

SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE CIUSSS CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL Trajectoires de soins

Septembre 2016

PLUS FORT
AVEC VOUS

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec 

Abréviations

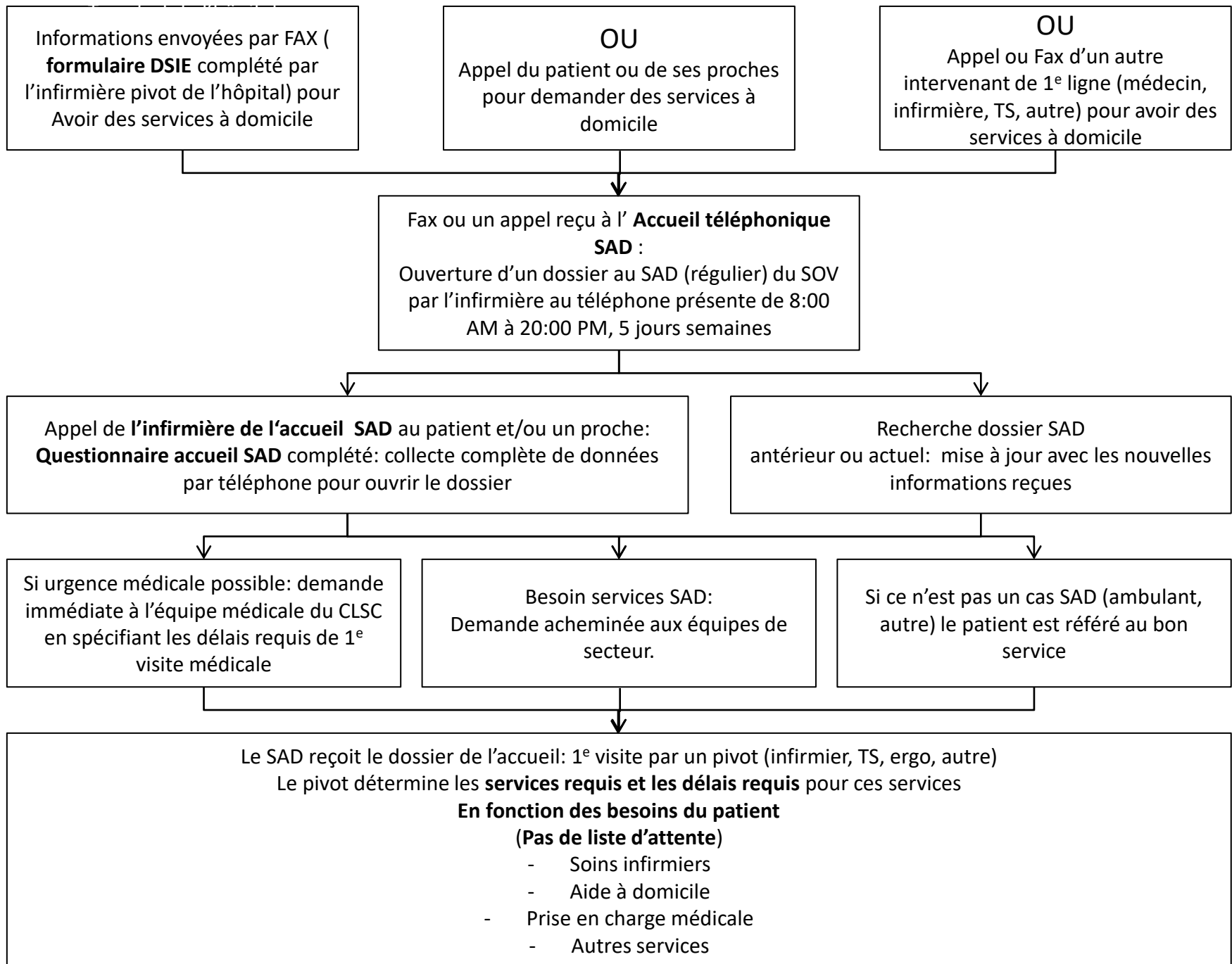
- SAD: Service à domicile du CLSC
- SAD aigu: Service de soins à domicile aigu
- SP: soins palliatifs/soins de fin de vie
- PI: Plan d'intervention pour un patient
- SOV: Secteur Sud-Ouest Verdun
- CH: Centre Hospitalier
- MPOC: malade pulmonaire
- SRAD: Service respiratoire à domicile (Hôpital Maisonneuve Rosemont)

Services SAD du SOV

- **1) Organigrammes des services** au SAD SOV, étape par étape: **trajectoires de soins**
- **2) 3 Cas types** pour illustrer les services SAD régulier, SAD palliatifs et SAD aigu du SOV

1^e trajectoire de soins

- **Ouverture d'un cas par l'accueil téléphonique**
pour le service à domicile SAD du CLSC
Verdun/SOV



Éléments du questionnaire standardisé téléphonique de l'accueil SAD/SOV

- -
- -
- -
- -
- -
- -
- -
- -

2^e trajectoire de soins

- Une fois le dossier ouvert par téléphone à l'accueil SAD du CLSC, transfert du dossier à l'équipe du secteur où vit le patient:
- **Prise en charge d'un patient par l'équipe de secteur du SAD régulier**

**Nouvelle demande pour le SAD acheminée par l'accueil SAD à l'équipe de secteur (selon l'adresse du patient)
(4 secteurs géographiques au SOV)**

**Cas avec problématique médicale prédominante: pivot infirmier
Cas avec problématique sociale prédominante: pivot travailleur social
Cas avec problématiques de mobilité prédominante: pivot ergothérapeute**

Pivot infirmier: Évaluation initiale par l'**infirmière** de secteur et prise en charge

L'**infirmière pivot** détermine les besoins infirmiers et fait la liaison avec le médecin traitant pour le **Plan d'intervention médical**

L'infirmière pivot fait la demande pour de l'aide à domicile et les autres services requis selon les besoins qu'elle a déterminés.
Si cas de soins palliatifs, elle implique l'**infirmière dédiée aux soins palliatifs à domicile** dès que le patient est instable

Pivot travailleur social: évaluation initiale par le **travailleur social** et prise en charge

Le **travailleur social pivot** fait la demande selon les besoins pour les autres services requis à part le sien

Si les problèmes médicaux deviennent prédominants, transfert du pivot TS à un pivot infirmière

Pivot ergothérapeute: évaluation initiale par l'ergothérapeute de secteur et prise en charge

L'**ergothérapeute pivot** fait la demande selon les besoins pour les autres services requis

Si les problèmes médicaux deviennent prédominants, transfert à une pivot infirmière

Rôle de l'intervenant pivot au SAD SOV

Coordonne tous les services à son client; Doit être facile à rejoindre au besoin

- Évalue les besoins du client dans sa discipline et procure ces services

Mais aussi:

- **Évalue les besoins et coordonne** les services des autres professionnels de son équipe (incluant l'aide à domicile): **au courant « de tout »** ce qui concerne son client vs le CLSC
- **L'intervenant pivot « défend » les besoins de son client** au comité de secteur tout en tenant compte des limites réalistes d'offre de service (l'offre du CLSC n'est pas illimitée mais elle doit être adaptée et souple, priorisant les soins de fin de vie et le maintien en milieu de vie)
- **L'intervenant pivot est facile et rapide à rejoindre** par les autres membres de l'équipe, le client et ses proches : retour de ses appels le jour même/5 jours semaines; on procure de plus un télé-chasseur et un cellulaire aux infirmières pivot en soins palliatifs et au SAD aigu en raison de la rapidité requise face aux instabilités médicales (interventions à faire le jour même si nécessaire).

Trajectoire de soins médicaux au SAD SOV

- Principes de base:
- - une équipe qui couvre 5 jours sur la route sur 5 en semaine et garde 24 h téléphonique 7 jours: regroupes des médecins de plusieurs CLSC ou qui sont aussi en LD dans le territoire
- - des médecins qui s'intéressent à l'accès ouvert et aux urgences médicales: les visites les plus urgentes sont faites, on change sans cesse l'ordre des visites et les patients a voir

Nouvelle demande pour un médecin à domicile au CLSC Verdun SOV

La demande peut provenir de l'hôpital, d'un cabinet de médecin qui ne fait pas de suivi à domicile, d'une infirmière SAD, d'une infirmière GMF, d'un proche ou du malade lui-même.

Pour être pris en charge par un médecin à domicile le patient doit être inscrit au SAD et ne pas pouvoir facilement se déplacer hors de son domicile.

La secrétaire médicale est le cœur de l'efficacité des médecins à domicile, celle qui répond aux appels urgents et fait le relais entre les médecins en visites /cabinet/hôpital/LD et le reste de l'équipe SAD

Si le patient n'a aucun dossier SAD: la secrétaire médicale transfère la demande à l'accueil SAD pour ouverture de dossier le jour même:

Elle demande ensuite une première visite infirmière pour que celle-ci évalue la pertinence et l'urgence d'une prise en charge médicale à domicile: l'infirmière précède toujours le médecin sauf dans les situations médicales urgentes.

L'accueil avise la secrétaire si urgence médicale pour organiser une visite conjointe le jour même médecin/infirmières si besoin

Si le patient a déjà un dossier SAD avec une infirmière impliquée qui connaît le patient la secrétaire appelle cette infirmière pour déterminer le délai requis pour la première visite médicale.

La secrétaire du service médical à domicile qui reçoit la télécopie/appel téléphonique pour une nouvelle demande de prise en charge médicale à domicile priorise la 1^e visite médicale selon l'urgence:

- 1) Le jour même: très grande urgence, risque élevé de retour en hôpital ou de détresse
- 2) La même semaine: urgence relative, patient peut attendre 1-5 jours
- 3) Dans les 4 semaines: instabilité médicale potentielle mais stable et suivi par l'infirmière qui appellera si détérioration
- 4) Patient sans instabilité potentielle à court terme: seul groupe de patients pour lequel le CLSC a une liste d'attente

- 1) La secrétaire médicale s'assure que la visite médicale se fera selon les délais requis par la situation médicale du patient
- 2) Le pivot, l'infirmière habituellement, s'assure de ne pas faire déplacer un médecin inutilement: chaque visite médicale doit être requise et pertinente puisque les médecins ont l'obligation de desservir les cas urgents.
- 3) La secrétaire prépare le dossier (DME) avant la visite: numérisation de tout ce qui est disponible, inscription des numéros de téléphones du patient, des proches, de la pharmacie et de la pivot

La priorisation des nouvelles demandes de prise en charge médicale est nécessaire car il est impossible de satisfaire à toutes les demandes puisque la très grande majorité des médecins de famille ne font plus de visites à domicile et que les patients en perte d'autonomie sont nombreux: les médecins du CLSC doivent prioriser les plus instables médicalement

Le travail de l'équipe médicale à domicile

Chaque jour/5 jours un médecin en visites est disponible pour les urgences et les cas de SAD aigu en plus de voir ses propres patients en suivi.

En commençant sa journée par les patients plus instables il garde pour la fin de la journée les patients moins instables qu'il pourrait annuler pour prioriser une nouvelle urgence (liste de visites à domicile flexible)

Les visites du médecin chaque semaine sont demandées par le médecin lui-même, le client ou ses proches ou les infirmières pivot: les médecins du CLSC ne font pas de visites de routine. Ils priorisent les instabilités médicales et prennent un nouveau patient presque à chaque jour de visites.

Le médecin est responsable donc en charge de ses patients inscrits à son nom: moyenne de 20-50/jour de visites à domicile. Prend ses appels toute la semaine de 8:00 à 17:00 pour ses patients (comme en LD).

IL effectue en moyenne de 5 à 7 visites par jour de visites (variable selon les distances à parcourir)

Un médecin traitant qui ne fait pas de visites ce jour là et qui estime suite à un appel d'infirmière que le patient devrait être vu par un médecin peut appeler le médecin en visites à domicile de jour là pour lui demander de visiter son patient.

Les médecins SAD/CLSC se partagent une garde téléphonique médicale 24 heures 7 couvrant toute l'année: on n'attend pas du médecin de garde pendant 7 jours qu'il se déplace chaque jours, mais qu'il règle les problèmes par téléphone grâce au DME (dossiers patients toujours accessibles) et à l'évaluation infirmières à domicile.

Les infirmières qui appellent le médecin doivent le faire du domicile du patient et non pas après la visite pour être capable de compléter l'évaluation et intervenir sur place au besoin selon les directives du médecin.

Après cette évaluation téléphonique à distance du patient, les prescriptions médicales seront faites par téléphone: médicaments, services, etc.

Les notes médicales est faite dans le DME lors de la visite mais aussi des interventions téléphoniques

Le médecin qui travaille à domicile mais aussi en hôpital (absent 7 jours aux 2 à 6 semaines) se met en équipe avec un autre médecin qui suivra à domicile ses patients pendant ses semaines d'hospitalisation = tandem nécessaire pour éviter le bris de continuité pour les patients.

Les médecins de l'équipe médicale à domicile couvrent les patients des médecins absents (vacances, maladie, congé de maternité): dès qu'un patient est inscrit au service il y aura toujours un médecin pour le prendre en charge.

La continuité médicale de soins est essentielle pour garder des cas lourds à domicile et sécuriser les proches qui gardent les grands malades à domicile

Travail interprofessionnel médecin/infirmière: organisation pratique

Le médecin consigne au dossier les coordonnées de la pivot (incluant le télé-chasseur et le cellulaire): la pivot fait la même chose. Ainsi les deux pourront rapidement communiquer lors d'une détérioration ou d'un changement à apporter au traitement

Les notes du médecin sont imprimées pour la pivot si elle n'est pas sur le DME médical (non idéal)

Le médecin du CLSC fait tout pour répondre rapidement (15 minutes maximum) aux appels des infirmières qui sont au domicile des patients : si exceptionnellement le médecin traitant n'est pas joignable, le médecin de garde prendra ses appels mais il est démontré qu'un appel pour un patient que l'on connaît prend 5 minutes contre 20 minutes pour un patient inconnu.

Il n'est pas acceptable de faire attendre des heures les infirmières à domicile (perte de temps pour les autres patients à visiter)

Les visites conjointes infirmières/médecin sont la clé de délégation rapide pour le médecin et une meilleure coordination des soins aux patients: la secrétaire connaît les distances et en tient compte dans l'horaire du médecin

Travail en équipe avec la secrétaire pour augmenter l'efficacité du suivi médical

- Tous les documents faxés pour un patient (prescriptions, autres) sont ensuite numérisés par la secrétaire dans le DME
 - Tous les documents reçus pour un patient sont numérisés le jour même dans le DME
 - Pour les appels urgents à un médecin la secrétaire médicale l'appelle sur son télé-chasseur ou son cellulaire.
- La secrétaire du service médical répond rapidement aux appels téléphoniques toute la journée car elle couvre les situations urgentes et fait les relais des urgences aux intervenants du CLSC: tout faire pour éviter les messages dans les boîtes vocales. Les patients ne doivent pas tomber sur une boîte vocale car ils vont paniquer.
 - La secrétaire médicale doit toujours être remplacée le midi, lors de ses vacances ou absences imprévues, sinon des hospitalisations pourraient être reliées à une absence de réponse à un appel d'un patient en détresse.
 - Pour les appels non urgents, la secrétaire laisse un message dans le DME du patient à son médecin.
- La secrétaire est responsable des horaires des visites conjointes: elle bâtit la journée de visites à domicile des médecins au fur et à mesure des appels des pivots en priorisant les urgences au début de la journée

3 cas types

- 1) *Ouverture au SAD régulier pour un suivi conjoint MD/infirmière avec un épisode de SAD aigu***
- 2) *Soins palliatifs à domicile: un cas ou ceci doit se faire en urgence***
- 3) *Plan d'intervention visant à prévenir les retours aux urgences d'un grand consommateur des urgences.***

Cas type 1

- 1) Ouverture au SAD régulier d'un insuffisant cardiaque qui a congé de l'hôpital
- 2) Épisode de SAD aigu chez ce patient

L'accueil SAD reçoit par télécopie le formulaire DSIE de demande de services au CLSC pour un patient qui a son congé de l'hôpital après une surcharge cardiaque



Patient 89 ans. Il vit avec épouse âgée frêle, au 2^e étage d'un duplex. Le couple a des troubles cognitifs et de mobilité. Leur médecin ne fait pas de suivi à domicile. Veut continuer avec son cardiologue en clinique externe



Pivot infirmière visite la patient le lendemain de son congé pour évaluer la situation, s'assurer de la stabilité et démarrer les services SAD



**Aide à domicile: pilulier avec appels le matin de rappel pour la prise de la médication
Une douche assistée 2 fois semaine
Maison nette pour le ménage**

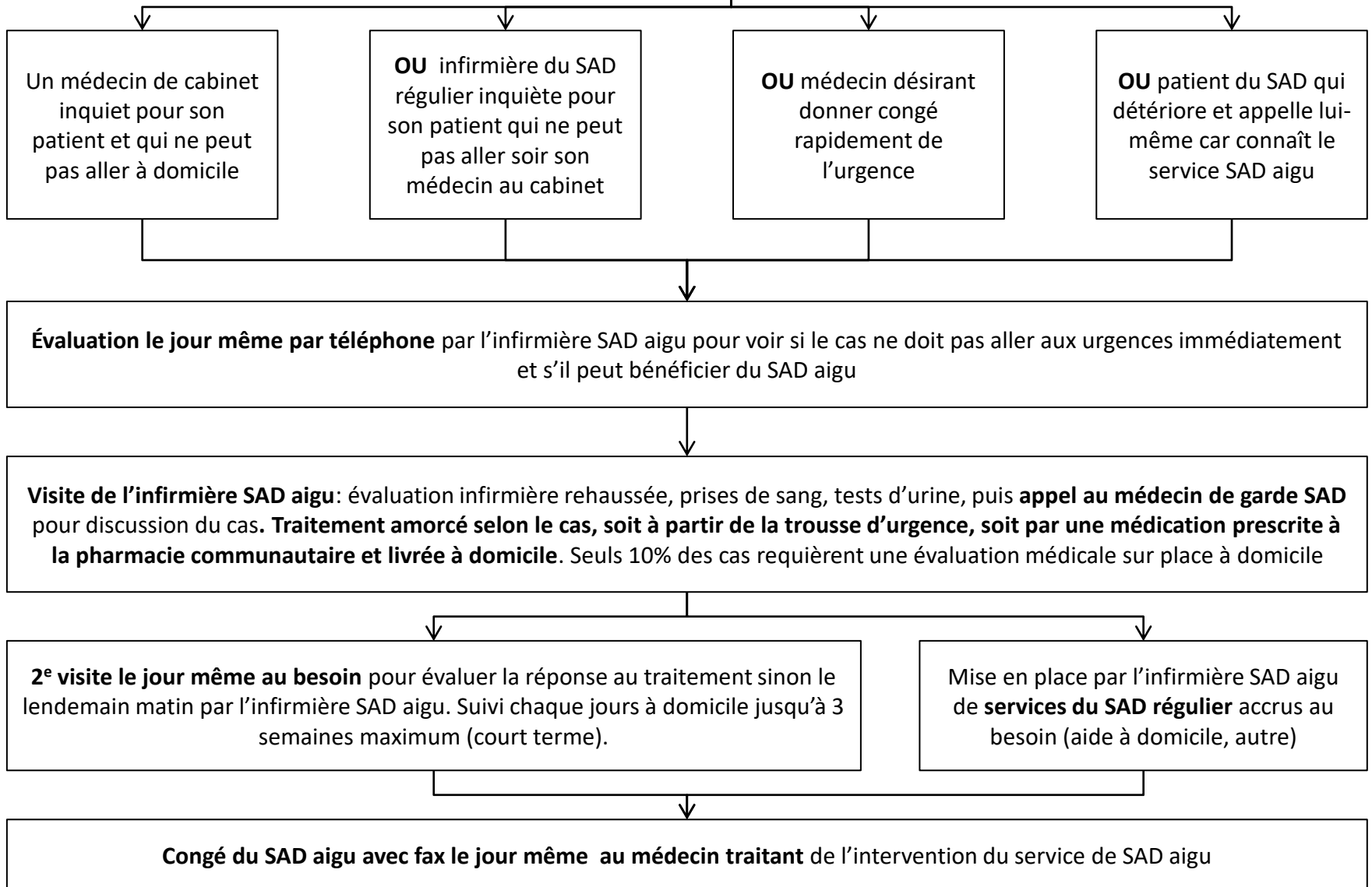


**Visites infirmières aux 7 jours:
signes vitaux/peser le patient/
surveiller état/ prises de sang selon prescriptions**



**Le patient est stable 6 mois: appelle son infirmière SAD un matin pour essoufflement augmenté sans détresse mais oedème aux jambes. Veut aller aux urgences.
L'infirmière suggère l'évaluation le jour même du SAD aigu**

Intervention du SAD aigu: un numéro unique 514 765-7052 5 jours/5 8:00 à 18:00



Suivi conjoint infirmière pivot/médecin à domicile: tandem efficace

Pas de médecin à domicile pour ce couple en perte d'autonomie :

- Avec l'accord du patient, **demande de suivi médical à domicile** pour le couple par l'infirmière du SAD aigu.
- Prise en charge par le médecin CLSC à domicile
- **Inscription du patient à la ligne dédiée pour assurer une garde médicale en cas de nouvelle surcharge.**
- Médication d'urgence en réserve à domicile d'avance (gestion par téléphone par les médecins du CLSC).
- **Visites conjointes infirmière pivot/médecin lors des détériorations (le médecin ne visite le patient que sur la demande de l'infirmière:** le médecin traitant est appelé par l'infirmière pivot lors de problème (plus besoin du SAD aigu) avec gestion de la médication rapidement par téléphone

Infirmière SAD aigu/SOV

- Infirmière du SAD régulier mais **expérimentée** (anciennes infirmières de la salle d'urgence) en **situations d'urgences** médicales
- Formée par les médecins du CLSC avec des protocoles d'évaluation infirmières rehaussés pour les **chutes**, les **infections aiguës**, les **surcharges cardiaques**, les **fin de vie** et les **décompensations pulmonaires (les situations d'urgence les plus fréquentes)**
- Équipées d'une trousse médicale complète incluant un saturomètre pour mesurer la saturation en oxygène
- Équipées d'une trousse de traitements oraux, intraveineux (Diurétiques, antibiotiques, corticostéroïdes, etc.) et d'inhalateurs

Cas type 2

Un cas de soins palliatifs à domicile à ouvrir en urgence

- Mme Tremblay 62 ans, connue du SAD (prises de sang à domicile pour un cancer terminal qui progresse avec faiblesse à la marche).
- Suivie par les oncologues du CH Verdun: échec de la chimiothérapie palliative
- Pas de médecin à domicile, pas vu son médecin de famille depuis un an
- Visite prévue ce jour de l'infirmière pivot de secteur. **Mme est en pré-agonie depuis la veille**: grabataire, somnolente, n'avale plus, souffrante-gémit.
- Son mari veut la garder à domicile car c'était son souhait

Ouverture d'un cas urgent aux soins palliatifs à domicile, même un vendredi: 3 visites infirmières le même jour + équipement + médication

Lors de la visite de l'infirmière pivot à 11:00, **signes de fin de vie subits**

Demande immédiate des soins palliatifs à domicile par un simple appel de l'infirmière pivot. **Visite le jour même de l'infirmière de soins palliatifs avec le médecin du CLSC à 15:00** (un médecin sur la route 5 jours/5 qui priorise les urgences médicales pour éviter les retours inutiles en hôpital).
Inscription à la ligne 24 h de garde infirmière/médecin du CLSC de Montréal (ligne dédiée aux fins de vie à domicile);
Prescriptions à la pharmacie.

Mise en place à 18 00 de la **médication palliative livrée en urgence par une pharmacie communautaire** avec qui les ententes ont été prises (réserves sur place au lieu d'attendre 24-48 heures): injectables et opiacés livrés, donnés au besoin par **pompe sous cutanée** (plus simple pour les proches)
Lit électrique livré gratuitement le jour même (délégation de l'ergothérapeute à l'infirmière de soins palliatifs pour les urgences, à contresigner le lendemain) + **matériel de fin de vie à domicile** (sonde, seringues) amené par l'infirmière de soir qui installe la pompe, donne la première injection et enseigne au mari comment donner les entre-doses si douleur

Mme Tremblay décède 3 jours plus tard à domicile sans souffrir

- **2 visites de nos infirmières par jour pendant 3 jours**, incluant le week-end: pour **évaluer la patiente, préparer les injections** qui seront données par le mari qui a reçu l'enseignement, **coacher** celui-ci, surveiller la pompe et les réserves de médication
- L'infirmière **communique avec le médecin par téléphone à chaque visite (suivi médical téléphonique) pour majorer les doses** : 2 augmentations d'opiacés par téléphone ont réussi à soulager Mme sans que le médecin n'ait à retourner à domicile.
- **Pour un cas de fin de vie les infirmières de week-end et de soirs sont choisies selon leur expérience avec les patients en fin de vie** (pas d'infirmières d'agences + ne pas forcer une infirmière inexpérimentée/ mal à l'aise avec la fin de vie) = infirmières du CLSC + infirmières de NOVA en complémentarité, en **tenant la pivot CLSC au courant de tous les changements**.
- **Une visite d'auxiliaire familiale tous les matins** pour hygiène au lit (bain d'éponge) et soins de bouche, vider le sac urinaire, changer la couche, le lit et encourager le mari
- **Une infirmière auxiliaire les 3 nuits au chevet de MME** pour donner la médication et permettre au mari de dormir, **payée par la Fondation Jacques Bouchard** qui autorise le service puisque le CLSC a octroyé le maximum et dispose d'une équipe palliative complète (ce sont les critères de la *Fondation FJB*: donner les services en complémentarité des CLSC et non en dédoublement) .

Cas type 3

Un patient qui retourne souvent aux urgences

- Appel du médecin de l'urgence du CH Verdun directement au médecin du CLSC à domicile: Retours répétés depuis 3 mois (9 fois) d'un patient pulmonaire terminal qui désature (baisse oxygène) sans être infecté.
- Ne veut plus retourner à l'hôpitalmais étouffe
- L'oxygène a été refusé par le service à domicile SRAD (HMR) car il fume
- Vit seul, reclus, isolé
- Revoir pour ce patient si il déjà connu du SAD sinon mettre en place un PLAN D'INTERVENTION PERSONNALITÉ QUI VISE SPÉCIFIQUEMENT À RÉPONDRE AUX PROBLÈMES QUI FONT QUE CE PATIENT RETOURNE FRÉQUEMMENT AUX URGENCES:
 - - problème médical instable à traiter plus efficacement à domicile
 - - suivi infirmier à donner plus rapide et qui couvre mieux les urgences
 - - équipement à domicile requis avec souplesse du SAD, adapter les règles et processus d'octroi d'équipements au cas par cas: souplesse.

Ouverture d'un cas au SAD identifié comme un grand utilisateur des urgences/services hospitaliers

- 1) Cas de fin de vie ? (Cancer/maladie non cancéreuse)
- 2) Un rehaussement des services du SAD pour ce patient pourrait-il prévenir des hospitalisations ?
- 3) Quels sont les professionnels qui pourraient faire une différence pour le maintien à domicile ?

Visite conjointe médecin/infirmière dès le retour à domicile: évaluation des besoins infirmiers et médicaux
Évaluation par la pivot infirmière des besoins en aide à domicile / autres professionnels

Évaluation des besoins/difficultés qui font qu'un patient retourne fréquemment aux urgences/hôpital:

- Insécure, anxieux, panique ? Pas d'accès assez rapide à une infirmière/un médecin quand il est souffrant ?
 - Le traitement procuré en hôpital pourrait-il être donné à domicile ?
- Pourrait-on détecter rapidement la détérioration et la traiter à domicile immédiatement avec un plan d'action ?
 - Une aide à domicile accrue pourrait-elle améliorer la qualité de vie du patient ?

Le patient manque d'oxygène en raison de sa maladie pulmonaire terminale (fin de vie non cancer

L'oxygène est un traitement qui se donne à domicile avec variation de la quantité par une infirmière ou un inhalothérapeute: mise en place de l'oxygène nécessaire

L'anxiété se traite à domicile (un patient qui étouffe est anxieux): médication, visites rapprochées et rapides de l'infirmière au besoin

Le patient est un reclus et néglige de s'alimenter (cachexique) alors qu'à l'hôpital il mange bien:

Une aide 2 fois par jour aux repas l'encouragerait à mieux manger (moins maigrir, moins s'affaiblir) et le sécuriserait

PLAN D'INTERVENTION PERSONNALISÉ DE PRÉVENTION DES RETOURS AUX URGENCES

Les grands utilisateurs des urgences: tandem infirmière/médecin à domicile du CLSC = approche souple visant la réduction des hospitalisations

Pas d'oxygène gratuit à domicile: refusé par le SRAD puisqu'il fume (critères de sécurité). Refuse de cesser de fumer.

DSIE a l'accueil SAD par l'urgence. Visite le jour même du médecin CLSC avec la pivot infirmière
Demande **urgente au travailleur social**: aider le patient à payer 125\$/mois pour un concentrateur d'oxygène loué (FJB, appel aux proches, budget du patient revu).
+ Aide à domicile tous les jours hygiène + repas. Le patient panique moins quand il étouffe car inscrit à la ligne de garde et une infirmière le visite et règle le concentrateur
Inscription à la ligne dédiée (infirmières/médicale 24 heures) ou il appellera souvent: plusieurs visites infirmières en urgence avec appel au médecin de garde et ajustement de l'oxygène et des médicaments à domicile

Installation du concentrateur par Oxymed avec l'infirmière SAD qui fera le suivi (pas inhalothérapeute puisque pas SRAD) avec enseignement et surveillance des mesures de sécurité.
Visites médicales/infirmières conjointes chaque semaine pour 2 mois d'un patient très fragile qui apprend à utiliser la ligne dédiée au lieu d'aller aux urgences et se sécurise.
Visites médicales espacés ensuite aux 2 semaines **mais suivi infirmier gardé aux 1-2 jours**

Le patient ne retournera pas aux urgences pendant ses 15 mois de maintien à domicile
Sera retrouvé inconscient sur son divan chez lui un matin par l'infirmière: transfert aux urgences avec décès le jour même.

Pas de liste d'attente au SAD: comment a-t-on réussi au SOV

1) En optimisant les services de tous (de façon explicite les infirmières, TS, auxiliaires familiales, ergo, physio, mais aussi les médecins de façon implicite) pour augmenter le nombre d'interventions à domicile au maximum:

- Réduire le temps d'écriture des dossiers
- Le moins de paperasse possible
- Être disponible pour une visite pendant toutes les heures de travail au CLSC et non pas seulement le matin
- Revoir les processus SAD (traitements des plaies, délégation d'actes, surveillance à distance, relances téléphoniques) pour déléguer le plus possible sans négliger les clients

Pas de liste d'attente au SAD du SOV: comment a-t-on réussi ?

2) Faciliter les communications entre les professionnels (télé-chasseurs, cellulaires) et entre le client/ses proches et les professionnels: réduire le nombre de réunions et partager plus rapidement les informations urgentes. Les situations instables se règlent sans délai par un simple appel et discussion du cas. **Chaque membre de l'équipe SAD doit être facile et rapide à rejoindre. Les secrétaires doivent aider les clients et leurs proches à rejoindre les professionnels rapidement pour éviter des retours aux urgences.**

3) Grâce à une formation des proches, **déléguer les actes** qu'ils acceptent de faire (certains pansements quotidiens simples, injections, surveillance) s'ils sont rassurés qu'ils pourront toujours rejoindre une infirmière et demander plus de services si nécessaire.

Pas de liste d'attente au SAD du SOV: comment a-t-on réussi ?

- 4) Augmenter selon les besoins, une semaine à la fois, le nombre d'interventions à domicile donc dépasser le budget de base qui ne tient habituellement pas compte du maintien à domicile des cas médicalement les plus instables: car un maintien à domicile demeure moins coûteux qu'une hospitalisation ou un placement. **Prévoir au moins 10% de dépassement annuel du budget SAD de base** lorsque le SAD a des médecins, fait des soins palliatifs et du SAD aigu.
- 5) Le budget du CIUSSS doit donc permettre un transfert de budget vers le SAD lorsque le nombre de clients et surtout l'intensité de leur suivi augmente

MERCI!

PLUS FORT
AVEC VOUS

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal*

Québec 



PLUS F●RT

AVEC V●US



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec 