

POLITIQUE

GESTION DES TRAJECTOIRES DES USAGERS EN NSA À PARTIR DES CH¹

N° Politique : POL-116	Responsable de l'application : Direction des services multidisciplinaires (DSM)	
N° Procédure découlant : s.o.		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2023-04-25	Date de révision : 2027-04-25
Destinataires : Directeurs, gestionnaires, médecins et employés		

1. CONTEXTE

La présente politique a pour but d'affirmer l'orientation de notre établissement à respecter la cible du MSSS qui vise que **80% des admissions en hébergement se fassent à partir du milieu de vie de l'utilisateur ; qu'un maximum de 8% des lits en centre hospitalier (CH) soient occupés par des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) ; qu'un maximum de 40% des NSA dépassent les délais de prises en charge requis par leur situation.**

Les usagers dont l'état de santé est stable et pour lesquels des évaluations, des interventions, des tests diagnostiques ou l'utilisation de plateaux techniques en centre hospitalier ne sont plus requis sont catégorisés NSA.

Le recours à l'hébergement public à partir des CH est devenu trop commun. En effet, les centres hospitaliers doivent conserver leur mission d'offrir des soins sécuritaires et de qualité à la population. Le fait de prioriser des usagers en centres hospitaliers pour accéder à l'hébergement public mène à des effets néfastes. Par conséquent, les services d'urgence ou hospitaliers ne doivent pas être utilisés comme manière informelle d'accélérer l'accès à l'hébergement public.

Cette problématique a des effets négatifs : le déconditionnement physique lié à l'alitement et le risque d'exposition aux Infections nosocomiales ; l'inégalité de traitement pour les personnes sur les listes d'attente à partir de leur domicile ou milieu de vie ; l'engorgement des lits et des salles d'attente aux urgences ; ainsi que les impacts psychologies et psychosociaux.

¹ Gestion des trajectoires des usagers en niveau de soins alternatif à partir des centres hospitaliers

Les usagers dont l'état de santé est stable et pour lesquels des évaluations, des interventions, des tests diagnostiques ou l'utilisation de plateaux techniques en centre hospitalier ne sont plus requis sont catégorisés NSA.

Les milieux de courte durée (centres hospitaliers et milieux de réadaptation) ne sont pas les endroits les plus appropriés pour déterminer un changement de milieu de vie. L'orientation en hébergement depuis l'unité de courte durée doit demeurer une mesure d'exception.

Cette orientation représente un virage qui doit se vivre à travers toutes nos équipes. Ce changement organisationnel requiert une forte collaboration des services programmes et des directions de soutien (ou directions expertes) concernés de notre établissement pour s'assurer du maintien d'une cohérence dans nos communications et nos prises de décisions vis-à-vis la clientèle, et ce, pour le bénéfice de cette dernière.

2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse aux directeurs, aux gestionnaires, aux médecins et à l'ensemble du personnel du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal impliqué dans le cheminement des usagers peu importe où ils se trouvent dans leur trajectoire de soins et services

Les trajectoires d'usagers sont diverses et dépendent de situations cliniques souvent complexes. La présente politique s'adresse plus spécifiquement aux différentes directions impliquées dans celles-ci, notamment la direction des services multidisciplinaires (DSM), la direction des services professionnels (DSP), la direction des soins infirmières (DSI), la direction du SAD et de la réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP (DSRPSD), la direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD), et la direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI).

Les activités visées par la présente politique englobent toutes les communications, évaluations et/ou interventions ayant un rapport direct avec l'orientation des usagers avant l'hospitalisation, l'évaluation per-hospitalisation et en post-hospitalisation.

3. OBJECTIFS

La présente politique a comme objectif principal de répondre au *Plan pour soutenir la gestion des trajectoires pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) – orientations ministérielles* produit par le MSSS soit de s'engager à ce que **80% des admissions en hébergement se fassent à partir du milieu de vie de l'utilisateur ; qu'un maximum de 8% des lits en centre hospitalier (CH) soient occupés par des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) ; qu'un maximum de 40% des NSA dépassent les délais de prises en charge requis par leur situation.**

Un objectif important est d'améliorer les communications, le travail d'équipe et la mise à profit des contributions des divers services et professions afin que des solutions permettant d'assurer la qualité des services aux usagers soient assurées hors du milieu

hospitalier lorsqu'un besoin d'hébergement est identifié. Il s'agit donc au sein de notre établissement d'unir les efforts dans le but de répondre à nos besoins en lits d'hospitalisation, notamment par le renforcement de pratiques de planification collaborative et précoce des congés. Réussir à réaliser l'arrimage des contributions multidisciplinaires et des services fait la force de notre établissement.

Pour ce faire, la politique vise un retour sécuritaire et rapide des usagers hospitalisés dans la communauté pour s'assurer que nous pouvons maintenir une qualité optimale de soins et services pour la population de l'Est de Montréal qui présente des besoins importants de services en santé mentale et qui est vieillissante. Prioriser le partenariat entre les usagers et les services de première ligne est la clé du succès.

C'est pourquoi, en parallèle, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a bonifié de manière considérable l'offre de service du secteur soutien à domicile (SAD). Assurer la continuité des soins et services du SAD, pendant l'épisode de soins en CH, par des intervenants du SAD que les usagers connaissent permet, entre autres, de favoriser la continuité des services ainsi que d'éviter le dédoublement des évaluations et le sentiment pour les usagers de devoir se répéter.

Nous souhaitons améliorer la fluidité et l'accessibilité aux soins et services en favorisant l'orientation des usagers au bon endroit et au bon moment dans le but de favoriser l'accès aux services dans le milieu de vie des personnes et d'ainsi diminuer la durée moyenne de séjour (DMS). C'est en utilisant les ressources et les programmes que nous développons pour améliorer la fluidité que nous réussissons à réduire la durée des hospitalisations et à mieux répondre aux besoins des usagers qui requièrent les plateaux techniques de nos centres hospitaliers. Il existe plusieurs programmes comme la planification précoce et conjointe des congés (PPCC), l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), le programme de congé précoce assisté (CPA) en santé physique, l'intensification du SAD ou des services dans le milieu de vie, et en santé mentale, il y a le programme de soutien et d'intervention clinique (PSIC).

4. DÉFINITIONS

4.1. Congé précoce assisté (CPA) en santé physique

Le programme CPA est un programme conçu pour les personnes qui ont besoin d'une réadaptation à intensité élevée à la suite d'une hospitalisation et qui peuvent retourner dans leur milieu de vie. Les activités de réadaptation sont alors effectuées dans le milieu de vie.

4.2. Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH)

Le MAH est une instance du RSSS qui reçoit les demandes d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie. C'est le MAH qui définit, en fonction des critères en santé physique et avec l'aide d'outils cliniques comme ISO-SMAF, la priorisation des admissions en collaboration avec les professionnels du RSSS.

4.3. Mécanisme d'accès régional (MAR)

Le MAR gère les demandes de logement pour les hébergements adaptés dans le réseau public de la santé mentale adulte de la région de Montréal. C'est le MAR qui veille à l'application des critères d'admissions et de priorisation des demandes, critères qui sont définis et statués par le MSSS en collaboration avec la table des directeurs de la région de Montréal.

4.4. Niveau de soins alternatif (NSA) ou FRA (fin de réadaptation active)

Le terme NSA ou FRA est utilisé pour décrire le statut d'un patient qui occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans l'unité de soins qu'il occupe.

4.5. Personnes proches aidantes (PPA)

Les PPA sont des personnes qui apportent un soutien à un ou plusieurs membres de leur entourage dans le but de favoriser le rétablissement de la personne aidée. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel.

4.6. Planification précoce et conjointe des congés (PPCC)

La PPCC est une pratique reconnue qui contribue au bien-être de l'utilisateur en l'orientant au bon endroit en plus d'avoir un impact favorable sur sa durée de séjour. Un outil de collaboration et de communication, « l'outil PPCC », a été développé et implanté pour faciliter cette pratique. Le suivi systématique de l'épisode de soin déployé en santé mentale s'inscrit dans cette pratique.

4.7. Soutien à domicile (SAD)

Le SAD représente un panier de services (aide à domicile, soins infirmiers et services professionnels divers) visant les personnes ayant besoin de services de soutien à domicile à court ou long terme, y compris les proches-aidants et les familles.

4.8. Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)

L'AAPA est un modèle intégrateur biopsychosocial centré sur la personne âgée qui a pour but de sensibiliser et outiller les médecins, les professionnels, les gestionnaires et le personnel des centres hospitaliers au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène, afin de le prévenir ou de l'atténuer. L'application de cette approche favorise la fluidité hospitalière.

5. ÉNONCÉ

5.1. L'hôpital est un lieu de soins

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, ch. S-4.2) stipule que la mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. C'est à travers cette mission première de nos centres hospitaliers que nous devons nous assurer que nos hôpitaux reçoivent des personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins. Il est donc important d'offrir le bon service à la bonne place.

Les milieux de courte durée (centres hospitaliers et milieux de réadaptation) ne sont pas les endroits les plus appropriés pour déterminer un changement de milieu de vie. L'orientation en hébergement depuis l'unité de courte durée doit demeurer une mesure d'exception. Le retour dans le milieu de vie est donc à prioriser.

5.2. Déclaration à l'hébergement à partir du domicile (DHD)

Notre établissement déploie de multiples projets et initiatives de soutien à domicile ou au milieu de vie pour que les usagers puissent accéder à l'hébergement à partir du domicile, et ce, de façon sécuritaire.

La relocalisation des usagers NSA à partir des centres hospitaliers devrait être exceptionnelle puisque la majorité des demandes peuvent être faites à partir de leur milieu de vie. Une collaboration inter-direction forte entre les équipes du SAD, de la réadaptation, de l'hébergement, de la santé mentale, et des équipes en CH s'est concrétisée dans le but, entre autres, de favoriser la déclaration à l'hébergement à partir du domicile.

5.3. Améliorer la pertinence des décisions et des actions cliniques

L'adoption des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles permet d'améliorer la fluidité des épisodes de soins en soutenant l'autonomie des usagers et/ou en favorisant leur réadaptation dans l'ensemble de leur parcours intrahospitalier et extrahospitalier. Cela implique d'éviter l'hébergement précoce.

Pour ce faire, l'actualisation de la présente politique passe par le déploiement des meilleures pratiques en centre hospitalier et dans la communauté pour s'assurer que nos usagers reçoivent des soins de qualité, bien coordonnés et de niveau approprié dès leur visite à l'urgence et que le retour dans le milieu de vie soit planifié en concertation avec les acteurs interpellés précocement.

La gestion des risques de garder l'utilisateur à l'hôpital vis-à-vis de le retourner à la maison avec intensification de service doit être constamment prise en considération. Il est important d'offrir le niveau de soins et services requis et indiqué aux usagers vulnérables, dans leur milieu de vie (domicile, communauté, RI, CHSLD, etc.) en évitant les recours inappropriés à l'urgence et à l'hospitalisation, en facilitant les sorties du centre hospitalier et en évitant les réhospitalisations à court terme.

5.4. Les services de première ligne sont les services de choix pour l'évaluation et la décision du meilleur milieu de vie

Prioriser les services de première ligne durant la trajectoire globale des usagers permet de valoriser le partenariat à la fois avec les patients, avec les PPA et avec les ressources existantes dans les milieux de vie. Ces partenariats permettent de soutenir les usagers présentant des problèmes de santé ou des facteurs de risque importants dans leur communauté afin d'éviter le recours évitable à l'urgence.

Il est important de soutenir la transition de l'utilisateur de l'hôpital à son milieu de vie avant d'évaluer ses besoins à long terme. L'évaluation des besoins à long terme et la planification de la relocalisation doivent se faire à partir du milieu de vie actuel

de l'usager par les équipes professionnelles du SAD et de santé mentale, sauf dans des situations cliniques particulières et exceptionnelles.

Nous devons travailler en amont pour offrir le bon service à la bonne personne et ainsi contribuer à désengorger nos centres hospitaliers. Cela doit se faire à partir des relations formées par nos équipes de premières lignes, notamment au sein des CLSC, des GMF et des cliniques externes. En effet, les professionnels qui travaillent au niveau de la première ligne ont des relations privilégiées avec la clientèle et les ressources existantes dans la communauté, ce qui favorise l'adaptation des services aux besoins affectés par une dégradation plus importante de leur autonomie. La prise en charge en amont permettra aussi d'éviter l'épuisement éventuel des PPA en leur offrant du soutien préventif tout en établissant des conditions favorables à la collaboration entre les ressources de la communauté.

5.5. L'importance du partenariat avec les personnes proches aidantes

Les PPA jouent un rôle crucial et privilégié auprès de nos usagers en perte d'autonomie. Les PPA sont les personnes qui connaissent le mieux ces usagers. Cette connaissance au quotidien de la situation clinique fait des PPA les personnes de choix pour repérer et nous signaler la progression de la perte d'autonomie. Les PPA sont des alliées, voire des piliers de notre système de santé et de services sociaux.

Dans le contexte de la présente politique, il est important de comprendre qu'un élément important qui limite le retour dans le milieu de vie à partir des centres hospitaliers est très souvent le refus d'une PPA à continuer de soutenir l'usager en raison de l'épuisement et du manque de ressources personnelles ou sociales.

Les PPA sont des personnes souvent dévouées au risque de s'épuiser malgré elles. C'est de notre responsabilité de nous assurer que la santé globale des PPA de notre territoire soit optimale pour qu'elles puissent continuer à remplir leur rôle à moindre risque. Idéalement, le repérage des besoins des PPA doit se faire en amont des hospitalisations et donc par les services de premières lignes (CLSC, GMF, cliniques externes, etc.), les services du SAD et l'équivalent en santé mentale ou DI-TSA. De ce fait, nous devons effectuer des réévaluations des besoins des usagers en perte d'autonomie et des PPA de manière périodique.

Lorsque les besoins des PPA ne sont pas entendus, cela risque de fragiliser le lien de confiance entre ces derniers et notre RSSS. Pour être à l'écoute des PPA, nous pouvons en plus de mettre en place des interventions spécifiques visant à les soutenir, renforcer nos collaborations avec les partenaires communautaires qui leur apportent un soutien direct.

5.6. Admissions en hébergement

Le parc de lits d'hébergement doit continuellement être adapté pour répondre aux besoins particuliers de notre clientèle. Les équipes du MAH, de la DSMDI et de la DHSLD travaillent à maintenir les admissions 7 jours sur 7 tout en tentant de maintenir les délais au minimum pour permettre au processus d'être fluide.

Aucune demande d'hébergement à partir de nos centres hospitaliers ne pourra être acheminée dans un MAH sans que le gestionnaire du SAD en milieu hospitalier n'ait entériné la démarche. De ce fait, la collaboration étroite entre les équipes de nos centres hospitaliers, du MAH et du SAD est importante pour s'assurer d'une gestion optimale des trajectoires des usagers.

Pour les lits de courte durée en réadaptation, même s'il n'y a pas de lien à faire avec le gestionnaire du SAD en milieu hospitalier, une demande d'hébergement à partir d'un lit de réadaptation doit également être une mesure d'exception.

Pour les usagers admissibles au réseau public de santé mentale adulte de la région de Montréal, les références sont acheminées vers le MAR pour les usagers de notre territoire.

5.7. Modernisation

Différentes technologies, comme l'outil web NSA (OWNSA), ont été implantées et d'autres sont en processus de développement et d'implantation pour soutenir la qualité et la continuité informationnelle en rapport avec la fluidité hospitalière.

Nos décisions et nos actions doivent être basées sur des données probantes. Il est important d'utiliser nos outils qui portent sur la gestion des trajectoires, notamment les données et les indicateurs pour la gestion des flux NSA. Les outils cliniques et administratifs de suivi et de soutien, comme l'outil PPCC et l'outil de suivi systématique (santé mentale), doivent être utilisés de manière assidue par tous.

5.8. La fluidité des trajectoires, c'est l'affaire de tous (collaboration interdisciplinaire intrahospitalière et extrahospitalière)

La gestion des trajectoires des usagers en niveau de soins alternatifs nécessite un travail interdisciplinaire en continue pour maintenir une vision d'ensemble de la trajectoire des usagers et de la planification de leurs congés. Cette collaboration permettra de coordonner les trajectoires et les cheminements cliniques en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation.

Concernant la collaboration intrahospitalière, il est primordial que les différentes équipes de cliniciens incarnent les orientations affirmées à travers la présente politique pour s'assurer d'une cohésion au niveau organisationnel, voire régional. Il est important d'optimiser la communication entre l'urgence, les unités de soins et les équipes multidisciplinaires au sein de nos centres hospitaliers.

Concernant la collaboration entre nos milieux de courtes durées et les autres instances impliquées (les MAH et le SAD, par exemple), il faut s'assurer d'une liaison forte entre le CH et la communauté (CLSC, GMF, cliniques externes, les secteurs de réadaptation). Il est important d'impliquer les partenaires de la communauté dès le début de l'hospitalisation.

Nous devons renforcer les canaux de communication définis entre le CH, les programmes services des CISSSS/CIUOSS (hébergement, SAPA, santé mentale,

déficience, etc.) et les différents acteurs de la communauté, notamment les GMF et les pharmacies communautaires en amont et aval de l'hospitalisation.

Le concept de l'imputabilité partagée doit être vécu au quotidien. Toutes les directions impliquées doivent se sentir responsables de notre performance globale quant aux résultats en rapport avec les DMS et les NSA.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Direction du SAD et de la réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP

- Cette direction est responsable, entre autres, du service de SAD, des programmes de réadaptation, des programmes de déficience et du MAH (mécanisme d'accès à l'hébergement). Pour faciliter les demandes d'hébergement à partir du domicile, cette direction accompagne l'utilisateur durant sa période d'hospitalisation en centre hospitalier et offre un service de soutien à domicile pouvant aller jusqu'à 24/7 durant une courte période selon les besoins.
- Elle est aussi responsable de la trajectoire de réadaptation intensive et modérée et de soutenir les personnes vivant avec une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).
- Cette direction doit aussi offrir des soins et services à des patients hébergés dans des ressources variées (ressources intermédiaires, ressources de types familiales, résidences pour personnes âgées etc.). Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de types familiales (RTF) sont des orientations de choix et donc prioritaires.
- Dans le cadre de la présente politique, cette direction est responsable de contribuer à ce que les personnes qui ont besoin d'être hébergés, ainsi que leurs représentants, n'utilisent pas les centres hospitaliers pour accéder à l'hébergement

6.1.1. Spécialiste en activités cliniques du SAD en CH

Ce professionnel encadre cliniquement la trajectoire SAD. Il est responsable d'assister le chef SAD en milieu hospitalier avec les demandes d'hébergement à partir d'un CH. Ce professionnel aide à la coordination des relocalisations à partir du milieu de vie avec un besoin d'intensification des services.

6.1.2. Chef SAD en milieu hospitalier

Ce gestionnaire est responsable d'entériner les demandes d'hébergement à partir des milieux de courte durée (CH, milieux de réadaptation). Il est aussi responsable de communiquer les besoins organisationnels qui nécessitent une intensification de l'offre de service du SAD.

6.2. Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance / Mission universitaire IUSMM

- Cette direction est responsable, entre autres, d'offrir des soins et services afin de permettre aux personnes présentant un problème de santé

mentale ou de dépendance de se rétablir. Certaines personnes visées par les programmes santé mentale, dépendance et itinérance ont besoin de ressources spécifiques comme l'hébergement.

- C'est aussi cette direction qui travaille en étroite collaboration avec le MAR qui gère les demandes de logement pour les hébergements adaptés dans le réseau public de la santé mentale adulte de la région de Montréal.
- Cette direction offre plusieurs services qui favorisent la fluidité hospitalière comme les suivis intensifs dans le milieu (SIM), les suivis d'intensité variable (SIM), les hospitalisations à domicile, le programme de soutien et d'intervention clinique (PSIC) et autres.
- Dans le cadre de la présente politique, cette direction est responsable de contribuer à ce que les personnes qui ont besoin d'être hébergées, ainsi que leurs mandataires, n'utilisent pas les centres hospitaliers pour accéder à l'hébergement.

6.3. Direction de l'hébergement en soins de longue durée

- Cette direction est responsable, entre autres, d'offrir des soins et services à la clientèle hébergée dans des installations publiques.
- Elle est aussi responsable de s'assurer d'avoir un parc de lits qui répond aux besoins de la clientèle accessible 7 jours sur 7 et aussi d'utiliser les services hospitaliers uniquement quand c'est nécessaire.
- Cette direction est responsable du partenariat avec les CHSLD public-privés.
- Dans le cadre de la présente politique, cette direction est responsable de contribuer à ce que les personnes qui sont hébergées dans ses installations soient dirigées vers les urgences des centres hospitaliers seulement lorsque nécessaire.

6.4. Direction des services multidisciplinaires

- Cette direction est responsable, entre autres, des équipes de professionnels de la santé issus d'une variété de spécialisations, ainsi que du développement de la pratique de ces professions dans un contexte d'interdisciplinarité et de réseau.
- Les professionnels de la direction des services multidisciplinaires ont la responsabilité partagée avec les intervenants des guichets de collaborer dans une visée de diriger l'utilisateur vers le milieu de vie ou de réadaptation le plus adapté à sa situation et selon son potentiel.
- Dans le cadre de la présente politique, cette direction est responsable de contribuer à ce que les personnes qui ont besoin d'être hébergées, ainsi que leurs proches, n'utilisent pas les centres hospitaliers pour accéder à l'hébergement.

6.4.1. Coordonnatrice professionnelle en service social en CH

Ce professionnel est responsable d'assister le chef de services psychosociaux, soins spirituels et bénévolat avec le soutien clinique des équipes responsables des évaluations du fonctionnement social et des

évaluations de la situation sociale qui soutiennent les orientations. Ce professionnel aide à la coordination des sorties des usagers en niveau de soins alternatif dans les CH.

6.4.2. Chef de services psychosociaux, soins spirituels et bénévolat

Ce gestionnaire est responsable d'encadrer les équipes de travailleuses sociales qui évaluent les besoins des usagers pendant leur hospitalisation et font des démarches en collaboration avec les guichets d'accès pour orienter les usagers. Il soutient aussi, au besoin, les unités de soins avec certains enjeux reliés à la planification des sorties.

6.4.3. Chef de service en réadaptation physique

Ce gestionnaire est responsable d'encadrer les équipes de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes en CH qui évaluent les besoins des usagers pendant leur hospitalisation et font des démarches en collaboration avec les guichets d'accès pour orienter les usagers dans la ressource adéquate qui répondra à ses besoins.

6.5. Directions des services professionnels

- Cette direction est responsable, entre autres, des soins et services de nature physique et médicale. Les unités de soins en centres hospitaliers travaillent sous cette direction.
- Dans le cadre de la présente politique, cette direction est responsable de contribuer à ce que les personnes qui ont besoin d'être hébergées, ainsi que leurs mandataires, n'utilisent pas les centres hospitaliers pour accéder à l'hébergement.

6.5.1. Coordonnateur clinico- administratif des unités de soins

Ce gestionnaire contribue aux stratégies organisationnelles visant à diminuer l'engorgement des salles d'urgence. Il facilite les arrimages et la collaboration interdisciplinaire afin d'optimiser l'épisode de soins hospitaliers. Il collabore avec les coordonnateurs cliniques DSM et milieu SAD. Il encadre et soutient les chefs d'unité et les équipes de planification précoce et conjointe de congé.

6.5.2. Chef d'unité de soins

Ce gestionnaire est responsable de l'encadrement de son équipe pour réaliser la planification précoce et conjointe de congé. Il s'assure de la conformité et de la fluidité de l'information. Il veille à l'application des principes de l'AAPA sur son unité afin d'éviter le déconditionnement de la clientèle et favorise le retour dans le milieu de vie comme premier choix. Il communique les orientations de la présente politique à la clientèle. Ce gestionnaire a un rôle central dans la planification précoce et conjointe de congé.

6.5.3. Coordonnateur de la gestion des séjours hospitaliers

Ce gestionnaire est responsable d'encadrer les équipes présentes sur les unités de soins pour s'assurer que les orientations affirmées à travers la présente politique sont appliquées et communiquées à notre clientèle.

6.6. Direction des soins infirmiers

- Cette direction est responsable, entre autres, de soutenir et d'accompagner le personnel infirmier afin de favoriser le maintien et le développement des compétences et d'assurer la qualité des soins et services offerts aux usagers.
- Cette direction est aussi responsable de la mise en application de l'AAPA qui vise la prévention ou l'atténuation du déconditionnement de la personne âgée hospitalisée et dont la portée s'arrime avec plusieurs dimensions de la présente politique.
- Dans le cadre de la présente politique, cette direction est responsable de contribuer à ce que les personnes qui ont besoin d'être hébergées, ainsi que leurs proches, n'utilisent pas les centres hospitaliers pour accéder à l'hébergement.

6.7. Médecins

- Ces cliniciens sont responsables d'incarner les orientations présentées à travers la présente politique, diagnostiquer, initier le traitement dans ce contexte et évaluer les besoins de l'utilisateur ainsi que soutenir l'orientation sécuritaire de l'utilisateur.

6.8. Cadres et gestionnaires des différentes directions impliquées

- Les cadres des différentes directions impliquées sont responsables de mettre en place des actions visant à contribuer à une capacité hospitalière et d'hébergement adéquate. Le soutien de la fluidité des trajectoires passe par l'instauration de bonnes pratiques pour réduire et prévenir le phénomène des NSA.
- Il est important de s'assurer que la structure de gouvernance et les mécanismes de concertation NSA soient utilisés de manière pertinente et efficace. En favorisant la collaboration et la concertation inter-directions et transversales, nous parvenons à trouver des solutions innovantes à des problèmes complexes.
- Il est également important de cibler les leviers pour lesquels les équipes sous leur direction ont du contrôle et prendre des actions qui ont des impacts permettant l'atteinte des cibles ministérielles, notamment les cibles concernant les DMS et les NSA.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

7.1. Direction des services multidisciplinaires

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

7.2. Direction du SAD et de la réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP, Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance, Direction de l'hébergement en soins de longue durée, Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers

Direction ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la politique.

7.3. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1. Direction des services multidisciplinaires, Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP, Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance, Direction de l'hébergement en soins de longue durée, Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers

Elles sont responsables de la mise en application de la présente politique.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le Comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

10. ANNEXE A – Processus « Planification précoce et conjointe des congés (PPCC) pour clientèle hors territoire entre les régions Montérégie et Montréal (excluant les usagers orientés en réadaptation) ».²

² *Coordination interrégionale « Balises opérationnelles planification précoce et conjointe des congés (PPCC) »*, p. 9, publié le 31 mars 2022 par la direction de la coordination ministérielle 514-450 du MSSS.

Processus « Planification précoce et conjointe des congés (PPCC) pour clientèle hors territoire entre les régions Montérégie et Montréal (excluant les usagers orientés en réadaptation) »

Version 10
Mise à jour :
31 mars 2022

* Attention : En fonction des corridors établis entre certains établissements, des variantes peuvent être observées dans leur trajectoire respective qui diffèrent de la présente trajectoire. Ceci est le cas entre CISSME à l'Hop. Charles-Lemoyne (voir annexe 1) ainsi que Laval et l'Hop Sacré Coeur de Montréal (voir annexe 2). À noter toutefois que les précisions associées à chaque étape s'appliquent tout autant pour les 3 trajectoires.

