



CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL

Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie

Date d'entrée en vigueur : 16 décembre 2014

Dates de modification : ---

Date d'abrogation : ---



CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL

Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie

Cadre de référence — Mécanismes d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie
est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Crédits auteurs et collaborateurs

Direction :	Lydia Ingenito
Coordination :	Jean-François Renaud
Soutien technique :	Ghyslaine Payant

Direction adjointe soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
Direction des programmes-services

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne
aussi bien les femmes que les hommes et
est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN 978-2-89510-823-8 (Imprimé)

ISBN 978-2-89510-824-5 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal tient à remercier ses collaborateurs des autres régions du Québec qui ont bien voulu partager leurs différents cadres de référence et leurs documentations afférentes. Soulignons entre autres :

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent;
- Agence de la santé et des services sociaux de la Baie-James;
- Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine;
- Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière;
- Agence de la santé et des services sociaux de Laval;
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie;
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais;
- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La Direction des programmes-services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal tient également à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la rédaction de ce document :

Louise Audet, CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle
Martine Bastarache, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Sylvie Brazeau, CSSS Lucille-Teasdale
Martine Cloutier, CSSS Jeanne-Mance
Helen Jones, CSSS de la Montagne
Manon Leduc, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
Michel Lévesque, CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
Lucie Montpetit, CSSS du Sud-Ouest-Verdun
Angela Novembre, Centre d'Accueil Dante de l'hôpital Santa Cabrini
Sylvie Paquet, CSSS d'Ahunatic et Montréal-Nord

Ainsi que le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :

Chantal Beaudoin, agente de planification, de programmation et de recherche
Isabelle Caron, agente de planification, de programmation et de recherche
Marie-Christine Dionne, agente de planification, de programmation et de recherche
Thérèse Dionne, agente de planification, de programmation et de recherche
Nourrédine Ferroum, agent de planification, de programmation et de recherche
Mario Fitzgerald, agent de planification, de programmation et de recherche
Lyne Laliberté, agente de planification, de programmation et de recherche
Hélène Lebel, agente de planification, de programmation et de recherche
Anne Marquis, avocate
Caroline Pelletier, agente de planification, de programmation et de recherche
Linda Rivard, agente de planification, de programmation et de recherche
Céline Roy, commissaire aux plaintes

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	6
INTRODUCTION	7
1. Cadre légal et réglementaire	9
1.1 Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).....	9
1.1.1Objet de la LSSSS	9
1.1.2Droits des usagers en regard de l’accessibilité aux services de santé et aux services sociaux..	10
1.2 Fonctions reliées à la coordination des services de santé et des services sociaux.....	11
1.3 Code civil du Québec.....	13
1.4 Charte des droits et libertés de la personne	13
1.5 Règlement sur l’organisation et l’administration des établissements.....	13
2. Les orientations ministérielles en matière de soins et services offerts par les CHSLD	13
3. Principes directeurs.....	15
4. Engagements des CIUSSS	16
5. Clientèles visées et ressources disponibles.....	17
5.1 Clientèle.....	17
5.2 Complémentarité des réseaux de services spécialisés pour une offre de service optimale s’adressant aux clientèles particulières	19
5.3 Ressources disponibles.....	19
5.3.1Les différents types de ressources d’hébergement	19
5.4 Les établissements et ressources d’hébergement à vocation régionale	21
5.5 Les établissements et ressources d’hébergement des diverses communautés culturelles	21
5.6 Établissements devant rendre accessible des services à la population de langue anglaise	21
6. Les critères d’admissibilité	21
6.1 Précisions au regard d’une demande d’hébergement.....	23
7. Préalables à la demande d’hébergement pour les usagers hospitalisés	23
8. Principes guidant l’octroi d’une place d’hébergement	24
9. Fonctionnement d’un mécanisme d’accès.....	26
9.1 Mécanisme d’accès à l’hébergement.....	26
9.2 Comité d’orientation d’admission (COA)	28

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
COA	Comité d'orientation et d'admission
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTMSP	Classification par types (de besoins) en milieu de soins et services prolongés
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DSIE	Demande de service interétablissement
FSAG	Fin de soins actifs globale
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAH	Mécanismes d'accès à l'hébergement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OSBL	Organisme sans but lucratif
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PHPE	Programme d'hébergement pour évaluation
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RPA	Résidence pour aînés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Résidence de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SM	Santé mentale
SI-Héberge	Système informatisé d'hébergement
SRA	Service régional des admissions
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnel
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle

INTRODUCTION

Le présent document s'adresse aux gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement, à ceux qui interagissent auprès des personnes en perte d'autonomie et pour lesquelles il y a présomption de changement de milieu de vie dans une perspective de continuum organisé dans un réseau de services intégrés. Il importe de noter que ce document s'inscrit dans un contexte de transformation du réseau de la santé et des services sociaux et son application devra être adaptée en fonction des nouvelles réalités.

Le mécanisme d'accès à l'hébergement des personnes adultes en perte d'autonomie constitue le processus qui permet de donner un accès approprié aux ressources d'hébergement. Il importe de noter la pertinence et l'importance que les établissements soient imputables du suivi de l'usager tout autant que de la nécessité que l'hébergement constitue une démarche clinique et une dernière étape à l'intérieur du continuum de services. L'arrimage du mécanisme d'accès à l'hébergement à l'organisation de l'offre de service est déterminant pour un ajustement qui permet de répondre aux besoins changeants d'une population vieillissante.

Dès 2013, L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence) a entamé, avec les établissements du réseau, une réflexion visant la pertinence de décentraliser le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH). Un état de situation a alors été dressé et des orientations et recommandations ont été définies. Le constat fut de procéder à la décentralisation du Service régional des admissions (SRA). Le Conseil d'administration de l'Agence a approuvé la décentralisation du SRA le 10 juin 2014.

La décentralisation du mécanisme d'accès vers les établissements permettra :

- Un rapprochement des décisions d'hébergement lorsque le maintien à domicile est compromis;
- Une simplification des processus menant à un hébergement;
- Une responsabilisation des établissements dans l'ajustement de l'offre de service en hébergement en fonction des besoins des usagers en attente;
- Un partenariat accentué avec les partenaires hospitaliers lorsqu'il y a une décision conjointe (établissements — usager — famille) de non-retour à domicile.

Plusieurs conditions de succès prévalent dans la planification de ce changement :

1. Un besoin de rapprocher les décisions cliniques d'hébergement vers les établissements;
2. Un consensus autour d'orientations régionales établies permettant une équité d'accès aux ressources sur le territoire montréalais;
3. Le respect des particularités reliées aux ressources dédiées aux communautés culturelles et à vocation particulière.

Le 25 septembre 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux procéda au dépôt du projet de loi 10 « *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des Agences régionales* ». Le 1^{er} décembre 2014, des amendements au projet de loi ont été déposés. Il y est prévu que pour la région de Montréal sont constitués cinq centres intégrés de santé et services sociaux, lesquels sont issus de la fusion de certains établissements publics, et, le cas échéant de l'Agence de la santé et des services sociaux.

De plus, puisque ces centres se trouvent dans une région sociosanitaire où est situé le siège d'une université ayant une faculté de médecine, ils peuvent utiliser les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ».

Considérant les nouvelles dispositions du projet de loi 10 et de ses amendements, il y a lieu de favoriser la mise en place par chacun des établissements régionaux concernés, d'un mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers.

Le cadre de référence fait l'objet d'un consensus auprès des établissements concernés et sert de référence à la mise en place de cinq mécanismes d'accès à l'hébergement qui seront présents dans les différents CIUSSS de la région de Montréal.

En fonction des modalités prévues au présent cadre de référence et des critères d'accès soumis à l'approbation du CIUSSS Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, chaque CIUSSS assumera la coordination des diverses interventions reliées au cheminement d'une demande d'hébergement, assurera la liaison entre l'évaluation, la détermination de services, l'orientation et l'accès aux services d'hébergement, le traitement des demandes et le suivi selon les modalités du processus établies, exerçant ainsi une gestion à la fois clinique et administrative.

Le présent cadre de référence précise notamment le cadre légal, les objectifs généraux et les principes directeurs, les clientèles visées et les ressources disponibles, le fonctionnement d'un mécanisme d'accès, ainsi que les critères d'admissibilité et de priorisation.

1. Cadre légal et réglementaire

La mise en place et la gestion de mécanismes d'accès à l'hébergement, l'élaboration de critères concernant notamment l'admission, le congé et les politiques de transfert des usagers doivent s'inscrire dans le cadre des dispositions prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)* (LSSSS) et autres lois dont certaines semblent pertinentes à souligner.

1.1 Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

1.1.1 Objet de la LSSSS

Article 2 — Réalisation des objectifs.

« Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destinées à :

(...)

- 4. Rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;*
- 5. Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;*
- 6. Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;*
- 7. Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec;*
- 8. Favoriser la prestation efficace et efficiente des services de santé et des services sociaux dans le respect des droits des usagers. »*

Article 3 — Lignes directrices.

« Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- 1. La raison d'être des services est la personne qui les requiert;*
- 2. Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;*

3. *L'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;*
4. *L'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;*
5. *L'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »*

1.1.2 Droits des usagers en regard de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux

Article 4 — Information.

« Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. »

Article 5 — Droit aux services

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »

Article 6 — Choix du professionnel

« Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé et de services sociaux. »

Article 7 — Soins appropriés

« Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. »

Article 9 – Consentement requis

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quel qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Consentement aux soins

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivant du Code civil. »

Article 10 — Participation

« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé (...). »

Article 13 — Exercice des droits

« Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. »

Article 14 — Période d'hébergement

« Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une ou l'autre de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état. »

Congé de l'établissement

« Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il a reçu son congé (...). »

1.2 Fonctions liées à la coordination des services de santé et des services sociaux

Les responsabilités des agences de la santé et des services sociaux ainsi que celles des établissements concernant les mécanismes d'accès sont précisées aux articles 354, 355 et 356 de la LSSSS.

Article 354. Accès aux services. *« En outre des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires et des ressources de type familial qu'elle établit conformément aux articles 303, 304 et 314, l'Agence détermine également, en tenant compte des orientations identifiées à cette fin par le ministre, les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région ».*

Mécanisme d'accès. *« Elle favorise par ailleurs la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers. »*

Article 355. Centres d'hébergement. « L'Agence détermine les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des centres hébergement et de soins de longue durée, des centres de réadaptation d'une classe qu'elle indique, des ressources intermédiaires rattachées aux établissements et des ressources de type familial de sa région ».

Respect des particularités. « Elle doit également s'assurer que ces mécanismes d'accès aux services tiennent compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers ».

Article 356. Approbation des critères. « Les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services établi en application de l'article 355 doivent soumettre à l'approbation de l'Agence leurs critères d'accès aux services, notamment pour l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert de ces derniers. Le ministre peut toutefois exiger qu'un établissement, compte tenu de sa vocation particulière, les lui soumette directement pour son approbation. Le ministre prend alors l'avis de l'Agence ».

Le projet de loi 10 intitulé « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » et ses amendements prévoient :

Aux articles 73 et 74 :

Article 73. « Tout établissement public ou privé conventionné doit soumettre à l'approbation du centre intégré de santé et de services sociaux ses critères d'accès aux services, notamment en ce qui concerne l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert de ces derniers. Dans les régions comptant plus d'un centre intégré, celui issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements est responsable de l'approbation des critères d'accès.

Le ministre peut exiger qu'un établissement public ou privé conventionné, compte tenu de sa vocation particulière, lui soumette directement ses critères d'accès aux services pour approbation. Le ministre prend alors l'avis du centre intégré concerné. »

Article 74. « Un centre intégré de santé et de services sociaux ou, dans les régions comptant plus d'un centre intégré, celui issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements doit mettre en place et gérer un mécanisme régional d'accès aux services déterminés par le ministre.

Un établissement public ou privé conventionné doit recevoir une personne qui a été dirigée vers ses services conformément au mécanisme régional d'accès aux services. »

1.3 Code civil du Québec

Article 10 — Intégrité de la personne

« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ».

1.4 Charte des droits et libertés de la personne

Article 48 — Protection des personnes âgées

« Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation. Telle personne a aussi le droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu ».

1.5 Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

Article 33, 3^e et 4^e alinéa

« La demande d'admission est acceptée par le comité régional ou sous-régional d'admission formé par le conseil régional, en tenant compte des préférences exprimées par la bénéficiaire;

L'établissement désigné par un comité d'admission admet l'usager dès qu'un lit est disponible. »

2. Les orientations ministérielles en matière de soins et services offerts par les CHSLD

Le MSSS a identifié en 2012 des balises¹ pour l'admissibilité des personnes âgées en grande perte d'autonomie en CHSLD dans un document où se retrouvent des références aux orientations ministérielles, dont certains extraits nous semblent pertinents dans le cadre de nos travaux.

« En ce qui a trait plus précisément aux prérequis de l'admission en CHSLD, le « Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité » propose de « déterminer les critères d'accès (...) avec les profils de perte d'autonomie des personnes et ainsi

¹ Comité aviseur sous la coordination du MSSS, Balise pour l'admission des personnes âgées en grande perte d'autonomie en CHSLD, 17 décembre 2012

assurer le traitement uniforme des demandes tant pour la mise en priorité que pour l'attribution des services, ainsi que l'établissement des standards d'accès à ces soins et services.² »

Dans le cadre des travaux en cours sur la révision de l'offre de service en CHSLD, un Énoncé de mission (2012) définit ainsi le rôle et les fonctions spécifiques de ce type d'établissement au sein du continuum de services aux aînés en perte d'autonomie :

Offrir de l'hébergement, de l'accompagnement et des soins à des personnes qui ne peuvent plus demeurer dans la communauté dans des conditions sécuritaires. Ces personnes sont en grande perte d'autonomie et leur condition requiert des services intensifs, continus et de longue durée. Le soutien de leurs proches et les services mis en place par les diverses ressources communautaires, publiques et privées ne peuvent garantir aux personnes une réponse suffisante et sécuritaire dans leur milieu de vie. Dans ces circonstances, le CHSLD constitue le milieu le plus indiqué pour assurer le bien-être, la sécurité et la meilleure qualité de vie possible aux personnes se trouvant dans une telle condition de vulnérabilité.

On notera que les orientations ministérielles en regard de services aux aînés sont conformes aux attentes de ceux-ci de demeurer à domicile le plus longtemps possible³ tout autant qu'elles confirment le choix d'affecter les ressources les plus coûteuses du système de santé aux personnes qui en ont le plus besoin.

Les profils admissibles en CHSLD

La très grande majorité des admissions en CHSLD doit être réservée aux personnes qui présentent des profils ISO-SMAF allant de 10 à 14 et qui ne peuvent plus demeurer dans la communauté⁴ malgré le soutien apporté par les proches et les diverses ressources qui œuvrent auprès des personnes ayant des incapacités fonctionnelles.

L'apport essentiel du jugement clinique

Bien qu'ils s'avèrent indispensables, comme outil d'aide à la décision, les profils ISO-SMAF ont une valeur indicative plutôt qu'absolue et exécutoire. Ils ont pour finalité de soutenir le jugement clinique et non pas d'en tenir lieu. La mise à profit des connaissances et de l'expérience des intervenants demeure essentielle dans le processus décisionnel menant à l'orientation ou non d'une personne aînée en CHSLD. »

² MSSS, Un défi de solidarité, Les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010, p. 36.

³ Toutes les études et les sondages réalisés sur cette question confirment ce choix.

⁴ La notion de communauté s'applique au domicile conventionnel, mais aussi à des ressources de type résidentiel qui offrent des services à une clientèle moins « lourde » que celle admise en CHSLD. Entrent dans cette catégorie, les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), les « projets novateurs » et les résidences privées pour aînés (RPA) avec services.

3. Principes directeurs

Considérant que les établissements de Montréal s'entendent pour placer l'utilisateur au cœur des décisions, sept grands principes directeurs supportent la mise en place des mécanismes d'accès à l'hébergement.

1. Le soutien à domicile⁵ :

Le soutien à domicile demeure le premier choix d'intervention de telle sorte que l'hébergement soit une solution de dernier recours;

2. L'intégrité :

Les mécanismes d'accès demeurent centrés sur les besoins de la personne : le bon endroit d'hébergement, au bon moment, avec des services adaptés à sa condition;

3. La transparence et l'équité :

Les décisions prises reposent sur la législation pertinente, sur des critères, des règles et procédures clairement définis et harmonisés entre les mécanismes d'accès, connus et utilisés de tous les intervenants du réseau, consignés par écrit et disponibles à la population;

4. La continuité et l'intégration :

Le mécanisme d'accès s'insère dans un changement de pratique qui passe par l'intégration et l'interdépendance des services. Cette pratique suscite la collaboration de tous les intervenants, tant du réseau privé, communautaire que public, dans le souci de favoriser, pour l'utilisateur, une prestation de soins et de services de qualité et continus;

5. L'ajustement continue :

Le mécanisme d'accès s'adapte à la nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux et prend en compte les changements à apporter en lien avec le vieillissement de la population;

6. Respect des communautés culturelles :

La réalité montréalaise a incité le réseau de la santé à développer, en collaboration avec les différentes communautés, une offre de service répondant aux besoins de certaines communautés. Le maintien de cette offre de service sera favorisé dans la mesure des capacités des établissements, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont elle dispose (art 13 LSSSS);

⁵ La politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix » (2003), le Plan d'action 2005-2010, sur les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité, que le Plan stratégique, 2010-2015 du MSSS mettent en priorité la consolidation des services à domicile et la diversification des milieux de vie pouvant accueillir des aînés ayant des incapacités.

7. Efficience pour l'utilisation des ressources :

Les différents partenaires du réseau s'entendent pour que l'ensemble des ressources disponibles soit utilisé par le bon usager au bon moment. À titre d'exemple d'efficience, libérer rapidement des lits en ressources spécialisés, combler une place vacante à l'intérieur de 48 heures, etc.

4. Engagements des CIUSSS

Dans le processus visant la mise en place des MAH, les établissements de la Métropole s'entendent sur les objectifs suivants :

- S'assurer de maintenir la clientèle dans son milieu de vie naturel (domicile et résidence privée), de façon sécuritaire, le plus longtemps possible;
- Répondre de façon juste et équitable aux besoins de la clientèle en fonction des ressources disponibles;
- Favoriser l'accès à un lit d'hébergement à l'intérieur d'une période de 12 mois;
- Implanter des mécanismes d'accès qui visent à standardiser les processus d'accueil, d'évaluation, de détermination de services, d'orientation et d'admission pour l'ensemble du territoire montréalais, et ce, en conformité avec les orientations provinciales sur les services aux clientèles adultes en perte d'autonomie;
- Offrir la ressource la plus appropriée au besoin de l'utilisateur en prenant en considération le choix de l'utilisateur ou de ses proches;
- Assurer un jugement professionnel et une confiance mutuelle entre autres en évitant les doubles évaluations pour un même épisode de soins;
- Assurer une fluidité dans le continuum de services;
- Utiliser de manière judicieuse et maximale les différents types de ressources d'hébergement disponibles;
- Minimiser les transferts de la clientèle d'un milieu d'hébergement à un autre;
- Permettre une gestion saine, efficace et autonome des ressources du territoire incluant les centres d'hébergement privés conventionnés;
- Favoriser le développement de meilleures collaborations avec l'ensemble des partenaires d'un territoire (réseaux publics, privés et communautaires);
- La mise en place de ce cadre de référence dans le contexte de la réorganisation du réseau vise à favoriser une optimisation des places disponibles, notamment par la diminution des délais entre la demande d'hébergement et l'attribution d'une place.

5. Clientèles visées et ressources disponibles

5.1 Clientèle

Les populations visées par le présent mécanisme d'accès sont les adultes en perte d'autonomie de 65 ans et plus et autres adultes présentant une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale se traduisant par une diminution des capacités physiques, affectives, intellectuelles, cognitives ou comportementales. Il s'ensuit une limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, domestique, sociale et civique. Il s'adresse aussi à des personnes dont la majeure s'avère être une déficience physique, intellectuelle ou un problème de santé mentale présentant ou non un profil gériatrique⁶ requérant un hébergement de longue durée dans le réseau d'hébergement.

Ces clientèles peuvent provenir des milieux suivants :

- Domicile, résidence privée pour aînés;
- Établissements;
- Centre de réadaptation (qui inclut la clientèle posthospitalière), UTRF, URFI;
- Ressource non institutionnelle : ressource intermédiaire (RI) ou de type familial (RTF) et résidence d'accueil (RA);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD (intra ou interrégional);
- Ressource alternative (ex. : OSBL);
- Milieu carcéral (clientèle vieillissante);
- Sans domicile fixe;
- Hors région, hors province, hors pays.

La notion de perte d'autonomie fonctionnelle joue un rôle important dans une décision d'hébergement. Elle doit être significative, persistante et le maintien en milieu naturel doit être jugé comme n'étant plus possible malgré le soutien aux proches aidants, à l'entourage et en dépit des services à domicile offerts par l'établissement ou par ses partenaires.

⁶ On définit un profil gériatrique comme étant une pathologie associée à des incapacités physiques, psychiques ou sociales. La personne présentant un profil gériatrique est habituellement affligée de 4 à 7 problèmes médicaux significatifs. Ce n'est pas tellement la nature de ses maladies qui en font un client gériatrique, mais la coexistence simultanée et surtout les répercussions fonctionnelles qu'elles engendrent. La personne est atteinte de plusieurs incapacités fonctionnelles et présente une combinaison des grands symptômes suivant : incontinence, immobilité, instabilité [chute], problème psychique [dépression, démence, etc.], problème iatrogène [sur médication]. SOURCE : AHQ. Les services hospitaliers aux personnes âgées, document de référence no 1, 1995.

A) Majorité des admissions en RI-RTF :

- On retrouve dans le « Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial » (MSSS, 2013, p.20), les caractéristiques liées aux programmes-services qui peuvent s'ajouter au profil à l'accueil permettant de prendre en compte certaines particularités des usagers. Pour le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) :

« La personne présente un profil gériatrique constitué d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes⁷ : elle a habituellement plus de 75 ans, mais elle peut parfois avoir moins de 65 ans; elle souffre de maladies chroniques ou de séquelles de maladies antérieures (AVC, amputation, fracture, etc.); elle a besoin d'aide dans la réalisation des activités de la vie domestique (AVD) ou des activités de la vie quotidienne (AVQ); elle souffre de maladie mentale; elle a des difficultés de motricité; elle prend plusieurs médicaments; elle reçoit de multiples services d'établissements différents et de plusieurs intervenants; elle est isolée et ses proches présentent des signes d'épuisement; elle présente plusieurs facteurs de risques – cécité, surdité, troubles cognitifs, chutes, maigreur excessive, obésité, etc. La personne a fait l'objet d'une évaluation à partir de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). La personne présente généralement un profil ISO-SMAF entre 6 et 12. Si le profil est différent, le choix d'orienter vers une ressource est fondé sur un jugement clinique qui tient compte notamment de l'unicité de la personne, de son histoire de vie et de ses habitudes de vie. »

Conformément à la loi, l'établissement demeure responsable en tout temps de la dispensation des services professionnels dans les RI-RTF, ceci sans égard à l'admissibilité des usagers qui requiert de tels services.

Il importe de noter qu'il est souhaitable que la pratique montréalaise qui oriente habituellement les profils de 4 et plus en RTF et de 5 à 9 en RI tende à s'ajuster aux orientations ministérielles mentionnées ci-haut.

B) La très grande majorité des admissions en CHSLD doit être réservée aux personnes :

- Qui ne peuvent plus demeurer à domicile sans le risque que leur bien-être ou leur sécurité soit compromis;
- Qui présentent des profils ISO-SMAF de 10 à 14 (voir l'annexe 1);
- Toute autre demande d'hébergement en CHSLD, à partir d'un profil moindre, doit être considérée comme une situation particulière et être alors bien justifiée dans la synthèse de l'OEMC.

⁷ Extrait du document Réseau de services intégrés pour les personnes âgées. MSSS, 2009

5.2 Complémentarité des réseaux de services spécialisés pour une offre de service optimale s'adressant aux clientèles particulières

Les travaux en lien avec la population visée ont suscité de nombreux échanges et nous ont amenés à préciser quelques éléments qui portent notamment sur l'admissibilité de certaines clientèles pour lesquelles il existe déjà un guichet d'accès ou une gamme de service à l'intérieur de leur réseau. Nous faisons référence entre autres à la déficience physique (DP), à la santé mentale (SM) ou à la déficience intellectuelle (DI). Il est convenu que pour ces réseaux, il devra être démontré qu'une offre de service a d'abord été proposée aux usagers avant de présenter une demande d'hébergement. Par la suite, il s'en suivra un partenariat ou la complémentarité des différents réseaux sera mise de l'avant pour favoriser le meilleur milieu et une offre de service répondant au besoin des usagers.

5.3 Ressources disponibles

Plusieurs types de ressources existent sur le territoire :

- Les CHSLD publics;
- Les CHSLD privés conventionnés;
- Les CHSLD privés, non conventionnés, ayant un contrat de service avec le réseau public (article 108, LSSSS);
- Les ressources non institutionnelles;
 - ressources de type familial;
 - ressources intermédiaires.

5.3.1 Les différents types de ressources d'hébergement

Préalablement à l'hébergement, tout intervenant doit s'assurer que la personne a bénéficié de l'ensemble des mesures possibles offertes par les services de soutien à domicile, soit :

- les soins et services professionnels (médicaux, infirmiers, psychosociaux, etc.) offerts à domicile;
- les services d'aide à domicile (aide domestique, soins d'hygiène, etc.);
- les services aux proches aidants (répit, dépannage, etc.);
- l'assistance technique requise à domicile (équipements, fournitures et aides techniques).

CHSLD publics et privés conventionnés

Pour assurer les services d'hébergement et de soins de longue durée, les CSSS doivent, selon l'article 83 de la LSSSS : *« offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de l'entourage »*.

Le recours aux services des centres d'hébergement et de soins de longue durée est déterminé à partir du portrait biopsychosocial de l'usager.

CHSLD privés non conventionnés

Un CHSLD privé non conventionné est un établissement privé ayant un permis du MSSS, mais ne recevant aucune subvention directement de ce dernier⁸. Cet établissement est soumis aux mêmes critères d'exigence et de qualité que ceux exigés pour un CHSLD public. L'accès à ce type d'établissement n'est pas géré par les MAH.

CHSLD privés non conventionnés ayant un contrat pour des services professionnels

Les CSSS (CIUSSS) peuvent contracter des places pour des services d'hébergement et des services professionnels en vertu de l'article 108 de la LSSS.

Ressources de type familial (RTF)

Les RTF se composent de familles d'accueil et de résidences d'accueil (pour les adultes ou clientèles adultes en perte d'autonomie).

L'article 312 de la LSSSS définit les résidences d'accueil comme étant *« ... une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence un maximum de neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel »*.

Ressources intermédiaires (RI)

Les RI sont définies à l'article 302 de la LSSSS comme étant *« ... toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien et d'assistance requis par leur condition »*.

⁸ Association des établissements privés conventionnés, Question et réponses, en ligne [<http://www.acpc.qc.ca/questions-reponses.php#10>] consultées le 18 juin 2012

5.4 Les établissements et ressources d'hébergement à vocation régionale

On retrouve spécifiquement sur le territoire montréalais certaines ressources d'hébergement à vocation régionale. Peu importe leur localisation sur le territoire, ces ressources d'hébergement ont notamment pour mandat d'accueillir les personnes présentant les particularités ci-dessous en provenance de l'ensemble du territoire montréalais. Ces ressources se retrouvent dans un tableau à l'annexe 4.

5.5 Les établissements et ressources d'hébergement des diverses communautés culturelles

Certains établissements et ressources d'hébergement proposent une offre de service adaptée à la communauté culturelle spécifique, entre autres au niveau de la nourriture, des services dans leur langue, des activités, de la religion. Ces ressources se retrouvent dans un tableau à l'annexe 5.

5.6 Établissements devant rendre accessible des services à la population de langue anglaise

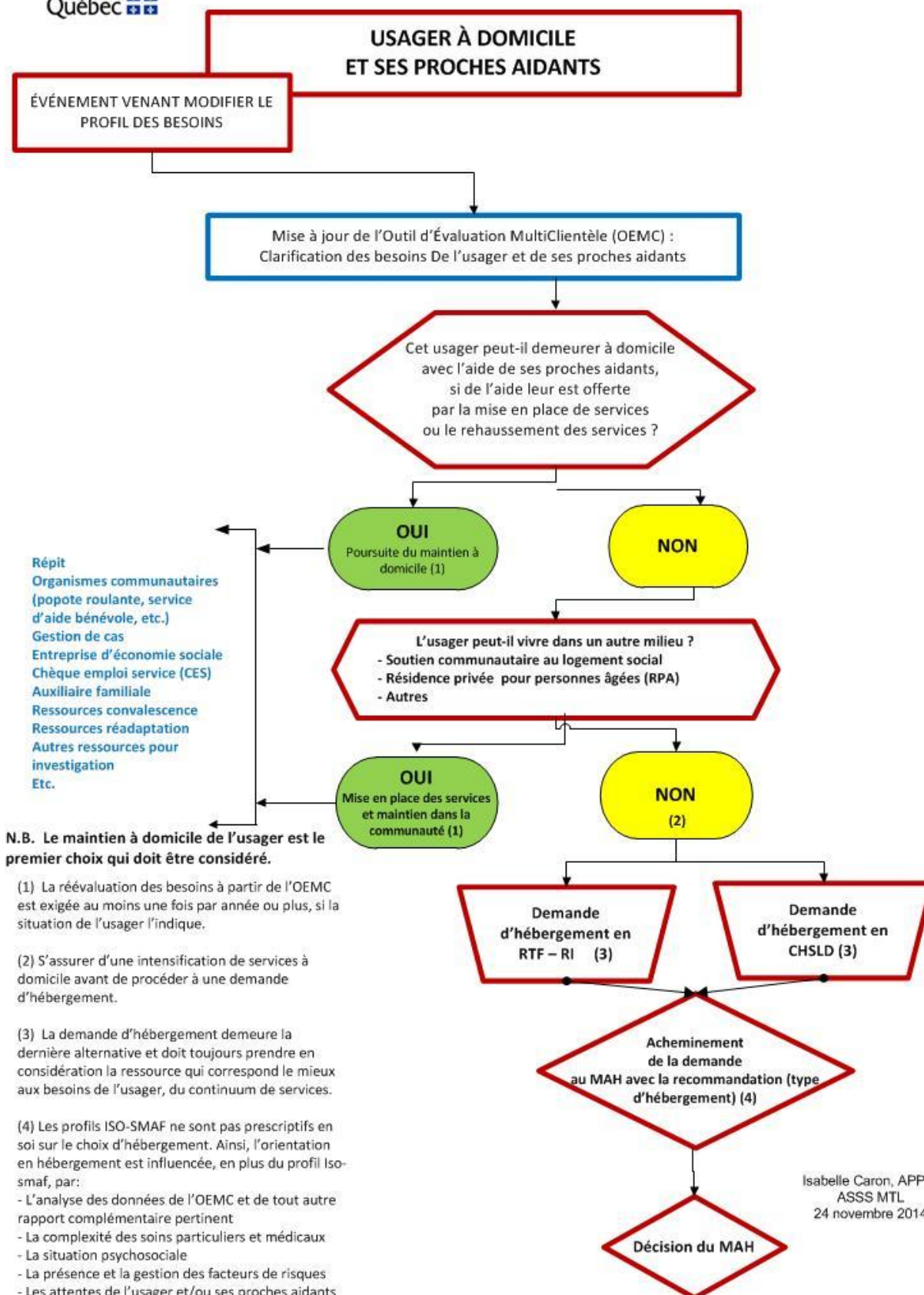
Les établissements qui sont désignés pour rendre accessibles des services à la population de langue anglaise se retrouvent à l'annexe 7.

6. Les critères d'admissibilité

Les critères d'admissibilité qui suivent s'inscrivent dans le cadre des principes énoncés ainsi que d'un processus décisionnel. Un résumé de ce processus tiré du document intitulé « *Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) consignes spécifiques à la synthèse et pour les demandes d'orientations SRA* » (voir annexe 8), produit par l'Agence le 24 novembre 2014 est présenté à la page suivante.

Les étapes présentées dans le tableau de la page suivante pourront être ajustées en fonction des particularités des milieux d'hébergement ou des différentes contraintes architecturales.

PROCESSUS DÉCISIONNEL: SOUTIEN À L'AUTONOMIE



6.1 Précisions au regard d'une demande d'hébergement

1. Toute demande d'hébergement est précédée d'une offre de service permettant le maintien à domicile de l'utilisateur. Ainsi, l'hébergement est une solution envisagée en dernier recours;
2. La rencontre avec l'utilisateur ou son mandataire (et ses proches aidants) est obligatoire pour compléter l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), peu importe le contexte de la demande. Les évaluations des professionnels versées au dossier servent à bonifier l'OEMC et ne peuvent se substituer à la rencontre avec l'utilisateur;
3. La demande d'hébergement doit être transmise lorsque la condition médicale de l'utilisateur est stable. Ainsi, l'utilisateur ne doit pas être évalué ou réévalué en phase aiguë d'une maladie. Le cas échéant, la réadaptation doit être terminée;
4. Toute nouvelle demande d'hébergement doit être accompagnée d'un OEMC mis à jour (de moins de 3 mois), d'une CTMSP médicale, d'un profil pharmacologique et d'un rapport de comportement (si requis). Pendant la période d'attente de l'utilisateur au mécanisme d'accès, ces documents doivent être mis à jour et transmis annuellement, ou lorsque la condition de santé de l'utilisateur change;
5. L'admissibilité au réseau d'hébergement public et privé conventionné est jugée notamment, mais non exclusivement à partir des profils ISO-SMAF (annexe 1);
6. En plus des critères ci-haut mentionnés, toute demande d'hébergement doit être accompagnée des documents requis (voir la liste des documents requis à l'annexe 8).

7. Préalables à la demande d'hébergement pour les usagers hospitalisés

Il est important de convenir de modalités favorisant l'atteinte de la cible de « zéro fin de soins actifs » en milieu hospitalier. À cet égard, l'Agence a émis, à l'automne 2013, une directive concernant la gestion des Fins de soins actifs (FSA) dans les CHSGS, précisant les responsabilités complémentaires entre les missions de soins de courte durée et de CSSS-SAD.

Il s'en est suivi des travaux qui ont amené les partenaires du réseau (centre hospitalier et CSSS) à préciser et harmoniser de nouvelles modalités applicables à la gestion précoce et conjointe des congés⁹.

⁹ Document de travail, « Nouvelles modalités relatives à l'application de la directive FSA et à l'inscription dans l'outil Web-PHPE », ASSS Montréal, 28 février 2014. Balises régionales harmonisées à venir.

Dans ce contexte, il y a lieu d'optimiser les approches permettant d'éviter le déconditionnement de l'autonomie de la personne durant son séjour (AAPA), d'appliquer les principes découlant de la planification précoce et conjointe (CHSGS et CIUSSS concernés) des congés et en dernier recours de prendre une décision conjointe menant vers une demande d'hébergement. En parallèle, les établissements partenaires doivent maximiser l'utilisation des places dédiées à la récupération fonctionnelle (UTRF), adapter l'offre de service du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE)¹⁰ afin d'y accueillir tous les types de clientèle admissible à l'hébergement régulier (unité prothétique incluse).

De plus, afin de compléter la transformation des centres hospitaliers universitaires CHUM et CUSM (dans le cadre de leur projet de modernisation), dans laquelle leur marge de manœuvre en lits pour des soins de niveaux primaires et secondaires est réduite, il y a lieu de dédier un nombre de places PHPE¹⁰ afin que le relais, dans la demande d'hébergement, soit pris rapidement par le partenaire du CIUSSS concerné par la demande. Cette mesure spécifique devra l'objet d'une évaluation d'ici septembre 2016.

8. Principes guidant l'octroi d'une place d'hébergement

Une place en hébergement est attribuée en fonction de l'ancienneté de la demande et des critères de priorisation. Les partenaires du réseau montréalais s'entendent pour déterminer une séquence de priorisation suivant une analyse clinique de qualité et dans le respect d'une gestion efficiente des lits disponibles.

La priorisation est sous la responsabilité du comité d'orientation et d'admission (COA) qui doit être mis en place par chacun des CIUSSS.

- Au préalable, la priorisation de la clientèle présente en CHSGS et en attente d'hébergement, devra être effectuée suivant une stratégie qui contribuera au désengorgement des urgences. Cette priorisation vise un double objectif clinico-administratif soit :
 - Assurer la sécurité des usagers en leur offrant les services de santé et services sociaux que requiert leur état, et ce, conformément aux obligations stipulées aux articles 100 et suivants de la LSSSS;
 - S'assurer que les usagers soient hébergés dans des établissements qui offrent les services qui correspondent à leurs besoins (à titre d'exemple, que les usagers en fin de soins actifs globale ne soient pas maintenus hébergés dans les centres hospitaliers de courte durée).
- Par la suite, et en tenant compte du paragraphe précédent, la séquence suivante est recommandée lorsqu'un lit est disponible :

¹⁰ Voir document en annexe le document « Algorithme de planification précoce et conjointe du congé »

- Le **transfert d'un usager admis au sein d'un même CIUSSS afin de maximiser le séjour d'un usager déjà hébergé** (ces mouvements doivent favoriser une utilisation efficiente des lits et ne doivent pas excéder 48 heures pour combler un lit vacant) exemple : déplacement de l'unité prothétique, accès à une chambre privée, accès à son premier choix à l'intérieur du CIUSSS, etc.;
- Les **usagers en urgence à domicile** dont la sécurité est compromise, qui présente un risque important pouvant porter préjudice à soi-même ou à autrui, pouvant conduire à un séjour à l'urgence;
- Les usagers en provenance de **l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Hôpital neurologique de Montréal**;
- Les **usagers en CHSGS, incluant les instituts en santé mentale, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et les usagers occupant un lit de réadaptation** : La personne en fin de soins actifs globale (FSAG) qui occupe un lit de courte durée en centre hospitalier, qui ne requiert plus le plateau technique hospitalier. Ce type de demande d'hébergement demeure sous la responsabilité de son CSSS (CIUSSS) d'origine et doit être pris en charge dans les meilleurs délais. Il doit s'assurer qu'un retour à domicile est compromis. Elle doit également inclure les usagers de toute provenance, et ce, dans le respect des ententes interrégionales et des modalités intrarégionales;
- Les usagers occupant un lit en **PHPE, en UTRF, en CRDI, en CRDP ou en hébergement temporaire** (urgence sociale, usager qui ne peut retourner à domicile et qui occupe une place en attendant un hébergement permanent). L'octroi d'une place d'hébergement à un usager admis au sein d'un de ces programmes permettra de référer un usager actuellement en attente en CHSGS;
- Les usagers admissibles au **rapatriement (450/514)** : Les résidents de Montréal qui sont hospitalisés dans une région limitrophe et qui doivent être hébergés à Montréal idéalement dans un délai de 72 heures, et ne pouvant excéder trente jours;
- La réunification des **personnes ayant un lien significatif** : Il s'agit de la réunification de couples ou de personnes ayant une relation significative. Dans ces cas bien précis, les usagers devront présenter un profil de besoin similaire (par exemple en CHSLD des profils de 10 à 14). Pour les autres situations, la décision sera basée sur le jugement clinique;
- Toute personne en perte d'autonomie en provenance d'un **milieu carcéral**, qui nécessite un hébergement et dont la peine carcérale arrive à terme;

- Tout dossier soumis pour des **raisons humanitaires** peut être priorisé de façon exceptionnelle à la suite de l'analyse effectuée (ex : impact sur la survie, préjudice ou risque sur la santé d'une personne, etc.).

9. Fonctionnement d'un mécanisme d'accès

Chacun des cinq CIUSSS de la région de Montréal met en place et assume la gestion d'un mécanisme d'accès à l'hébergement en s'assurant d'une utilisation efficiente du parc de lits présent dans la Métropole. Afin d'assurer une transformation harmonieuse, chacun des futurs CIUSSS a désigné un CSSS comme étant porteur de la démarche de transition. Vous les trouverez dans le tableau ci-bas.

CIUSSS	CSSS porteur
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CSSS Cavendish
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal	CSSS Jeanne-Mance
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CSSS Lucille-Teasdale

9.1 Mécanisme d'accès à l'hébergement

Dans le respect des principes directeurs identifiés dans le présent cadre de référence, dont l'intégrité du processus d'hébergement, des critères régionaux qui seront autorisés par le CIUSSS du Centre-Est, et des plans de contingence le cas échéant, chaque CIUSSS est responsable de la coordination d'un mécanisme d'accès. De plus, chaque CIUSSS doit s'assurer de déployer les modalités de gestion clinico-administrative requises au processus d'admission dont la mise en place d'un comité d'orientation admission (COA). Dans ce contexte, chaque CIUSSS devra mettre en place une équipe afin d'assumer les responsabilités suivantes :

A. Admissibilité

- Identifier l'admissibilité de l'utilisateur en lien avec les critères établis et son orientation vers la ressource qui répond le mieux à ses besoins, en tenant compte du choix exprimé par ce dernier et des ressources disponibles, et ce, conformément aux articles 6 et 13 de la LSSSS;
- La clientèle présentant un pronostic de fin de vie de moins de 3 mois est référée vers un établissement offrant des services de soins palliatifs.

Transmission des demandes :

- L'intervenant responsable de la demande d'hébergement procède à une évaluation clinique, évaluation du fonctionnement social qui inclut entre autres le réseau social, le niveau d'urgence de la pertinence, et effectue des essais de maintien ou de retour à domicile;
- Le RLS du territoire de résidence de l'utilisateur est responsable d'acheminer à son mécanisme d'accès les demandes d'hébergement provenant des usagers vivant à domicile ou étant hospitalisés, habitant dans une résidence privée pour aînés ou en provenance d'autres milieux;
- Transmission de la demande au mécanisme d'accès concerné.

Réception des demandes :

- Procéder à la réception des demandes d'hébergement des usagers du territoire concerné;
- L'intervenant demandeur est responsable d'effectuer l'inscription de la demande dans le logiciel SI-Héberge.

B. Orientation

- Déterminer l'orientation de l'utilisateur vers la ressource d'hébergement appropriée en fonction du profil ISO-SMAF et de l'évaluation des besoins de l'utilisateur en privilégiant le maintien à domicile ou la ressource la plus légère, tenant compte des préférences exprimées par l'utilisateur ou son mandataire lors de la demande, si possible;
- Déterminer et procéder à l'orientation de la clientèle, en respectant les critères d'admission établis et en fonction de la clientèle, du lieu et de la priorisation le cas échéant.

C. Admission

- Déclencher le processus d'admission avec les personnes responsables de l'hébergement;
- Coordonner les admissions avec les ressources d'hébergement concernées.

D. Suivi

- Effectuer le suivi des demandes dans l'ensemble du processus;
- Fournir des statistiques aux instances concernées;

- Participer, avec l'accord de la direction de l'établissement à la mise en place de solutions alternatives pour l'ajout de places en hébergement dans les situations d'engorgement en milieu hospitalier dans la mesure où les budgets le permettent;
- S'assurer du bon fonctionnement quotidien du mécanisme d'accès et de la gestion des mouvements de clientèle. À ce titre, il s'assure que le processus de traitement des demandes d'hébergement se déroule autant que possible selon les phases prévues.

E. Information

- La personne responsable de la demande d'hébergement est responsable d'informer la personne, sa famille ou son représentant le cas échéant sur les services et les ressources d'hébergement disponibles et leurs modalités d'accès.

F. Listes d'attentes

- Maintenir des listes d'attentes à jour et effectuer son épuration régulière;
- Établir des portraits sur les mouvements de la clientèle et effectuer des états de situation sur les cas litigieux;
- Avoir une vision globale des demandes et de la disponibilité des lits d'hébergement au sein du CIUSSS.

9.2 Comité d'orientation d'admission (COA)

Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, stipule à l'article 33 :

« Un bénéficiaire est admis dans un établissement offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement selon les formalités suivantes :

(...)

- 2. Une évaluation médicale et une évaluation de l'autonomie du bénéficiaire, donnant les informations requises par le conseil régional (l'Agence-CIUSSS), attestent de la nécessité de l'admission;*
- 3. La demande d'admission est acceptée par le comité régional ou sous-régional d'admission formé par le conseil régional en tenant compte des préférences exprimées par le bénéficiaire... »*

Chaque CIUSSS doit mettre en place un COA dont les responsabilités sont les suivantes :

- S'assure d'un traitement équitable des demandes dans le respect des droits des usagers tout en tenant compte de la réalité du réseau;
- Est responsable de l'admissibilité, de l'orientation et de la priorisation des demandes d'hébergement, et ce, en fonction des critères régionaux qui sont approuvés par le CIUSSS du Centre-Est et de l'ordre de priorité établis dans le présent cadre de référence;
- Considérant le volume important de demandes d'hébergement, seuls les dossiers présentant un profil particulier sont présentés au COA aux fins de décision, notamment :
 - Les demandes pour une clientèle présentant des troubles de comportement;
 - Les demandes de suivis des décisions de dérogation aux critères d'orientation et d'admission;
 - Les demandes de suivis des cas litigieux;
 - Les demandes nécessitant une programmation autre que celles qui sont existantes;
 - Les demandes concernant les profils 7 et plus présentant une complexité;
 - La révision des décisions d'orientation en provenance du réseau de la santé;
 - Les demandes faisant l'objet de plaintes ou de contestation de l'utilisateur ou de sa famille¹¹;
 - Les demandes qui proviennent des programmes-services autres que SAPA.
 - Les membres du COA doivent avoir en leur possession toute la documentation nécessaire à la prise de décision.
- À cet égard, le COA est idéalement composé d'une équipe représentant chaque type d'établissement :
 - Un représentant des centres d'hébergement publics
 - Un représentant des centres d'hébergement privés conventionnés;
 - Deux représentants des CIUSSS (RI-RTF-SAD);
 - Un représentant des établissements psychiatriques, des CRDI ou CRDP;

Conformément à l'article 32 du Règlement d'application sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, c.S-5, r.5),

... « Le système d'admission doit notamment prévoir la participation de médecins, d'infirmières ou d'infirmiers, et de praticiens en service social »...

¹¹ Cette démarche n'empêche nullement l'utilisateur ou son mandataire de déposer une plainte conformément au processus de plainte établi par la LSSS.

- Pour toutes les autres demandes, le COA délègue une partie de ses responsabilités aux intervenants du MAH en les autorisant à déterminer l'orientation d'un type de clientèle. Dans ce contexte, ils coordonnent les demandes d'hébergement, déterminent l'orientation, transfèrent les demandes particulières au COA, assure le suivi des recommandations du COA, gère la liste d'attente et coordonne les admissions avec les ressources d'hébergement concernées ou les établissements gestionnaires.

9.3 Unités spécifiques

L'ensemble des réflexions émanant des travaux avec les partenaires du réseau a permis de dégager le consensus suivant concernant l'accès aux unités spécifiques.

- Désigné un CIUSSS comme établissement de l'accès aux lits d'unités spécifiques incluant l'analyse, l'évaluation et l'orientation des demandes vers les ressources appropriées;
- Initialement, chaque MAH analyse les demandes et les achemine au CSSS désigné;
- Un seul COA qui est mis en place pour analyser l'ensemble des demandes concernant les unités spécifiques;
- Gestion de l'accès incluant les listes d'attente par installation géré en mode cogestion avec les quatre autres CIUSSS.

La liste des établissements ayant une unité spécifique se retrouve dans un tableau à l'annexe 6.

10. La gestion des listes d'attente

L'offre de service, tributaire des ressources disponibles, peut varier en fonction des ressources humaines, matérielles et financières dont elle dispose.

1. Les demandes d'hébergement de la liste d'attente sont traitées par ordre chronologique à partir de la date de réception de tous les documents requis et de son inscription SI-Héberge;
2. Les situations d'urgence à domicile ou d'engorgement des hôpitaux sont priorisées dans la gestion des listes d'attente. Les usagers visés par ces situations doivent être orientés vers une ressource d'hébergement, qu'il s'agisse de leur premier choix ou non (transitoire);
3. L'utilisateur exprime son choix pour le lieu d'hébergement de la façon suivante : une installation de premier choix, un choix de CSSS et finalement un choix de CIUSSS. Ce choix sera considéré en fonction notamment des disponibilités de lits, des listes d'attente, de l'ancienneté de la demande et de l'admission dans les meilleurs délais, ainsi que du niveau de soins requis;

4. Mis à part des circonstances exceptionnelles, un usager refusant une place d'hébergement qui lui est offerte verra sa demande d'hébergement fermée;
5. Lorsqu'une place devient disponible, l'admission doit être réalisée dans un délai maximal de 48 heures;
6. Les admissions doivent s'effectuer sept jours par semaine (incluant RI et RTF, sous réserve d'une planification);
7. Un usager admis sur une base transitoire dans une installation qui n'est pas son premier choix doit être consulté annuellement afin de valider s'il maintient ou non sa demande de premier choix.

11. Demandes d'hébergement intrarégionales, interrégionales et hors région

11.1 Demandes d'hébergement intrarégionales (inter CIUSSS)

- Toute demande d'hébergement doit être traitée équitablement, sans égard au CIUSSS de provenance de l'usager. À titre d'exemple, un CIUSSS doit, en fonction de ses disponibilités, offrir un milieu d'hébergement transitoire selon les alternatives possibles et les besoins de l'usager, et ce, même s'il ne s'avère pas être le CIUSSS d'appartenance de ce dernier;
- La demande d'hébergement de l'usager doit être transmise au mécanisme d'accès du CIUSSS de provenance de l'usager où est déterminé l'accessibilité et, le cas échéant, l'orientation de l'usager vers la ressource appropriée;
- La décision d'orientation à la suite d'une demande d'hébergement intrarégionale doit être transmise au demandeur dans un délai de 48 à 72 heures (mais elle ne doit pas excéder cinq jours si le dossier doit être soumis au COA);
- Des modalités d'entente entre les CIUSSS doivent être mises en place permettant de répondre adéquatement au besoin des usagers, lorsque requis.

11.2 Demandes d'hébergement interrégionales (rapatriement)

Toute personne en attente d'une place d'hébergement dans un lit de courte durée d'un CHSGS d'une autre région doit être prise en charge dans les meilleurs délais par son établissement d'appartenance. Dans ce contexte, un protocole d'entente entre les régions 514/450 sur le rapatriement des personnes de 65 ans et plus hospitalisées hors région a été mis en place.

Pour les transferts entre la région de Montréal et les autres régions périphériques : Montérégie, Laval, Laurentides et Lanaudière, les modalités d'application sont établies par le comité interrégional qui a été créé à cette fin (programme 58 – Annexe 3).

11.3 Demandes d'hébergement hors région

Les demandes de transfert d'hébergement d'une région à une autre transitent par les mécanismes d'accès. Le milieu référant doit s'assurer de compléter et fournir les documents requis. Pour ces transferts, les règles suivantes s'appliquent :

- Toute demande d'hébergement à un CIUSSS d'une région doit être traitée équitablement, sans égard à la région de provenance;
- La décision de l'orientation doit être transmise au demandeur dans les meilleurs délais;
- Des modalités d'entente entre les régions doivent être mises en place, afin de faciliter les échanges de places d'hébergement, permettant de répondre adéquatement au besoin des usagers, lorsque requis.

12. Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est une mesure de soutien à domicile qui s'adresse principalement aux personnes adultes en perte d'autonomie qui vivent à domicile.

Il a pour objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie en offrant un soutien aux familles et aux proches qui assument la prise en charge à domicile.

Les services d'hébergement temporaire consistent à offrir à ces personnes un milieu substitut ainsi que les soins et services requis par leur état pour une période prédéterminée. L'hébergement s'effectue en centre d'hébergement dans une approche de collaboration et de continuité des services avec les partenaires impliqués auprès de cette clientèle.

L'hébergement temporaire est habituellement planifié, mais peut aussi être offert en cas d'urgence sociale, si l'aidant ne peut s'occuper de son proche, ou dans les situations d'urgence sociale qui sont également visées par ce programme pour une période temporaire.

L'hébergement temporaire peut aussi être utilisé lors d'une période de convalescence à la suite d'une hospitalisation, ou pendant une période de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie. Dans ces situations, l'état de santé de l'utilisateur ne doit nécessiter ni soins aigus, ni services de réadaptation.

On retrouve à l'annexe 2, l'ensemble des volets qui concerne l'accès à ce type d'hébergement, incluant notamment : l'admissibilité, les populations visées, la contribution financière, la fréquence et les durées de séjour, les précisions de nature clinique, etc.

13. Confidentialité des renseignements

Toutes les personnes impliquées dans le cheminement d'une demande d'hébergement sont tenues de respecter les lois et règlements en vigueur en ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, dont la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* ainsi que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q. c. A-2.1)* :

- L'établissement est responsable de la protection des renseignements contenus au dossier de l'usager dès la réception de ce dossier;
- L'établissement ayant procédé à l'évaluation de l'usager doit conserver l'original du dossier d'évaluation au dossier général de l'usager;
- Seuls les éléments du dossier d'un usager contenant des informations jugées pertinentes à la détermination des services qui lui sont requis, à son orientation et à son admission, sont acheminés à l'agent de coordination aux fins de présentation au comité d'orientation et d'admission.
- Tout au long du processus relié à la détermination de services requis et à l'orientation de l'usager, le dossier d'évaluation de ce dernier est sous la responsabilité de l'agent de coordination des admissions jusqu'au moment de l'orientation.

14. Système d'information

Après analyse de la situation actuelle et dans un objectif de continuité et de fluidité, l'Agence a pris la décision de maintenir le fonctionnement décentralisé en utilisant le système d'information de SI-Héberge. Le système d'information déjà utilisé par tous les établissements passera d'un mode de gestion central à un mode décentralisé.

Pour faire suite à la détermination des services et à la décision d'orientation en hébergement, les cinq MAH auront la responsabilité de saisir les données dans le système SI-Héberge et de le maintenir à jour selon les différents mouvements de l'usager.

15. Mécanisme de suivi de l'entente et litige

Un comité de suivi sera formé et sera composé d'un gestionnaire en provenance de chacun des MAH.

Son mandat est :

- D'examiner et régler les mésententes de natures cliniques.
- D'examiner les problèmes reliés à l'application du cadre afin de les résoudre;
- D'effectuer un bilan de l'implantation du cadre de référence qu'ils soumettront aux directeurs généraux 12 à 18 mois après son implantation dans le but d'effectuer les révisions qui s'imposent;

Si un litige persiste, celui-ci est soumis aux directions générales des établissements concernés.

CONCLUSION

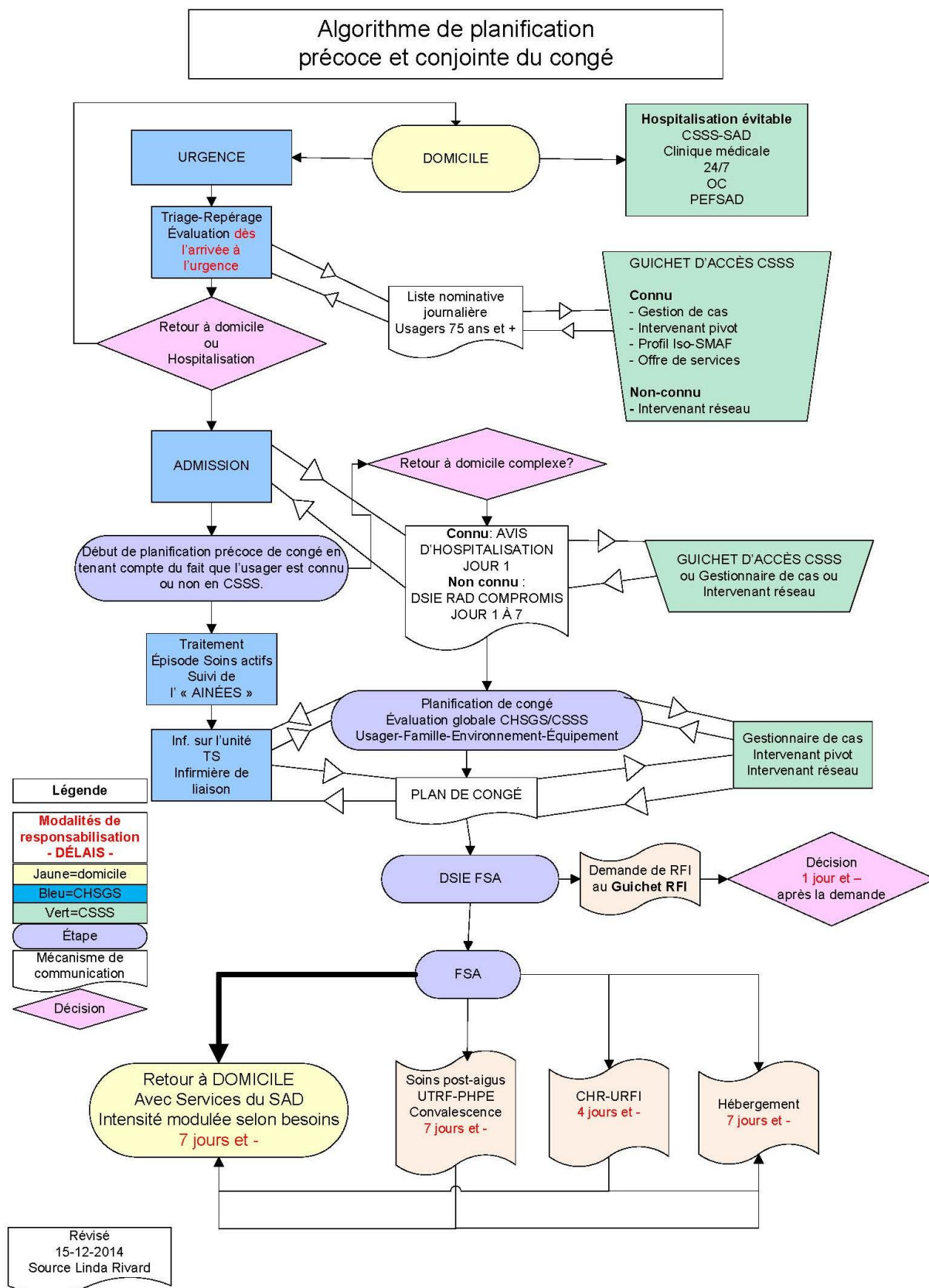
En fonction de l'adoption du projet de loi 10 déposé à l'Assemblée nationale, ce cadre de référence se veut un outil de transition permettant de guider les futurs établissements dans la gestion de l'accès à l'hébergement pour la clientèle âgée ou en perte d'autonomie pour l'ensemble du territoire montréalais.

Nous souhaitons que cet outil de gestion puisse assurer un fonctionnement optimal entre les différents établissements.

Afin d'assurer la pérennité et la fluidité de l'implantation de ces changements, il est recommandé qu'une évaluation du fonctionnement des MAH soit effectuée 12 à 18 mois après leur mise en place pour que les ajustements requis puissent être apportés au cadre de référence.

En terminant, nous souhaitons que ce cadre puisse soutenir les différents acteurs concernés dans leurs rôles et responsabilités respectifs.

ANNEXE 1 – ALGORITHME DE PLANIFICATION PRÉCOCE ET CONJOINTE DU CONGÉ



ANNEXE 2 – Modalités concernant l’hébergement temporaire

1. Admissibilité

Les personnes en perte d’autonomie peuvent avoir recours à l’hébergement temporaire notamment pour des motifs de répit, de répit par alternance, d’urgence sociale, de convalescence et de traitements spécifiques tels que la chimiothérapie et la radiothérapie.

- **Répit**

Le répit a pour objectif de prévenir l’épuisement physique et psychologique des aidants et permettre le maintien à domicile des personnes en perte d’autonomie le plus longtemps possible.

Les aidants ont besoin d’un temps de repos afin de compenser la fatigue et le stress supplémentaires occasionnés par les soins et la surveillance qu’exigent une personne âgée ou un adulte en perte d’autonomie. Le répit fait habituellement référence à des situations prévues sur une **base planifiée**.

- **Répit par alternance**

Le répit par alternance est une modalité planifiée sur une base plus régulière : par exemple, une semaine par mois ou quelques semaines par intervalle régulier pendant l’année dans les situations où les personnes en perte d’autonomie ont besoin de beaucoup de soins.

La souplesse des critères d’admissibilité et la gestion des séquences planifiées sont très importantes pour améliorer l’accessibilité aux mesures de répit.

- **Urgence sociale**

L’urgence sociale est offerte lorsqu’un événement soudain fait en sorte que le proche aidant ou le réseau de soutien de la personne en perte d’autonomie n’est plus en mesure d’apporter le soutien nécessaire au soutien à domicile. L’urgence sociale intervient lors d’une situation de crise personnelle ou familiale où la personne en perte d’autonomie est menacée pour ses soins et son intégrité physique ou psychologique, par exemple dans une situation de maltraitance. Le besoin en hébergement temporaire est immédiat. Dans la plupart de ces situations, le recours à l’hébergement temporaire a pour objectif de suppléer à l’incapacité du réseau de soutien et de permettre la stabilisation de l’environnement de la personne dépendante qui pourra retourner à domicile dans des conditions optimales selon ses besoins.

Le CSSS Lucille-Teasdale assure actuellement les services psychosociaux pour les clientèles non connues admises dans les 25 lits du programme 25 (urgence sociale, protection sociale), quatre jours par semaine de 8 h à 16 h.

- **Convalescence**

La convalescence est offerte lorsqu'une période d'hébergement est nécessaire à une personne dont l'état de santé est stable et qui a vécu une hospitalisation, un séjour à l'urgence ou une chirurgie d'un jour. Le retour à domicile est compromis ou comporte des risques au bien-être de la personne en raison d'un environnement physique ou social inadéquat, et ce, même avec un rehaussement de l'offre des services du maintien à domicile.

La convalescence a pour objectif de permettre à la personne de récupérer ses capacités dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ) dans des conditions propices à sa sécurité et à son bien-être. Au moment de la demande, elle n'a pas besoin de services de réadaptation ou de récupération fonctionnelle intensive.

- **Chimiothérapie et radiothérapie**

Il s'agit d'une situation où la personne en perte d'autonomie a besoin de recevoir des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie quelques jours par semaine. Le milieu n'est pas en mesure de lui fournir le support nécessaire ou la distance importante ne permet pas le retour à domicile après chaque traitement. Dans cette catégorie, on retrouve souvent des personnes en provenance d'autres régions.

2. Population visée

Le programme d'hébergement temporaire s'adresse aux personnes adultes en perte d'autonomie et à leur réseau de soutien.

3. Exclusion

Les personnes nécessitant des tests diagnostiques intensifs ou des procédures invasives en raison d'une condition médicale sévère (aigüe ou chronique) et d'interventions médicales complexes et de réadaptation sont exclues du programme d'hébergement temporaire. La personne ne doit pas présenter de troubles de comportement.

4. Adaptation aux communautés culturelles

La réalité montréalaise a incité le réseau à déployer dans certains établissements, et dans la mesure du possible, des services adaptés à certaines populations provenant de diverses cultures.

Certains établissements offrent dans le cadre du programme d'hébergement temporaire, des soins et services adaptés qui tiennent compte de la langue de communication, des valeurs, des habitudes et d'autres particularités telles que l'alimentation, la spiritualité et la diversité religieuse, les traditions culturelles et les réactions par rapport à la douleur et au deuil.

5. Contribution financière

La contribution exigée à la personne admise en hébergement temporaire est fixée à 15 \$ par jour, quel que soit le type de chambre. Cette contribution est administrée par l'établissement référent.

6. Fréquence et durée du séjour

La durée habituelle d'un séjour en hébergement temporaire est de 21 jours incluant un délai de 2 mois entre chaque séjour. Pour le répit par alternance, l'hébergement ne peut dépasser un maximum d'une semaine par mois, et ce, jusqu'à concurrence de 12 fois par année.

7. Document requis

Afin d'être en mesure de bien desservir la clientèle, les documents suivants doivent être transmis au moins 48 heures avant la date prévue pour le séjour :

- Formulaire de référence interétablissement;
- Formulaire de demande de service DSIE;
- Fiche de liaison médicale ou CTMSP médical (de moins de 6 mois);
- Le consentement de l'utilisateur;
- Profil pharmacologique.

Mis à part le répit par alternance, la durée totale des séjours en hébergement temporaire ne devrait pas dépasser neuf semaines (trois fois trois semaines) dans une année financière. Idéalement, le séjour minimal est de sept jours.

Les ressources d'hébergement temporaire pour des motifs de répit peuvent être utilisées pour des séjours périodiques planifiés en alternance afin de répondre le mieux possible aux besoins variés de la clientèle.

Le séjour ne peut être réservé plus de six mois avant la date prévue.

Finalement, les fréquences et durées indiquées devraient être appliquées avec souplesse permettant de répondre à l'objectif premier de répit aux proches aidants.

8. Compromission du retour à domicile

Lorsqu'il arrive que la personne en hébergement temporaire ne puisse plus retourner à domicile, l'intervenant responsable de la référence s'assure de procéder rapidement à l'évaluation des besoins de la personne dans le but d'un changement de milieu de vie. *Le formulaire d'engagement de l'utilisateur relié aux frais d'hébergement et à l'obligation de quitter le lit d'hébergement temporaire doit être complété (annexe 8) par le centre d'hébergement.*

La CTMSP médicale pour l'orientation en hébergement permanent doit être complétée par le médecin traitant de la personne. En l'absence de médecin traitant, le médecin du centre d'hébergement où s'effectue l'hébergement temporaire devra exceptionnellement compléter la CTMSP médicale. Le délai pour procéder à un transfert ne doit pas excéder un maximum de plus de deux semaines par rapport à la durée prévue de séjour.

9. Référence inter CIUSSS

La gestion de l'accès aux ressources de l'hébergement temporaire relève de chacun des CIUSSS.

De façon générale, le répit est offert dans un établissement du CIUSSS de l'utilisateur. À la demande de celui-ci ou lors de la non-disponibilité de lits en situation urgente, des demandes inter CIUSSS sont possibles. La demande se fait alors par courriel au MAH concerné et comme la demande est urgente, une réponse rapide est attendue.

Finalement, en cas de litige ou mésententes entre eux, les établissements sont responsables et invités à prendre tous les moyens requis pour assurer une réponse adéquate aux besoins des populations desservies.

- **Orientations pour l'offre de service**

Les services du soutien à domicile du CLSC qui dirigent une personne en hébergement temporaire s'engagent à assurer la continuité de services requis par la personne jusqu'à la fin du séjour, incluant celles qui ont besoin d'un séjour en convalescence à la suite d'une hospitalisation en étroite collaboration avec les intervenants impliqués dans le plan de services.

Lorsque la personne a été référée par un CHSGS à la suite d'une hospitalisation et que son état requiert une nouvelle hospitalisation pendant le séjour en convalescence, c'est le CHSGS qui est responsable de recevoir cette personne.

Le plan d'intervention est élaboré par le SAD avec la collaboration de la personne en perte d'autonomie, de l'aidant et du centre d'hébergement qui offre l'hébergement temporaire. L'intervenant du SAD est responsable de s'assurer du suivi du plan d'intervention pendant la durée du séjour en hébergement temporaire avec l'encadrement et la stimulation requise.

- **Soins infirmiers et services d'assistance**

Le centre d'hébergement qui accueille la personne a la responsabilité de fournir les soins infirmiers et les services de soins d'assistance requis par la personne au moment de la référence, et ce, 24 heures par jour.

- **Services médicaux**

Les personnes admises en hébergement temporaire ne nécessitent pas de soins médicaux actifs, mais certaines d'entre elles peuvent avoir besoin de consultation médicale durant leur séjour.

En cas d'exception, les services médicaux sont offerts par le médecin du centre d'hébergement pour la durée du séjour. L'intervenant référant a l'obligation d'inscrire, au formulaire de demande d'hébergement, le nom du médecin traitant et ses coordonnées.

- **Médicaments, services pharmaceutiques, fournitures médicales**

La médication et les fournitures médicales sont offertes par le centre d'hébergement pour la durée du séjour.

Les référents ont la responsabilité de s'assurer de la mise à jour de la médication avant l'admission en hébergement temporaire, conjointement avec le médecin de famille. Pour les cas urgents de dépannage ou d'urgence sociale, cette mise à jour devrait être acheminée à l'établissement au plus tard 24 heures suivant l'admission en hébergement temporaire. Le pharmacien de l'établissement offre les services pharmaceutiques requis.

Pour les personnes admises en hébergement temporaire pour une convalescence à la suite d'une hospitalisation, le centre hospitalier rend disponible la médication de départ pour les 48 premières heures durant la semaine et les 72 premières heures les fins de semaine et jours fériés.

- **L'entretien des vêtements**

Lorsque la personne ne peut recevoir l'aide de sa famille ou de ses proches pour l'entretien de ses vêtements, le centre d'hébergement offre les services selon ses propres modalités. Tout en s'assurant de ne pas facturer l'usager pour ce service.

- **Transport**

Les personnes orientées en hébergement temporaire sont responsables de leurs déplacements et d'en assumer les coûts. Lorsque la situation d'une personne requiert un transport ambulancier, les règles relatives au transport sont celles décrites à la circulaire « Politique de déplacement des usagers ».

- **Activités de loisirs**

Les services de loisirs sont offerts aux personnes hébergées temporairement au même titre qu'aux personnes hébergées de façon permanente.

- **Portrait de la répartition des lits au 30 octobre 2014**

CIUSSS	Nombre de lits dressés
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	14
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	9
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	24
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal	18
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	43
Total	108

ANNEXE 3 – Rapatriement de la clientèle (programme 58)

À la fin janvier 2008, une directive du sous-ministre vient préciser l'obligation de rapatrier toute la clientèle âgée de 65 ans et plus hospitalisée en fin de soins actifs dans sa région d'origine.

Une entente est intervenue entre les régions de Lanaudière, Laurentides, Laval, Montérégie et Montréal concernant le rapatriement de la clientèle de 65 ans et plus hospitalisée à l'extérieur de sa région d'appartenance et dont l'épisode de soins actifs est terminé. Cette entente prévoit :

« **Attendu que** chaque région doit assumer la prise en charge complète de sa clientèle;

Il est recommandé d'impliquer le CSSS d'appartenance, mission première ligne dès le début de l'hospitalisation de toute personne âgée de 65 ans et plus. Ceci permettra que le CSSS se préoccupe de l'orientation et des services à donner à cette clientèle avant même la fin des soins actifs.

Attendu que toute personne hospitalisée et en fin de soins actifs devrait quitter le milieu hospitalier dans un délai maximal de 72 heures;

Il est recommandé que le CSSS d'appartenance s'engage à rapatrier sa clientèle dans le délai prescrit. À défaut de pouvoir respecter ce délai, l'hôpital où est hospitalisée la personne demandera une orientation temporaire à l'Agence de son territoire, en utilisant les formulaires DSIE et CTMSP médical. Le statut de l'utilisateur se réfère aux règles et modalités prévues au programme d'hébergement temporaire de chaque région.

Attendu que les Agences de la santé et des services sociaux doivent s'assurer de la gestion des salles d'urgence, ainsi que de la fluidité des lits de courte durée des centres hospitaliers de leur territoire;

Il est convenu que l'hôpital où se trouve l'utilisateur demande un hébergement temporaire dans une ressource de son territoire en attendant le rapatriement dans la région d'appartenance.

Attendu que les CSSS ont la responsabilité de se prononcer sur l'orientation définitive de la clientèle résidant sur leur territoire;

Il est convenu que les CSSS d'appartenance procède à l'évaluation des services requis dans la région qui héberge temporairement la personne et procède, s'il y a lieu, à la demande d'hébergement permanent suivant les modalités établies dans sa région. »

Critères d'admissibilité

La clientèle doit répondre aux trois critères suivants :

- Personnes hospitalisées à l'extérieur de sa région d'appartenance et en fin de soins actifs;
- Personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie;
- Personnes dont le retour à domicile est problématique.

Critères d'exclusion

- Personnes de moins de 65 ans;
- Personnes ayant des troubles graves de comportement;
- Personnes en attente pour un autre programme (déficience intellectuelle, toxicomanie, psychiatrie);
- Personne présentant un C Difficile actif;
- Personne nécessitant des soins de suppléance rénale, de dialyse péritonéale;
- Personne visée par le programme de soins post hospitaliers de réadaptation.

Intervention en milieu hospitalier

Dès le début de l'hospitalisation d'une personne provenant d'une autre région, et avec le consentement préalable de cette personne, la personne désignée du centre hospitalier communique avec la personne désignée par le CSSS d'appartenance, mission première ligne pour évaluer les possibilités de retour à domicile (informations factuelles, raisons de l'hospitalisation, approximation de la durée de l'hospitalisation).

Que ce premier contact soit fait ou non, dès qu'un congé commence à être envisagé, tout professionnel (médecin, infirmière de liaison, assistante infirmière-chef ou travailleur social) qui identifie un usager répondant aux critères d'admissibilité, adresse une demande à l'intervenant du CSSS d'appartenance pour vérifier les possibilités de rapatriement dans la région d'appartenance et assure le suivi tout au long du processus.

ANNEXE 4 – Les établissements et ressources d’hébergement à vocation régionale

Établissement ou ressource d’hébergement	Particularités
CUSM - Pavillon Camille-Lefebvre	Unité pour personne ventilo-assistée
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Centre d’hébergement Saint-Joseph-de-la-Providence	Unité en DI-TED
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Centre d’hébergement de Cartierville*	Unité pour sourds et muets
CSSS Jeanne-Mance – Centre d’hébergement Paul-Émile-Léger	Unité pour clientèle DP adulte
CSSS Jeanne-Mance – Centre d’hébergement Paul-Émile-Léger, unité la Clé des champs	Unité pour clientèle avec trouble de comportement associé à une maladie neurologique
CSSS Jeanne-Mance – Centre d’hébergement du Manoir-de-l’Âge-d’Or	Unité pour clientèle à profil itinérance et toxicomanie présentant un profil gériatrique (à venir)
CSSS Lucille-Teasdale - Centre d’hébergement Marie-Rollet	Unité DI-TED ou DP
CSSS Lucille-Teasdale – Centre d’hébergement Rousselot	Unité pour non-voyant
CSSS du Sud-Ouest-Verdun – Centre d’hébergement Champlain	Unité pour DI-TED
CSSS du Sud-Ouest-Verdun – Centre d’hébergement du Manoir-de-Verdun	Clientèle sous hémodialyse
Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Pavillon Alfred-Desrochers	Recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Pavillon Côte-des-Neiges	Recherche
CSSS du Cœur-de-l’Île – Ressource intermédiaire du Jasmin	Personne en perte d’autonomie et santé mentale

* À titre indicatif seulement, en date du 5 décembre 2014

* En grisé, établissement à vocation suprarégionale

ANNEXE 5 – Les établissements et ressources d’hébergement des diverses communautés culturelles

Établissement ou ressource d’hébergement	Communauté
Centre hospitalier gériatrique Maimonides *	Communauté juive et kasher
Centre hospitalier gériatrique Maimonides – Résidence Lev-Tov *	Communauté anglophone, juive et kasher
CHSLD Institut Canadien Polonais du Bien-Être inc*	Communauté polonaise et slave ¹²
CHSLD Juif de Montréal* CHSLD Kastner* CHSLD Hope*	Communauté juive et kasher
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Centre d’hébergement de Cartierville	Communauté arménienne
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Manoir de l’Acadie inc. (Les Cèdres) (ressource intermédiaire)	Clientèle chrétienne originaire du Moyen- Orient
CSSS de St-Léonard et Saint-Michel – Centre d’hébergement Saint-Michel	Communauté italienne
Hôpital Mont-Sinaï	Communauté juive et kasher Soins respiratoires aigus et soins palliatifs
Hôpital Santa Cabrini – Centre d’accueil Dante	Communauté italienne
L’Hôpital Chinois de Montréal*	Communauté chinoise
Les Cèdres – Centre d’accueil pour personnes âgées	Communauté libanaise chrétienne
Maison paternelle	Communauté juive et kasher
Résidence Angelica inc.	Communauté italienne

¹² La clientèle slave signifie qu’elle inclut les clientèles d’origine : russe, bulgare, serbo-croates, tchèque, slovaque, ukrainien, croate, slovène, serbe, macédonien, bosniaque

* À titre indicatif seulement, en date du 5 décembre 2014

* Vocation suprarégionale

ANNEXE 6 – Les établissements ayant des unités spécifiques

Établissement ou ressource d'hébergement	Type d'unités
Centre d'hébergement Yvon Brunet	Unités spécifiques de type 1 et 2
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	Unités spécifiques de type 1 et 2
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	Unités spécifiques de type 1 et 2
Centre d'hébergement Jeanne-LeBer	Unités spécifiques de type 1 et 2
Centre d'hébergement Rousselot	Unité spécifique de type 3
Centre d'hébergement Saint-Laurent	Unité spécifique de type 2

* À titre indicatif seulement, en date du 5 décembre 2014

ANNEXE 7 - Les établissements devant rendre accessibles des services à la population de langue anglaise

- Centre de soins prolongés Grace-Dart
- Centre hospitalier gériatrique Maimonides (incluant Résidence Lev Tov)
- C.H.S.L.D. Bayview inc.
- CHSLD Bussy (Québec) inc.
- CSSS Cavendish
 - Centre d'hébergement Father-Dowd
 - Centre d'hébergement St-Andrew
 - Centre d'hébergement St-Margaret
- CHSLD Juif de Montréal
 - CHSLD Kastner
 - CHSLD Hope

ANNEXE 8 – Documents requis

Les documents suivants doivent être acheminés aux mécanismes d'accès, de façon numérisée, lors d'une nouvelle demande d'admission en hébergement :

- L'OEMC :
 - Les demandes d'hébergement, complétées à partir de l'OEMC, doivent rencontrer des standards de qualité. De plus, l'intervenant doit bien préciser l'offre de service actuelle du CSSS offerte à l'utilisateur. De plus en l'absence d'une qualité d'évaluation satisfaisante, le mécanisme d'accès à l'hébergement se réserve le droit de retourner l'évaluation à l'évaluateur et de lui demander d'en refaire une nouvelle;
- Le formulaire d'évaluation médicale (CTMSP) :
 - L'évaluation CTMSP médicale doit être antérieure à un an et ne doit pas avoir été complétée il y a plus de 3 mois sauf si le médecin traitant (ou un autre médecin) contresigne pour confirmer que la condition de l'utilisateur n'a pas évolué;
- Le profil pharmacologique;
- Le formulaire de consentement de l'utilisateur (ou de son représentant) dûment signé;
- Le rapport de comportement (si une incapacité de -2 est évaluée à l'item comportement, dans le SMAF);
- Lettre du chef de programme pour les demandes avec un profil ISO-SMAF de 4 et moins (sauf pour les demandes en RTF);
- Une DSIE complétée pour les demandes hors région;
- Tout autre document jugé pertinent pour la demande d'hébergement.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

