps ou une fonction déficiente, utilisé par une personne dans le but de compenser une incapacité en maximisant son autonomie<sup>77</sup>. Les aides techniques visent à améliorer l'intégration ou le maintien dans la communauté et à maximiser ainsi l'autonomie, en plus d'assurer la sécurité et le maintien dans le milieu de vie. Ces aides peuvent aussi comprendre les équipements qui visent à prévenir et à traiter les détériorations de l'intégrité de la peau.

---

<sup>76</sup> MSSS et CIUSSS de la Capitale-Nationale (2016), *Cadre de gestion sur l'accès aux fournitures médicales et aux médicaments utilisés en soutien à domicile au Québec*, version 7.6 (non diffusé).

<sup>77</sup> MSSS (2018), *Programme ministériel sur les aides techniques à la communication : guide d'attribution*.

#### **4.4.4 Outils technologiques**

Il s'agit de tout outil technologique (appareil numérique, intelligence artificielle, appareil de surveillance électronique, domotique) permettant d'augmenter la sécurité et l'autonomie de la personne à domicile. Le développement grandissant de différents outils technologiques permettant d'améliorer, de promouvoir et de surveiller la santé représente une solution afin d'améliorer le suivi des usagers.

## CONCLUSION

Les orientations en SAD forment un document de référence qui intègre les éléments de la Politique et de ses précisions actualisés aux réalités d'aujourd'hui, en plus d'apporter certaines précisions pour faciliter leur interprétation et leur application par les établissements, permettant notamment un accès plus équitable aux soins et services.

Par ses orientations en SAD, le MSSS confirme la portée transversale du SAD, qui est accessible à toute clientèle, peu importe son âge. Il s'agit d'une modalité de soins et services qui offre une réponse adaptée aux usagers et à leurs PPA dans une perspective de soutien à l'autonomie et de suivi de la condition de santé physique et mentale ainsi que de la situation psychosociale.

Le SAD étant composé d'un large éventail d'usagers, de besoins, de soins et services et d'acteurs différents, il implique la participation de tous les acteurs des RTS et la mise en place de mécanismes de concertation afin d'assurer une fluidité dans le continuum de soins et services. Afin de concrétiser l'ensemble des orientations de ce document, d'autres travaux viendront graduellement les bonifier et les préciser afin d'assurer la pertinence, l'intégration et la qualité des soins et services rendus à l'utilisateur et à ses PPA.

Enfin, les changements souhaités dans le système de santé et de services sociaux devront s'actualiser pour effectuer un virage vers des soins et des services de SAD forts et bien structurés, notamment par :

- la reconnaissance du caractère essentiel et de la spécificité du SAD;
- la dotation et le renforcement des effectifs œuvrant en SAD;
- le développement ou la consolidation de l'expertise clinique des intervenants;
- le développement de la gamme de soins et services requis pour répondre aux besoins de la population, incluant les effectifs médicaux (médecins et IPS);
- la bonification des soins et services complémentaires au SAD, notamment par des soins et services de première ligne accessibles et complets;
- le soutien aux initiatives permettant d'agir en amont et de réduire la dépendance aux services de SAD ou d'en retarder le recours.

## ANNEXE – APPROCHES CLINIQUES PERTINENTES

Approches ayant donné lieu à l'approche de partenariat :

**L'approche centrée sur la personne** : approche humaniste centrée sur la personne dans sa globalité et non sur un problème, une maladie ou un symptôme particulier, mise au point par le psychologue Carl Roger. Elle repose sur la conviction que l'individu possède un fort potentiel d'évolution et d'épanouissement inné qui se développe de lui-même pour peu qu'il bénéficie d'un contexte favorable<sup>78</sup>.

**L'approche axée sur les forces** : approche permettant aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie, en découvrant leurs forces et en les utilisant pour atteindre leurs buts. L'inventaire des forces permettrait à l'utilisateur et à l'intervenant de prendre conscience des compétences actuelles et de celles utilisées dans le passé, des connaissances accumulées à travers l'expérience de vie et des ressources que l'utilisateur possède ou qui lui sont accessibles<sup>79</sup>.

**L'autonomisation** : philosophie d'intervention qui met l'accent sur le développement ou le rétablissement des capacités de l'utilisateur, afin que celui-ci puisse vivre de la façon la plus autonome possible<sup>80</sup>. Le processus d'autonomisation repose concrètement sur l'offre d'une variété de services, dont les modalités de prestation sont adaptées en fonction du niveau d'assistance requis pour les services ou les soins (allant de l'information et l'enseignement à la compensation par des moyens diversifiés). L'autonomisation implique également une participation active de l'utilisateur dans la détermination des objectifs et dans les décisions qui le concernent.

---

<sup>78</sup> Entre autres inspiré d'Approche centrée sur la personne – Pratique et recherche (s. d.), *Approche centrée sur la personne : ses caractéristiques*.

<sup>79</sup> Entre autres inspiré de Dunn, W. (2017), « Strengths-based approaches: What if even the 'bad' things are good things? »; et de Bergeron-Leclerc, C., et collab. (2021), « Le travail social centré sur les forces : diversité et possibilités dans la pratique contemporaine ».

<sup>80</sup> Très largement inspiré d'INESSS (2015), *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, p. ii.

## BIBLIOGRAPHIE

Approche centrée sur la personne – Pratique et recherche (s. d.). *Approche centrée sur la personne : ses caractéristiques*. [Disponible en ligne : <https://acp-pr.org/approche-centree-sur-la-personne/>].

Bergeron-Leclerc, C., Pouliot, E., et Gargano, V. (2021). « Le travail social centré sur les forces : diversité et possibilités dans la pratique contemporaine », *Intervention*, n° 153, p. 5-17. [Disponible en ligne : <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne//153/le-travail-social-centre-sur-les-forces-diversite-et-possibilites-dans-la-pratique-contemporaine/>].

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

Blouin, M., et collab. (1995). *Dictionnaire de la réadaptation, Tome 1 : Termes techniques d'évaluation*, Les Publications du Québec, 130 p.

Brisebois, L., Fawcett, G., Hughes, J., et Morris, S. (2017). *Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*, Statistique Canada. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018002-fra.htm>] (Consulté le 1<sup>er</sup> novembre 2021).

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2021). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. [<https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>] (Consulté le 10 juin 2021).

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (2014). *Guide des standards de pratique de première ligne au soutien à domicile*. [Disponible en ligne : [https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/standards\\_de\\_pratique\\_-version\\_finale-dec.\\_2014\\_1.pdf](https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/standards_de_pratique_-version_finale-dec._2014_1.pdf)].

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (2017). *Version abrégée du code d'éthique*. [Disponible en ligne : [https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/cisss\\_bas-saint-laurent\\_codedethique\\_logonoir.pdf](https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/cisss_bas-saint-laurent_codedethique_logonoir.pdf)].

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2017). *Code d'éthique : vos droits, nos engagements*, révisé le 1<sup>er</sup> novembre 2021. [Disponible en ligne : [https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/Aproposdenous/Portrait/R-17\\_Code\\_ethique.pdf](https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/Aproposdenous/Portrait/R-17_Code_ethique.pdf)].

Clément, M., Gélinau, L., et McKay, A.-M. (2009). *Proximités : lien, accompagnement et soin*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 361 p. (Collection Problèmes sociaux et interventions sociales).

*Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991.

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation professionnelle du RUIS de l'Université de Montréal (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. [Disponible en ligne : [http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide\\_implantation1.1.pdf](http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf)].

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver, College of Health Disciplines,

Université de la Colombie-Britannique. [Disponible en ligne : [https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre\\_a\\_outils/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)].

Couturier, Y., Bonin, L., et Belzile, L. (2016). *L'intégration des services en santé : une approche populationnelle*, Les Presses de l'Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (2016). *Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*, Montréal, Université de Montréal. [Disponible en ligne : <https://ceppp.ca/wp-content/uploads/2021/01/ceppp-ecole-terminologie.pdf>].

Dunn, W. (2017). « Strengths-based approaches: What if even the 'bad' things are good things? », *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 80, n° 7, p. 395-396 [Disponible en ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0308022617702660>]

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (2013). *La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : du discours à une action concertée*. [Disponible en ligne : <http://laressource.ca/images/ressources/Participation-sociale.pdf>].

Fleury, M.-J. (2002). « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, p. 7-15. [Disponible en ligne : <https://doi.org/10.7202/014554ar>].

Gagnon, B. (dir.) (2019). *Approche palliative intégrée : quand et comment*. Traduction libre de l'outil *A Palliative Care Approach for Primary Care*, adapté du Gold Standards Framework© et produit par Cancer Care Ontario. [Disponible en ligne : <https://www.recherchesoinspalliatifs.ca/approchepalliativeintegree/>].

Institut de la statistique du Québec (2019). *Le bilan démographique du Québec : édition 2019*, Québec, 179 p. [Disponible en ligne : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebecedition-2019.pdf>].

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. [Disponible en ligne : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_Avis\\_Autonomisation.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf)].

*Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001.

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2.

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, LQ 2002, c. 33.

*Loi sur l'assurance automobile*, RLRQ, c. A-25.

*Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, RLRQ, c. A-3.001.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.

*Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3.

*Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes*, RLRQ, c. R-1.1.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001352/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001287/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance : Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001933/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002052/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Programme ministériel sur les aides techniques à la communication : guide d'attribution*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002056/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). « Principaux rôles et responsabilités » sur le site *MSSS / Réseau / Système de santé et de services sociaux en bref*. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites/>] (Consulté le 14 avril 2021).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). « Réseaux territoriaux et locaux de services » sur le site *MSSS / Réseau / Système de santé et de services sociaux en bref*. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/reseaux-territoriaux-et-locaux-de-services/>] (Consulté le 14 avril 2021).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*. [À paraître].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Plan stratégique 2019-2023*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002438/>].



Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : des milieux de vie qui nous ressemblent*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne : Règle de soins nationale – articles 39.7 et 39.8 du Code des professions*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2021). *Vieillir en santé : rapport du directeur national de santé publique 2021*, 46 p. [Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003169/>].

Ministère de la Santé et des Services sociaux et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2016). *Cadre de gestion sur l'accès aux fournitures médicales et aux médicaments utilisés en soutien à domicile au Québec*, version 7.6. [Non diffusé].

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. [Disponible en ligne : <https://www.oiq.org/documents/20147/237836/3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf>].

Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale (2012). *Rapport mondial sur le handicap 2011*, Organisation mondiale de la Santé. [Disponible en ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44791>].

*Règlement d'application de la Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement*, RLRQ, c. P-9.2.1, r. 1.

*Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions*, RLRQ, c. C-26, r. 3.

*Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ, c. S-5, r. 5.

*Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, RLRQ, c. S-4.2, r. 0.01.

*Règlement sur la classification des services dispensés par les ressources intermédiaires*, RLRQ, c. S-4.2, r. 3.

Vargo, F. (2021). « Incapacité », dans *L'Encyclopédie canadienne*. [<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/incapacite>] (Consulté le 19 mai 2021).

World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1996). « What quality of life? », *World Health Forum 1996*, vol. 17, no 4, p. 354-356 [Disponible en ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>].

## GLOSSAIRE

La définition de certains termes utilisés dans le présent document vise à assurer une compréhension commune de son contenu.

<b>Terme</b>	<b>Définition</b>
<i>Aide-soignant</i> <sup>81</sup>	Personne qui effectue des activités de soins confiées en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions dans le cadre de ses fonctions, dans un lieu ou un contexte autorisé. L'aide-soignant n'est pas lié à un titre d'emploi en particulier.
<i>Établissement</i>	À moins d'indication contraire, tout établissement ayant une responsabilité au regard des soins et services de SAD d'un territoire, soit les CISSS et CIUSSS ainsi que tout autre établissement du RSSS non visé par la LMRSSS ayant une telle responsabilité.
<i>Incapacité</i> <sup>82</sup>	Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 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.
<i>Incapacité temporaire</i>	Altération des capacités consécutive à un événement ou à une intervention de courte durée qui permet habituellement à une personne d'acquérir ou de récupérer intégralement ou presque intégralement la capacité affectée et de reprendre ses activités sans séquelle fonctionnelle ou avec des séquelles mineures.
<i>Incapacité permanente</i>	Altération des capacités de façon permanente ou pour une longue durée, ou encore de façon épisodique.
<i>Intervenant</i>	Personne qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner ou dispenser des soins ou des services à l'utilisateur (y compris des services médicaux) ou intervenir au regard de ces soins et services. Le terme générique <i>intervenant</i> est également celui privilégié dans la LSSSS. Pour les besoins du présent document, ce terme inclut la notion de professionnel, de clinicien, de technicien, de médecin ou de résident en médecine, de stagiaire, d'ASSS ou autre personnel de l'établissement, de travailleur engagé dans le cadre de l'AD/CES ainsi que de personnes employées par un partenaire de l'établissement (par exemple les préposés d'aide à domicile) qui participent à l'offre de services en SAD.
<i>Intervenant habilité</i>	Personne compétente et habilitée à exercer un jugement clinique pour évaluer la situation d'une personne dans les limites du champ d'exercice de sa profession.

<sup>81</sup> Adapté de MSSS (2022), *Activités de soins confiées à des aides-soignants – Administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne : Règle de soins nationale – articles 39.7 et 39.8 du Code des professions*.

<sup>82</sup> Vargo, F. (2021), « Incapacité », dans *L'Encyclopédie canadienne*, <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/incapacite>.

*Partenaire*<sup>83</sup>

Organisme public, privé, communautaire ou autre qui partage une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population d'un RTS et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Les partenaires comprennent : les cliniques médicales et les GMF; les pharmacies communautaires; les organismes communautaires; les entreprises d'économie sociale; les établissements privés d'hébergement; les RPA; les ressources non institutionnelles (RI et RTF); les CH et les instituts universitaires non fusionnés qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés à la population; le cas échéant, d'autres centres intégrés qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés à la population du réseau de services compte tenu des missions supraterritoriales qu'ils assument (ex. : CH, centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, CR), et en conformité avec les trajectoires de services établies; et les partenaires d'autres secteurs d'activité (scolaire, municipal, de l'emploi, etc.).

*Participation sociale*<sup>84</sup>

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.

*Qualité de vie*<sup>85</sup>

Façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement.

*Réadaptation*<sup>86</sup>

Ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et à maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement.

*Représentant*

Personne à qui est confiée, par la loi<sup>87</sup> ou par mandat, la responsabilité légale de représenter et de défendre les droits et intérêts d'une autre personne.

<sup>83</sup> MSSS (2018), « Réseaux territoriaux et locaux de services » sur le site MSSS / Réseau / Système de santé et de services sociaux en bref. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/reseaux-territoriaux-et-locaux-de-services/>]

<sup>84</sup> Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (2013), *La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : du discours à une action concertée*.

<sup>85</sup> Inspiré de World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1996). « What quality of life? », *World Health Forum* 1996, vol. 17, no 4, p. 354-356.

<sup>86</sup> OMS et Banque mondiale (2012), *Rapport mondial sur le handicap 2011*.

<sup>87</sup> Selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ-1991 (LSSSS, article 12).

*Services de proximité*<sup>88</sup>

Ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que d'actions de santé publique offerts sur un territoire donné, grâce à un partenariat entre les diverses parties prenantes : usagers, membres de l'entourage, citoyens, communautés, établissements du RSSS, organismes communautaires et acteurs intersectoriels. Ils sont accessibles dans les communautés locales afin d'être visibles et connus et permettent de maintenir un lien de confiance avec la population. Ils assurent un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS.

*Usager*<sup>89</sup>

Personne physique qui a, ou qui a eu, recours aux services de santé ou aux services sociaux donnés par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La notion d'« usager » doit s'interpréter en rapport avec l'admission, l'enregistrement ou l'inscription de l'usager et de ses proches recevant des services. Ainsi, dans la mesure où la personne concernée peut établir qu'elle a reçu un service de l'établissement, elle est considérée comme un usager. Il n'y a aucune restriction quant à la nature, à la fréquence ou à la continuité du service reçu par l'usager ou ses proches.

---

<sup>88</sup> MSSS (2022), *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux* (à paraître).

<sup>89</sup> MSSS (2018), *Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents*.

