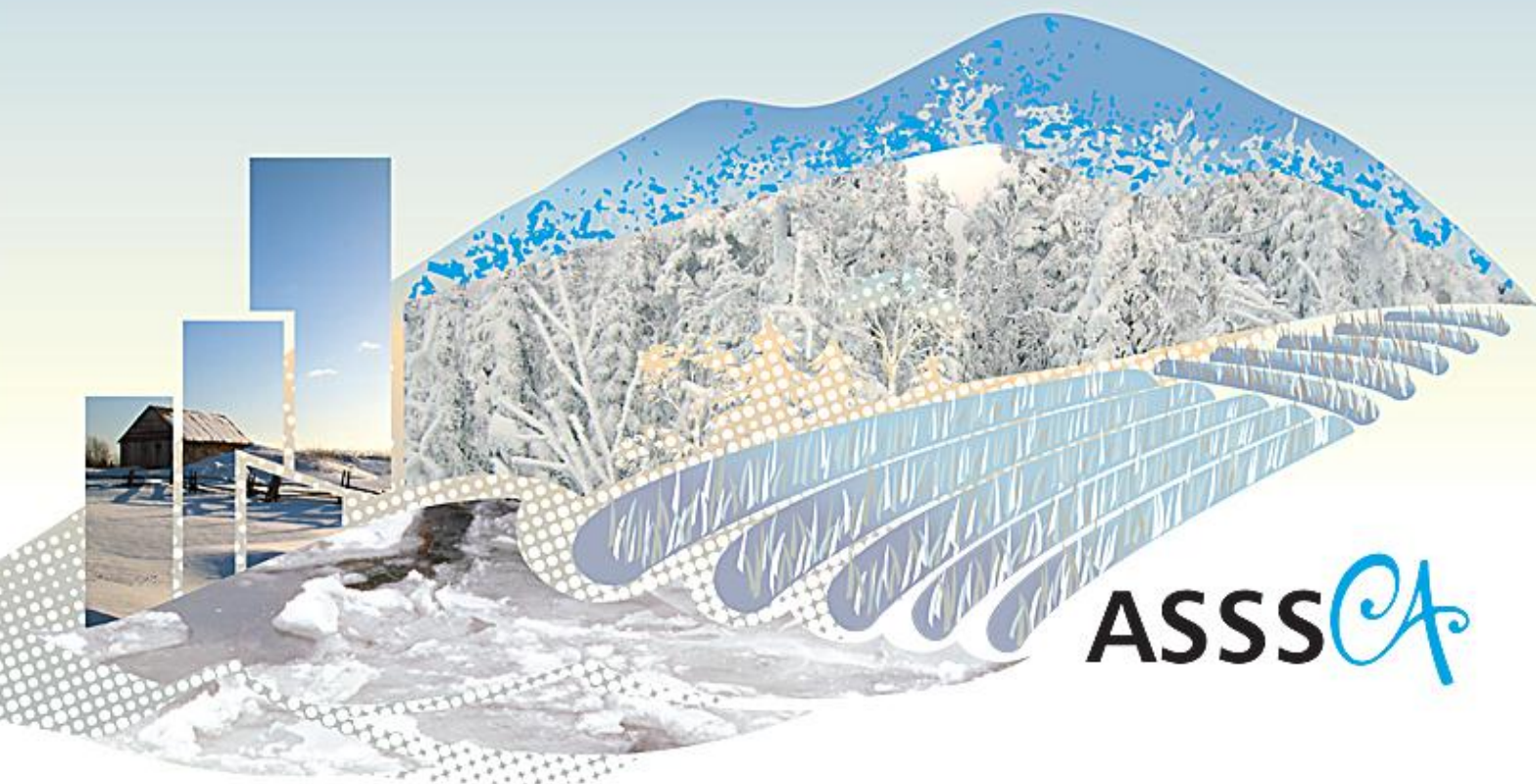


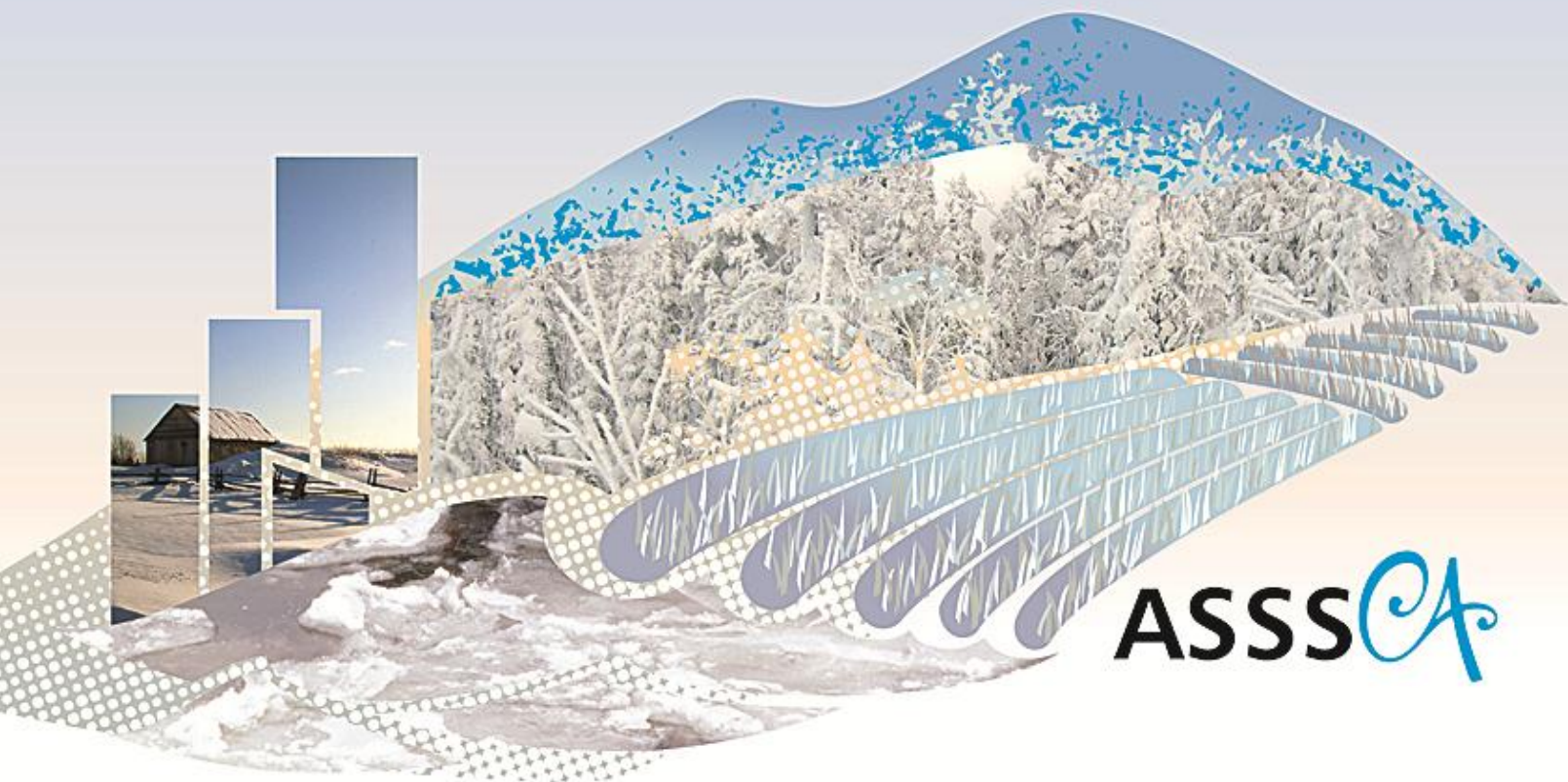


ASSS *CA*

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT

*Pour les personnes en perte d'autonomie
liée au vieillissement*

Québec 



ASSSQA

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT

*Pour les personnes en perte d'autonomie
liée au vieillissement*

Direction générale adjointe
Novembre 2004
Révisé en novembre 2013

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec



Le cadre de référence régional du mécanisme d'accès à l'hébergement est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
418 386-3363
www.agencecsss12.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 2-09548-199-7 (Version imprimée)
ISBN 978-2-89548-774-6 (Version électronique)

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2012

REMERCIEMENTS

Tout d'abord et surtout, nous tenons à remercier tous les intervenants rencontrés dans le cadre des visites territoriales qui travaillent quotidiennement avec la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement car ce sont eux qui alimentent l'intervention sur le terrain. C'est en travaillant ensemble et en conjuguant nos expertises que nous avons pu développer un modèle de référence adapté.

Il nous faut aussi mentionner le travail laborieux des gestionnaires, particulièrement ceux associés au soutien à domicile et à l'hébergement, pour leur support et leur expertise. Nous remercions également les responsables territoriaux à l'hébergement de même que nos autres partenaires du programme ressources de type familial, des centres hospitaliers et de réadaptation.

Enfin, un merci à l'équipe du programme des personnes en perte d'autonomie et du mécanisme d'accès qui s'est investie dans cette transformation.

Pour la présente version, nous tenons à remercier la collaboration de madame Isabelle Brouillard du Centre de santé et des services sociaux Alphonse-Desjardins pour son expertise en ce qui a trait au mécanisme d'accès à l'hébergement et spécifiquement à ses connaissances des profils Iso-SMAF. De plus, nous voulons souligner le précieux apport de madame Hélène Dallaire et son équipe du mécanisme d'accès du Centre de santé et des services sociaux de Beauce comme conseillers experts.

La mise à jour a été effectuée par madame Valérie Guillot en collaboration avec madame Odette Giguère, toutes deux de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	V
INTRODUCTION	1
1. CADRE LEGISLATIF	2
2. PRINCIPES DIRECTEURS	2
3. OBJECTIFS POURSUIVIS	3
4. STRUCTURES DE FONCTIONNEMENT	4
4.1. LE RESPONSABLE DU MÉCANISME D'ACCÈS RÉGIONAL	4
4.2. LE RESPONSABLE DU MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT LOCAL (RMAHL)	4
4.3. COMITÉ D'ORIENTATION ET D'ADMISSION (COA)	4
4.4. ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE	5
4.5. INTERVENANT AU DOSSIER – INTERVENANT-PIVOT	5
5. CHEMINEMENT DE LA DEMANDE	5
5.1. LA PROVENANCE DE LA DEMANDE	5
5.2. L'ÉVALUATION DES BESOINS	6
5.3. L'ÉMETTEUR DE LA DEMANDE	6
5.4. LA COMPOSITION D'UNE DEMANDE COMPLÈTE	6
5.5. LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE	6
5.6. LES ORIENTATIONS POSSIBLES	7
6. PRINCIPALES COMPOSANTES DU MÉCANISME D'ACCÈS	8
6.1. L'ÉVALUATION GLOBALE DU CLIENT ET LE BESOIN D'HÉBERGEMENT	8
6.2. LA DÉTERMINATION DES SERVICES REQUIS (PLAN D'INTERVENTION) ET L'ORIENTATION	10
6.3. LA GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE	10
6.4. L'ADMISSION	13
6.5. LE SUIVI DE L'ADMISSION	18
7. POLITIQUE DE TRANSFERT	19
7.1. LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES À LA POLITIQUE DE TRANSFERT ET LA RESPONSABILITÉ DES PARTENAIRES DANS LA CONTINUITÉ DE SERVICES EN 2001 ET EN 2010	19
7.2. LE LIEN PRÉCOCE AVEC LA PREMIÈRE LIGNE ET LA COLLABORATION AVEC L'INTERVENANT AU DOSSIER OU UN INTERVENANT-PIVOT DE LA PREMIÈRE LIGNE	19
7.3. LE CLIENT EST INFORMÉ	20
7.4. LA RELOCALISATION DU CLIENT POSSIBLE ET PROBABLE AVANT LA DEMANDE D'HÉBERGEMENT	20
8. MANDAT RÉGIONAL	20
8.1. LE LIEN AVEC LE MINISTÈRE	20
8.2. LE LIEN AVEC LES AUTRES RÉGIONS	21

8.3.	LES SITUATIONS COMPLEXES ET INTERPROGRAMMES.....	21
8.4.	LES CRITÈRES RÉGIONAUX ET INTERRÉGIONAUX DE GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE.....	21
9.	MANDAT DES CSSS.....	21
9.1.	LIEN AVEC L'AGENCE.....	21
9.2.	LIEN AVEC LES AUTRES CSSS.....	22
9.3.	TRAITEMENT DES DEMANDES HORS RÉGION	22
	CONCLUSION	23
	LISTE DES ANNEXES.....	24
	ANNEXE I.....	25
	ANNEXE II.....	26
	ANNEXE III.....	27
	ANNEXE IV	28
	ANNEXE V	29
	ANNEXE VI	30
	ANNEXE VII	31
	ANNEXE VII	42
	BIBLIOGRAPHIE	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

Acronyme	Nom complet
AEO	Accueil-évaluation-orientation
AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
CESS	Centre d'expertise de santé de Sherbrooke
MH	Milieu hospitalier
CH	Centre d'hébergement
CLSC	Centre local de services communautaires Dans le texte, la mission CLSC sera remplacée par « la première ligne »
COA	Comité d'orientation et d'admission
CTMSP	Classification par types (de besoins) en milieu de soins et services prolongés
IMAGES	Informatisation des mécanismes d'admission pour fin de gestion
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSI	Réseau de services intégrés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RMAHL	Responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SAD	Soutien à domicile
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

INTRODUCTION

À la suite des travaux et des recommandations d'un comité régional ad hoc, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait, le 20 juin 2001, une version révisée du mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de même qu'une politique de transfert pour les personnes hospitalisées.

En octobre et novembre 2001, le responsable des mécanismes d'accès à la Régie régionale rencontrait les partenaires du réseau afin de présenter la version révisée du mécanisme d'accès. Par la suite, l'équipe du mécanisme d'accès a travaillé avec chacun des milieux, sur une base locale, pour bien cerner leur réalité et définir les étapes à franchir pour concrétiser les changements requis. Tous les établissements se sont impliqués dans cette démarche.

Le mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement constitue le processus qui permet de donner un accès approprié aux ressources d'hébergement. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) donne à l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches le mandat d'élaborer les modalités générales d'accès aux services. Dans cet esprit et, tenant compte de la réalité de la mise en place des réseaux locaux, l'Agence propose une version modifiée de ce mécanisme d'accès. Nous y affirmons toute la pertinence et l'importance que la première ligne soit imputable de la prise en charge du client, tout autant que la nécessité que l'hébergement constitue, dans l'esprit des acteurs et dans leurs pratiques, une démarche clinique et un dernier recours à l'intérieur du continuum de services.

En 2010, l'Agence prend l'initiative de revoir le cadre de référence des mécanismes d'accès à l'hébergement. Cette révision du cadre de référence est motivée par deux raisons majeures. D'abord, répondre à une nouvelle réalité d'intervention engendrée par l'arrivée d'outils cliniques informatisés et ensuite, effectuer la décentralisation du processus de demandes d'hébergement interrégional.

En 2011, les orientations du MSSS favorisent l'optimisation des processus et des services. Les changements proposés dans le présent document constituent une démarche cohérente dans le contexte actuel favorisant l'optimisation des processus au sein des mécanismes d'accès à l'hébergement.

Toujours en 2011, le MSSS annonce des travaux d'épuration des données dans le système informatique supportant le mécanisme d'accès à l'hébergement, soit IMAGES (Informatisation des Mécanismes d'Admission pour fins de GESTion). La révision de l'actuel cadre de référence régional du mécanisme d'accès à l'hébergement a été réalisée de façon concomitante avec les travaux de révision des procédures de saisies de données dans l'outil informatique associé au mécanisme d'accès IMAGES.

Par conséquent, la nouvelle version du cadre de référence des mécanismes d'accès présente les nouvelles modalités en lien avec l'outil informatisé RSIPA incluant l'OÉMC informatisé et les profils Iso-SMAF. De plus, le présent document annonce la nouvelle procédure d'acheminement des demandes interrégionales selon un modèle décentralisé.

Enfin, le cadre de référence régional du mécanisme d'accès à l'hébergement veut préserver l'esprit par lequel « la personne » est au cœur de ce processus et que notre rôle est d'œuvrer pour que cette étape de vie puisse se réaliser dans la dignité.

Il ne faut pas oublier que la décision d'hébergement s'appuie sur des principes directeurs permettant d'orienter la bonne personne, à la bonne place, avec les bons services, au bon moment.

1. CADRE LEGISLATIF

Article 4

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

Article 354

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.

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

L'Agence détermine les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des centres d'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.

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

Article 356

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.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Lors des travaux réalisés en 1994, le comité de travail avait fait ressortir les principes devant guider la mise en application du mécanisme d'accès. En 2001, le comité adhérait toujours à ces mêmes principes directeurs. Aujourd'hui, l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie et la mise en place des réseaux locaux nous amènent à introduire des principes directeurs supplémentaires pour expliquer les changements apportés au mécanisme d'accès, à savoir la continuité, l'accessibilité et l'intégration.

Centré sur le respect de la personne

Le mécanisme d'accès adapte les services et les programmes aux besoins de la personne en tenant compte des ressources disponibles. Plutôt que de sélectionner le service en fonction de l'organisation, le mécanisme vise à demeurer près de la personne et de ses besoins. L'individu demeure au cœur de tout le processus menant à l'hébergement.

Consensuel et transparent

Il est essentiel que le consensus soit présent dans l'ensemble de la démarche menant à l'hébergement, et ce, tant à l'évaluation des besoins et par conséquent les services requis, à l'orientation, qu'à l'admission. Le processus est bien identifié et les règles sont connues et comprises des intervenants et des clients. Il exige l'implication des personnes, des établissements et des organismes.

Efficace et efficient

Le mécanisme d'accès s'assure de la qualité de l'évaluation des besoins de la personne afin d'identifier l'offre de service et d'élaborer le plan d'intervention requis. Les établissements doivent donc assurer un programme de formation continue des intervenants impliqués de près ou de loin au mécanisme d'accès à l'hébergement.

Imputable

Les établissements sont imputables du bon fonctionnement du mécanisme d'accès retenu régionalement et des décisions de ce dernier.

Novateur

Le mécanisme d'accès s'adapte à la nouvelle configuration du réseau de la santé et prend en compte les changements à apporter en lien avec le vieillissement de la population. Il met à contribution, de manière continue, les nouvelles tendances et connaissances professionnelles, techniques et technologiques.

Équitable et intègre

Le mécanisme d'accès assure le respect des droits de chacun et les règles sont applicables à tous. Le mécanisme d'accès doit être à l'abri de toute pression extérieure et demeurer centré sur les besoins de la personne. Le mécanisme d'accès et son établissement doivent assurer une responsabilité clinico-administrative tout en conservant l'équilibre du réseau entre l'efficacité et la réponse aux besoins.

Continuité et intégration

Le mécanisme d'accès s'insère dans un changement de pratique qui passe de la juxtaposition des services et des missions d'établissement à l'intégration et à l'interdépendance. Cette pratique suscite la collaboration de tous les acteurs, tant du réseau privé, communautaire que public, dans le souci de favoriser, pour le client, une prestation de soins et de services continus.

3. OBJECTIFS POURSUIVIS

Le mécanisme d'accès proposé dans ce document vise les objectifs suivants :

- Rendre la première ligne imputable de la prise en charge du client;
- Utiliser au maximum les services du soutien à domicile (SAD) et autres alternatives tout en prenant en compte les ressources du système client;
- Faire en sorte que l'hébergement soit une alternative de dernier recours;
- Assurer une continuité et un suivi du client dans le réseau de services intégrés;
- Favoriser l'intégration des services et des pratiques (cliniques et administratives);
- Permettre une gestion saine, efficace et autonome des territoires;

- Favoriser les liens avec l'ensemble des partenaires (réseau public, privé, communautaire);
- Uniformiser le processus d'accueil, d'évaluation, de détermination de services, d'orientation et d'admission de la clientèle visée pour l'ensemble de la région de la Chaudière-Appalaches, et ce, de façon cohérente avec les orientations provinciales et régionales touchant les services offerts à la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Encadrer les établissements dans l'application du mécanisme d'accès à l'hébergement comportant l'ensemble des responsabilités, procédures et règles de fonctionnement;
- Guider les établissements au plan du processus décisionnel d'orientation et d'accès, lequel assure aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement un accès à des services d'hébergement répondant à leurs besoins, que ce soit en :
 - CH public ou privé conventionné;
 - CH privé avec entente de service;
 - Ressources non institutionnelles (RNI) attachées à un établissement (ressources intermédiaires (RI), ressources de type familiale (RTF)).

4. STRUCTURES DE FONCTIONNEMENT

4.1. Le responsable du mécanisme d'accès régional

Le responsable régional du mécanisme d'accès à l'hébergement s'assure du respect des principes directeurs, des modalités et des balises retenues régionalement et inscrites dans le présent document, soit le Cadre de référence régional du mécanisme d'accès à l'hébergement. Il s'assure également de la mise à jour de celui-ci selon les besoins des établissements et des orientations ministérielles éventuelles.

De plus, il fait l'analyse des différents rapports statistiques et de gestion dans le but de s'assurer du bon fonctionnement des mécanismes d'accès locaux, de la qualité des données saisies dans IMAGES et pour fins de planification et d'organisation de l'hébergement.

Le responsable du mécanisme d'accès régional peut avoir un rôle de médiateur pour des demandes litigieuses entre deux CSSS ou pour une demande interrégionales.

4.2. Le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local (RMAHL)

Le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local assure la liaison entre l'évaluation, la détermination de services, l'orientation et l'accès aux services d'hébergement. Il traite les demandes d'hébergement régulières, réfère les demandes particulières au comité d'orientation et d'admission (COA) et assure le suivi selon les modalités du processus établies.

Il est également responsable du bon fonctionnement de la saisie des données dans IMAGES et de la qualité des données qui y sont inscrites par son établissement.

4.3. Comité d'orientation et d'admission (COA)

Le COA est une instance locale qui a un rôle décisionnel en matière d'orientation et d'admissibilité. Son mandat consiste à traiter les demandes particulières qui lui sont référées par le responsable du mécanisme d'accès de son établissement. Il doit alors statuer sur l'admissibilité de l'utilisateur en lien avec les critères établis et identifier l'orientation vers l'installation qui répond le mieux à ses besoins tout en tenant compte du choix et de la volonté du client et de ses

proches, ainsi que de la disponibilité des places dans les ressources visées. La composition du COA est à la discrétion de l'établissement. Le responsable du mécanisme d'accès local en fait partie. L'annonce de la décision du COA lui revient.

Les demandes particulières sont :

- Les demandes qui ne correspondent pas aux critères;
- Les demandes refusées pour les unités prothétiques ou toute autre unité spécifique;
- Les demandes refusées en déficience intellectuelle, en déficience physique ou en santé mentale adulte;
- Les suivis de décisions du COA;
- Les demandes litigieuses;
- Les demandes faisant l'objet de plaintes ou de contestation;
- Les demandes nécessitant une programmation autre que celles existantes.

4.4. Équipe interdisciplinaire

L'équipe interdisciplinaire est constituée des différents intervenants ayant contribué à l'évaluation. Cette équipe est donc composée minimalement de l'intervenant au dossier ou l'intervenant-pivot et le médecin ayant complété ou qui devra compléter le CTMSP. Un ergothérapeute, un physiothérapeute, une infirmière ou un infirmier ou tout autre intervenant peut être consulté dans le contexte de l'équipe interdisciplinaire rattachée à une demande d'accès à l'hébergement.

L'équipe est consultée lorsque des incohérences se retrouvent dans les informations inscrites sur la demande ou lorsque l'orientation exige une opinion clinique particulière.

4.5. Intervenant au dossier – intervenant-pivot

L'intervenant au dossier est l'intervenant principal et en mesure de faire l'OÉMC d'un client connu des services du SAD dans le cadre de la demande d'hébergement.

L'intervenant-pivot est un intervenant dédié pour l'évaluation d'un client non connu des services du SAD, lequel nécessite une demande d'hébergement.

L'intervenant au dossier ou l'intervenant-pivot représente l'équipe interdisciplinaire.

L'intervenant au dossier ou l'intervenant pivot est responsable du montage de la demande d'hébergement et du dossier ainsi que de l'envoi au responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement.

5. CHEMINEMENT DE LA DEMANDE

5.1. La provenance de la demande

Même si la demande d'hébergement peut provenir de différents lieux (première ligne, hôpital ou CH), la décision revient toujours au responsable du mécanisme d'accès. Le COA peut être requis pour certains cas particuliers.

Une demande en provenance de la première ligne comporte une évaluation faite pour une personne à domicile ou en RNI. La possibilité de soutien à domicile avec l'ajustement des services est toujours à considérer.

Une demande en provenance de l'hôpital se présente sous forme de proposition de l'équipe du milieu hospitalier pour une personne dont l'état de santé est stable et pour qui les besoins ont été évalués. Pour les clients connus de la première ligne, une collaboration entre l'équipe hospitalière et l'équipe du soutien à domicile est fortement recommandée afin de réaliser l'évaluation des besoins. En ce qui a trait aux clients inconnus du soutien à domicile, une collaboration avec un intervenant pivot de la première ligne est à établir pour fins de traitement de la demande. Il revient au responsable du mécanisme d'accès de prendre la décision d'orientation pour l'hébergement. La possibilité de soutien à domicile avec un rehaussement des services doit toujours être à envisager.

Les CH peuvent acheminer une demande d'hébergement lorsque la situation nécessite l'orientation d'un client vers une unité de CH spécialisée répondant davantage aux besoins spécifique du client ou pour des raisons de proximité de son réseau naturel ou de sa communauté d'appartenance. Une réévaluation des besoins est alors requise. La collaboration entre le CH et un intervenant pivot rattaché au COA est recommandée. Il en revient au COA de prendre la décision sur l'orientation et l'admissibilité du client.

5.2. L'évaluation des besoins

L'évaluation de l'autonomie permet d'identifier les besoins psychosociaux de l'usager, afin de permettre une orientation juste vers les services de santé ou de réadaptation les plus appropriés et conséquemment vers les services d'hébergement les plus adéquats.

Toute demande doit être accompagnée d'une évaluation récente et complète de l'état global actuel de la personne. L'Outil d'évaluation multi clientèle (OÉMC) est l'outil d'évaluation à compléter ou à mettre à jour par l'intervenant de première ligne concerné, soit l'intervenant au dossier ou l'intervenant pivot. L'évaluation doit être réalisée en collaboration avec l'usager ou son représentant. Il est possible d'avoir recours à l'équipe interdisciplinaire si requis afin de compléter adéquatement la demande.

5.3. L'émetteur de la demande

L'intervenant responsable de la demande est donc l'intervenant de première ligne responsable du client demandeur ou l'intervenant-pivot dédié par le mécanisme d'accès à l'établissement.

5.4. La composition d'une demande complète

Les documents exigés pour la demande d'hébergement sont les suivants :

- La lettre de demande d'hébergement, incluant l'endroit d'hébergement souhaité (obligatoire pour les demandes hors région et inter CSSS, facultative pour les demandes intra CSSS, voir orientations locales) ;
- L'autorisation de communiquer les renseignements;
- La prise de contact ou informations socio démographiques (Si disponible, si non voir dans synthèse OEMC);
- L'OÉMC (incluant la synthèse et le profil Iso-SMAF);
- Le formulaire CTMSP médical;

Le formulaire CTMSP médical ainsi que toute autre évaluation ou document jugé pertinent par l'évaluateur peuvent être annexés à la demande. Dans le cas où les informations médicales sont inscrites de façon complètes et adéquates dans l'OEMC ou autre document entériné par l'établissement, le CTMSP médical n'est pas nécessaire.

5.5. La réception de la demande

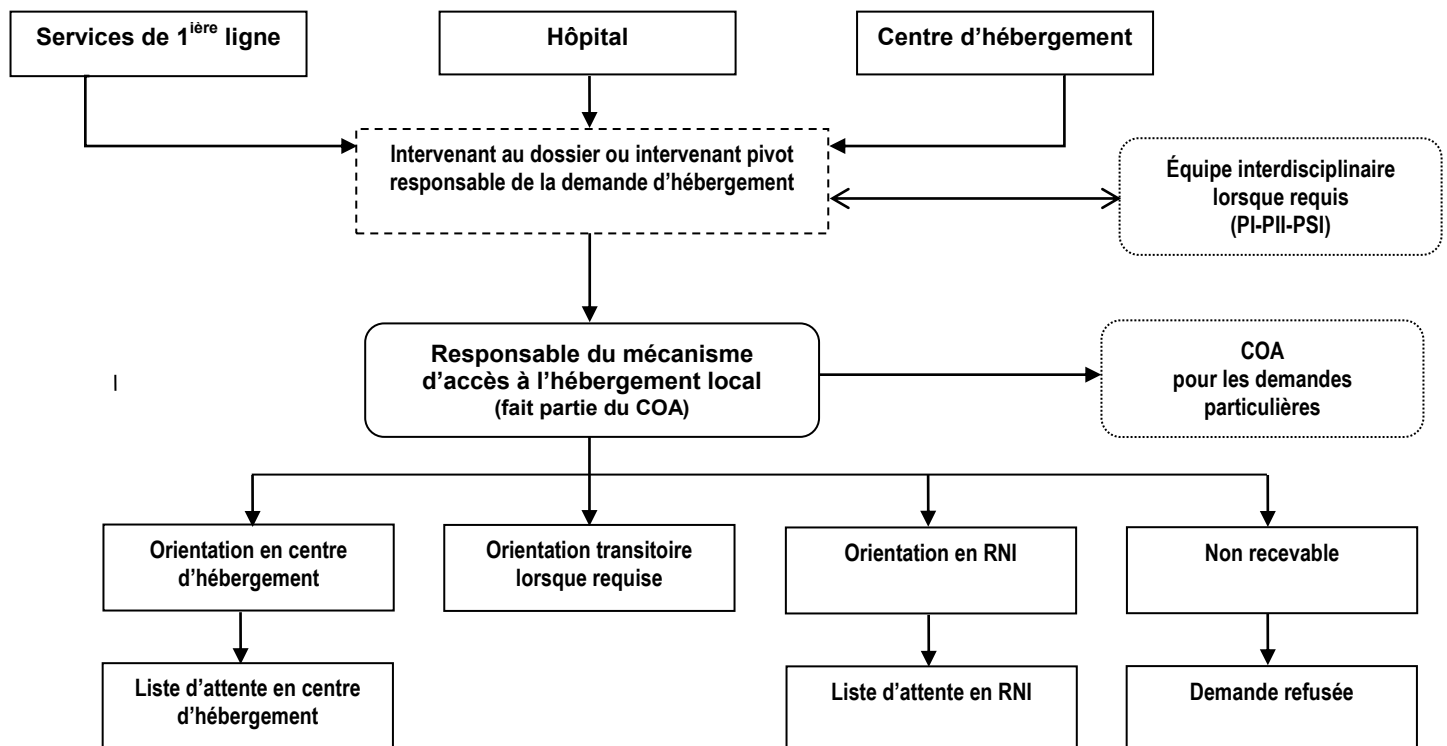
Le responsable de la demande d'hébergement émet la demande complète au responsable du mécanisme d'accès de son établissement. Dans le cas de demande particulière, ce dernier la fera parvenir au COA de son établissement.

5.6. Les orientations possibles

La décision d'orientation est réalisée par le RMAHL ou par le COA (si nécessaire). Les orientations possibles sont vers :

- Une place en milieu d'hébergement (CHSLD) désiré. Une mise en liste d'attente est probable;
- Une place transitoire lorsqu'aucune place n'est disponible en milieu d'hébergement (CHSLD) demandé;
- Une place en RNI ou autre type d'hébergement adapté.
- Une mise en liste d'attente est probable;
- Une place transitoire lorsqu'aucune place n'est pas disponible en RNI ou autre type d'hébergement demandé.
- Un refus de la demande d'hébergement car ne répond pas aux exigences et critères.

Cheminement d'une demande de relocalisation



De façon plus détaillée et selon le cheminement d'une demande, les modalités s'inscrivent dans les principales composantes du mécanisme d'accès présentés dans la prochaine partie.

6. PRINCIPALES COMPOSANTES DU MÉCANISME D'ACCÈS

Voici les principales composantes associées à l'évaluation de la situation d'un client pour qui un hébergement doit être envisagé :

- L'évaluation globale du client et le besoin d'hébergement;
- La détermination des services requis (plan d'intervention) et l'orientation;
- La gestion de la liste d'attente;
- L'admission;
- Le suivi de l'admission.

6.1. *L'évaluation globale du client et le besoin d'hébergement*

L'évaluation globale d'un client constitue une étape incontournable afin de pouvoir connaître sa situation biopsychosociale et évaluer la meilleure organisation de services pouvant répondre à ses besoins. C'est sur cette base qu'il devient alors possible de conclure en la nécessité d'un hébergement dans le réseau public (RTF, RI et centres d'hébergement). Il faut se rappeler que l'hébergement en soins de longue durée n'est requis que pour une minorité de la population vieillissante. C'est en tout temps le dernier recours à l'intérieur du continuum de services.

Un intervenant-pivot¹ de la première ligne est identifié et assume le leadership de l'intervention. Le soutien à domicile (SAD) de la première ligne est imputable de la prise en charge du client

Un intervenant-pivot de la première ligne est rapidement identifié, ou désigné si aucun dossier n'est actif à la première ligne. Il devient « porteur du dossier », à l'interne et à l'externe. Il assume le leadership de l'intervention, directement auprès du client ou en collaboration avec d'autres intervenants, selon le lieu où se trouve son client.

De par ses liens et ententes avec l'ensemble des partenaires de même que par sa connaissance des ressources, la première ligne détient la meilleure expertise pour l'analyse globale de la situation. En conséquence, son leadership doit être actualisé.

L'évaluation globale (OÉMC) est effectuée par l'intervenant-pivot ou l'intervenant SAD au dossier de la première ligne

L'intervenant-pivot ou l'intervenant SAD au dossier de la première ligne procède à l'évaluation globale et complète lui-même l'évaluation (OÉMC). À noter que l'OÉMC doit être réalisé lorsque la personne est stable. Toute personne en situation de crise, en phase aigüe de maladie ou en période de réadaptation ne devrait pas faire l'objet d'évaluation dans le but d'une orientation en hébergement.

L'intervenant-pivot ou l'intervenant SAD au dossier fait le lien avec les collaborateurs concernés

Il est nécessaire de s'associer aux collaborateurs concernés par la situation d'un client (médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière ou autre) afin de mieux coordonner l'évaluation et de bonifier l'intervention.

¹ L'intervenant-pivot est le professionnel qui assure un rôle de soutien, de continuité et de surveillance de la qualité des services pour son client (usager et système-client). Il agit comme facilitateur, mobilisateur et défenseur des droits de son client.

Exceptionnellement, l'intervenant-pivot ou l'intervenant SAD au dossier peut désigner un autre professionnel pour intervenir et réaliser l'évaluation globale (Milieu hospitalier, URFI, UCDG). Cependant, il demeure toujours « porteur du dossier », responsable des décisions et doit être impliqué activement dans l'intervention ainsi que dans l'évaluation globale, et ce, même s'il ne la rédige pas lui-même.

L'hébergement : un choix validé par la première ligne

La décision d'opter pour l'hébergement est assumée par l'équipe interdisciplinaire en lien avec le mécanisme d'accès à l'hébergement. Au préalable, toute autre alternative du continuum de services doit avoir été évaluée et tout doit avoir été mis en œuvre pour prévenir l'hébergement. Il faut considérer que le principe de hiérarchisation des services prévaut. La première ligne est responsable de l'orientation du client et considère la situation globale du client, en lien et avec les partenaires concernés.

Un RMAHL assure la coordination

Chaque territoire doit assumer la coordination des diverses interventions reliées au cheminement d'une demande d'hébergement. Le RMAHL exerce une gestion à la fois clinique et administrative.

La décision d'opter pour l'hébergement s'appuie sur des critères précis

Il est convenu que la première ligne est responsable du mécanisme d'accès et qu'elle établit les critères pour rendre une décision éclairée en faveur ou non d'un hébergement. Cette décision est prise par le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement. Celui-ci peut se référer à l'équipe interdisciplinaire au SAD. La décision doit être objectivée et faire l'objet d'une concertation.

Cependant, dans certaines situations plus urgentes, il se pourrait que la décision d'opter pour un hébergement soit prise directement par le RMAHL, en lien avec l'intervenant-pivot et d'autres intervenants concernés, ou toute personne en autorité nommément identifiée. Par la suite, la situation doit être formellement soumise à l'équipe interdisciplinaire², revue par le RMAHL pour évaluation complète et conforme. Le processus du cheminement régulier d'une demande est alors appliqué

L'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) est utilisé

L'utilisation de l'OÉMC est requise pour l'évaluation globale, les réévaluations et le plan d'intervention d'un client réalisé par l'équipe interdisciplinaire du SAD. L'utilisation de l'OÉMC informatisé permet d'obtenir des profils Iso-SMAF. Ces profils contribuent à la décision de l'orientation de l'utilisateur (voir lignes directrices des profils Iso-SMAF en annexe I). Le profil Iso-SMAF est un indicateur pour la prise de décision. Par contre, le jugement clinique doit être priorisé pour toute prise de décision. De plus, une évaluation médicale et tout autre rapport pertinent peuvent faire partie des documents à étudier lors d'une demande d'hébergement.

L'évaluation médicale est requise

Une évaluation médicale doit obligatoirement accompagner toute demande d'hébergement. À cette fin, le formulaire CTMSP d'évaluation médicale peut être utilisé. Par contre, la section santé physique de l'OÉMC dûment complétée peut faire office d'évaluation médicale en remplacement du formulaire CTMSP. Le médecin pourrait informer l'auteur de l'OÉMC informatisé d'inscrire les informations médicales pertinentes dans la section santé physique. D'autres types de document incluant les informations médicales nécessaires peuvent être acceptés.

Pour la réalisation d'une évaluation médicale, la collaboration des médecins est nécessaire. Il est donc de la responsabilité du médecin de joindre son évaluation à la demande en toute conscience de l'importance de ces informations, de la continuité et du processus que constitue une demande d'hébergement.

² Nous parlerons d'équipe « interdisciplinaire » plutôt que d'équipe « multidisciplinaire ».

6.2. La détermination des services requis (plan d'intervention) et l'orientation

L'équipe interdisciplinaire au SAD (première ligne) rattachée au mécanisme d'accès à l'hébergement oriente les demandes d'hébergement

L'hébergement est considéré comme un élément du continuum de services, étroitement lié au soutien à domicile. Ils doivent cohabiter. En conséquence, la détermination des services ainsi que l'orientation en hébergement sont effectuées par la démarche d'évaluation de l'équipe interdisciplinaire locale du SAD, lorsque requis, et au plan d'intervention qui en résulte.

L'intervenant-pivot présente la demande d'hébergement au RMAHL, celui-ci peut consulter l'équipe interdisciplinaire au SAD du territoire de résidence du client.

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

La décision d'orienter un client en hébergement peut faire partie d'un plan d'intervention de l'équipe interdisciplinaire du SAD. L'emploi de l'OÉMC est requis pour l'élaboration du PII et l'utilisation des profils Iso-SMAF est obligatoire.

Mesure évaluative : profils Iso-SMAF

La mesure évaluative retenue pour les personnes âgées est l'utilisation des profils Iso-SMAF.

À noter que le profil global du client mesuré par l'OÉMC et démontré par les profils Iso-SMAF permet l'orientation d'un client dans le réseau de soins et de services dont l'hébergement.

Le tableau de soins (SMAF) peut également être utilisé pour illustrer l'autonomie du client et déterminer la nature d'assistance requise. Il ne s'agit pas ici des heures-soins mais bien du tableau résumé du SMAF tel que recommandé par le Centre d'expertise de santé de Sherbrooke (CESS).

Il est à considérer que les lignes directrices du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) recommandent clairement l'abolition des heures-soins comme mesure évaluative. Les profils Iso-SMAF constituent la mesure évaluative recommandée.

Dans la nécessité et de façon exceptionnelle, le formulaire de détermination des soins infirmiers et d'assistance (AS-532) du CTMSP peut être utilisé par l'équipe interdisciplinaire pour la détermination des heures-soins. Cependant, cette information peut être utilisée uniquement lorsque l'orientation d'un client est très difficile à déterminer.

Révision de l'ensemble des critères d'accès du continuum de services, incluant toutes les ressources d'hébergement

L'ensemble des critères d'accès du continuum de services pour les personnes en perte d'autonomie et du soutien à domicile à l'hébergement doivent être révisés par chacun des réseaux locaux. Considérant l'accroissement démographique de la population vieillissante, les besoins et les attentes de la clientèle qui évoluent, ainsi que les alternatives à développer en lien avec le continuum de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les milieux doivent réévaluer et compléter leur offre de service, afin de permettre un meilleur équilibre entre les besoins des clients et la dispensation des soins et services.

6.3. La gestion de la liste d'attente

Gestion territoriale de la liste d'attente

La gestion de la liste d'attente est assumée par le RMAHL. Ce dernier assume cette gestion selon les procédures établies.

L'élaboration et l'adoption des critères de gestion de la liste d'attente territoriaux, régionaux et interrégionaux

Les critères de gestion de la liste d'attente doivent prendre en considération les réalités de chaque territoire et sont élaborés et adoptés en réseau local avec les partenaires concernés. Ils sont soumis et adoptés régionalement en conformité avec les critères régionaux, les politiques ministérielles en vigueur et la loi. Le client est informé des critères.

La détermination des critères de gestion de la liste d'attente doit également prendre en compte les principes directeurs de demandes d'hébergement interrégionales (voir p. 15 – Modalités pour les demandes hors région).

L'accès garanti pour l'ensemble de la clientèle en attente

Les critères de gestion de la liste d'attente prévoient les modalités nécessaires afin d'assurer l'accès à l'ensemble de la clientèle en liste d'attente. Le principe d'accès garanti prévoit de donner accès de façon équitable et transparente à tous les clients, qu'ils proviennent de l'intérieur ou de l'extérieur du territoire du CSSS visé ou d'une autre région. Ces clients ont été jugés admissibles et sont inscrits sur une liste d'attente au même titre que les clients résidents du territoire en attente d'une place en hébergement.

Les critères de priorisation

Pour les ressources non institutionnelles et les centres d'hébergement

L'ordre de priorité des demandes est déterminé selon les caractéristiques suivantes :

1. Ordre chronologie en fonction de la date de réception de la demande d'hébergement au mécanisme d'accès;
2. Maintien à domicile précaire ou qui présente un danger;
3. Usager hospitalisé ne requérant plus de soins actifs;
4. Usager à domicile ou dans une ressource dont le maintien à domicile serait éventuellement compromis.

La liste d'attente est gérée par ordre chronologie en fonction de la date de réception de la demande d'hébergement au mécanisme quelle que soit la provenance de la demande, à l'intérieur du CSSS, d'un autre CSSS ou d'une autre région.

En cas de changement de la situation du client, le temps d'attente est transférable d'une liste d'attente à une autre à la condition que le client réponde aux critères d'admission.

En cas de refus de la décision d'orientation annoncée par le RMAHL ou COA

Dans le cas d'un refus de la décision d'orientation, le client et sa famille doivent être informés du retrait de leur demande sur la liste d'attente. Une nouvelle demande devra être réalisée.

L'accès à l'hébergement souhaité s'effectue dans le délai le plus raisonnable possible selon la chronologie de réception des demandes et des critères de priorisation à l'exception des situations suivantes :

- Pronostic médical de moins de six mois;

- Hébergement de couple.

Hébergement des couples

Pour des raisons humanitaires, le mécanisme d'accès à l'hébergement local devrait prendre en considération et favoriser l'hébergement de couples ou de personnes entretenant une relation significative dans une même installation.

- La priorisation est attribuée à la réunification des membres du couple et non au lieu d'hébergement;
- Les dossiers devront être bien documentés et refléter les éléments psychosociaux pertinents concernant la relation significative : incapacité d'être séparé, préjudice et risque immédiat pour la personne qui ne serait pas hébergée;
- Les deux membres du couple devront répondre aux critères d'hébergement;
- En cas d'impossibilité de réunifier les membres du couple, des mesures seront proposées pour favoriser leurs relations.

Orientation transitoire

L'orientation transitoire, tant dans une ressource non institutionnelle que dans un CHSLD est une mesure pour répondre aux besoins immédiats du client. Cette orientation n'étant pas dans le lieu de son choix, la personne demeure sur la liste d'attente du milieu d'hébergement souhaité.

Les facteurs de risque à considérer, outre le degré de perte d'autonomie de la personne, sont :

- Un milieu épuisé ou ne répondant plus aux besoins;
- Des conditions environnementales constituant un danger pour la sécurité physique de la personne ou de son entourage;
- Des conditions de vie constituant un danger pour l'intégrité psychologique de la personne ou de son entourage;
- Une urgence sociale pouvant être reliée à de problèmes financiers.

Mesures d'exception

La direction PPALV peut décider des mesures d'exception pour répondre à une situation majeure. Le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement s'assure de l'application des mesures immédiatement. La direction suspend alors les admissions régulières dans les ressources visées pour répondre à la situation urgente.

Le suivi par l'intervenant-pivot

Le suivi clinique du client jusqu'à son hébergement, incluant l'hébergement de transition, est généralement assumé par l'intervenant-pivot à la première ligne. Tant que le client demeure en attente d'hébergement permanent, l'intervenant-pivot doit s'assurer de la mise à jour de la demande, incluant le profil d'autonomie, soit le SMAF ou l'OÉMC. La mise à jour de l'OÉMC doit être réalisée au minimum une fois par année ou lors d'un changement significatif au plan biopsychosocial. Le SMAF détaché doit être mis à jour lors de changements survenant uniquement sur le plan de l'autonomie du client. Dans le cas d'un changement majeur, l'orientation peut possiblement être modifiée. Le responsable du mécanisme d'accès doit en être informé. Dans le cas d'une demande d'un autre CSSS ou d'une autre région, la réévaluation doit être réalisée par l'intervenant qui connaît le mieux le client au moment de la mise à jour en collaboration avec l'intervenant-pivot.

La mise à jour continue des listes d'attente

Le responsable territorial, en collaboration avec les intervenants-pivots, assure la mise à jour des listes d'attente. Le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement doit faire en sorte que la liste d'attente soit mise à jour et demeure juste pour chacun des milieux d'hébergement desservis par le mécanisme. Le suivi de mise à jour est possible par le biais du système informatique SICRA-IMAGES.

6.4. L'admission

La gestion et la coordination des admissions par le RMAHL

Toute information sur un départ, un décès ou une admission est transmise par les milieux d'hébergement (RPA (équipe SAD), RTF, RI et centres d'hébergement) au responsable territorial. Ce dernier fait le lien à la fois avec l'intervenant-pivot au dossier et le milieu d'hébergement. Une collaboration étroite entre le milieu d'hébergement, le responsable territorial et l'intervenant-pivot est un élément important dans la recherche d'efficacité et d'équilibre entre l'ensemble des partenaires, leurs réalités et le client. La saisie doit être faite dans SICRA-IMAGES.

La décision territoriale

L'admission est sous la responsabilité du responsable territorial. Il appuie sa décision sur les critères de gestion de la liste d'attente établis et approuvés, en lien avec la place disponible et le milieu d'accueil. Il s'assure de la saisie des données dans le système d'information en vigueur³.

Le suivi, l'évaluation et la réévaluation par l'intervenant-pivot

Avant de procéder à une admission, la situation d'un client en liste d'attente est réévaluée par l'intervenant-pivot. Une mise à jour de l'OÉMC est recommandée.

S'il s'avère que l'hébergement ne soit plus requis, l'intervenant-pivot procède à l'annulation de la demande d'hébergement et s'assure que l'alternative à l'hébergement répond aux besoins du client.

Dans le cas où la mise à jour de l'OÉMC révèle que l'orientation proposée initialement ne répond plus au besoin du client, l'intervenant-pivot doit aviser le responsable territorial du mécanisme d'accès pour procéder à une réorientation.

L'annonce de l'admission

Le client et la famille doivent être informés le plus rapidement possible de l'admission. L'information doit être claire et respectueuse considérant que l'admission en hébergement est une étape éprouvante pour plusieurs usagers et leur famille.

Dans le cas de refus du client et ses proches lors de l'offre de la place pour admission

Un refus d'admission pour une place permanente, tant dans une RNI que dans un CHSLD, lorsque le client est déjà hébergé dans un lieu transitoire, implique la fermeture du dossier. Toutefois, une nouvelle demande pourra être soumise après un délai de six mois d'attente. Le temps d'attente sur la demande précédente ne pourra être cumulé.

Par contre, s'il s'agit du refus d'admission d'un usager à domicile, (incluant une RI, RTF et RPA) sa demande pourra être mise en suspens pour trois mois. La prochaine place disponible, dès l'expiration du délai de 90 jours, lui sera offerte. Un deuxième refus d'admission entraîne l'annulation de sa demande d'hébergement.

Le délai d'admission

Un délai d'admission de 24 h maximum est recommandé. Les admissions doivent se faire en tout temps incluant les fins de semaine, le soir ainsi que les journées fériées. Pour une admission lors d'heures atypiques, il est fortement

³En mai 2011, le système IMAGES est toujours l'outil recommandé par le MSSS et en fonction dans la région.

recommandé que la démarche d'admission soit réalisée de façon planifiée. Il demeure que la planification de l'admission est très importante, dans l'intérêt du client mais aussi afin de conserver de bons liens et de bons rapports inter partenariaux.

Les critères d'accès aux ressources

Les critères d'accès aux ressources sont définis en fonction des orientations provinciales. Premièrement, l'accès en RNI ou en CHSLD est réservé aux personnes qui en font le choix et pour lesquelles l'intensité des services à domicile, en résidence privée et en RTF ne permet plus de répondre aux besoins.

Quelle que soit l'ampleur des besoins, le domicile est privilégié si c'est le choix de la personne et qu'il est possible d'y répondre, malgré certains risques que la personne ou son répondant et ses proches acceptent d'assumer. Le rôle du CSSS est alors de minimiser les risques et de supporter la personne et ses proches aidants.

Des balises d'admissibilité ont été annoncées par le MSSS en fonction des profils Iso-SMAF. Il faut considérer que le profil Iso-SMAF est un indicateur pouvant aider à prendre une décision, par contre, le jugement clinique doit primer dans la prise de décision d'orientation. Pour cette raison, il est important que la demande d'hébergement soit accompagnée d'une évaluation globale, bio-psycho-sociale, afin que la prise de décision soit juste.

Ressources non institutionnelles (RNI)

L'accès à la RNI est réservé aux personnes ayant un profil Iso-SMAF de 4 à 9. Toutefois, il se peut qu'en raison d'une situation complexe requérant des soins de santé spécifiques ou dans le cas de comportements évasifs et perturbateurs présents chez le client, que l'orientation soit autre que dans une RNI ou qu'un ajustement de services soit proposé à la ressource comme prérequis à l'admission du client.

Les RNI comprennent les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, les projets novateurs, les places d'hébergement alternatives, l'hébergement de partenariat et l'hébergement dits « articles 108 » (places à contrat).

CHSLD

Le CHSLD est une mesure d'hébergement de dernier recours. La recommandation pour cette orientation doit se faire lorsque toutes les autres mesures d'hébergement ont été explorées et considérées. L'accès au CHSLD est réservé aux personnes en très grande perte d'autonomie, soit un profil Iso-SMAF de 10 à 14.

Il n'est pas exclu qu'une personne ayant un profil se situant entre 10 et 14 puisse avoir recours à une mesure d'hébergement plus légère. Il s'agit de s'assurer de la sécurité du client et de considérer les risques présents.

Il n'est pas exclu non plus qu'une personne ayant un profil plus petit que 10 soit admise en CH. Le jugement clinique doit être considéré. Des facteurs de problèmes de santé complexes et importants, des troubles du comportement ou des besoins de protection sociale peuvent influencer la décision d'orientation.

Programmes d'hébergement spécifiques

D'autres critères s'appliquent pour des places d'hébergement se trouvant dans des unités particulières, soit :

- Unité prothétique;
- Unité spécifique pour des troubles du comportement légers ou sévères;
- Unité d'errance invasive.

Le CSSS et le RMAHL sont responsables de définir clairement les critères d'admissibilité dans ce type d'unité ayant un programme spécifique.

Les modalités pour les demandes interterritoriales

On entend par «demande interterritoriale» toute demande d'un client⁴ de Chaudière-Appalaches qui réside sur un territoire « X » et qui fait une demande d'hébergement pour un territoire « Y », toujours en Chaudière-Appalaches.

Procédure à suivre

- Toute demande en vue d'un hébergement doit toujours être évaluée par l'équipe interdisciplinaire du soutien à domicile du territoire de résidence du client.
- Une fois le besoin d'hébergement confirmé, le plan d'intervention réalisé (si requis) et les motifs de transferts validés, le RMAHL du territoire de résidence « X » du client achemine la demande du RMAHL du territoire « Y ».
- Le RMAHL du territoire « Y » étudie la demande à partir du dossier et de la détermination des services qui ont déjà été réalisés par le territoire référent. Il étudie la demande en fonction du type de ressource pouvant correspondre au profil du client.

Documents à transmettre

- Les copies de l'OÉMC, du profil Iso-SMAF, du tableau de soins (si disponible et complété), de l'évaluation médicale, du plan d'intervention (s'il y a lieu), de la détermination des soins infirmiers et d'assistance (si nécessaire) de même que la fiche d'inscription dûment remplie, doivent être acheminées au responsable du territoire « Y ». Comme les motifs de la demande pour un hébergement dans un autre territoire devraient se retrouver dans la prise de contact de l'OÉMC ou dans la synthèse, une lettre de référence n'est pas nécessairement rédigée. Cette information peut être inscrite sur la fiche d'inscription de demande à saisir dans SICRA-IMAGES;
- Le responsable territorial du territoire « X » transmet la fiche d'inscription réalisée lors de l'étude de la demande au responsable du territoire « Y ».
- Le responsable du territoire « Y » retourne une copie de la fiche d'inscription modifiée au responsable territorial du territoire « X » à titre de réponse à la demande d'hébergement.

La liste des responsables locaux du mécanisme d'accès à l'hébergement décentralisé ainsi que la carte géographique de la région de la Chaudière-Appalaches se trouvent aux annexes V et VI.

Les modalités pour les demandes hors région

On entend par «demande hors-région» toute demande d'hébergement d'un client de la région de la Chaudière-Appalaches pour une autre région, ou tout client d'une autre région qui désire un hébergement en Chaudière-Appalaches.

À la suite de la recommandation des membres du comité de coordination des services sociaux, les principes directeurs suivants ont été adoptés à l'unanimité par le Comité de gestion du réseau (CGR) le 30 mai 2006 :

1. Toute demande d'hébergement à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) d'une région doit être traitée sur un même pied d'égalité, sans égard à la région de provenance de la demande ou de l'utilisateur;
2. Le CSSS qui reçoit la demande détermine lui-même l'admissibilité et, le cas échéant, l'orientation de l'utilisateur dans la ressource appropriée à ses besoins;
3. La décision de l'orientation doit être rendue et communiquée au demandeur dans les meilleurs délais, mais ne dépassant pas 4 semaines;

⁴ Le terme client réfère à la personne en perte d'autonomie directement concernée par la demande de services, ou son représentant légal. Nous parlons de système-client.

4. La priorité des admissions doit notamment être basée sur des notions d'urgence sociale ou clinique;
5. Les régions et leurs CSSS doivent mettre en place un mécanisme régulier de suivi des demandes afin de procéder, lorsque cela est possible, à des échanges de places lorsqu'il y a coïncidence de certaines demandes;
6. Un usager en attente d'une place d'hébergement dans un lit de courte durée d'un centre hospitalier d'une autre région doit être pris en charge dans les meilleurs délais du CSSS d'origine;
7. Toutefois, si l'usager occupe un lit de courte durée en attente d'hébergement dans un centre hospitalier et demande une place dans une autre région que sa place d'origine, il doit être pris en charge dans les meilleurs délais par son CSSS d'origine pendant la durée de l'attente;
8. Pour les transferts entre les régions de Montréal et les régions périphériques de la Montérégie, de Laval, les Laurentides et de Lanaudière, les modalités d'application des principes directeurs doivent être établis par le comité de coordination des régions périphériques entre ces régions présidé par le sous-ministre associé à la Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement.

Demande d'hébergement d'un résident de Chaudière-Appalaches vers une autre région

Procédure à suivre : modèle décentralisé

- Toute demande en vue d'un hébergement doit toujours être faite par l'intervenant au dossier ou l'intervenant-pivot. L'équipe interdisciplinaire du soutien à domicile du territoire de résidence du client peut être sollicitée lorsque requis, et ce, même si le client est hospitalisé dans un milieu hospitalier d'une autre région.
- Une fois le besoin d'hébergement confirmé, le plan d'intervention réalisé (si requis) et les motifs de transferts validés, le responsable du mécanisme d'accès local du territoire de résidence du client achemine la demande directement au responsable du mécanisme d'accès du lieu où le client souhaite aller (Agence ou CSSS selon le modèle préconisé par la région de destination, voir liste⁵ en annexeVII.)
- Il revient au mécanisme d'accès du lieu ciblé de statuer sur l'orientation, et ce, en fonction des critères d'accès établis dans leur région. Il peut y avoir des particularités et des différences d'une région à l'autre.
- Le responsable du mécanisme d'accès de la région ciblée transmet la réponse directement au responsable du mécanisme d'accès local du CSSS concerné en Chaudière-Appalaches.
- L'intervenant-pivot est informé par le responsable du mécanisme d'accès local de son CSSS. L'intervenant demandant le transfert s'assure que les données reliées au client soient inscrites à la fiche d'inscription et dans le système d'information SICRA-IMAGES.
- La répondante régionale de l'ASSS de Chaudière-Appalaches pourra ainsi avoir accès à l'information via IMAGES et assurer son rôle de vigie.

Documents à transmettre

- Une copie de l'OEMC informatisé, du profil Iso-SMAF, du tableau de soins (s'il est fait), de l'évaluation médicale (à l'intérieur de l'OÉMC ou CTMSP), du plan d'intervention (s'il est fait), de la détermination des soins infirmiers et d'assistance (si nécessaire) de même que la fiche d'inscription doit être acheminée au responsable régional ou territorial du mécanisme d'accès de la région ciblée.

⁵ La liste des responsables de mécanismes d'accès des régions fait l'objet de mise à jour de façon régulière, il en est de la responsabilité des responsables de mécanismes d'accès de consulter la liste à jour.

- Une lettre précisant les choix du client, les motifs qui justifient une demande vers une autre région et les coordonnées de l'intervenant-pivot et du RMAHL du CSSS de provenance doit accompagner toute demande d'hébergement vers une autre région.
- Le responsable régional ou territorial de la région ciblée transmet directement la décision du comité d'orientation par écrit au RMAHL du CSSS de provenance.
- Le RMAHL fait le suivi de la réponse à l'intervenant-pivot au dossier.
- Le RMAHL assurera le suivi de la demande d'hébergement hors région via la fiche d'inscription au système d'information IMAGES.

La liste des responsables régionaux du mécanisme d'accès à l'hébergement se trouve à l'annexe VII.

Demande d'hébergement d'un résident d'une autre région pour un hébergement en Chaudière-Appalaches

Procédure à suivre

- Le responsable régional ou territorial du mécanisme d'accès d'une autre région doit acheminer toute demande d'hébergement pour une ressource en Chaudière-Appalaches, directement RMAHL du territoire (CSSS de notre région) où un hébergement est souhaité (voir liste en annexe V et IV).
- Lors de la réception d'une demande d'un client d'une autre région pour un hébergement en Chaudière-Appalaches, le RMAHL ciblé reçoit et accuse réception de la demande.
- La demande doit être évaluée par l'équipe du mécanisme d'accès à l'hébergement et le RMAHL peut se référer au COA si requis.
- Le RMAHL et le COA (si requis) s'assurent de l'admissibilité du client en hébergement, de la validité des motifs de transferts signifiés et précise l'orientation retenue. La fiche d'inscription doit être complétée.
- Le RMAHL transmet au responsable régional ou territorial des mécanismes d'accès de la région requérante la décision du d'orientation et d'admissibilité, par le biais d'une lettre- de suivi.

Documents à transmettre

- Un accusé réception et une réponse écrite de la décision d'orientation et d'admissibilité (lettre) au responsable du mécanisme d'accès de la région requérante ou du CSSS requérant selon le type d'organisation du mécanisme d'accès.

Admission d'un résident de Chaudière-Appalaches dans une autre région

Procédure à suivre

- Le responsable du mécanisme d'accès d'une autre région doit informer directement le RMAHL lorsqu'une place en hébergement est disponible.
- Le RMAHL assume la coordination de l'admission et fait le suivi directement auprès de la personne désignée de l'autre région. C'est le RMAHL de provenance du client qui s'assure, en lien avec l'intervenant-pivot au dossier (SAD ou hébergement) que la situation du client est bien à jour, que le transfert est toujours souhaité et souhaitable et que les diverses informations et procédures demandées par la région d'accueil sont faites.
- C'est le RMAHL du CSSS de provenance du client qui confirme, par le biais de la fiche d'inscription du client (si le client n'est pas hébergé) ou celle du mouvement de la clientèle hébergée (si le client est hébergé), le transfert et la date de ce dernier.

- Le RMAHL du CSSS d'accueil de Chaudière-Appalaches s'assure de la mise à jour nécessaire au niveau du système d'information SICRA-IMAGES pour son territoire.

Admission d'un résident d'une autre région en Chaudière-Appalaches

Procédure à suivre

- En lien avec les critères de gestion de la liste d'attente, le RMAHL qui peut offrir un hébergement à un client hors-région en liste d'attente communique directement avec le responsable régional ou territorial du mécanisme d'accès de la région concernée.
- De concert avec l'intervenant-pivot au dossier, il s'assure que la demande est toujours active et que le responsable régional ou territorial lui désigne la bonne personne avec qui il faut faire les démarches d'admission. La coordination de l'admission se poursuit avec le responsable territorial du territoire qui offre une place en hébergement, avec la personne qui lui sera alors désignée.
- C'est au moyen de la fiche des «mouvements de la clientèle hébergée» que le responsable territorial assure le suivi au système d'information SICRA-IMAGES pour son territoire.

6.5. Le suivi de l'admission

Le but du suivi après l'admission d'un client est d'assurer une continuité clinique pour le client qui le requiert et de valider si l'hébergement demeure toujours la solution adéquate pour répondre à ses besoins.

Le suivi clinique par l'intervenant-pivot ou l'intervenant au dossier pendant trois mois

Pendant trois mois, l'intervenant-pivot ou l'intervenant au dossier assure le suivi de l'intervention auprès de son client (personne hébergée et proches) pour la période d'adaptation, qu'il s'agisse d'un hébergement de transition ou d'un hébergement permanent. Dans les territoires où un intervenant social œuvre en milieu d'hébergement, il faut établir des arrimages avec la première ligne.

La réévaluation et la réorientation (s'il y a lieu) par l'intervenant-pivot

À l'intérieur de ces trois mois, il faut prévoir une réorientation si l'hébergement n'est plus indiqué ou si le type de ressource ne s'avère pas approprié. Dans le cas d'une inadéquation entre l'orientation et le profil du client, l'intervenant-pivot doit en informer le RMAHL. Une réévaluation en vue d'une nouvelle orientation doit être engagée.

La décision se prend en collaboration avec le client et ses proches, l'intervenant-pivot et le RMAHL en lien avec l'équipe interdisciplinaire du SAD. Considérant la possibilité d'une telle situation, l'usager et ses proches devraient être informés du risque de réorientation suite à une admission dès les premières démarches de la demande d'hébergement.

Si une réorientation est nécessaire au-delà de ces trois mois, l'installation qui héberge le client assume les démarches nécessaires dans le cas où la réorientation s'effectue vers la même catégorie d'établissement.

Le lien avec la première ligne si une relocalisation est requise

Il est approprié de prévoir des modalités de collaboration avec la première ligne advenant la nécessité de réorienter un client vers une ressource ou une organisation de services « plus légère », par exemple, un client en CHSLD dont la situation s'est suffisamment améliorée pour justifier un retour dans le milieu. La première ligne est reconnue pour son expertise dans la recherche d'alternatives.

L'élaboration d'ententes interterritoriales et hors-région

Si un client est hébergé, sur une base transitoire ou permanente, dans un établissement d'un autre territoire ou qu'il est transféré dans une autre région, l'intervenant-pivot initial demeure responsable du suivi qu'il assume lui-même ou qu'il délègue à l'établissement d'accueil selon le besoin, ou selon une entente précise.

Le plan d'intervention et l'évaluation continue en milieu d'hébergement (en lien avec l'approche en milieu de vie)

Tout client hébergé bénéficie d'un plan d'intervention spécifique à ses besoins et reçoit d'un suivi qui tient compte de l'approche en milieu de vie.

7. POLITIQUE DE TRANSFERT

La politique de transfert⁶ n'est pas une composante comme telle du mécanisme d'accès à l'hébergement. Cependant, nous en faisons mention car elle facilite les liens de communication et l'intervention lors du passage d'un client en milieu hospitalier ou de réadaptation. Elle ne s'applique pas seulement aux clients pour qui un hébergement est envisagé, mais aussi à tout client pour qui la réadaptation et les soins médicaux actifs sont terminés et pour qui un retour dans le milieu (ou une réorientation) doit s'effectuer. Cette politique de transfert fait référence aux mandats respectifs des partenaires et aux démarches à effectuer pour la relocalisation d'un client. Elle concerne plus particulièrement les milieux hospitaliers (courte durée, UCDG,...) et les centres de réadaptation (URFI).

7.1. Les principales modifications apportées à la politique de transfert et la responsabilité des partenaires dans la continuité de services en 2001 et en 2010

Des modifications ont été apportées à la Politique de transfert à l'automne 2010. Une nouvelle version a été adoptée en décembre 2010 (Annexe VIII).

La responsabilité quant à l'accès en centre d'hébergement, en RI ou à domicile avec services revient à la première ligne, par l'entremise des équipes interdisciplinaires du SAD, à qui incombe le mandat d'orienter la personne dans le lieu de résidence le plus apte à répondre à ses besoins.

Dans le contexte particulier de l'application de la politique de transfert, la première ligne doit proposer des alternatives permettant de répondre aux besoins des personnes en attente d'hébergement et doit procéder à leur transfert en milieu approprié dès que le milieu hospitalier statue sur la fin des soins médicaux actifs.

Quant à l'application de la politique, il revient à chacun des CSSS, en coopération avec leur réseau local, de mettre en place des alternatives au désencombrement des centres hospitaliers et de développer des alternatives à l'hébergement, notamment des lits de convalescence ou des unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF). Ils assurent un suivi de l'utilisation des ressources d'hébergement et modifient l'offre de service au fur et à mesure de l'évolution des besoins de la clientèle et du réseau.

7.2. Le lien précoce avec la première ligne et la collaboration avec l'intervenant au dossier ou un intervenant-pivot de la première ligne

Un lien précoce se fait directement auprès de la première ligne dans le but d'identifier et de contacter rapidement l'intervenant au dossier si le client est connu des services du SAD ou un intervenant-pivot si le client est inconnu du

⁶ Il est ici question d'un premier document adopté par le conseil d'administration, le 18 juin 1997, et mis à jour le 22 mai 2001: *Politique de transfert*, prise en charge des personnes en attente d'hébergement dans un Milieu hospitalier de courte durée vers une ressource d'hébergement appropriée à leurs besoins.

SAD. Pour la majorité des établissements, le premier contact s'effectue auprès de l'accueil, évaluation et orientation (AEO) ou du guichet d'accès. L'intervenant au dossier ou pivot est responsable d'assurer un suivi du client en collaboration étroite avec l'intervenant dédié du milieu hospitalier, tout au long de l'hospitalisation d'un client. Ce lien doit se faire entre l'intervenant du SAD et l'intervenant du milieu hospitalier ou de réadaptation, ou en externe, peut se faire en collaboration avec les professionnels concernés par le client.

En conséquence, le CSSS du territoire de résidence du client est responsable de son client, du début à la fin du processus, même si un client bénéficie d'un hébergement transitoire ou temporaire dans un autre territoire ou une autre région.

Le milieu hospitalier ou de réadaptation prend contact avec la première ligne très rapidement, 24 heures suivant l'arrivée d'un client ou du moins, dans les premiers 24 heures après stabilisation de sa condition de santé. Des trajectoires de communication entre le milieu hospitalier et la première ligne doivent être élaborées. Chacun des partenaires impliqués doit informer et sensibiliser le personnel concerné de son établissement et préciser les responsabilités de chacun.

7.3. Le client est informé

Dès la fin des soins médicaux actifs, le client quitte le milieu hospitalier ou de réadaptation pour réintégrer son milieu de vie ou toute autre alternative (comme par exemple un lit de récupération fonctionnelle ou de convalescence ou un hébergement temporaire ou de transition), toujours sous le leadership de l'intervenant au dossier ou l'intervenant-pivot et en lien avec le RMAHL. Le milieu hospitalier ou de réadaptation prévoit les modalités requises pour en informer le client (ou ses proches) dès son arrivée.

7.4. La relocation du client possible et probable avant la demande d'hébergement

Quand l'intervenant-pivot à la première ligne convient de la nécessité qu'un client soit relocalisé dans un milieu d'hébergement du réseau public, ce client peut y être admis (transitoirement ou en permanence) même si la demande d'hébergement n'a pas été étudiée par l'équipe interdisciplinaire. La démarche d'évaluation globale par l'intervenant-pivot et d'orientation par l'équipe interdisciplinaire se fait toutefois dans les meilleurs délais.

À noter que la politique de transfert est à l'annexe VIII du présent document.

8. MANDAT RÉGIONAL

L'Agence se réserve le mandat de vigie. Elle peut également jouer un rôle d'arbitrage dans l'éventualité de situations exceptionnelles litigieuses qui s'inscrivent à l'intérieur des mécanismes d'accès à l'hébergement, tant pour les demandes hors région que pour les demandes interterritoriales.

8.1. Le lien avec le ministère

L'Agence fournit périodiquement des rapports d'extraction des données au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à partir de requêtes définies.

Depuis la décentralisation du système d'information vers les CSSS, chaque territoire saisit les données requises, présentées en annexe II, à partir de deux formulaires, « fiche d'inscription du client »⁷ et « mouvements de la clientèle en hébergement permanent » apparaissant à l'annexe III et IV. Ces informations alimentent les différents rapports de gestion disponibles dans IMAGES et se retrouvent dans l'extraction des données émise au MSSS.

⁷ Une version électronique est également disponible. Celle-ci a été éditée par Mme Line Côté du CSSSAD (septembre 2010).

À la lumière des rapports du MSSS produits et retournés à l'Agence suite aux extractions, le pilote régional désigné par l'Agence assure une vigie à partir des résultats des rapports, en l'occurrence le nombre de personnes en attente d'hébergement de plus de 2 ans et le nombre de clients dont les profils Iso-SMAF est de 9 et moins à l'admission.

Une supervision de la gestion du système d'information est aussi de la responsabilité du pilote nommé par l'Agence. Deux fois par année, les pilotes locaux IMAGES seront sollicités pour la vérification de rapports de gestion dans IMAGES. Les rapports 1 à 8 ainsi que la liste des installations et la liste des utilisateurs seront à mettre à jour.

8.2. *Le lien avec les autres régions*

Dans le cadre d'un mécanisme d'accès décentralisé, l'Agence ne traite pas les demandes d'hébergement d'un territoire à l'autre pour la région de la Chaudière-Appalaches ni les demandes hors région. Les procédures à suivre sont présentées précédemment dans le présent document.

8.3. *Les situations complexes et interprogrammes*

Le mécanisme d'accès régional n'intervient pas dans les situations régulières d'accès en milieu d'hébergement. Cependant, il n'est pas exclu que le palier régional s'implique pour régler les situations complexes et interprogrammes-services dans la mesure où il lui sera clairement démontré que les mécanismes locaux ont été utilisés efficacement.

8.4. *Les critères régionaux et interrégionaux de gestion de la liste d'attente*

L'Agence doit s'assurer que toute clientèle en attente d'un hébergement dans le réseau public, quelle que soit sa provenance, ait un accès garanti en milieu d'hébergement. Ainsi, qu'elle provienne d'une autre région ou d'un autre territoire, qu'elle soit temporairement hospitalisée dans une autre région, etc., celle-ci a les mêmes droits que toutes les personnes en liste d'attente et doit être traitée avec équité.

L'Agence doit approuver les critères d'accès à l'hébergement et critères de gestion de la liste d'attente selon les lignes directrices régionales et ministérielles. Chacun des CSSS doit soumettre ses critères de gestion de la liste d'attente à l'Agence, et ce, en considération d'un accès garanti et des principes d'équité et de transparence pour l'ensemble de la clientèle. Ces critères et règles de gestion de la liste d'attente doivent être objectifs et vérifiables, de manière à pouvoir bien informer autant la clientèle, que les divers intervenants et partenaires.

9. MANDAT DES CSSS

Le CSSS a le mandat et la responsabilité d'appliquer le Cadre de référence régional du mécanisme d'accès à l'hébergement. Il est tenu d'élaborer un cadre de référence local du mécanisme d'accès à l'hébergement selon les lignes directrices régionales et ministérielles du présent cadre. Il doit se doter des moyens inscrits dans le cadre et ainsi assurer la gestion des demandes et des admission en hébergement.

9.1. *Lien avec l'Agence*

Le CSSS est dans l'obligation de déposer le cadre local de mécanisme d'accès incluant les critères d'accès à l'hébergement et la gestion de la liste d'attente à l'Agence.

Le CSSS doit nommer un responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local (RAMHL) et informer le pilote régional de cette nomination ou tout changement subséquent. L'Agence transmettra l'information à l'ensemble des CSSS.

Chaque territoire saisit les données requises (voir la liste en annexe II) à partir de deux formulaires, « fiche d'inscription du client⁸ » et « mouvements de la clientèle en hébergement permanent » présentés à l'annexe III et IV. Les CSSS sont également responsables de signaler toute modification à une demande d'hébergement. Ces modifications doivent être inscrites au formulaire « Demande de modification - Gestion du mécanisme d'accès⁹ » Cette saisie permet une vigie par le répondant régional au système d'information.

9.2. *Lien avec les autres CSSS*

Chaque responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local doit assurer la prise en charge des demandes d'hébergement interterritoriales.

9.3. *Traitement des demandes hors région*

Les RMAHL reçoivent les demandes d'hébergement provenant des autres régions. Ils doivent également adresser leurs demandes d'hébergement hors région directement au responsable de l'Agence ou du CSSS concerné, selon si le mécanisme d'accès de la région est décentralisé ou non.

Le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local s'assure de recevoir les liste des répondants des autres régions à jour.

Dans le cas des situations litigieuses, le responsable territorial doit s'entendre avec l'autre partie. Exceptionnellement, il peut avoir recours au palier régional de l'Agence.

⁸ Une version électronique est également disponible. Celle-ci a été éditée par Mme Line Côté du CSSSAD (septembre 2010).

⁹ Une version électronique est également disponible. Celle-ci a été éditée par Mme Line Côté du CSSSAD (septembre 2010).

CONCLUSION

Il est à noter que certains éléments reliés au processus de consolidation du mécanisme d'accès sont à finaliser, notamment en ce qui concerne les modalités de fonctionnement du système d'information et la révision de certaines procédures en lien avec la mise en place des réseaux locaux. Conséquemment, compte tenu de l'aspect dynamique de ce processus, il faut prévoir que certains ajustements pourraient survenir.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	Lignes directrices de l'utilisation des profils ISO-SMAF
Annexe II	Variables requises de la base de données sur les admissions en ressources intermédiaires et en centre d'hébergement
Annexe III	Fiche d'inscription du client
Annexe IV	Mouvement de la clientèle en hébergement permanent
Annexe V	Responsables locaux du mécanisme d'accès à l'hébergement décentralisé – Région Chaudière-Appalaches (12)
Annexe VI	Carte de la région de la Chaudière-Appalaches avec les CHSLD de chaque territoire
Annexe VII	Responsables régionaux des mécanismes d'accès à l'hébergement
Annexe VIII	Politique de transfert

ANNEXE I

Lignes directrices de l'utilisation des profils Iso-SMAF

Les demandes d'hébergement public soumises au responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local et au comité d'orientation-admission (COA) doivent comprendre une évaluation OÉMC complétée selon le portrait réel actuel et tout autre document nécessaire pour l'évaluation et orientation du client. Le formulaire de consentement doit accompagner la demande.

Afin de délibérer de la décision d'orientation, dans un établissement répondant aux besoins signifiés de l'usager, le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement et le COA (si requis) doit étudier l'ensemble des documents nommés précédemment dans le document. Ainsi, l'évaluation doit prendre en considération l'ensemble des éléments cliniques, sociaux et médicaux compris au dossier. Les ressources d'hébergement et de services à domiciles constituent aussi une variable à considérer dans la décision d'orientation. Le profil ISO-SMAF est également une information retenue comme indicateur pour l'analyse de la demande ainsi que la distance Euclidienne.

Le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement local confirmera par écrit la décision d'orientation auprès du client et de l'intervenant au dossier ou pivot et consignera la fiche synthèse et les motifs justifiant l'orientation de la ressource désignée. Les informations devront être saisies sur le système d'information IMAGE. À préciser, que le profil Iso-SMAF doit être saisi dans la fiche du bénéficiaire.

À noter que les profils Iso-SMAF ne peuvent en aucun cas avoir préséance sur le jugement clinique. Cependant, voici une classification proposée pour l'orientation des usagers :

Les profils 1, 2, 3 : orientation proposée vers le domicile ou en résidence pour personnes âgées (RPA)

Les profils 4, 5, 6 : orientation proposée vers une ressource de type familiale (RTF) ou alternatives à l'hébergement avec services de soutien à domicile (SAD) (aide complète ou totale au AVD). Les profils 6 peuvent dans certains cas nécessiter une orientation vers une RI en raison des barrières architecturales (mobilité-incapacités)

Les profils 7 et 8 : orientation proposée vers une RI ou alternatives à l'hébergement avec une intensité de services équivalant à une RI ou centres d'hébergement, la nature des problèmes de comportement doit être pris en considération.

Le profil 9 : orientation proposée vers une RI ou alternatives à l'hébergement avec une intensité de services équivalant à une RI ou centres d'hébergement. La nature des soins, de la déficience, du pronostic et des spécificités requises doivent être considérés.

Les profils 10, 11, 12, 13, 14 : orientation proposée vers un centres d'hébergement après analyse systémique bio-psycho-sociale de l'ensemble des éléments au dossier

Les profils 10 et 12 : orientation vers le centre d'hébergement en prenant en considération la nécessité d'une unité d'errance. La nature et la fréquence du problème de comportement sont à tenir en compte dans la détermination de l'orientation.

ANNEXE II

Variables requises de la base de données sur les admissions en ressource intermédiaire et en centre d'hébergement

- Année de naissance du bénéficiaire
- Groupe d'âge
- Code postal du bénéficiaire
- Date de première demande d'hébergement
- Territoire de CLSC de la municipalité du domicile du bénéficiaire
- Code d'installation (correspond à la localisation du bénéficiaire lors de la première demande, s'il n'est pas à domicile)
- Indicateur de soins en relation avec le champ précédent : localisation lors de la première demande
- Année du décès du bénéficiaire (même si ultérieure au 31 mars de la dernière année désirée)
- Mois du décès du bénéficiaire
- Date de la première admission s'il y a lieu
- Date de la dernière admission s'il y a lieu
- Code de la première installation d'admission en relation avec le champ : date de la première admission
- Code de l'installation de la dernière admission en relation avec le champ : date de la dernière admission
- Motif de fermeture de la demande s'il y a lieu
- Profil Iso-SMAF
- HP : Nombre d'heures requises en soins professionnels de la dernière évaluation (en cas d'exception, si requis pour décision)
- HPP : Nombre d'heures requises en soins para-professionnels de la dernière évaluation (en cas d'exception, si requis pour décision)
- État civil du bénéficiaire

ANNEXE III

FICHE D'INSCRIPTION DU CLIENT

de la demande ()

Identification de la personne

NOM _____ PRÉNOM _____
 SEXE M ___ F ___ NO ASS.-MALADIE _____
 DATE DE NAISSANCE ____/____/____ CONJOINT (nom, prénom) _____
 AGE _____ Sans conjoint _____ Non disponible _____
 ÉTAT CIVIL C ☐ V ☐ S ☐ D ☐ ☐ ☐
 ADRESSE PERMANENTE (MUNICIPALITÉ) _____ CODE POSTAL _____

Date de la demande _____ Établissement requérant _____
 LOCALISATION DE LA PERSONNE LORS DE LA DEMANDE
 Domicile sans service ☐ Ressource type familial ☐
 Domicile avec services ☐ Ressource intermédiaire ☐
 Ressource privée ☐ CHSGS (nom) ☐
 Autre ☐ CENTRES D'HÉBERGEMENT (nom) _____
 DEMANDÉ PAR _____
 LIEN AVEC LA PERSONNE :
 fils/fille ☐ conjoint(e) ☐ parent(e) ☐ professionnel(le) ☐ autre _____
 Préférences de la personne (choix du milieu d'hébergement)
 1- _____ 2- _____ 3- _____
 Date évaluation de l'autonomie (OEMC) _____
 PERSONNE ÉVALUATRICE _____ ÉTABLISSEMENT _____
 Date évaluation médicale _____

Décision de l'équipe interdisciplinaire et orientation

Date de réception du dossier : _____ Date de la rencontre : _____
 DÉCISION : Demande acceptée ☐ Installation(s) désignée(s) _____
 Demande refusée ☐ _____
 Demande incomplète ☐ _____
 Demande pour l'extérieur ☐ Installation(s) demandée(s) _____
 Commentaires : _____
 DATE : _____ Territoire : _____
 Heures-soins totales : _____ Prof : _____ Para-Prof. _____
 Signature _____ Établissement _____

Décision de l'équipe interdisciplinaire et orientation

DATE : _____ MOTIF : décès ☐ refus du placement proposé ☐ retrait sans précision ☐
 Hébergement en ressource privée _____ retour à domicile _____ (avec services _____ sans services _____)

Première évaluation ☐ Réévaluation 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Formulaire à retourner par télécopieur à (selon les modalités internes par CSSS)

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

MRC _____ **Période financière** () : débutant le _____ se terminant le _____

Signature : _____ Date : _____

¹⁰ Formulaire à retourner par télécopieur à (selon les modalités internes déterminées par le CSSS) le lundi suivant chaque fin de période. Version novembre 2004

ANNEXE V

Responsables locaux du mécanisme d'accès décentralisé – Région Chaudière-Appalaches (12)

Territoire Montmagny-L'Islet

Madame Josée Pelletier

Centre de santé et de services sociaux Montmagny-L'Islet
Site CLSC de Montmagny
350, boul. Taché Ouest
Montmagny (Québec) G5V 3R8
Courriel : josee.pelletier.csssmi@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : **418 248-0630, poste 5523**
Télécopieur : 418 248-6838
*Le COA se tient le mercredi

Territoire Desjardins et Chutes-Chaudière

Madame Dorothee Bilodeau (en remplacement de Mariane Tourigny-Roy)

Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins
Bureaux administratifs
975, rue de la Concorde
Saint-Romuald (Québec) G6W 8A7
Courriel : mariane_tourigny-roy@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : **418 380-8996, poste 2258**
Agente : Maude Guillemette
Téléphone : 418 248-8996, poste 2982
Télécopieur : 418 380-8284

Territoire Beauce

Madame Cindy Roy

Centre de santé et de services sociaux de Beauce
Site Beauceville
253, route 108
Beauceville (Québec) G5X 2Z3
Courriel : cindy.roy.csssbeauce@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : **418 774-3305, poste 2826**
Agente : Sylvie Rodrigue
Téléphone : 418 774-3305, poste 2887
Télécopieur : 418 774-2361
*Les COA se tiennent le mardi pm et le jeudi pm

Territoire de la région de Thetford

Madame Doris Marmen

Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford
17, rue Notre-Dame Ouest, bureau 100
Thetford Mines (Québec) G6G 1J1
Courriel : doris_marmen@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : **418 338-6147, poste 13231**
Télécopieur : 418 338-1668
*Le COA se tient le mercredi am

Territoire des Etchemins

Madame Corrina Guilbault

Centre de santé et de services sociaux des Etchemins
331, Place du Sanatorium
Lac Etchemins (Québec) G0R 1S0
Courriel : corrinaguilbault@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : **418 625-3101, poste 2264**
Agente : Josée Larochelle
Téléphone : 418 625-3101, poste 2270
Télécopieur : 418 625-2003
*Le COA se tient le mardi pm

Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches

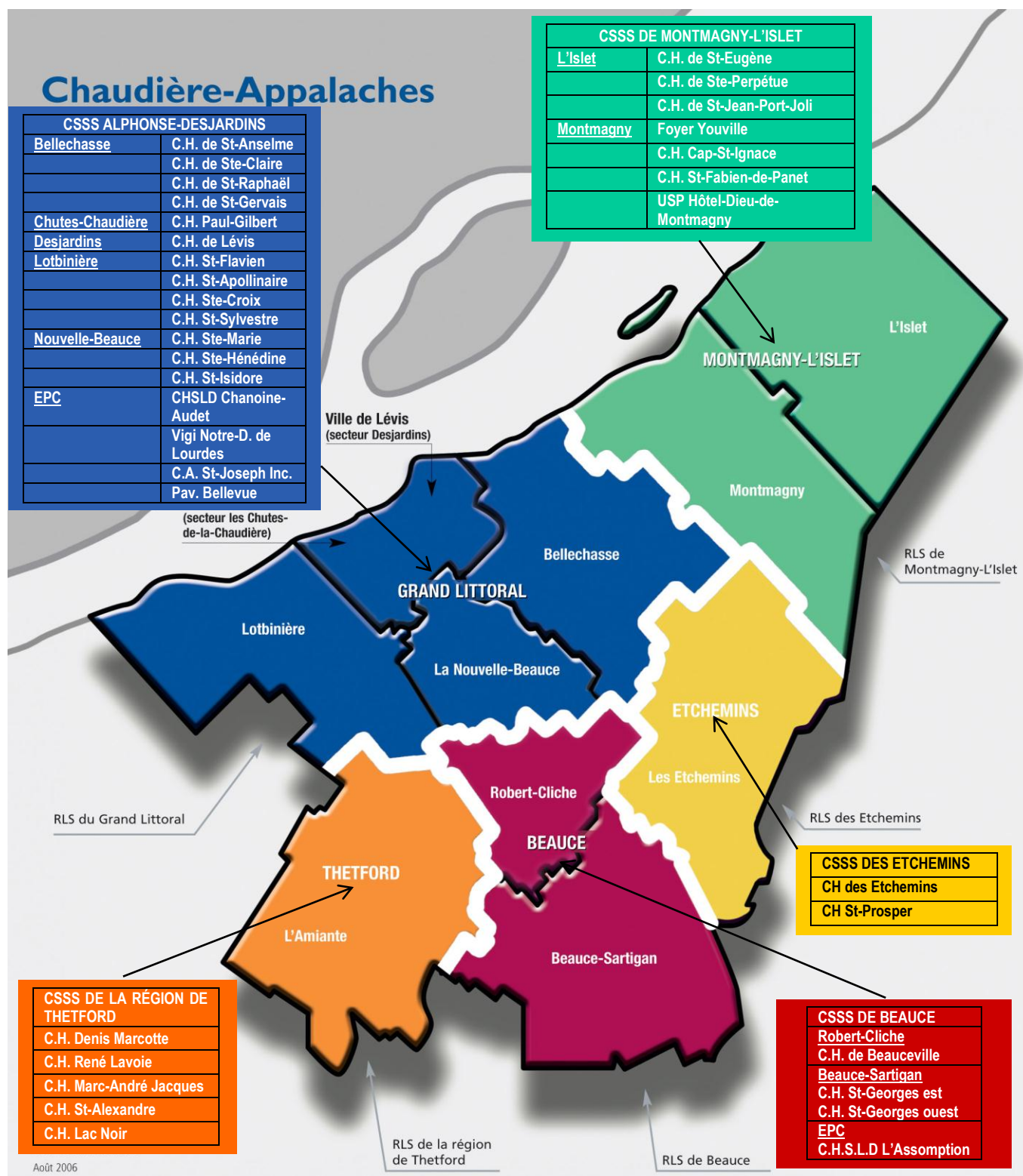
Madame Valérie Guillot (répondante à l'Agence)

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Courriel : valerie.guillot@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : **418 386-3536**
Agente : Catherine Nadeau
Téléphone : 418 386-3567
Télécopieur : 418 386-3547

Mise à jour le 16 novembre 2012

ANNEXE VI



ANNEXE VII

Représentants régionaux des mécanismes d'accès Réseau hébergement

AA = agente administrative

Région	Représentants	Téléphone fax
(01) Bas-Saint-Laurent Agence SSS du Bas-Saint-Laurent 288, rue Pierre-Saindon, bureau 115 Rimouski (Québec) G5L 9A8	BRIGITTE FISET AA France Castonguay 418-724-8469 poste 8490 MÉCANISME DÉCENTRALISÉ	418 724-8469 418 726-3103
(02) Saguenay-Lac-Saint-Jean Agence SSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean 930, rue Jacques-Cartier Est Chicoutimi (Québec) G7H 7K9	MICHEL CÔTÉ (poste 315) AA Esther Desmeules (poste 321)	418 545-4980 418 545-4718
(03) Québec Agence SSS de la Capitale-Nationale 555, boulevard Wilfrid-Hamel Est Québec (Québec) G1M 3X7	PIERRE PORTELANCE (poste 454) NANCY GUAY (poste 450) AA Danielle Lajoie (poste 212)	418 525-1500 418 529-9679
(04) Mauricie et Centre-du-Québec Agence SSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec 550, rue Bonaventure Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5	LUCIE FOURNIER AA Nathalie Duchesneau (819 693-3639)	819 693-3637 819 373-1627
(05) Estrie Agence SSS de l'Estrie 300, rue King Est, bureau 300 Sherbrooke (Québec) J1G 1B1	LOUISE CONSTANTIN	819 829-3400 poste 42543 819 566-4991
(06) Montréal Agence SSS de Montréal 3725, rue Saint-Denis Montréal (Québec) H2X 3L9	POUR CORRESPONDANCE VOIR LISTE MÉCANISME DÉCENTRALISÉ	514 286-6919 poste 5953 06_agence.sra@ssss.gouv.qc.ca (envoi courriel des dossiers exigés)
(07) Outaouais CSSS de Gatineau CLSC de Gatineau 80, avenue Gatineau Gatineau (Québec) J8T 4J3	DIANE DANAIS AA Monique Barrette (poste 1429)	819 966-6550 819 966-6579
(08) Abitibi-Témiscamingue Agence SSS de l'Abitibi-Témiscamingue 1, 9è Rue Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9	MARLÈNE COULOMGE AA Marie-Paul Turcotte (poste 49221)	819 764-3264 819 764-4061
(09) Côte-Nord Agence SSS de la Côte-Nord 691, rue Jalbert Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1	GINETTE FOURNIER (poste 2253) AA Louise D'Astous (poste 2245)	418 589-9845 418 589-8574

(10) Nord-du-Québec Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James 312, 3 ^e Rue Chibougamau (Québec) G8P 1N5	GENEVIÈVE LACROIX	☎ 418 748-3575 poste 2235 ☎ 418 748-6391
(11) Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Agence SSS de la Gaspésie-Îles-de-la- Madeleine 144, boulevard Gaspé Gaspé (Québec) G4X 1A9	JOANNE BUISSON	☎ 418 368-2349 poste 5352 ☎ 418 368-4942
(12) Chaudière-Appalaches Agence SSS de Chaudière-Appalaches 363, route Cameron Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2	ÉRIC RODRIGUE VOIR LISTE <i>MÉCANISME DÉCENTRALISÉ</i>	☎ 418 386-3523 ☎ 418 386-3547
(13) Laval Agence SSS de Laval CSSS de Laval 304, boulevard Cartier, bureau 453 Laval (Québec) H7N 2J2	BRUNO BOUSQUET (poste 7502) LOUISE SANS CARTIER (poste 7434)	☎ 450 972-6808 ☎ 450 972-6236
(14) Lanaudière Nord Agence SSS de Lanaudière 245, Curé Majeau Joliette (québec) J6E 8S8	CATHERINE HARNOIS (poste 4319) VOIR LISTE ET CARTE <i>MÉCANISME DÉCENTRALISÉ</i>	☎ 450 759-1157 ☎ 450 753-5633
(15) Laurentides Agence SSS des Laurentides 1000, rue Labelle, local 210 Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6	CHRISTINE PELLETIER (poste 2217) AA Marie-Andrée Lauzon (poste 8702) VOIR LISTE <i>MÉCANISME DÉCENTRALISÉ</i>	☎ 450 436-8622 ☎ 1 800 363-2507 ☎ 450 432-8712
(16) Montérégie Agence SSS de la Montérégie 1255, rue Beauregard Longueuil (Québec) J4K 2M3	BERNARD LACHANCE AA Karine Vanasse (poste 4164) VOIR LISTE <i>MÉCANISME DÉCENTRALISÉ</i>	☎ 450 928-6777 450 679-5527
(17) Régie régional SSS du Nunavik Case postale 900 Kuujuaq (Québec) J0M 1C0	ÉLISABETH KLIMCZAK	☎ 819 964-2222
(18) Conseil Cri SSS de la Baie James Case postale 250 Chisasibi (Québec) J0M 1E0	demander le Service aux patients Cri	☎ 819 855-2844

Mise à jour 14 novembre 2013

Responsables locaux des mécanismes d'accès – Région Bas-Saint-Laurent (01)

Monsieur Michel Simard Coordonnateur local des admissions CSSS DE LA MATAPÉDIA 135, de l'Hôpital Amqui (Québec) G5J 2K5 Tél. : 418 629-2211, poste 2336 Télécopieur : 418 629-4498	Madame Kelly Massé Coordonnatrice locale des admissions CSSS DE LA MITIS 800, avenue du Sanatorium Mont-Joli (Québec) G5H 3L6 Tél. : 418 775-7261, poste 3051 Télécopieur : 418 775-1360
Madame Lise Roy Coordonnatrice locale des admissions CSSS DES BASQUES 550, Notre-Dame Est Trois-Pistoles (Québec) GOL 4KO Tél. : 418 851-3700, poste 300 Télécopieur : 418 851-1946	Madame Diane Duchesne Coordonnatrice locale des admissions CSSS de Kamouraska 595, avenue Martin Saint-Pascal (Québec) GOL 3YO Tél. : 418 856-7000, poste 5942 Télécopieur : 418 492-1793
Madame Mélanie Mercure Coordonnatrice locale des admissions CSSS Témiscouata 103, 7^{ième} rue Ville Dégelis (Québec) G5T 1Y6 Tél.: 418-853-2572 poste 202	Madame Danielle Dion Responsable de la coordination des ressources d'hébergement CLSC DE MATANE 349, rue Saint-Jérôme Matane (Québec) G4W 3A8 Tél. : 418 562-5741 Poste 6300 Télécopieur : 418 562-9236
Madame Johanne Côté Coordonnatrice locale des admissions CSSS DE RIKI-NEIGETTE - CLSC 135, rue des Gouverneurs Rimouski (Québec) G5L 7R2 Tél. : 418 727-5482 Télécopieur : 418 727-5455	Madame Brigitte Fiset ASSS du Bas-St-Laurent 288, rue Pierre-Saindon Rimouski (Québec) G5L 9A8 Tél. : 418 724-5231, poste 8469 Télécopieur : 418 723-3103
Madame Émilie Marquis Coordonnatrice locale des admissions CLSC RIVIÈRES ET MARÉES 22, rue Saint-Laurent Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W5 Tél. : 418 867-2913, poste 340 Télécopieur : 418 867-4613	

Responsables locaux des mécanismes d'accès – Mauricie et Centre-du-Québec (04)

Coordonnateur (trice)	Coordonnées	Numéros
Lucie Fournier Nathalie Duchesneau, agente administrative	Agence de la santé et des services sociaux 550, rue Bonaventure Trois-Rivières (Québec) G9A 5B5	Téléphone : 819-693-3637 Télécopieur : 819-373-1627 Agente adm. : poste 3639
Hélène Cossette (lundi-mardi-mercredi) Caroline Bédard (jeudi-vendredi)	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Hôtel-Dieu d'Arthabaska 5, rue des Hospitalières Victoriaville (Québec) G6P 6N2	Téléphone : 819-357-2030, poste 2669 Télécopieur : 819-357-6091 Téléavertisseur : 819-751-5625
Line Michelin	CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska 675, rue Saint-Jean-Baptiste Nicolet (Québec) J3T 1S4	Téléphone : 819-293-2071, poste 54146 Télécopieur : 819-293-4107
Kathleen Courchesne Hélène Fortier, agente administrative.	CSSS Drummond 75, rue Saint-Georges Drummondville (Québec) J2C 4G6	Téléphone : 819-477-0527, poste 252 Téléavertisseur : 819-470-5809 Télécopieur : 819-477-1409 Agente adm : poste 507
Diane Hamel	CSSS de l'Énergie 1265, rue Trudel Shawinigan (Québec) G9N 8T3 Courriel : 04 CSSS Energie Mécanisme d'accès a l'hébergement personnes âgées	Téléphone : 819-539-8371, poste 8375 Télécopieur : 819-533-3193
Sylvie Genois Céline Cantin, agente administrative.	CSSS du Haut-Saint-Maurice 885, boul. Ducharme La Tuque (Québec) G9X 3C1	Téléphone : 819-523-4581, poste 2661 Télécopieur : 819-523-6814 agente adm. : poste 2600

Johanne Boudreault Jacqueline Picotte, agente administrative.	CSSS de Maskinongé 41, boul. Comtois Louiseville (Québec) J5V 2H8	Téléphone : 819-228-9486, poste 2210 Télécopieur : 819-228-4119 agente adm. : poste 2203
Gail Pellerin (Pascal Huot – remplaçant)	CSSS de Trois-Rivières 1274 rue Laviolette Trois-Rivières(Québec) G9A-1W4	Téléphone : 819-379-5650, poste 25083 Télécopieur : 819-370-2381
Sandra Richard	CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan Centre d'hébergement et CLSC de Saint-Narcisse 361, rue du Collège, bureau 121 Saint-Narcisse (Québec) G0X 2Y0	Téléphone : 418-362-2727, poste 3352 Télécopieur : 418-328-4140 agente adm. : poste 2253

(Dernière révision 14 novembre 2013)

Responsables locaux des mécanismes d'accès – Montréal (06)

Depuis le 15 octobre 2012, vous devez acheminer vos demandes selon le territoire dans lequel vous êtes associé.

06_agence.sra.ouest@ssss.gouv.qc.ca

pour les demandes d'hébergement des usagers sous la responsabilité du :

Réseau local 01	CSSS Ouest de l'île
Réseau local 02	CSSS Dorval Lachine Lasalle
Réseau local 03	CSSS Sud ouest Verdun
Réseau local 04	CSSS Cavendish
Réseau local 05	CSSS De la Montagne
CHSGS :	Lakeshore
	LaSalle
	Verdun
	Douglas
	Jewish
	Ste-Mary's
	CUSM

06_agence.sra.centre@ssss.gouv.qc.ca

pour les demandes d'hébergement des usagers sous la responsabilité du :

Réseau local 06	CSSS Bordeaux, Cartierville, Saint-Laurent
Réseau local 07	CSSS Ahuntsic, Montréal-Nord
Réseau local 08	CSSS Coeur de l'île
Réseau local 09	CSSS Jeanne-Mance
CHSGS :	Sacré-Coeur
	Fleury
	Jean-talon
	Louis H Lafontaine

06_agence.sra.est@ssss.gouv.qc.ca

pour les demandes d'hébergement des usagers sous la responsabilité du :

Réseau local 10	CSSS Saint-Léonard, Saint-Michel
Réseau local 11	CSSS Lucille Teasdale
Réseau local 12	CSSS Pointe de l'île
CHSGS :	HMR
	CHUM
	Santa-Cabrini
	Institut de Cardiologie de Montréal

Vos demandes pour l'hébergement temporaire doivent être acheminées à l'adresse suivante en précisant le NAM du patient et le numéro du réseau local dans l'objet.

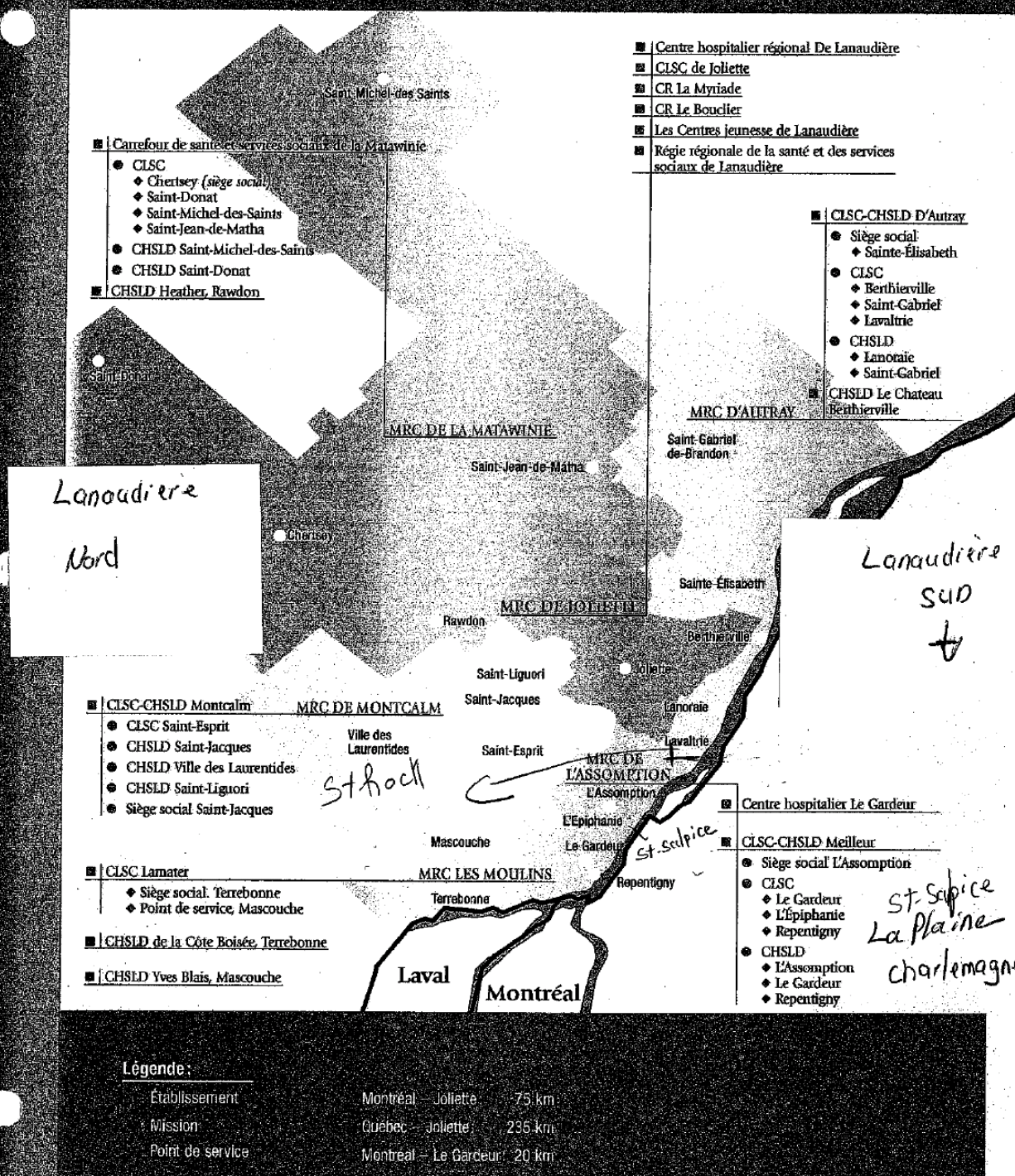
06_agence.sra.hebergtemporaire@ssss.gouv.qc.ca

Responsables locaux des mécanismes d'accès – Lanaudière (14)

CSSS Lanaudière Nord 1000, boul. Sainte-Anne, local 2B-26 Saint-Charles-Borromée, (Québec) J6E 6J2 Madame Marie-Ève Thériault Marie-Eve.Theriault.csssnl@ssss.gouv.qc.ca	 1 450 759-8222 poste 2997  1 450 752-6419
CSSS Lanaudière Sud CHSLD L'Assomption Service accueil et admission 410, boul. l'Ange-Gardien L'Assomption (Québec) J5W 1S7 Madame Pascale Amyot Pascale.Amyot@cssssl.ca	 1 450 589-2101 poste 114  1 450 589-1572
Madame Catherine Harnois Répondante régionale région 14 Catherine.harnois@ssss.gouv.qc.ca	 1 800 668-9229 poste 4319

Voir carte à la page suivante

Carte sociosanitaire de la région *Lanaudière*



Responsables locaux du mécanisme d'accès décentralisé – Région des Laurentides (15)

Madame Stéphanie Dion Centre de santé et de services sociaux Thérèse-De-Blainville 55, rue St-Joseph Sainte-Thérèse (Québec) J7E 4Y5 Téléphone : 450 430-4553 poste 3432 Télécopieur : 450 437-4134 sratheresedeblainville@ssss.gouv.qc.ca	CHSLD Drapeau-Deschambault Centre Hubert Maisonneuve Pav. Marie-Thérèse, Pav. Joie de Vivre Boisé Ste-Thérèse (RI) Résidence du Marché (RI) Résidence Amitié n'a pas d'âge Résidence le Sage au Piano (RI)
Madame Nathalie O'Brien Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes 55, rue Chénier Sainte-Eustache (Québec) J7R 4Y8 Téléphone : 450 472-0013 poste 6230 Télécopieur : 450 472-0016 Nathalie_o'brien@ssss.gouv.qc.ca	CHSLD Deux-Montagnes Manoir Saint-Eustache (CHSLD) CHSLD St-Benoît Pavillon Saint-Louis (RI) Résidence de l'Avent (RI) Manoir OKA (RI) Résidence Les Monarques (RI)
Madame Karine Munger Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme 1000, rue Labelle Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6 Téléphone : 450 432-2777 poste 26234 Télécopieur : 450 431-0730 Karine.munger@dsj.org	Centre d'Youville, Auberge St-Jérôme Résidence L.G. Rolland, Villa Soleil Résidence Desjardins (RI) Médaille d'Or (RI) Villa du Nord (RI) Manoir de la Rivière-du-Nord (RI) Brise des vents (RI) Piano St-Jérôme (RI)
Monsieur Mario Proulx Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil 145, boul. de la Providence Lachute (Québec) J8H 4C7 Téléphone : 450 562-3761 poste 2140 Télécopieur : 450 566-3300 Mario_proulx@sss.gouv.qc.ca	Pavillon d'Argenteuil La Résidence Lachute Jardins D'Audrey (RI) Résidence St-Philippe (RI)
Madame Claire Lepage Centre de santé et de services sociaux des Sommets 234, St-Vincent Sainte-Agathe (Québec) J8C 2B8 Téléphone : 819 326-3111 poste 3169 Télécopieur : 819 326-4017 Claire.lepage.sommet@ssss.gouv.qc.ca	Résidence St-Jovite (CHSLD) Résidence Labelle (CHSLD) Pavillon Philippe Lapointe (CHSLD) Villa des générations (RI) Vieux Sage (RI)
Madame Stéphanie Léveillé Centre de santé et de services sociaux des Pays-d'en-Haut 707, boulevard Ste-Adèle Sainte-Adèle (Québec) J8B 2N1 Téléphone : 450 229-6601 poste 3223 Télécopieur : 450 229-8513 Stephanie.leveille.peh@ssss.gouv.qc.ca	CHSLD des Hauteurs Le Moment présent (RI) Résidence La Marquise (RI) Manoir St-Adolphe (RI) Manoir Ste-Adèle (RI) Château des aînés (RI) Résidence Desjardins (RI)
Madame Danielle Longpré Centre de santé et de services sociaux Antoine-Labelle 707, rue de la Madone Mont-Laurier (Québec) J9L 1T3 Téléphone : 819 623-1228 poste 6438 Télécopieur : 819 623-9389 Danielle.longpre@ssss.gouv.qc.ca	Pavillon Alain Campeau Villa des Colibris (Pavillon Therrien) Pavillon Côme-Cartier (RI) CHSLD Ste-Anne Centre de service Rivière-Rouge

Responsables locaux du mécanisme d'accès décentralisé – Région de la Montérégie (16)

Monsieur David Éthier

Centre de santé et de services sociaux Champlain-Chales-Le-Moyne
Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher
CH René Lévesque
1901, rue Claude
Longueuil (Québec) J4G 1Y5
Téléphone : **450 651-2210 poste 75260**
Télécopieur : 450 674-2696
david.ethier.csspb16@ssss.gouv.qc.ca

Madame Renée Fortier

Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska
CLSC Déragon
294, rue Déragon
Granby (Québec) J2G 5J5
Téléphone : **450 375-1442 poste 6131**
Télécopieur : 450 375-9345
renee.fortier@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Karine Poulin

Centre de santé et de services sociaux du Suroît
CH Docteur-Aimé-Leduc
80, rue du Marché
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 1P5
Téléphone : **450 373-4818 poste 140**
Télécopieur : 450 373-0325
karine.poulin@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Danielle Cayer

Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville
978, boulevard du Séminaire Nord
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 1E5
Téléphone : **450 358-2578, poste 4211**
Télécopieur : 450 349-4782
danielle.cayer@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Nicole Rolland

Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon
Centre d'hébergement de Châteauguay
95, chemin de la Haute-Rivière
Châteauguay (Québec) J6K 3P1
Téléphone : **450 692-8231, poste 237**
Télécopieur : 450 692-0323
nicole.rolland@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Monique Sévigny

Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie
CLSC de Cowansville – Maison Saint-Louis
(Service de soutien à domicile)
133, rue Larouche
Cowansville (Québec) J2K 1T2
Téléphone : **450 263-3242, poste 2218**
Télécopieur : 450 263-8159
monique.sevigny@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Diane Pilon

Centre de santé et de services sociaux Pierre-de-Saurel
Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance
151, rue Georges
Sorel-Tracy (Québec) J3P 1C8
Téléphone : **450 746-5555, poste 233**
Télécopieur : 450 746-4897
diane.pilon@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Pierrette Gardner

Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska
CH de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
1800, rue Dessaulles
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2T2
Téléphone : **450 771-3333, poste 2025**
Télécopieur : 450 771-3653
pierrette.gardner@rrsss16.gouv.qc.ca

Madame Mona Gagnon**Responsable régional du mécanisme d'accès à l'hébergement**

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : **450 928-6777, poste 4226**
Télécopieur : 450 679-5527
m.gagnon@rrsss16.gouv.qc.ca

ANNEXE VII

POLITIQUE DE TRANSFERT

**Prise en charge
des personnes en attente d'hébergement
dans un centre hospitalier de courte durée
vers une ressource d'hébergement appropriée
à leurs besoins**

Adoptée par le conseil d'administration

Le 18 juin 1997

Mise à jour le 22 mai 2001

Révisé le 3 mai 2011

Révisé le 30 novembre 2012

INTRODUCTION

Les personnes de 65 ans et plus représentent une part importante des clientèles qui requièrent les services des centres hospitaliers. Selon les données tirées du cadre de référence sur l'approche adaptée de la personne âgée (APAA) en milieu hospitalier de janvier 2010, 45% de toutes les journées d'hospitalisation au Québec sont utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus, lesquelles représentent 14% de la population en 2010. Il faut savoir qu'une seule journée d'alitement se traduit par trois journées d'hospitalisation chez les personnes de 75 ans et plus. Dans le contexte d'optimisation du nombre de places en courte durée et en hébergement, ces données prennent toute leur importance pour déterminer les voies d'action qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs régionaux de services.

La présente politique s'inscrit donc dans l'objectif de permettre aux personnes requérant des services spécifiques de courte durée ou d'hébergement post-hospitalier de trouver réponse à leurs besoins. Elle aborde plus spécifiquement les responsabilités des partenaires impliqués dans la continuité de services pour les personnes nécessitant un hébergement ou un séjour de récupération fonctionnelle et dont les traitements actifs sont terminés. Elle précise également les conditions de transfert.

En mai 2001, une révision de cette politique, mise en place en juin 1997, s'inscrivait dans le cadre de la responsabilité qui incombe au palier régional, par ses mécanismes d'accès, d'assurer aux personnes une accessibilité aux services que requiert leur situation. Conséquemment, il revenait à la Régie régionale de s'assurer de la mise en place et du suivi de cette politique.

La présente révision (2011) a pour but de mettre à jour les modalités de cette politique en fonction des nouvelles réalités des réseaux locaux de services (RLS) ainsi que du rôle de l'Agence de Chaudière-Appalaches.

1.0 LA DÉFINITION DU MOT «TRANSFERT»

Dans le cadre de cette politique, on entend par transfert le déplacement d'une personne occupant une place de courte durée dans un centre hospitalier ou un centre de réadaptation (URFI) vers une ressource d'hébergement du réseau public ou vers une Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ou vers son domicile (résidences pour personnes âgées, logement collectif) ou vers toute autre alternative à l'hébergement.

Pour fins de compréhension, est considéré(e) comme un établissement public reconnu à des fins d'hébergement : la ressource de type familial, la ressource intermédiaire et le centre d'hébergement et de soins de longue durée.

2.0 LA CLIENTÈLE VISÉE PAR UN TRANSFERT

Dans le cadre de cette politique, le transfert d'une personne concerne le déplacement de celle-ci lorsque la fin des soins est annoncée et que sa condition physique est suffisamment stable pour permettre de quitter le centre hospitalier.

- Est visée par un transfert la personne qui :
 - a été informée par l'établissement, par écrit, à son arrivée, de la Politique de congé et de la Politique de tarification;
 - a été informée, au cours de son séjour, de l'évolution de sa condition et des limites ou opportunités qu'elle présente en regard d'un retour à domicile ou en RPA;
 - a reçu son congé du médecin traitant;
 - présente un potentiel de récupération fonctionnelle ou a besoin d'un séjour de convalescence;
 - présente un besoin d'hébergement confirmé ou probable dans le réseau public, et ce, à partir de l'évaluation complétée ou qui devrait l'être à court terme;
 - a été informée de la décision de sa demande d'hébergement et de son transfert vers une ressource appropriée à sa condition, dans un délai maximal de 24 heures. Il arrive qu'un client doit être réorienté dans un milieu d'hébergement public de façon transitoire ou permanente même si la demande n'a pas été étudiée par l'équipe interdisciplinaire;
 - a été informée de la nécessité de quitter le centre hospitalier pour intégrer une ressource autre, et ce, avec l'accord de l'établissement assurant la prise en charge à sa sortie du centre hospitalier.

Dans toutes les situations, la famille et/ou les répondants doivent être informés de la procédure.

3.0 LA DÉFINITION DES TYPES DE MILIEUX ET AUTRES NOTIONS

RAD : Retour à domicile

Ce dit d'une personne ayant eu un séjour en milieu hospitalier et retournant au même milieu de vie qu'à son admission en milieu hospitalier.

RÉORIENTATION

Ce dit d'une personne vivant dans un milieu X avant l'hospitalisation qui doit aller dans un milieu de vie Y à la fin de son séjour en raison d'altération de l'autonomie et autres facteurs ne permettant pas le retour à domicile.

RPA : Résidence pour personnes âgées¹¹

Ce type de résidence pour personnes âgées est de type privé. Il répond à des personnes ayant un profil de perte d'autonomie léger à modéré. Il peut répondre à une perte d'autonomie plus lourde avec l'offre de services à la carte ou par entente de services avec le réseau public.

Il s'agit d'un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre un paiement de loyer, des chambres ou des logements destinés aux personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale

RTF : Résidence de type familial¹²

Ce type de ressource peut être reconnu à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum 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.

RI : ressource intermédiaire¹³

Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

UTRF : Unité transitoire de récupération fonctionnelle

La mission d'une UTRF est d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins de personnes âgées vulnérables qui ont reçu des soins aigus en milieu hospitalier et dont la condition médicale est stabilisée mais pour qui le retour à domicile est incertain ou compromis en raison d'incapacités fonctionnelles (MSSS, juin 2010).

URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Dans la région 12, les URFI sont sous la gouverne du CRDP (Centre de réadaptation en déficience physique). Il s'agit d'unité pour les personnes présentant une incapacité temporaire nécessitant une période de réadaptation intensive.

¹¹ RPA : Définie à l'article 346.01 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

¹² RTF : Définie par l'article 312 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

¹³ RI : Définie à l'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

4.0 LES CONDITIONS DE RÉALISATION D'UN TRANSFERT

Parallèlement à l'information donnée à la personne concernant son admission et son orientation vers une ressource d'hébergement, le responsable territorial du mécanisme d'accès verra à informer le milieu d'hébergement de l'arrivée d'une nouvelle personne.

La personne est orientée vers une ressource en mesure de répondre aux besoins liés à sa condition, tout en considérant le choix de la personne ou de ses proches. Par ailleurs, lorsque les disponibilités de places ne permettent pas une orientation vers la ressource choisie, le responsable territorial du mécanisme d'accès verra à assurer à la personne les services requis à sa situation en procédant à un transfert transitoire vers une ressource d'hébergement qui, dans la mesure des disponibilités, respecte les principes suivants :

- elle dispense le programme de services requis par sa situation selon les critères d'accès définis par les CSSS;
- la ressource disponible est située sur le territoire du CSSS où elle ou ses proches résident, ou dans tout autre lieu à la satisfaction des personnes concernées.¹⁴

Pour bien situer la personne sur le caractère transitoire de ce transfert, le responsable territorial verra à :

- informer la ressource d'hébergement du choix initial de la personne quant à son lieu d'hébergement;
- informer l'intervenant responsable de l'état d'avancement en liste d'attente;
- maintenir l'ordre de priorité des demandes, selon les critères de gestion de la liste d'attente tels que déposés et approuvés par l'Agence (voir Cadre de référence Mécanisme d'accès à l'hébergement);
- tenir à jour les données saisies au système d'information Images.

Dans cette même perspective, l'intervenant responsable de la personne en attente verra à :

- l'informer de l'évolution de sa demande en fonction de la liste d'attente;
- vérifier le désir de la personne de maintenir le transfert vers l'établissement de son choix;
- informer le responsable territoriale de tout changement dans l'état de la personne ou de son choix du lieu d'hébergement.

En conséquence, le territoire de résidence du client est responsable de son client, du début à la fin du processus, même si un client bénéficie d'un hébergement transitoire ou temporaire dans un autre territoire ou une autre région, le territoire demeure responsable

Le transfert peut se faire également dans une UTRF si la personne a un potentiel de récupération fonctionnelle ou à domicile notamment en RPA ou toute autre ressource privée dans la communauté.

¹⁴ À noter que la personne ayant un potentiel de récupération fonctionnelle devra être orientée vers une UTRF (si existante).

Un lien précoce se fait directement auprès de la première ligne, dans le but d'identifier et de contacter rapidement un intervenant-pivot. Pour la majorité des établissements, le premier contact s'effectue auprès de l'accueil, évaluation et orientation (AEO) ou le guichet unique. L'intervenant-pivot est responsable d'assurer un suivi du client en collaboration étroite avec l'intervenant ciblé du centre hospitalier, tout au long de l'hospitalisation d'un client, qu'il soit connu ou non au soutien à domicile, qu'il ait un dossier actif ou non. Ce lien peut se faire par une présence de l'intervenant-pivot au centre hospitalier ou de réadaptation, ou en externe, en collaboration avec les professionnels concernés.

Pour fins de compréhension, lors du suivi entre le centre hospitalier et l'équipe du SAD, une vérification doit être effectuée à savoir si le client est connu des services du CLSC. Il faut vérifier si un intervenant est au dossier. Dans l'affirmative, ce dernier devrait être contacté et informé et il sera responsable de contacter l'intervenant du centre hospitalier. Pour les clients inconnus du CLSC, l'intervenant-pivot devra assurer le suivi.

5.0 LA RESPONSABILITÉ DES PARTENAIRES DANS LA CONTINUITÉ DE SERVICES

L'Agence

L'Agence doit s'assurer de la mise en place et du suivi de la politique.

Le CSSS

La responsabilité quant à l'accès en milieu d'hébergement revient à la première ligne par l'entremise des équipes interdisciplinaires du SAD, à qui incombe le mandat d'orienter la personne dans l'établissement le plus apte à répondre à ses besoins.

Dans le contexte particulier de l'application de la politique de transfert, la première ligne doit proposer des alternatives permettant de répondre aux besoins des personnes en attente d'hébergement et doit procéder à leur transfert en milieu approprié dès que le centre hospitalier statue sur la fin des soins médicaux actifs. Il est de leur responsabilité d'implanter des mécanismes de liaison entre le centre hospitalier et le retour à domicile spécifiquement en RPA.

Il revient à chacun des territoires, en coopération avec leur réseau local, de mettre en place des alternatives au désencombrement des centres hospitaliers, telles que des places en UTRF et en convalescence ainsi que des alternatives à l'hébergement. Ils assurent un suivi de l'utilisation des ressources d'hébergement et modifient l'offre de service au fur et à mesure de l'évolution des besoins de la clientèle et du réseau.

Le centre hospitalier ou de réadaptation prend contact avec la première ligne très rapidement, 24 heures suivant l'arrivée d'un client ou du moins, dans les premiers 24 heures après stabilisation de sa condition de santé. Des trajectoires de communication entre le centre hospitalier et la première ligne doivent être élaborées. Chacun des partenaires impliqués doit informer et sensibiliser le personnel concerné de son établissement et préciser les responsabilités de chacun.

Le milieu hospitalier, en conformité avec sa mission et compte tenu de sa capacité d'accueil (nombre de places), le centre hospitalier de courte durée procède à l'évaluation, à la stabilisation et au traitement des personnes dont l'état requiert des services et un plateau technique spécialisés.

Sa contribution spécifique à l'attente des objectifs régionaux pour optimiser le nombre de places disponibles en courte durée et en hébergement prend assise, particulièrement sur l'AAPA en milieu hospitalier et des procédures administratives claires et connues. Elles constituent d'ailleurs des préalables à l'application de toute politique de transfert.

L'AAPA en milieu hospitalier

Conformément à sa mission, il revient au centre hospitalier d'agir sur les risques de perte d'autonomie susceptibles d'entraîner des hospitalisations répétées ou un recours à l'hébergement. Il lui revient plus spécifiquement dans sa pratique de mettre en place l'AAPA en milieu hospitalier permettant notamment :

- de situer, dès l'admission, si la personne est suivie par un autre partenaire du réseau ou en attente d'hébergement;
- de repérer les personnes à risque ou en perte d'autonomie;
- d'intervenir précocement pour détecter les personnes à risque de déclin fonctionnel;
- d'assurer rapidement les services d'évaluation et de traitement médicaux, psychosociaux ou de réadaptation pouvant agir sur les facteurs de risque liés à un hébergement ou un retour à l'urgence en situation de crise;
- de travailler en étroite collaboration avec les autres partenaires de la première ligne, et ce, dès l'entrée de la personne en centre hospitalier.

Des procédures administratives claires et connues

Dans l'atteinte de l'objectif visé par le transfert des personnes en attente de placement vers une ressource appropriée à leur condition, il revient au centre hospitalier de :

- s'assurer de la mise en place d'une pratique de planification des congés et de faire connaître cette politique :
 - aux acteurs concernés à l'intérieur du centre hospitalier;
 - aux personnes âgées et à leur famille, et ce, dès l'arrivée;
 - aux établissements devant assurer la prise en charge de la personne à la sortie du centre hospitalier.
- s'assurer de l'application de la politique de tarification concernant la contribution des personnes reconnues admissibles à l'hébergement et, plus spécifiquement, de son application dans le cas de refus de quitter une place occupée en courte durée malgré une offre de service dans une autre ressource correspondant aux besoins de la personne.

Ainsi, lorsque les soins médicaux actifs sont terminés, c'est-à-dire que la personne ne nécessite plus d'expertise professionnelle et le plateau technique propre à un centre hospitalier, elle reçoit son congé et peut être retournée vers son domicile ou réorientée vers une mesure temporaire ou permanente d'hébergement.

« La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assurent que leurs besoins soient évalués et que les services requis y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes, ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. Article 81 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). »

Dans le cadre de la politique de transfert de personnes en attente d'hébergement, la responsabilité du centre hospitalier est :

- d'organiser une planification précoce du congé;
- d'analyser avec le CSSS-CLSC, en cours d'hospitalisation, les possibilités d'obtenir des services en maintien à domicile ou d'être orienté vers une UTRF ou des places de convalescence ainsi que les modalités à convenir pour assurer temporairement un maintien à domicile en attente de placement;
- de transmettre les informations à jour nécessaires à la continuité du service à la personne (évaluation, médication, plan d'intervention...);
- d'appliquer la politique selon les règles établies et de procéder au transfert de toute personne lorsque les conditions sont répondues, et ce, de façon continue.

La période d'hébergement est définie selon la loi comme étant :

« 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 de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familiale où il pourra recevoir les services que requiert son état. »

Le congé de l'établissement selon la loi est défini comme étant :

« Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du

règlement pris en vertu du paragraphe 28 de l'article 505¹⁵ de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). »

6.0 LES AUTRES PARTENAIRES DANS LA CONTINUITÉ DE SERVICES

Tous les partenaires doivent s'engager formellement dans le processus assurant la continuité des services à la clientèle visée par la présente politique. Tous se doivent d'agir sur les risques de perte d'autonomie et partager les orientations en regard de la gériatrie. Un maillage étroit assurera une fluidité des trajectoires de la clientèle dans le réseau de services maintien à domicile, hébergement et courte durée. Tous sont imputables des résultats atteints.

Les fonctions spécifiques de chacun doivent être revues dans une perspective de complémentarité, de continuité et d'efficacité. Qu'il s'agisse de prise en charge, de transfert, ou autre, l'exercice de la concertation permettra le développement d'avenues de solutions pertinentes dans la réponse aux besoins de la clientèle.

Le modèle d'organisation de services des CSSS peut différer selon le territoire. Toutefois, pour le client, la continuité des services en ce qui a trait à son besoin d'hébergement suit le même processus.

- Dès que la personne est hospitalisée, et à partir du moment où le CSSS en est informé, un intervenant responsable du suivi de la personne est identifié. Celui-ci aura la responsabilité d'assurer le lien avec le centre hospitalier et la prise en charge de la personne à sa sortie du centre hospitalier.

Les intervenants des établissements concernés (CSSS-CH) doivent convenir entre eux des responsabilités mutuelles concernant les contacts avec la famille et le client, de même que du processus d'évaluation en vue d'un hébergement éventuel.

L'information donnée à la personne et à sa famille revêt une grande importance. C'est souvent ce qui fera la différence entre l'acceptation ou la résistance aux mesures proposées lorsque la personne devra quitter le centre hospitalier.

La responsabilité d'initier une évaluation, en vue d'une demande d'hébergement dans une ressource du réseau, relève du CSSS-CLSC. Cette évaluation peut être réalisée en collaboration avec différents partenaires. Il s'agit d'évaluer quelle alternative est la plus pertinente pour la personne. À noter qu'il n'est pas obligatoire que la personne soit évaluée lors de son hospitalisation, l'évaluation pouvant être complétée à domicile ou dans une ressource de transition.

- Au moment où une sortie du centre hospitalier est planifiée, le CSSS-CLSC responsable de la prise en charge doit présenter une offre de service correspondant aux besoins de la personne :
 - retour à domicile avec des services maintien à domicile réguliers ou spéciaux;
 - intégration à une RPA avec ou sans services de maintien à domicile;

¹⁵ Article 28 de l'article 505 : Déterminer les conditions et modalités d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usages d'un établissement.

- intégration à une ressource de type familial du réseau avec ou sans services de maintien à domicile;
- intégration dans une ressource intermédiaire avec services professionnels de l'établissement;
- intégration dans un CHSLD (celui de son choix ou un transit dans un autre établissement de type CHSLD en attendant qu'une place se libère dans le CHSLD de son choix).

ORIENTATIONS - OUTILS

CLIENTÈLE PERSONNE ÂGÉE - HOSPITALISATION ET POST-HOSPITALISATION

Options	Critères d'admission	Outils à l'admission (selon modalités locales) *
SERVICES POST-HOSPITALIERS		
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) <i>S'adresse aux personnes de 18 ans et plus qui présentent une déficience motrice congénitale ou acquise à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme et entraînant ou risquant d'entraîner des incapacités significatives et persistantes.</i> URFI interne L'intensité des services de réadaptation et des soins médicaux et infirmiers requis constitue une composante essentielle du programme URFI. Complexité des problématiques de la clientèle – équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise spécifique. URFI externe Lorsque l'état de santé de la personne permet le maintien à domicile.	Critères d'inclusion - Conditions de santé nécessitant un suivi médical sur une base quotidienne; - Situation de retour à domicile compromise, soit par manque d'autonomie du client ou en raison de l'impossibilité pour le réseau du client de pourvoir au maintien à domicile durant la phase de réadaptation; - Déplacements trop épuisants pour le client; - Nécessité d'une haute intensité de services de réadaptation; Équipe multidisciplinaire : - Diététiste - Éducateur spécialisé - Ergothérapeute; - Infirmier - Infirmier auxiliaire - Médecin - Neuropsychologue - Orthophoniste - Physiothérapeute - Préposé aux bénéficiaires - Thérapeute en réadaptation physique - Travailleur social	- PII - OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur ou SMAF détaché - Prisma 7 si repéré positif à l'urgence - Dossier médical - Formulaire confidentialité
Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF) <i>Les UTRF ont pour mandat d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins de personnes âgées vulnérables qui ont reçu des soins aigus en milieu hospitalier et dont la condition médicale est stabilisée, mais pour qui le retour à domicile est incertain ou compromis en raison d'incapacités fonctionnelles.</i>	Critères d'inclusion - Le retour à domicile est compromis; - Avoir un état psychique et physique permettant une amélioration de l'autonomie fonctionnelle; - Être stable au niveau médical; - Avoir un potentiel de retour à domicile; - Avoir une motivation suffisante pour collaborer activement au plan d'intervention interdisciplinaire. Critère d'exclusion - Avoir des troubles de comportement.	- PII - OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur ou SMAF détaché - Prisma 7 si repéré positif à l'urgence - Formulaire confidentialité
SOUTIEN À DOMICILE		
Hôpital de jour gériatrique <i>L'hôpital de jour dispense des activités d'évaluation des capacités physiques et cognitives pour les personnes âgées grâce aux compétences de son équipe comprenant médecins, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière, nutritionniste, neuropsychologue et éducatrice.</i>	Critères d'admission 75 ans et plus - Lorsque besoin d'évaluation - Plusieurs grands syndromes gériatriques coexistant (trouble de la marche, risque de chutes, troubles cognitifs, perte de poids) - À la demande du médecin traitant ou après consultation d'un spécialiste - Potentiel de rester à la maison et disposer d'un transport (aidant, transport adapté ou autres)	- OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur ou SMAF détaché - Prisma 7 si repéré positif à l'urgence - Formulaire confidentialité

SOUTIEN À DOMICILE

Convalescence lourde (hébergement temporaire)

Clientèles présentant des incapacités temporaires qui relèvent du programme « santé physique ».

Critères d'inclusion

- A présenté une condition médicale maintenant stabilisé;
- A reçu un diagnostic médical et dont la condition ne requiert pas un plateau technique pour fin d'investigation;
- Présente une perte d'autonomie fonctionnelle temporaire suite à cette condition;
- Nécessite des soins infirmiers ou des services de réadaptation sur une base régulière et peut en bénéficier;
- Ne nécessite pas la présence d'un médecin 24 heures sur 24;
- Ne peut, dans l'immédiat, retourner à domicile ou dans son milieu de vie habituel;
- Qui n'est pas admissible dans un programme de réadaptation en CHR ou en URFI (orthopédie, neurologie ou amputé);
- Dont le niveau de soins et services requis est trop élevé pour un lit d'hébergement temporaire de convalescence.

Critère d'exclusion

- La clientèle post-opérée n'est pas admissible à ce programme.

Si doit passer par le mécanisme d'accès :

- Fiche identité
- OEMC
- CTMSP
- Prisma 7 si repéré positif à l'urgence
- Formulaire confidentialité

Si non :

- DSIE + SMAF détaché
- Prisma 7 si repéré positif à l'urgence
- OEMC si connu SAD
- OEMC antérieur au dossier
- Formulaire confidentialité

Convalescence légère (sans service du SAD)

Clientèle ne se sentant pas capable d retourner à la maison seule, désire une place en RPA ou autre ressource pour se reposer avant retour à domicile.

Critères d'inclusion

- Choix de l'usager et aucun service à organiser avec le SAD

Aucun

Répit, gardiennage-dépannage

Le répit

Les points de convergence et les fonctions du répit

Le répit doit être planifié et permettre :

- Le repos et le ressourcement
- La prévention de l'épuisement (allègement du stress);
- Une relève dans la routine des soins à la personne handicapée (moments de liberté);
- La réduction de l'isolement, une vie sociale plus active.

Selon entente SAD et ressources

- Résumé des informations nécessaires tirés de :
- OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur
- Prisma 7 si repéré positif à l'urgence
- Formulaire confidentialité

SOUTIEN À DOMICILE

Le gardiennage

Les points de convergence et les fonctions du gardiennage

Le gardiennage doit être planifié et permettre :

- L'accomplissement des rôles sociaux (aller travailler, faire ses courses, faire le ménage, activités civiques, etc.);
- La réalisation d'activités courantes et un meilleur arrimage de la conciliation travail-famille;
- D'équilibrer le quotidien.

Selon entente SAD et ressources

- Résumé des informations nécessaires tirés de :
- OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur
- Prisma 7 si repéré positif à l'urgence
- Formulaire confidentialité

Le dépannage

Les points de convergence et les fonctions du dépannage

Le dépannage est non planifiable, de courte durée et doit permettre :

- Une réponse rapide à des situations urgentes et imprévisibles;
- De diminuer le stress des familles dans des périodes de difficulté.

Selon entente SAD et ressources

- Résumé des informations nécessaires tirés de :
- OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur
- Prisma 7 si repéré positif à l'urgence
- Formulaire confidentialité

Soutien à domicile et les services à domicile

Le domicile est défini comme :

Le lieu où loge une personne, de façon permanente ou temporaire.

Toute personne qui habite dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence dite « privée » est admissible au soutien à domicile. L'évaluation des besoins et le plan d'intervention ou le plan de services individualisé tiendront compte des services fournis par ces résidences.

Les personnes qui demeurent dans un établissement public – centre hospitalier, centre de réadaptation ou CHSLD public – dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné ne sont pas

Critères d'inclusion :

- Le besoin de soutien est attestée par une évaluation professionnelle, sur la base des besoins exprimés par la personne et ses proches-aidants;
- La personne et ses proches-aidants acceptent de participer au processus de décision et de recevoir les services requis. Dans certaines situations particulières, le consentement peut provenir uniquement de la personne ou de ses proches;
- La personne est confinée à domicile en raison de son état, ou encore il est plus pertinent, sur le plan clinique, d'offrir au domicile les services ou certains services requis;
- Il est plus efficace d'offrir le service au domicile plutôt que dans l'établissement ou en ambulatoire;
- le domicile est jugé adéquat et sécuritaire.

Critère d'exclusion :

Les personnes couvertes par un autre régime public (par exemple, l'assurance automobile ou la santé et la sécurité au travail), pour des services du même type, ne sont pas admissibles.

Remettre au SAD :

- Prisma 7 si repéré positif à l'urgence
- OEMC si client connu SAD ayant OEMC antérieur

Au guichet d'accès PPALV :

- Si client inconnu OEMC sera fait après admission au GA-PPALV

admissibles, puisqu'elles reçoivent déjà des services de ces établissements. C'est le cas également des personnes hébergées dans des établissements publics créés par d'autres ministères provinciaux ou fédéraux.

Par ailleurs, les personnes en réadaptation ou en réinsertion sociale qui n'ont pas encore de domicile fixe sont admissibles au soutien à domicile.

À définir et à développer dans la région :

- Soins de longue durée à domicile
- Soutien intensif à domicile

RAD sans service

} Prisma 7 à laisser au dossier
(si client déjà admis en
urgence)
Formulaire confidentialité

BIBLIOGRAPHIE

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} novembre 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, Année.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, novembre 2004, 52 p.

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

