



GUIDE COMPLÉMENTAIRE DU SAD

Intervenants SAD



24 DECEMBRE 2024
CISSS MONTRÉGIE-CENTRE MISSION CLSC

Table des matières

REGLES GENERALES DE SAISIE	1
REGLES SPECIFIQUES.....	5
1. DEMARCHES POUR L'USAGER (<i>CODE D'ACTE 6000</i>).....	5
2. ÉVALUATION DE L'USAGER (<i>CODE D'ACTE 6500</i>)	7
3. ÉVALUATION OU REEVALUATION EN SOINS INFIRMIERS (<i>CODE D'ACTE 6516</i>).....	7
4. ÉVALUATION OU REEVALUATION DE L'AUTONOMIE (OÉMC) (<i>CODE D'ACTE 6530</i>).....	9
5. PLAN D'INTERVENTION (PI), PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISE (PSI) OU PLAN D'INTERVENTION INTERPROFESSIONNEL (PII) (<i>CODES D'ACTES 6750, 6755, 6760</i>).....	10
6. POURSUITE D'ELABORATION OU DE REVISION D'UN PLAN D'INTERVENTION, PLAN D'INTERVENTION INTERPROFESSIONNEL OU PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISE (<i>CODE D'ACTE 6770</i>).....	10
SUIVI DE L'USAGER	11
PROFILS D'INTERVENTION.....	12
1. 110 SERVICES DE SANTE PHYSIQUE EN PHASE POSTOPERATOIRE	14
2. 121 SERVICES EN SOINS PALLIATIFS	15
3. 191 AUTRES SERVICES DE SANTE PHYSIQUE COURT TERME	17
4. 192 AUTRES SERVICES DE SANTE PHYSIQUE LONG TERME	18
5. 210 SERVICES LIES A UNE DEFICIENCE PHYSIQUE (DP)	19
6. 311 SERVICES LIES A UNE DEFICIENCE INTELLECTUELLE (DI)	19
7. 312 SERVICES LIES AU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)	20
8. 410 SERVICE AUX PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX	20
9. 420 SERVICES PSYCHOSOCIAUX GENERAUX	21
10. 710 PERTE D'AUTONOMIE LIEE AU VIEILLISSEMENT (PALV)	22
MODE DE L'INTERVENTION	23
LIEU DE L'INTERVENTION	24
DUREE DE L'INTERVENTION.....	26
INTERVENANT ASSOCIE.....	28

Règles générales de saisie

Une intervention est consignée lorsque les points suivants sont réunis :

- 1) L'intervention inclut l'ensemble des actions posées au cours de la rencontre, de la communication téléphonique ou d'une visioconférence (service rendu à l'utilisateur, actes professionnels). Puisque le système d'information Intégration CLSC prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possibles par rapport au service rendu à l'utilisateur-individu.

Exemples :

- Soins physiques à l'utilisateur.
- Conseils ou informations spécifiques selon l'utilisateur, la situation et l'urgence.
- Interventions thérapeutiques dans le but de stabiliser la situation de l'utilisateur.
- Suivi de la situation auprès de l'utilisateur ou d'une personne en relation personnelle avec lui.
- Intervention auprès d'un ancien usager qui appelle pour un conseil spécifique / sans nouvelle prise en charge.
- Mobilisation et soutien aux aidants naturels.
- Évaluation/Poursuite de l'évaluation avec l'utilisateur (OEMC, SMAF, etc.)
- Portrait fonctionnel effectué par la TRP dans l'objectif de prévention des chutes et du maintien des acquis (*code 6503 « Évaluation ou réévaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne »*)

L'enseignement de la loi 90 auprès du personnel (PAB) d'une RPA ou d'une ressource pour les soins à donner à un usager ne peut être considéré comme une intervention car seul le **service rendu à l'utilisateur ou à ses représentants** doit être codifié.

Puisque le système d'information Intégration CLSC prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possibles par rapport au service rendu à l'utilisateur-individu.

Raison (s) :

- La raison 1 doit traduire la maladie, l'affection ou le problème sur lequel a porté la majeure partie de l'intervention ;
- Les autres raisons (2^e et 3^e) sont des maladies, affections ou problèmes qui coexistent qui surviennent pendant l'intervention ou qui influent sur cette dernière. Il peut s'agir de la source ou de la conséquence associée à ces maladies, affections ou problèmes.

La raison de l'intervention n'est pas nécessairement le diagnostic de l'utilisateur. Elle doit représenter la raison pourquoi nous avons vu ou parlé avec l'utilisateur (ou avec la famille) lors de cette intervention en particulier. Elle peut donc différer d'une journée à l'autre tout dépendant sur quoi l'intervention a porté.

Acte (s) :

- L'acte 1 doit traduire l'action sur laquelle a porté la majeure partie de l'intervention;
- Les autres actes (2^e et 3^e) sont des actions qui coexistent, qui surviennent pendant l'intervention ou qui influent sur cette dernière;
- Il est possible de regrouper 2 raisons ou 2 actes sous un même code de rubrique, sauf s'il s'agit d'un code **“en gras”** dans la nomenclature (code régional et code provincial).

L'acte de l'intervention doit aussi représenter ce qui a été fait dans cette même intervention.

À noter, que l'intervenant doit utiliser les codes du 2^e niveau car ils sont beaucoup plus précis. Advenant le cas que les codes du 2^e niveau ne répondent pas au motif de l'intervention, le code du 1^{er} niveau pourra être utilisé.

Ne jamais saisir une activité ponctuelle mais bien une **INTERVENTION**.

- 2) Chaque intervention se retrouve au dossier au moyen de notes cliniques significatives, mais toute note pour le professionnel n'entraîne pas nécessairement la consignation d'une intervention.

- 3) Certaines activités et situations, bien qu'elles soient nécessaires à la réalisation de l'intervention, peuvent, dans certains cas, entraîner la rédaction d'une note consignée au dossier, mais **ne sont pas considérées comme des interventions** en elles-mêmes. Il s'agit notamment des activités suivantes :

- TRANSMISSION OU RÉCEPTION D'INFORMATION, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.;

Exemple 1 :

- Mme Dupont téléphone à l'infirmière du SAD pour lui dire que son mari est tombé et qu'il est parti à l'hôpital. Ceci n'engendra pas la création d'un intrant puisqu'il s'agit d'un échange d'information.
- Mme Dupont téléphone à l'infirmière du SAD pour lui dire que son mari est tombé et qu'il ne veut pas aller à l'hôpital. L'infirmière lui donne des directives concernant l'application de la glace, le repos, etc. Ceci engendra la création d'une statistique puisque l'infirmière a fait une intervention en lui donnant des conseils.

Exemple 2 :

- Lorsque l'intervenant fait parvenir son rapport PAD au mandataire municipal : c'est de l'échange d'information

- ABSENCE DE L'USAGER-individu à un rendez-vous ou à une rencontre prévue (usager hospitalisé, usager refuse d'ouvrir la porte ou usager couché qui ne veut pas être dérangé);

- L'absence de l'utilisateur-individu n'est pas considérée comme une intervention. Par contre, si l'intervenant juge que l'utilisateur-individu est à risque et fait des démarches significatives pour s'assurer de sa sécurité (ex. : démarches prévues dans un protocole d'urgence, appeler la police), une intervention est alors consignée.

- LECTURE DU DOSSIER usager-individu

Exemple :

- Pour l'inhalothérapeute, la gestion des données de ventilation pour un usager ne peut être calculée pour une statistique lorsque l'intervenant prend seulement connaissance des données de ventilation sans autre intervention auprès de lui, aucun intrant ne sera saisi à cet effet : la lecture du dossier d'un usager n'est pas considérée comme une intervention.

- LE PRÊT DE MATÉRIEL ET LA GESTION de celui-ci sont des activités administratives. Il ne s'agit pas d'interventions au sens du cadre normatif.

Exemples :

- Livraison, désinstallation ou récupération d'un équipement seulement.
- Récupération du matériel aux services de prêts d'équipements.
- Il n'y a pas d'intrant lors d'une demande de prêt d'équipement à la Logistique CISSSMC ou au CISSMO (compléter formulaire, communications téléphoniques) ainsi qu'à l'aide sociale pour des demandes d'achat d'équipement et des recherches de soumissions.

➤ DÉCÈS DE L'USAGER

- À la suite du décès de l'utilisateur, lorsqu'un suivi est accordé auprès d'un proche, aucune intervention n'est consignée au dossier de l'utilisateur décédé.

Aucune intervention ne doit être saisie après le décès d'un utilisateur. Le soutien aux aidants naturels ou le rapatriement d'équipements prêtés à l'utilisateur ne sont pas des interventions. Cependant, une note au dossier de l'utilisateur peut être inscrite.

- Pour d'amples exemples, vous référez au document « Guide de pertinence statistique en soutien à domicile (VSAD) »

Règles spécifiques

1. Démarches pour l'utilisateur (Code d'acte 6000)

Voici des exemples où le code d'acte 6000 Démarches pour l'utilisateur peut être saisi :

- Aider l'utilisateur à compléter un formulaire à sa place.
- Compléter la demande sur internet à la place de l'utilisateur pour obtenir un médecin de famille.
- S'informer à la pharmacie à la place de l'utilisateur pour savoir si un équipement est disponible.
- Appeler à la pharmacie à la place de l'utilisateur, en présence de celui-ci à son domicile ou en RI.
- Demande de vignette de stationnement, demande de transport adapté, démarche auprès PMAE (gavage) à Ste-Justine : *Démarche saisie seulement si l'utilisateur a besoin d'aide pour compléter sa partie de la documentation, sinon aucune démarche ne sera saisie à cet effet.*
- Transmission d'info à la demande d'organismes payeurs (CNESST, SAAQ, RAMQ, Sécurité du revenu, etc.) : *Démarche saisie seulement si l'utilisateur aurait pu transmettre l'information.*
- Fournisseurs spécialisés pour obtenir de l'information / Recherche d'équipement spécialisé : *Démarche saisie seulement si l'utilisateur aurait pu le faire lui-même, sinon aucune démarche ne sera saisie à cet effet.*
- Gestion du paiement des fournisseurs provenant des usagers (Appel de service, chèque à envoyer) : *Démarche saisie seulement si l'utilisateur aurait pu le faire lui-même sinon aucune démarche ne sera saisie à cet effet.*

Si la requête de l'utilisateur **nécessite obligatoirement l'implication d'un professionnel** de la santé pour sa problématique, alors toute action effectuée par l'intervenant **ne sera pas considérée** comme une démarche au sens du cadre normatif.

Exemples :

- Références (CMR, CISSMO), référence pour matériel (quadri porteur, déambulateur), demande d'équipement, analyse des documents en lien avec le programme PAD / SHQ : *Aucune démarche ne doit être saisie à cet effet, car cela oblige l'implication d'un professionnel.*
- Ergo du programme pour consultation : *Aucune démarche ne doit être saisie à cet effet, car soutien professionnel entre intervenant.*
- Partenaire de la MRC du haut-richeheu / Partenaire communautaire pour suivi de la situation (SAHR) : *Aucune démarche ne doit être saisie à cet effet, car cela oblige l'implication d'un professionnel.*
- Échange avec TS / médecin d'un GMF afin d'obtenir de l'information, consultation avec des professionnels extérieurs au SAD : *Aucune démarche ne doit être saisie à cet effet, car communication d'information contenue au dossier entre intervenants afin d'assurer une continuité des services.*

- Demande de prescription à un médecin pour équipement/ Demande à un pharmacien pour demander possibilité de changer fréquence, dispill : *Aucune démarche ne doit être saisie à cet effet, car cela oblige l'implication d'un professionnel.*
- La communication avec un avocat du CISSS pour faire une requête au tribunal afin d'héberger l'utilisateur sans son consentement.
 1. *Le fait de communiquer avec un avocat du CISSS, peu importe la raison, n'est pas considéré comme une intervention. Il n'y a donc pas de statistique à saisir à cet effet. Ceci est considéré comme de l'échange d'information.*
 2. ***La requête effectuée au tribunal suite à cette communication est une intervention. Le code d'acte 6000 « Démarches pour l'utilisateur » pourrait être utilisé***

Autres activités et situations qui ne sont pas considérées comme une démarche (donc vous ne pouvez pas faire de statistique) :

- Confirmation du résultat d'une démarche :
 - Appel à l'utilisateur pour l'informer de la mise en attente auprès d'une ressource suite à une référence de votre part.
 - Appel d'une ressource pour vous informer de la prise en charge d'un utilisateur que vous avez référé.
 - Appel à la famille pour dire que l'utilisateur sera transféré en CHLSD à telle date.
- Référence à un autre programme ou service du CLSC.
- Demande de prêts d'équipements auprès de votre installation.
- Inscription au 24/7.
 - *Il s'agit d'une activité davantage administrative par laquelle l'intervenant s'assure que l'utilisateur recevra les services du 24/7 si besoin. Au moment de l'inscription, l'utilisateur ne reçoit pas de service.*
- Inscription Hydro-Québec en cas de panne pour les inhalothérapeutes.
- Demande d'un profil pharmacologique.
- Communication à HCLM pour un suivi.
- Demande d'accès au MAH

2. Évaluation de l'utilisateur (Code d'acte 6500)

« Examen ou réévaluation (physique ou psychosocial) d'un utilisateur, effectué au cours d'une rencontre évaluative ou à l'aide d'un outil. »

L'évaluation est une activité au cours de laquelle l'intervenant utilise des outils cliniques particuliers lui permettant de préciser les données nécessaires à l'élaboration du plan d'intervention ou du plan thérapeutique infirmier. L'évaluation conduit obligatoirement à l'élaboration ou à un ajustement d'un plan d'intervention ou d'un plan thérapeutique infirmier s'il y a un suivi.

Ce code doit être utilisé seulement si l'évaluation ou la réévaluation est le principal motif de l'intervention et **doit être inscrits dans le champ 1** de l'acte de l'intervention.

En général, l'évaluation d'un utilisateur s'effectue par un intervenant à l'intérieur d'une seule rencontre par conséquent, une seule intervention est saisie au Sic Plus avec un code d'acte de la rubrique 6500.

Cependant, si le processus d'évaluation nécessite plus d'une rencontre (journée différente), chaque rencontre ou communication téléphonique subséquente avec l'utilisateur ou avec toute autre personne en relation avec lui fera l'objet d'une intervention. Dans ce cas, chacune des interventions est identifiée par un code d'acte particulier appelé « Poursuite de l'évaluation » (6550).

Exemple :

Si la collecte de données pour l'évaluation est débutée au téléphone; lors de la rencontre subséquente, l'acte sera « Poursuite de l'évaluation ». Dans le cas contraire, il s'agit réellement d'une première rencontre d'évaluation (code d'acte de la rubrique 6500).

À noter que cette approche permet de connaître le nombre d'évaluations réalisées par la CLSC ainsi que le nombre d'interventions requises pour réaliser ces évaluations.

3. Évaluation ou réévaluation en soins infirmiers (Code d'acte 6516)

- Le code 6516 « Évaluation ou réévaluation en soins infirmiers » doit être utilisé si l'intervention répond à la définition d'une évaluation, soit quand elle est effectuée au cours d'une rencontre évaluative (prévue) et que celle-ci conduit à un plan d'intervention (élaboration, ajout, modification) par l'utilisation d'outils cliniques particuliers.
- Pour utiliser le code 6516 « Évaluation ou réévaluation en soins infirmiers » il faut toujours que le but de la rencontre (la majeure partie de l'intervention) soit au niveau de l'évaluation et qu'elle soit prévue. Cette rencontre pourra modifier le PI ou PTI.

- Le code 6701 « Suivi de l'état physique de l'utilisateur » sera utilisé pour les rencontres quotidiennes effectuées avec l'utilisateur pour faire suite aux objectifs prévus dans le plan d'intervention. Même s'il y a un changement au PI ou PTI lors de cette rencontre, le code 6701 sera tout de même utilisé. À la base, il faut se demander quel est le but de la rencontre avec l'utilisateur. Est-ce pour reprendre son PI ou PTI global et réévaluer tous les points pour voir si tout est conforme (rencontre évaluative) ou est-ce pour appliquer les soins indiqués à ce PI ou PTI (suivi de l'état physique de l'utilisateur).

Exemples :

- Lors d'un suivi de plaie (ou pour les rougeurs de la peau), l'infirmière doit évaluer la plaie au moins une fois par semaine et ajuster le plan de soins / traitement en conséquence.
 - Si, lors d'une intervention hebdomadaire, le **but** de la rencontre est d'évaluer la plaie et ajuster le plan de soins qui sera utilisé pour la prochaine semaine, le code 6516 peut être utilisé lors de cette intervention. Cette évaluation devra être la majeure de l'intervention, soit inscrite en acte 1. L'évaluation et l'ajustement du plan de soins est le but de cette rencontre. Lors de cette rencontre, l'infirmière a tout de même fait le soin de plaie (acte 6123 « Soins de plaies, pansements »).
 - Si l'infirmière doit aller faire le soin de plaie à chaque jour, le code 6123 sera utilisé à cet effet. Même, si un changement au PI est effectué au cours de cette rencontre, le but de la rencontre est de prodiguer des soins à l'utilisateur tel qu'il était indiqué au PI ou PTI et non d'ajuster le plan de soins.
- Lorsque l'infirmière examine les oreilles, elle évalue si elles sont obstruées partiellement ou complètement. Elle fait ses recommandations à la ressource si tel est le cas: administrer des gouttes d'huile minérale dans les oreilles pour une semaine. Ensuite elle va réévaluer si l'huile a été efficace ou si l'utilisateur a besoin d'un lavage d'oreille.
 - Le 6516 « Évaluation ou réévaluation en soins infirmiers » doit être utilisé lors de la rencontre initiale ou à la réévaluation complète du plan d'intervention ou PTI (la rencontre évaluative). Par la suite, si un examen est fait pour les oreilles, cela fait partie des objectifs du plan d'intervention. Le code 6701 « Suivi de l'état physique de l'utilisateur » sera alors utilisé, même si des recommandations sont faites à la ressource pour mettre des gouttes dans les oreilles. Le **but** de la rencontre est de prodiguer les soins ou examiner tel qu'il est indiqué au PI ou PTI
- Lorsque l'infirmière doit évaluer des usagers à risque de chute, autoriser de les relever ainsi que faire des recommandations.
 - Le **but** de la rencontre est au niveau de l'évaluation. Cette action d'évaluation sera alors la majeure de l'intervention. Le code 6516 doit être utilisé en acte 1.

- L'infirmière qui se fait appeler pour aller voir un usager qui « ne va pas bien » va donc évaluer l'urgence de la situation, par exemple s'il doit être transféré à l'hôpital ou s'il peut être vu par le médecin dans 2 jours.
→ Le **but** de la rencontre avec l'usager est d'évaluer sa condition, car il ne va pas bien et non d'effectuer le suivi selon les objectifs au niveau de son PI ou PTI. Cette action d'évaluation sera alors la majeure de l'intervention. Le code 6516 doit être utilisé en acte 1.

4. Évaluation ou réévaluation de l'autonomie (OÉMC) *(code d'acte 6530)*

Si la présence de l'usager, de l'aidant naturel ou de son représentant légal est requise pour compléter ce document, il y aura une intervention et ce, autant à domicile que dans une ressource (chambre, cuisine, salon, etc.)

La rédaction du document seulement n'entraîne pas la saisie d'une statistique. Aucune intervention ne doit être consignée dans le I-CLSC pour cette action.

Prendre note que les activités suivantes ne sont pas considérées comme des interventions en soi si elles sont les seules actions posées par l'intervenant dans un temps donné :

- La lecture du dossier
- La préparation du matériel
- **La rédaction de la note et de tout autre document qui seront versés au dossier**
- La transmission ou la réception d'information (échange de faits sans action posée au moment de la discussion) quel que soit le moyen utilisé. (Téléphone, télécopieur, courriel, etc.)
- La confirmation du résultat d'une démarche sans aucune autre action posée au moment de la discussion.

Lors de la 1ère rencontre pour l'OCCI, le code 6530 « Évaluation ou réévaluation de l'autonomie (OEMC) » sera utilisé puis par la suite, advenant le cas qu'il est nécessaire d'avoir plus d'une rencontre, le code 6550 « Poursuite d'évaluation ou de réévaluation » sera utilisé.

Pour les intervenants en RI-RTF seulement, l'OCCI est consigné comme une intervention dans le I-CLSC lors de l'évaluation / réévaluation annuelle. Toutefois, advenant un changement significatif de la condition de l'usager avant sa réévaluation annuelle (pouvant entraîner ou pas sa relocalisation), aucune statistique ne sera consignée dans le I-CLSC, car cela fait partie du « suivi professionnel » de l'usager en RI-RTF.

5. Plan d'intervention (PI), plan de service individualisé (PSI) ou plan d'intervention interprofessionnel (PII) *(Codes d'actes 6750, 6755, 6760)*

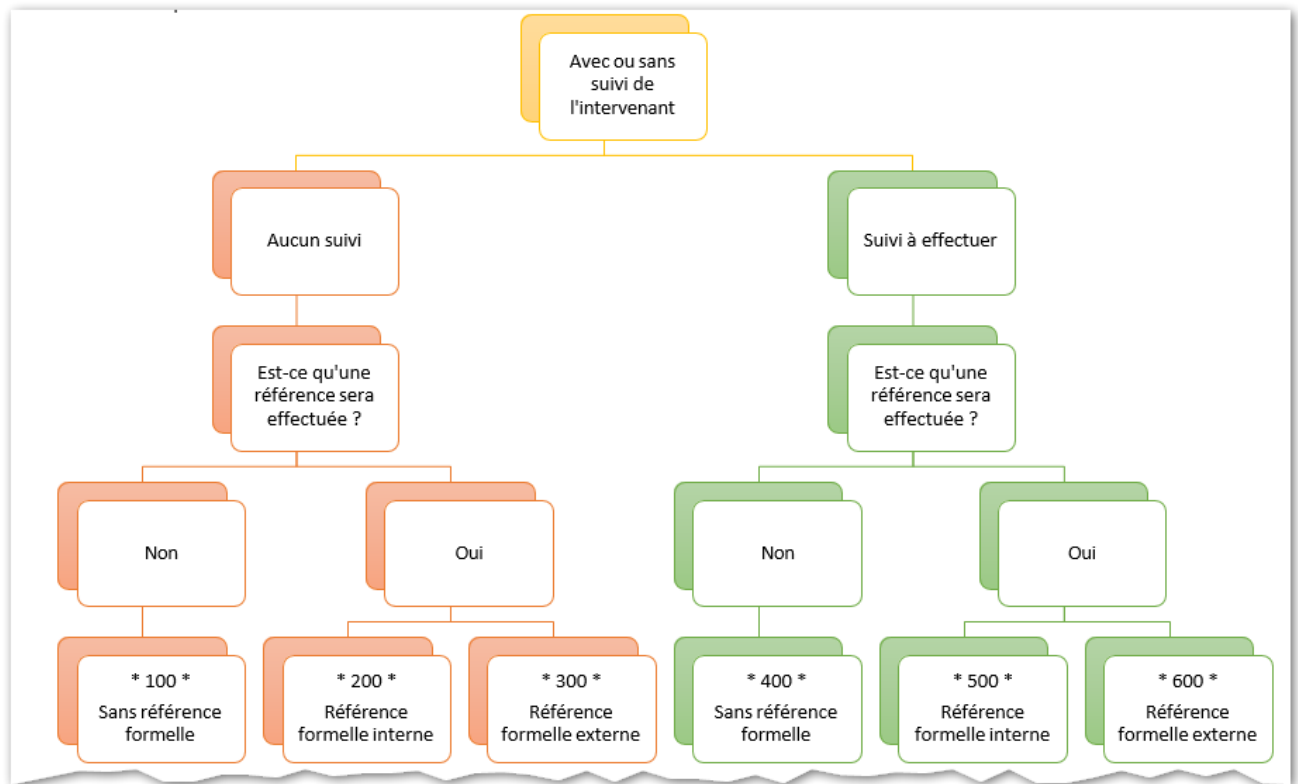
La codification du 6750 « Élaboration ou révision d'un plan d'intervention (PI) », du 6755 « Élaboration ou révision d'un Plan d'intervention interprofessionnel (PII) » ou du 6760 « Élaboration ou révision d'un Plan de service individualisé (PSI) » est prévue lors de l'élaboration ou de la révision avec l'utilisateur ou son représentant. La même règle s'applique lors de la révision du PI, PII ou du PSI.

6. Poursuite d'élaboration ou de révision d'un plan d'intervention, plan d'intervention interprofessionnel ou plan de service individualisé *(Code d'acte 6770)*

Si l'élaboration ou la révision s'échelonne sur plusieurs jours, on ne consigne pour les jours subséquents qu'une seule intervention par jour avec le code 6770 « Poursuite d'élaboration ou de révision d'un plan d'intervention, plan d'intervention interprofessionnel ou plan de service individualisé ».

Suivi de l'utilisateur

En complément de la nomenclature du cadre normatif, voici un arbre décisionnel afin de vous aider dans le choix du code de suivi d'intervention.



Profils d'intervention

Code identifiant la correspondance du service rendu à l'utilisateur au moment de l'intervention en fonction des programmes-services du MSSS.

Il est impossible de catégoriser les diagnostics de façon permanente sous un seul profil définitif. Dépendamment des pathologies concomitantes présentes, de l'évolution de leur condition et l'avancement en âge, deux usagers avec un même diagnostic principal pourraient se retrouver avec un profil d'intervention différent.

Le profil de l'intervention n'est pas seulement en lien avec le diagnostic de l'utilisateur, **il doit également refléter le service rendu à l'utilisateur.**

Précisions :

- Pour les usagers présentant des déficiences multiples (exemple : DI et DP), l'intervenant doit coder le profil de l'intervention correspondant à la majeure de son intervention en relation aux besoins de l'utilisateur.
- Les services d'accompagnement et de support aux familles et aux proches font partie du même programme-service que ceux de l'utilisateur lorsqu'ils sont en lien avec le plan d'intervention de celui-ci (ex.: familles d'enfants présentant un TSA : 312).
- Un code d'acte n'appartient pas à un seul profil.
Exemple : Pour un soin de plaie réalisé à la clinique ambulatoire (soins infirmiers avec ou sans rendez-vous), le code de profil de l'intervention utilisé sera le code 191 ou 192. Alors que pour un soin de plaie non chirurgical répondant à des besoins particuliers, le code de profil des services spécifiques sera utilisé (personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement ou déficience physique, les codes de profil de l'intervention à utiliser seront les codes 710 ou 210). L'exemple d'une injection de vitamine B12 illustre aussi cette non-exclusivité.
- Migration de profil : un usager avec profil d'intervention 192 Santé physique long terme et dont la condition, avec l'avancement en âge, se détériore dans plus d'un domaine (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychosocial, etc.) migrera vers un profil 710 PALV.

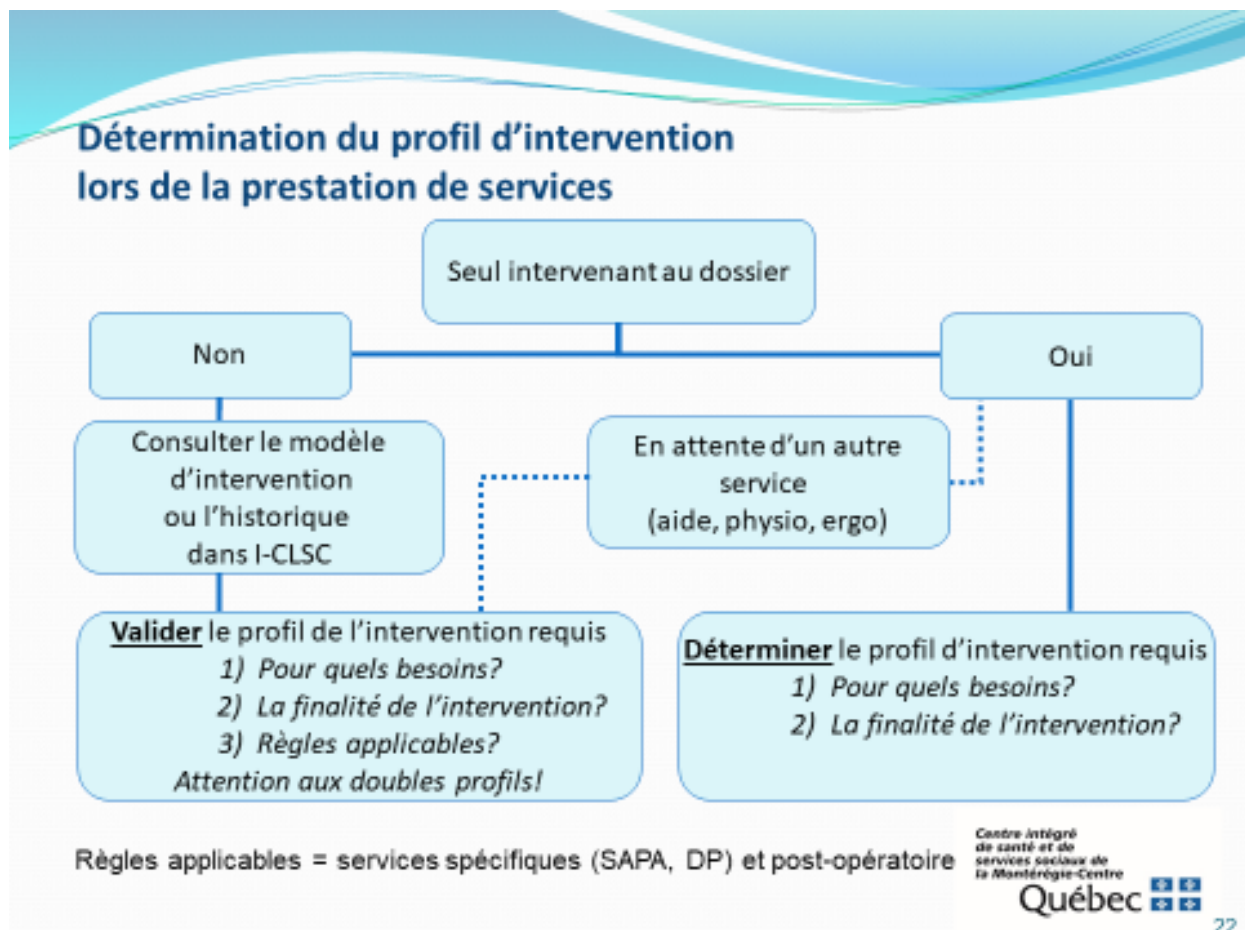
Un usager qui a un profil d'intervention 710 PALV ne pourra évoluer vers un profil 192 Santé physique long terme ou 210 Déficience physique. Cependant, l'inverse est possible

Exemples :

- *Un usager connu au profil 192 qui refuse les services d'aide au bain ou qu'un aidant naturel compense pour ce service, un changement de profil pour 210 ou 710 sera effectué selon la situation de l'utilisateur s'il y a un risque de perte d'autonomie évalué par l'intervenant*

- En inhalo, la majorité des patients ont des comorbidités. Donc, le changement de profil doit être effectué lorsque l'utilisateur n'est plus en mesure de prendre en charge ses comorbidités par lui-même et que c'est à l'intervenant de le faire. Un changement de profil pour 210 ou 710 sera effectué selon la situation de l'utilisateur.

Détermination du profil d'intervention lors de la prestation de services



1. 110 Services de santé physique en phase postopératoire

Services rendus après une intervention chirurgicale, pendant une période de convalescence **ne dépassant pas 90 jours**. Pour être considéré intervention chirurgicale, il doit y avoir eu incision et suture. Incluant : l'installation d'un cathéter veineux central.

Exemple :

Les soins infirmiers, suite à une chirurgie, sont codés au profil 110. Pour les autres services déjà donnés, si en phase postopératoire, la nature des services demeure les mêmes on maintiendra le profil de l'intervention déjà utilisé.

Si un usager est suivi en externe pour une prothèse totale de l'épaule (PTE), que celui-ci a chuté et s'est fracturé le genou (opéré), le médecin enverra une demande pour un suivi à domicile et l'intervenant verra l'usager pour traiter sa PTE et sa fracture. Considérant que l'usager a été opéré, le profil 110 sera utilisé pour une période n'excédant pas 90 jours. Par la suite, le profil à utiliser sera selon la condition de l'usager : le profil 191 pourrait être utilisé si le suivi pour sa PTE est de courte durée (moins de trois mois) ou un autre profil selon sa condition physique.

- Lors d'ajout de services en raison de la chirurgie, le profil de l'intervention 110 sera alors utilisé pour les services ajoutés.

Exemple : Pour un usager ayant un profil de l'intervention perte d'autonomie liée au vieillissement qui reçoit l'aide de l'auxiliaire familiale pour prendre un bain par semaine, il n'y a aucune augmentation de service pour la phase postopératoire. Le profil de l'intervention demeure 710. Lors d'ajout de services en raison de la chirurgie, le profil de l'intervention 110 sera alors utilisé pour les services ajoutés

- Si l'usager est non connu du SAD, en voie de guérison, l'utilisation du profil 110 peut se prolonger au-delà des 90 jours; par contre si un élément de chronicité se développe, ce profil n'est plus approprié. Si l'usager est connu du SAD, après 90 jours, il y a retour au profil d'origine

La période de convalescence de 90 jours est calculée à partir de la prise en charge de l'usager par un intervenant du CLSC.

2. 121 Services en soins palliatifs

Services offerts aux personnes dont le ou les soins ne visent plus le traitement de la maladie et de sa cause, mais plutôt le soulagement des symptômes et le maintien du confort physique et moral de l'utilisateur. Les soins palliatifs consistent à pallier la douleur, la souffrance et la peur, ainsi qu'à accompagner l'utilisateur dans un cheminement de soins palliatifs et de fin de vie sans égard au pronostic. Ces soins ne sont pas exclusifs aux usagers présentant un diagnostic de cancer. Incluant : les soins de post-chirurgie (palliatifs et traitements); excluant : services psychosociaux généraux (420).

Les soins palliatifs sont destinés à une clientèle de tout âge et de toutes conditions sociales aux prises avec des maladies incurables ou liées au processus de vieillissement. Ils ne se limitent pas aux personnes atteintes de cancer. Les traitements et les soins appropriés et personnalisés ne visent pas à guérir les usagers, mais à atténuer les signes et symptômes tant physiques que psychologiques qui contribuent à la souffrance globale en fin de vie. Les soins palliatifs visent à accompagner la personne en maladie avancée afin de lui permettre de s'adapter à cette étape de sa vie.

La codification du profil d'intervention est basée sur le service rendu à l'utilisateur, plutôt que sur le seul diagnostic ou sur le pronostic vital.

Le jugement clinique du professionnel va guider la décision de codifier l'intervention au profil 121 Services en soins palliatifs ou non. Les questions suivantes peuvent soutenir la prise de décision en lien avec le code de profil d'intervention à retenir :

1. Les traitements à visée exclusivement curative ont-ils été cessés?
2. Les services offerts visent-ils à atténuer les signes et symptômes d'un patient en phase avancée de maladie incurable ou en fin de vie?
3. Seriez-vous surpris si ce patient devait décéder dans les prochains 6 à 12 mois?

Une réponse affirmative aux deux premières questions ET une réponse négative à la troisième question pourraient indiquer la codification d'un profil 121 Services en soins palliatifs.

Il faut noter qu'il n'est pas nécessaire qu'un médecin ait indiqué un temps précis dans son pronostic vital ou que la référence, s'il y a lieu, comporte une mention explicite indiquant que des soins palliatifs sont requis pour l'utilisateur. Il n'est pas non plus nécessaire que le patient se considère lui-même comme étant en soins palliatifs.

Pronostic réservé: décès dans les 6 à 12 mois ne serait pas surprenant.

Dans le cas où un doute subsiste quant au choix du profil d'intervention à utiliser, la nature des services déployés afin de répondre aux besoins de l'utilisateur peut guider la décision.

Un usager recevant des services en soins palliatifs ne devrait pas se voir attribuer d'autres profils d'intervention. Idéalement, il y aura une concertation entre les intervenants impliqués auprès de l'utilisateur afin d'éviter une codification différente d'un intervenant à l'autre, qu'il y ait ou non une équipe dédiée aux soins palliatifs dans l'organisation.

La codification du profil 121 n'est pas exclusive aux équipes dédiées en soins palliatifs.

Il n'y a pas la possibilité de mettre un double profil.

Exemples de situations de codification au profil d'intervention 121 :

1. *Madame X, 45 ans, est nouvellement diagnostiquée avec un mélanome métastatique. Elle est référée au CLSC par son infirmière pivot en oncologie et le plan d'intervention (PI) spécifie que des services à domicile d'aide aux AVQ et AVD et un suivi psychosocial sont requis, de même qu'un suivi de symptômes plus rigoureux en soins infirmiers, car Madame se plaint de plusieurs inconforts, tels que nausée, fatigue et de céphalées. Selon son oncologue, elle a un pronostic de vie d'environ un an.*
2. *Monsieur Y est un homme d'affaires de 49 ans, diagnostiqué depuis un an avec une forme agressive de SLA. Le neurologue a expliqué à Monsieur Y qu'aucun traitement n'est disponible pour guérir sa maladie et il lui a annoncé un pronostic de vie limité. Monsieur utilise un fauteuil motorisé pour se déplacer, mais il est de plus en plus faible. Plus récemment, il a commencé à avoir de la difficulté à avaler et se plaint de douleurs aux membres inférieurs. Monsieur refuse qu'une préadmission soit considérée en maison de soins palliatifs. Le PI prévoit un suivi infirmier pour une meilleure gestion des symptômes, de même que les services de l'ergothérapeute et de la nutritionniste pour la mobilité et l'alimentation.*
3. *Monsieur Z est un homme de 77 ans diagnostiqué avec une insuffisance cardiaque depuis huit ans. Depuis quelques semaines, son état se détériore : il est extrêmement fatigué et devient essoufflé juste en s'asseyant. Il ne dort que deux ou trois heures à la fois, à cause de la douleur ou de la dyspnée. Sa douleur est exacerbée par les mouvements de ses jambes, qui présentent un œdème marqué. Selon la note du médecin, peu d'amélioration des symptômes a été notée à la suite des quatre dernières hospitalisations, les options de traitement ont toutes été explorées et le pronostic est réservé. Quand la travailleuse sociale du CLSC leur rend visite, le couple lui fait part du fardeau extrême que les soins de Monsieur représentent. Le PI a été révisé afin d'intensifier le suivi des symptômes en soins infirmiers, offrir de l'aide à domicile, de même qu'une consultation médicale par le médecin des soins à domicile.*

3. 191 Autres services de santé physique court terme

Services de santé physique de courte durée offerts à l'ensemble de la population afin de traiter des problèmes aigus et réversibles s'adressant aussi à des personnes ayant des incapacités temporaires. Ils couvrent les soins, les traitements et les activités de laboratoire. L'information et l'enseignement de base donné dans la période suivant l'annonce du diagnostic des maladies chroniques suivantes : asthme, MPOC, MCAS, diabète et cancer (par exemple, la clientèle des Services courants).

Soins infirmiers : Pour un usager recevant des services de prélèvements à domicile, sans aucun autre service de soutien à domicile (clientèle non connue du SAD pour lequel un prélèvement ponctuel est prescrit), le code de profil de l'intervention utilisé sera le code 191 (inclut les prélèvements au proche-aidant). Si l'utilisateur est déjà en suivi avec un profil 210 ou 710, on maintiendra le profil de l'intervention déjà utilisé.

Pour les prélèvements COVID : si l'intervenant voit l'utilisateur seulement pour un prélèvement COVID-19, le profil sera 191 (profil temporaire) par contre si le prélèvement COVID est fait simultanément avec un autre soin SAD, le profil sera: le profil du service rendu SAD (prélèvement COVID + un autre soin/intervention SAD = profil SAD de l'utilisateur 210, 121, 710)

Attention : aucun intrant ne doit être saisi lorsque l'intervenant fait du dépistage massif.

Il est nécessaire de réévaluer le profil d'intervention si les soins requis se prolongent plus de 90 jours.

4. 192 Autres services de santé physique long terme

Services de santé destinés aux personnes qui ont besoin d'un **suivi systématique ou planifié pour favoriser une meilleure prise en charge de leur état de santé** (ex : personnes atteintes de maladies chroniques tel que; asthme, MPOC, MCAS, diabète, etc.) et qui ont recours à des services en continu généralement à plus long terme. Ils visent à réduire la détérioration des conditions de santé et d'assurer une certaine qualité de vie.

Oxygénothérapie : les services d'oxygénothérapie pour MPOC sont des services appartenant au programme services de santé physique, profil 192. Par contre, si l'utilisateur sous oxygénothérapie a des limitations physiques importantes, significatives et persistantes nécessitant que d'autres services soient ajoutés, le profil 210 peut être utilisé. De même, si la condition de l'utilisateur sous oxygénothérapie, avec l'avancement en âge, se détériore dans plus d'un domaine, le profil 710 pourra être utilisé.

Lorsque des services doivent être mis en place pour compenser des incapacités (aide, ergo, physio), il doit y avoir un changement de profil pour 210 ou 710.

Quand l'utilisateur est en mesure de reconnaître des signes de détérioration puis d'y réagir adéquatement et que l'intervention du professionnel va soutenir l'utilisateur dans la prise en charge de sa santé.

Exemple : l'utilisateur communique avec l'inhalothérapeute parce qu'il reconnaît des symptômes de détérioration.

5. 210 Services liés à une déficience physique (DP)

Services offerts aux personnes ayant une déficience physique et à leurs proches. Ces services visent à développer et maintenir l'autonomie fonctionnelle, à **compenser les incapacités** et à soutenir la pleine participation sociale des personnes ayant des **incapacités significatives et persistantes** liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices. Cette catégorie comprend les services de soutien à domicile, les services socioprofessionnels, l'adaptation, le soutien à la famille, l'aide technique et l'aide pour le déplacement. Les services prévus pour les personnes ayant une **maladie dégénérative** correspondant à un profil de besoins de type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich, maladie de Parkinson, chorée de Huntington) sont inclus. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait changer et le besoin de services répondra davantage au programme-services « soutien à l'autonomie des personnes âgées ». Aussi, le programme-services ne s'adresse pas aux personnes ayant des incapacités temporaires ou encore à celles dont la déficience physique n'a pas d'effet sur leurs habitudes de vie. Sont également inclus les services liés au retard significatif du développement (incluant le retard global de développement) et au trouble de la communication sociale (pragmatique).

Pas de double profil, sauf si DI (profil 311) ou TSA (profil 312) associé, ou si ajout de services en situation post-opératoire (profil 110)

6. 311 Services liés à une déficience intellectuelle (DI)

Services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle et à leurs proches. Ces services visent à développer et maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir la pleine participation sociale de ces personnes. Cette catégorie comprend les services de soutien à domicile, les services socioprofessionnels, l'adaptation, le soutien à la famille, l'aide technique et l'aide pour le déplacement. Sont également inclus les services liés au retard significatif du développement (incluant le retard global de développement) et au trouble de la communication sociale (pragmatique).

Pas de double profil, sauf si DP associée, ou si ajout de services en situation post-opératoire. Si comorbidité DI et TSA, on reconnaît que, de façon générale, la majeure de l'intervention répond aux besoins liés au TSA.

7. 312 Services liés au trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Services offerts aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et à leurs proches. Ces services visent à développer et maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir la pleine participation sociale de ces personnes. Cette catégorie comprend les services de soutien à domicile, les services socioprofessionnels, l'adaptation, le soutien à la famille, et l'aide pour le déplacement. Sont inclus les services aux enfants ayant un retard significatif dans leur développement (incluant le retard global de développement), ayant un trouble de la communication sociale (pragmatique) et aux personnes pour qui on soupçonne un TSA.

Pas de double profil, sauf si DP associée, ou si ajout de services en situation post-opératoire. Si comorbidité DI et TSA, on reconnaît que, de façon générale, la majeure de l'intervention répond aux besoins liés au TSA.

8. 410 Service aux personnes présentant des troubles mentaux

Services qui consistent en des activités d'évaluation, de consultation, de traitement, de suivi et de référence rendus à la personne **ayant un trouble mental ou en voie d'être diagnostiquée** et à leurs proches.

Soins infirmiers : si la seule action posée par l'infirmière est l'injection du médicament sans autre action en lien avec la perte d'autonomie ou le trouble de santé mentale, le code de l'intervention sera 191 Santé physique court terme ou 192 Santé physique long terme. Par contre, si la visite de l'infirmière s'inscrit dans un PII global en lien avec la perte d'autonomie de l'utilisateur, le profil sera alors 710 PALV. Le profil d'intervention 410 sera utilisé seulement si l'infirmière évalue la situation de l'utilisateur relativement à sa schizophrénie, en plus de l'injection.

Si une personne âgée est bipolaire et stable et qu'elle reçoit des services SAD non reliés à la santé mentale : Profil 710.

9. 420 Services psychosociaux généraux

➤ T.T.S et T.S seulement

Services qui consistent en des **activités d'évaluation, de référence, de suivi, d'aide et de soutien**. Ils sont offerts à proximité aux personnes qui requièrent des services psychosociaux de **courte durée** (consultation individuelle, de couple, familiale ou de groupe) pour des problèmes situationnels qui peuvent aussi être de **nature aiguë et réversible** (ex. : événement stressant, perte d'un être cher, difficulté relationnelle). Ils visent à développer, améliorer ou restaurer l'habileté personnelle et sociale ainsi qu'à prévenir la détérioration de la situation. Ces services s'adressent à l'ensemble de la population, excluant : les services de prise en charge par les services spécifiques (ex. : services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (410), services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (810)).

Inclut le soutien psychosocial au proche aidant d'un usager du SAD pour des besoins particuliers externes à la situation de l'usager SAD.

Proche aidant :

- Les services d'accompagnement et de support aux familles et aux proches font partie du même programme services (profil d'intervention) que ceux de l'usager lorsqu'ils sont en lien avec le plan d'intervention de celui-ci);
- L'intervention minimale pour toutes problématiques sociales, psychologiques et familiales dépistées à domicile, sortant du champ d'intervention spécifique du programme, est inscrite au dossier du proche aidant et codifiée au profil 420;
- Le soutien au proche aidant suite au décès de l'usager n'est pas consigné en intervention au I-CLSC (aucun service rendu). Cependant, une note au dossier de l'usager peut être inscrite.

10. 710 Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Services venant **compenser des incapacités acquises avec l'âge, des maladies assez souvent chroniques, des troubles mentaux (ex : démence) et des problèmes cognitifs (ex : maladie d'Alzheimer)** survenant au cours du vieillissement et pouvant causer une situation de dépendance. Il faut insister ici sur le fait que l'âge (65 ans et +) ne saurait constituer le seul critère pour recevoir ou non les services de ce programme. On ne parle pas ici du vieillissement en bonne santé fonctionnelle permettant un mode de vie de qualité. Les services prévus pour les personnes ayant une maladie dégénérative, correspondant à un profil de besoins de type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) ne font pas partie du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, mais plutôt du programme Déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait s'aggraver et se confondre avec le soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Quand c'est à l'intervenant que revient la prise en charge de la santé de l'utilisateur parce qu'il n'est pas en mesure de le faire.

Exemple : sans visite régulière de l'intervenant pour s'assurer de la condition de l'utilisateur, risque de détérioration et/ou d'hospitalisation

Pour un nouvel usager de plus de 75 ans, dont la condition principale est liée à une déficience physique (ex.: maladie de Parkinson), en présence de comorbidités, il est approprié de privilégier le profil 710 (perte d'autonomie liée au vieillissement).

Pour un usager connu, avec interventions de profil 210, la nécessité d'ajouts de nouveaux services en présence de comorbidités, amène à un profil 710.

Pour un usager vieillissant (78 ans) et ayant une déficience intellectuelle (DI) ainsi que de l'arthrose et du diabète pour qui l'intervenant met en place des équipements pour compenser les incapacités lors des transferts ou offre des services d'aide au bain, car l'utilisateur a une diminution de son endurance, le profil 710 sera utilisé même si l'utilisateur a une déficience intellectuelle, considérant les comorbidités liées au vieillissement et les services mis en place afin de compenser les incapacités dues à la diminution de son endurance.

Pas de double profil, sauf pour les ajouts de services en situation post-opératoire (profil 110).

Mode de l'intervention

Code permettant d'indiquer si l'intervention a été réalisée en présence ou non de l'utilisateur.

	Présence de l'utilisateur	Absence de l'utilisateur
Rencontre	1. Rencontre en présence de l'utilisateur	3. Rencontre en l'absence de l'utilisateur
Communication téléphonique	2. Communication téléphonique en présence de l'utilisateur	4. Communication téléphonique en l'absence de l'utilisateur
Visioconférence	7. Visioconférence en présence de l'utilisateur	8. Visioconférence en l'absence de l'utilisateur

En présence de l'utilisateur (mode 1 ou 2) :

- ❖ Lors d'une rencontre ou d'une communication téléphonique **avec le parent d'un enfant qui est absent** au cours de l'intervention :
 - Si l'enfant a moins de 14 ans (13 ans et 11 mois), le mode « (...) en présence de l'utilisateur » sera utilisé.
 - Si l'enfant a 14 ans et plus (14 ans et 0 mois), le mode « (...) en l'absence de l'utilisateur » sera utilisé.
- ❖ Une seule personne peut être définie comme représentant de l'utilisateur et agir à ce titre. C'est toujours la même personne, donc l'utilisateur n'a pas autant de représentants qu'il a d'enfants.
- ❖ Le responsable d'une résidence ou d'une ressource ne peut pas être le représentant de l'utilisateur, car il est prestataire de services.
- ❖ Le PAB n'est pas considéré comme représentant de l'utilisateur (et agir à titre de personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur) lorsque l'utilisateur n'est pas représenté légalement (c'est-à-dire qu'il n'a ni conjoint, ni proche parent). Quand l'intervenant doit communiquer avec le PAB comme professionnel de la santé afin de prendre de l'information, ceci est considéré comme de l'échange d'information donc aucune statistique ne doit être saisie. De plus, considérant qu'une seule personne peut être considérée comme le représentant d'un utilisateur, il devient difficile de l'identifier, car plusieurs PAB travaillent dans les résidences ou les ressources.
- ❖ L'incapacité doit être documentée au dossier par un médecin. Un intervenant ne peut pas présumer de l'incapacité de l'utilisateur.

La notion d'interaction avec l'utilisateur n'est pas le seul critère sur lequel il faut se baser pour déterminer si nous sommes en présence ou non de l'utilisateur. Certaines nuances doivent être apportées.

En l'absence de l'utilisateur (mode 3 ou 4) :

Inclus les interventions (mise en place des ressources, support à l'aidante, planification des répit, etc.) avec le proche aidant sans que l'utilisateur ne soit présent (l'utilisateur peut être couché, absent ou dans une autre pièce).

Visioconférence en présence ou absence de l'utilisateur (mode 7 ou 8) :

La visioconférence exclut la communication téléphonique et implique que l'intervenant à distance soit en contact visuel avec son interlocuteur, en temps réel, par le biais du moyen technologique utilisé (ex. : Zoom, Teams)

Lieu de l'intervention

Le lieu de l'intervention indique l'endroit où se trouve l'intervenant au moment de l'intervention réalisée auprès de l'utilisateur ou pour celui-ci.

Exemple : L'intervenant qui se trouve à son bureau au CLSC / RI-RTF-AP / UHTSL ou dans sa voiture et appelle au domicile de l'utilisateur ou à un membre de la famille de l'utilisateur: Le code de lieu est 301 CISSS Mission CLSC

Dans le cadre du programme de soutien à domicile, lorsqu'une intervention de soutien matériel comme des courses ou des emplettes (7913) est réalisée, le code du lieu doit correspondre à celui de son lieu de domicile (Exemple : 120, 140, 160, etc.)

Dans le cas des interventions réalisées dans un lieu autre que le CLSC (autres lieux que 301), le lieu d'intervention doit être en cohérence avec le lieu des services rendus à l'utilisateur. Sinon, le lieu doit être 301 au CISSS mission CLSC.

- *Par exemple, une intervention auprès d'un utilisateur en RPA dans son unité locative devrait être codifiée selon le lieu 140 RPA. Par contre, un intervenant installé dans un local en RPA effectuant des démarches pour un autre utilisateur que celui de la RPA devrait codifier ces démarches selon le lieu 301.*

Le domicile de l'utilisateur correspond à l'un ou l'autre des codes suivants:

- **120 Au domicile** (incluant les HLM, appartements supervisés et foyers de groupe (sauf les personnes en résidence privée pour aînés (140))
- **140 Résidence privée pour personnes âgées avec services** (location de chambres ou logements et différents services compris dans au moins 2 des catégories de services suivantes: service de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité, ou services de loisirs). Incluant les places achetées.
- **160 En ressource intermédiaire**
- **170 En ressource de type familial** (Sont reconnues à titre de résidence d'accueil, des personnes qui accueillent un maximum de neuf adultes ou personnes âgées afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles en milieu naturel).

ATTENTION : N'oubliez pas de modifier le lieu d'intervention inscrit par défaut lorsqu'il est nécessaire dans le **modèle d'intervention**.

Mode d'intervention (Avec ou sans l'utilisateur)	Endroit où se trouve l'intervenant au moment de l'intervention	Lieu d'intervention dans Sic-Plus
En rencontre	Domicile de l'utilisateur	120 Au domicile
	UHTSL	1481 UHTSL
	Résidence intermédiaire	160 En ressource intermédiaire
	Place achetée (peu importe l'emplacement)	140 Résidence privée pour aînés
	Bureau de l'intervenant (CLSC, Centre administratif, RI)	301 Au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)
En communication téléphonique	Bureau de l'intervenant (CLSC, Centre administratif, RI, en voiture, en télétravail)	301 Au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

À noter que pour les RI-RTF-AP :

- Si l'intervenant est en présence de l'utilisateur à la ressource et qu'il téléphone à son proche-aidant à sa place, le lieu d'intervention 160 « En ressource intermédiaire » sera saisi. Le mode utilisé sera « Rencontre en présence de l'utilisateur ». L'appel téléphonique fera donc partie de l'intervention auprès de l'utilisateur.
- Si l'intervenant de la ressource effectue un appel téléphonique en l'absence de l'utilisateur et que cet appel génère un intrant, le lieu d'intervention 301 « CISSS mission CLSC » sera saisi. Le mode utilisé sera « Communication téléphonique en l'absence de l'utilisateur ».

Durée de l'intervention

Temps fourni par l'intervenant pour réaliser une intervention

(HEURES : MINUTES)

Pour les RI-RTF-AP, nous ne devons pas calculer le temps total passé à la ressource lors d'une visite, mais bien le temps que dure l'intervention(s) auprès de l'utilisateur.

Si la présence de l'utilisateur est requise pour compléter un document (Ex. : OCCI, demande de transport adapté, etc.), le temps sera comptabilisé au niveau de l'intervention en temps direct avec l'utilisateur, et ce autant à domicile que dans une ressource (chambre, cuisine, salon etc.).

Attention, pour l'OEMC fait au domicile de l'utilisateur : la collecte de données est comptabilisée dans la durée de l'intervention. Par contre, la finalité de complétion de l'outil tel que la rédaction de l'OEMC complet, la saisie de la liste des médicaments et la synthèse où la présence de l'utilisateur n'est pas requise **n'a pas à être incluse dans la durée** de l'intervention.

Formule pour saisir la durée de l'intervention

Voici la formule pour saisir correctement la durée selon le mode lorsqu'il y a plus d'une intervention dans la même journée :

- Temps direct : Rencontre en présence de l'utilisateur (mode 1)
- Temps indirect : Communication téléphonique avec ou sans l'utilisateur et rencontre en l'absence de l'utilisateur

Temps direct	+	Temps direct	=	Cumulatif de temps direct
Temps indirect	+	Temps indirect	=	Cumulatif de temps indirect
Temps direct	+	Temps indirect	=	Cumulatif du temps direct et indirect traité séparément.

Exemples :

Démarche effectuée lors de l'intervention du jour (Usager rencontré)					
Intervention du jour (Ex. Administration de médicaments)	Démarche (Ex. Appel à un organisme)	Acte	Mode	Temps direct	Lieu
X	X	Suivi médication (6704) Démarche (6000)	En présence de l'utilisateur	Temps direct alloué pour suivi de la médication et démarche	Lieu de l'intervention du jour

Démarche effectuée sans intervention du jour (Usager non rencontré)					
Intervention du jour (Ex. Administration de médicaments)	Démarche (Ex. Appel à un organisme)	Acte	Mode	Temps direct	Lieu
	X	Démarche (6000)	En l'absence de l'utilisateur	Temps indirect alloué pour la démarche	Au CLSC

Plusieurs démarches effectuées sans intervention du jour (Usager non rencontré)					
Intervention du jour (Ex. Administration de médicaments)	Démarches (Ex. Appel à un organisme + appel pour prendre un r-v pour l'utilisateur)	Acte	Mode	Temps direct	Lieu
	X	Démarche (6000)	En l'absence de l'utilisateur	Temps indirect alloué pour les démarches	Au CLSC

Démarche effectuée séparément de l'intervention du jour (Usager rencontré)					
Intervention du jour (Ex. Administration de médicaments)	Démarche (Ex. Appel à un organisme)	Acte	Mode	Temps direct	Lieu
X		Suivi médication (6704)	En présence de l'utilisateur	Temps direct alloué pour suivi de la médication seulement	Lieu de l'intervention du jour
	X	Démarche (6000)	En l'absence de l'utilisateur	Temps indirect alloué pour la ou les démarches	Au CLSC

Intervenant associé

Lorsque plusieurs intervenants interviennent simultanément auprès d'un usager, à l'intérieur d'un même acte, une seule intervention est consignée par l'un des intervenants. Chaque intervenant présent et participant à l'intervention est toutefois considéré comme un intervenant associé et peut être identifié à cette intervention.

Par exemple :

- Deux intervenants du même sous-programme effectuant l'évaluation de l'utilisateur ensemble.
- Deux auxiliaires familiales et sociales pour donner un bain.

Cependant, il n'y a pas d'intervenant associé lorsque chacun pratique un acte distinct d'après sa profession.

Par exemple :

- Un TS fait un suivi de la situation psychosociale pendant qu'une infirmière fait un soin de plaie (acte 6123)

Lorsqu'un intervenant supervise ou enseigne une technique ou un soin, l'utilisateur reçoit un seul service par une seule personne. Par conséquent, le transfert de connaissances devient une activité administrative. Une seule intervention est saisie, et ce par l'intervenant qui a réalisé l'acte. La personne ayant reçu le transfert de connaissance n'est pas considérée comme un intervenant associé, **car il ne s'agit pas d'un acte qui requiert la présence de deux intervenants**.

Dans la même situation, si l'intervenant qui enseigne et l'intervenant qui reçoit le transfert de connaissances soignent conjointement l'utilisateur, seul l'intervenant qui enseigne saisit une statistique sans inscrire d'associé, car il ne s'agit pas d'un soin complexe nécessitant la présence de 2 intervenants.

N.B. Chaque intervenant doit consigner une note clinique au dossier.