

PROCÉDURE

GESTION DES REFUS DES USAGERS NSA OU FRA DE QUITTER LE CENTRE HOSPITALIER OU DE RÉADAPTATION		
N° Procédure : PRO-127	Responsable de l'application : Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI TSA DP	
N° Politique/Règlement associé : POL-136		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2026-02-10	Date de révision : 2030-02-10
Destinataires: Directeurs, gestionnaires, médecins et employés de la DRSPSD, DSMSSS, DMSP, DPSMDI, DHSLD et du service des affaires juridiques (DRH))		

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-136 – *Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation.*
- 1.2. Afin de déclencher la procédure de gestion des refus, le premier intervenant qui reçoit l'information du refus de la part de l'utilisateur-famille est celui qui est responsable d'initier la trajectoire et de l'escalader le cas échéant.
- 1.3. Le processus de gestion des refus doit s'inscrire dans une action concertée et organisationnelle, afin de maximiser les chances de succès et de maintenir un climat de confiance avec l'utilisateur et sa famille.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – INTERVENANT SOCIAL (DSMSS, DPSMDI), INTERVENANT-PIVOT SAD (DRSPSD), INTERVENANT RÉSEAU EN SAD EN MILIEU CH (DSRPAD), INTERVENANT RI (DRSPSD)

2.1. Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- Fait une première intervention auprès de l'utilisateur-famille en lien avec le refus annoncé ou anticipé en se référant à l'annexe 5 (notamment évaluer et les accompagner à trouver des alternatives à l'hospitalisation et/ou l'hébergement);
- Lorsque l'orientation ou l'alternative souhaitée est le retour à domicile, s'assure de la planification du congé;
- Informe systématiquement la spécialiste en activités cliniques (SAC) de son équipe pour du soutien et/ou de l'accompagnement;
- Documente au dossier ses démarches cliniques et les interventions réalisées et résume le contenu de la discussion, les motifs de refus, les solutions proposées, etc. pour chaque rencontre à laquelle il participe et ce en respect du cadre de

référence pour la tenue de dossier des membres du Conseil multidisciplinaires et des normes des ordres professionnels concernés;

- Note les informations pertinentes dans l'outils web niveau de soins alternatifs (OWNSA) et/ou l'outil de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) et avise les équipes impliquées au besoin;
- En cas du maintien du refus après son intervention, informe son gestionnaire;
- Participe aux rencontres subséquentes de l'usager-famille en présence du gestionnaire et/ou du cadre supérieur désigné et se prépare à une contribution active en se référant à l'aide-mémoire approprié;
- Au deuxième refus, et/ou lors de judiciarisation de celui-ci, contribue à la concertation avec le Service des affaires juridiques et fourni les informations et évaluations nécessaires à la poursuite du dossier, et ce dans le respect des normes relatives à la confidentialité et a secret professionnel. Au besoin, se réfère aux professionnels pertinents.

2.2. Responsabilités spécifiques au refus de transit (refus A)

- Fait le lien avec l'usager-famille et avec les autres intervenants impliqués, le cas échéant, lors de l'octroi d'un lit par le Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH);
- Dans le cadre d'une action préventive face à un refus anticipé, valide avec le MAH si le choix de milieu de vie de l'usager est problématique (à savoir si le MAH pourrait être en mesure d'octroyer un lit directement dans un milieu qui serait accepté par l'usager-famille) avant de poursuivre l'application de la trajectoire;
- Informe le MAH du résultat des interventions à chaque étape de la trajectoire.

2.3. Responsabilités spécifiques au refus d'un transfert en réadaptation (refus D)

- Intervenant-pivot du soutien à domicile (SAD) collabore avec l'intervenant en réadaptation si l'usager est connu et maintient son refus d'aller en réadaptation, après l'intervention de ce dernier.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – INTERVENANT RÉADAPTATION (DSMSSS)

3.1. Responsabilités spécifiques aux deux types de refus liés à la réadaptation (refus C et D)

- Fait une première intervention auprès de l'usager-famille en lien avec le refus annoncé ou anticipé en se référant à l'annexe 5 (notamment les accompagner à trouver des alternatives à l'hospitalisation)
- Lorsque l'orientation ou l'alternative souhaitée est le retour à domicile, s'assure de la planification du congé;
- Informe et/ou consulte la SAC de son équipe pour du support et/ou de l'accompagnement.
- Note dans l'outil OWNSA et PPCC, les informations pertinentes et avise les équipes impliquées, au besoin;

- Documente au dossier ses démarches cliniques et les interventions réalisées et résume le contenu de la discussion, les motifs de refus, les solutions proposées, etc. pour chaque rencontre à laquelle il participe, et ce en respect du cadre de référence pour la tenue de dossier des membres du Conseil multidisciplinaires et des normes des ordre professionnels concernés;
- Informe le guichet santé physique du résultat des interventions à chaque étape de la trajectoire;
- En cas du maintien du refus après son intervention, informe son gestionnaire;
- Participe aux rencontres subséquentes de l'usager-famille en présence du gestionnaire et/ou du cadre supérieur désigné et se prépare à une contribution active en se référant à l'aide-mémoire approprié;
- Au deuxième refus et/ou lors de judiciarisation de celui-ci, contribue à la concertation avec le Service des affaires juridiques et fournit les informations et évaluations nécessaires à la poursuite du dossier, et ce dans le respect des normes relatives à la confidentialité et a secret professionnel. Au besoin réfère aux professionnels pertinents.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ASSISTANT AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT (ASI) UNITÉS DE SOINS (DMPS)

Lorsqu'informé d'un refus par son équipe, fait le lien avec l'intervenant concerné et informe son chef d'unité.

4.1 Responsabilités spécifiques au refus de RAD (refus B)

- Fait une première intervention auprès de l'usager-famille en lien avec le refus annoncé en se référant à l'aide-mémoire approprié (notamment les accompagner à trouver des alternatives à l'hospitalisation);
- Lorsque l'orientation ou l'alternative souhaité est le retour à domicile, s'assure de la planification de la sortie du centre hospitalier;
- En cas du maintien du refus après son intervention, informe son gestionnaire;
- Note dans l'outil OWNSA et PPCC les informations pertinentes et avise les équipes impliquées, au besoin;
- Documente au dossier ses interventions et résume le contenu de la discussion, les motifs de refus, les solutions proposées, etc. pour chaque rencontre à laquelle il participe;

4.2 Responsabilités spécifiques aux deux types de refus liés à la réadaptation (refus C et D)

- Informe l'intervenant réadaptation au dossier lorsque reçoit le refus de la part d'un usager-famille.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SPÉCIALISTE EN ACTIVITÉS CLINIQUES (SAC) (DSRPSD, DSMSSS)

5.1 Responsabilités générales

- Soutien, conseille et accompagne l'intervenant dans la gestion du refus.

6. ÉTAPE SPÉCIFIQUES – MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT (MAH) (DSRPSD)

6.1 Responsabilités spécifiques au refus de transit (refus A)

- Évalue, selon les balises établies, les possibilités d'octroyer un lit directement dans un milieu qui serait accepté par l'usager-famille (sans brimer d'autres usagers) avant de faire poursuivre l'application de la trajectoire;
- Documente au dossier MAH et au tableau de recensement des refus de transit les démarches et résultats quant il en est informé;
- Lors du premier refus, passe au suivant et attribue le lit à un nouvel usager. Des adaptations peuvent être pertinentes et nécessaires selon des cas spécifiques (ex : lit octroyé en milieu surspécialisé);
- Lors du deuxième refus, réserve le lit 24 heures ou jusqu'au retour du cadre supérieur et informe le gestionnaire du milieu de vie en question du délais requis.

7. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – GUICHET SANTÉ PHYSIQUE (GSP) (DSRPSD)

7.1 Responsabilités spécifiques au refus de quitter le centre hospitalier vers un milieu spécifique de réadaptation (refus C).

- Évalue, selon les balises établies, les possibilités d'octroyer un lit directement dans un milieu qui serait accepté par l'usager-famille (sans brimer d'autres usagers) avant de faire poursuivre l'application de la trajectoire;
- Documente au dossier du GSP et au tableau de recensement des refus les démarches et résultats quand il en est informé;
- Lors du premier refus, passe au suivant et attribue le lit à un nouvel usager. Des adaptations peuvent être pertinentes et nécessaires selon des cas spécifiques (ex : lit octroyé en milieu surspécialisé);
- Lors du deuxième refus, réserve le lit 24 heures ou jusqu'au retour du cadre supérieur et informe le gestionnaire du milieu de vie en question du délais requis.

8. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – CHEF DE PROGRAMME, CHEF DE SERVICE, CHEF D'UNITÉ (DSRPSD, DSMSSS, DMSP)

8.1 Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- Si l'usager est connu du service de santé mentale et hospitalisé en santé physique, aviser le chef de service fluidité de cette équipe. Il prendra contact avec son coordonnateur pour effectuer les étapes subséquentes.
- S'assure du respect de la trajectoire selon le type de refus et des délais prévus;
- Soutien son intervenant dans la démarche;

- Informe son coordonnateur clinico-administratif dès qu'il est avisé par l'intervenant du maintien du refus après son interventions;
- Informe le médecin traitant des démarches en cours et s'assure de sa collaboration dans la signature du congé au moment opportun;
- S'il est désigné comme participant à la rencontre avec l'usager-famille, se prépare à une contribution active en se référant à l'aide-mémoire approprié;
- Escalade tout risque de plainte et/ou médiatique à son coordonnateur clinico-administratif;
- Lorsque désigné comme gestionnaire responsable, assure un suivi auprès de l'usager-famille le lendemain de la rencontre afin de conclure si le refus est résolu ou non;
- En l'absence de l'intervenant à la rencontre, le chef met une note au dossier de l'usager. Si l'usager est hospitalisé, il collige l'information dans l'outil OWNSA (usager connu du SAD seulement) et dans l'outil Web PPCC. Finalement, il avise les équipes impliquées, au besoin;
- Au deuxième refus et/ou en cas de judiciarisation du refus, il contribue à la concertation avec le Service des affaires juridiques et fournit les informations nécessaires à la poursuite du dossier, et ce en respect du cadre de référence pour la tenue de dossier des membres du Conseil multidisciplinaires et des normes des ordres professionnels concernés.

9. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – CHEF FLUIDITÉ SANTÉ MENTALE (DPSMDI)

9.1 Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- Collabore à la gestion du refus d'un usager connu de la santé mentale et hospitalisé dans les unités de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO).
- Avise le coordonnateur de l'équipe clinique concernée.

10. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SAC HÉBERGEMENT (DHSLD), CHEF RI (DSRPSD)

10.1 Responsabilités spécifiques au refus de transit (refus A)

En tant que représentant du milieu receveur :

- Participe et contribue aux rencontres avec l'usager-famille lorsque sollicité et se prépare à une contribution active en se référant à l'aide-mémoire approprié;
- Fait le lien avec le gestionnaire ou le partenaire du milieu concerné si une planification de visite est requise et/ou souhaitée.

11. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – COORDONNATEUR CLINICO ADMINISTRATIF (DSRPSD, SAD, DSMSSS, DMSP, DPSMDI)

11.1 Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- S'assure du respect de la trajectoire selon le type de refus et des délais prévus;
- Planifie et anime la concertation avec les coordonnateurs des directions impliquées au dossier afin d'identifier les participants à la rencontre avec l'usager-famille ainsi qu'avec le gestionnaire responsable et coordonne la planification de la rencontre avec le cadre supérieur le cas échéant;
- Au besoin, fait les liens avec les coordonnateurs des directions partenaires pour ajouter des participants à la rencontre (ex : représentant RI, CHSLD, MDA , expert SAD). Il est fortement recommandé d'inclure le SAD pour des usagers-familles qui nomment des enjeux de confiance envers ce service;
- Supporte, conseille et accompagne le gestionnaire responsable dans la gestion du refus;
- Escalade tout risque de plainte et/ou médiatique à son directeur-adjoint;
- Informe son directeur-adjoint dès qu'il est avisé par le gestionnaire responsable du maintien du refus après la rencontre tenue.

12. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – DIRECTEUR-ADJOINT (DSRPSD, DSMSSS-OP, DMSO, DPSMDI)

12.1 Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- S'assure du respect de la trajectoire selon le type de refus et des délais prévus;
- Adapte, prépare et remet l'avis écrit durant la rencontre de l'usager-famille;
- Anime la rencontre de l'usager-famille en se référant à l'aide-mémoire approprié;
- Assure un suivi auprès de l'usager-famille le lendemain de la rencontre afin de conclure si le refus est résolu ou non;
- Informe le gestionnaire du MAH de l'issue de la rencontre;
- Au deuxième refus et/ou lors de la judiciarisation du refus, convoque et mandate le Service des affaires juridiques et fournit les informations nécessaires à la poursuite du dossier, dont une copie de l'avis écrit remis et ce, en respect du cadre de référence pour la tenue de dossier des membres du Conseil multidisciplinaires et des normes des ordres professionnels concernés;
- Informe son directeur de toute judiciarisation et évalue le risque de plainte et/ou médiatique et fait les liens appropriés, le cas échéant.

13. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – MÉDECINS

13.1 Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- Participe, sur demande, à la rencontre d'un usager-famille lorsque requis;
- Soutien l'intervenant et le gestionnaire dans l'orientation suggérée;

13.2 Responsabilités spécifiques (refus B)

- Confirme la possibilité de congé et rédige les prescriptions de départ en prévision des démarches annoncées par le chef d'unité.

14. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – SERVICES DES AFFAIRES JURIDIQUES (DRH)

14.1 Responsabilités générales (refus A, B, C et D)

- Évalue avec le directeur-adjoint, la valeur ajoutée de contacter directement l'usager-famille à titre d'avocat de l'organisation, et le cas échéant, procède rapidement. Il informe ensuite le directeur-adjoint des conclusions de cet appel;
- Se rend disponible dans les meilleurs délais afin de tenir la concertation demandée par directeur-adjoint impliqué;
- Prend connaissance de l'avis écrit remis à l'usager-famille, recueille les informations pertinentes et propose les prochaines étapes vers la judiciarisation du dossier;
- Fait les représentations nécessaires afin d'obtenir une décision judiciaire.

15. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PROCÉDURE

15.1 Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien la l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD)

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

15.2 Direction des services multidisciplinaires, santé et services sociaux (DSMSSS); Direction médicale et des services professionnels (DMSP); Direction programmes santé mentale, dépendance, et itinérance (DPSMDI); Direction de l'hébergement de soins de longue durée (DHSLD); Service des affaires juridiques (Direction des ressources humaines); Direction des communications (DCOM).

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

15.3 Calendrier de révision de la procédure

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

16. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente procédure entre en vigueur le jour de son adoption par le Comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal.

17. ANNEXES

Annexe 1 - Logigramme A : Refus de quitter le centre hospitalier ou le centre de réadaptation vers l'hébergement transitoire (RI, CHSLD, MDA)

Annexe 2 - Logigramme B : Refus de quitter le centre hospitalier, de réintégrer son domicile (avec ou sans services) et/ou de procéder à la demande d'hébergement du domicile (DHD)

Annexe 3 - Logigramme C : Refus de quitter le centre hospitalier vers un milieu spécifique de réadaptation

Annexe 4 - Logigramme D : Refus d'un transfert en réadaptation

Annexe 5 - Aide-mémoire : contenu à aborder lors des rencontres avec l'usager et sa famille

Annexe 6 - Modèle d'avis écrit A : Refus de quitter le centre hospitalier ou le centre de réadaptation vers l'hébergement transitoire (RI, CHSLD, MDA)

Annexe 7 - Modèle d'avis écrit B : Refus de quitter le centre hospitalier, de réintégrer son domicile (avec ou sans services) et/ou de procéder à la demande d'hébergement du domicile (DHD)

Annexe 8 - Modèle d'avis écrit C : Refus de quitter le centre hospitalier vers un milieu spécifique de réadaptation

Annexe 9 - Modèle d'avis écrit D : Refus d'un transfert en réadaptation

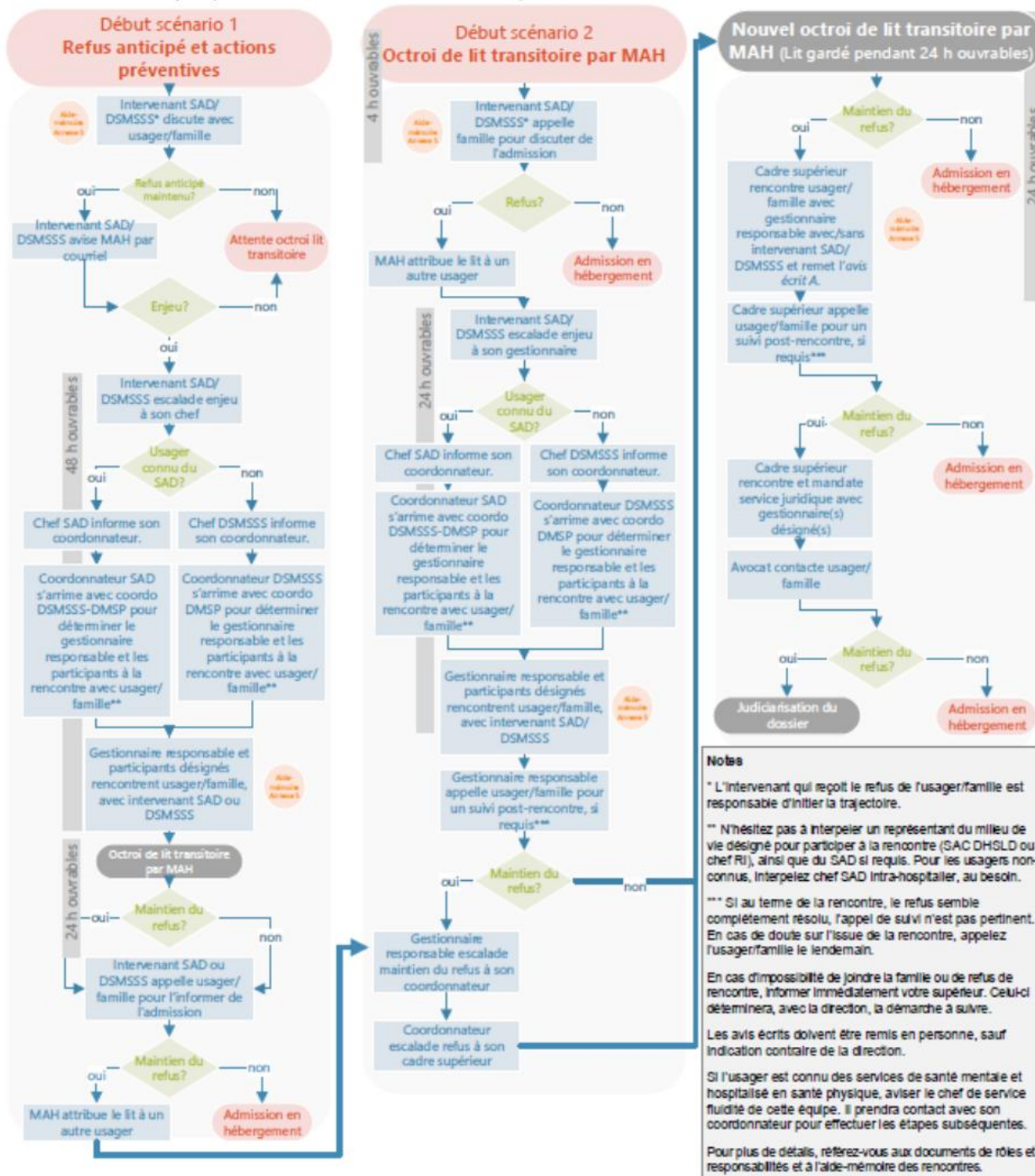


Annexe 1

Logigramme A : Refus de quitter le centre hospitalier ou le centre de réadaptation vers l'hébergement transitoire (RI, CHSLD, MDA)

PRO-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation - Février 2026

Introduction : Ce logigramme est une démarche générique. Des adaptations peuvent être pertinentes et nécessaires selon des cas spécifiques (ex. : lit octroyé en milieu surspécialisé). Si l'usager est en ordonnance d'hébergement et refuse d'être admis en hébergement à l'octroi du lit, sollicitez une rencontre avec le service juridique directement. Le MAH réservera le lit le temps des démarches.





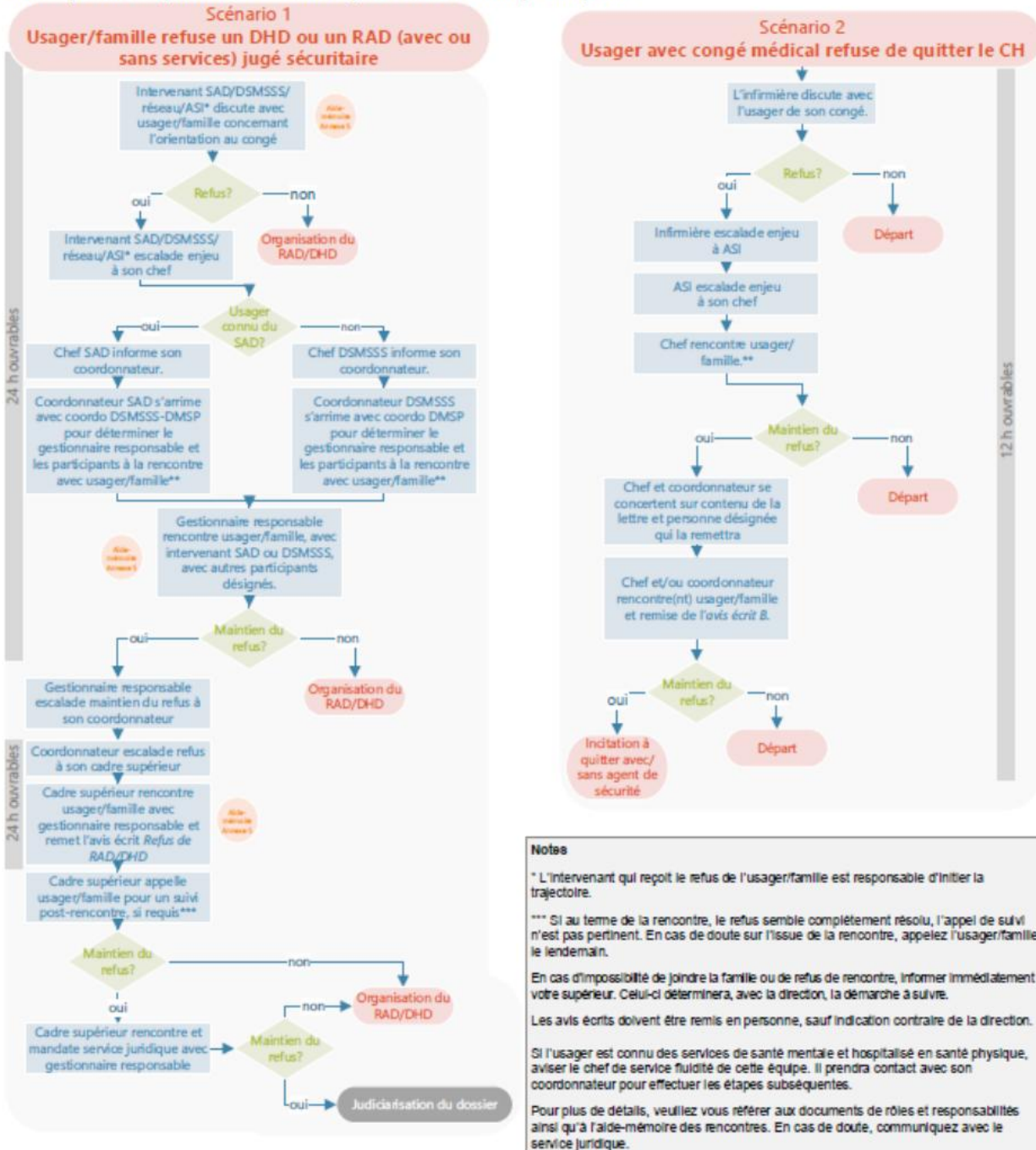
Annexe 2

Logigramme B : Refus de quitter le centre hospitalier, de réintégrer son domicile (avec ou sans services) et/ou de procéder à la demande d'hébergement du domicile (DHD)

PRO-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation - Février 2026

Introduction : Ce logigramme est une démarche générique. Des adaptations peuvent être pertinentes et nécessaires selon des cas spécifiques.

Nous prenons en considération qu'un retour à domicile (RAD) jugé sécuritaire ou une demande d'hébergement à partir du domicile (DHD) jugée sécuritaire sont des positions cliniques concertées et multidisciplinaires dans les cas les plus complexes.



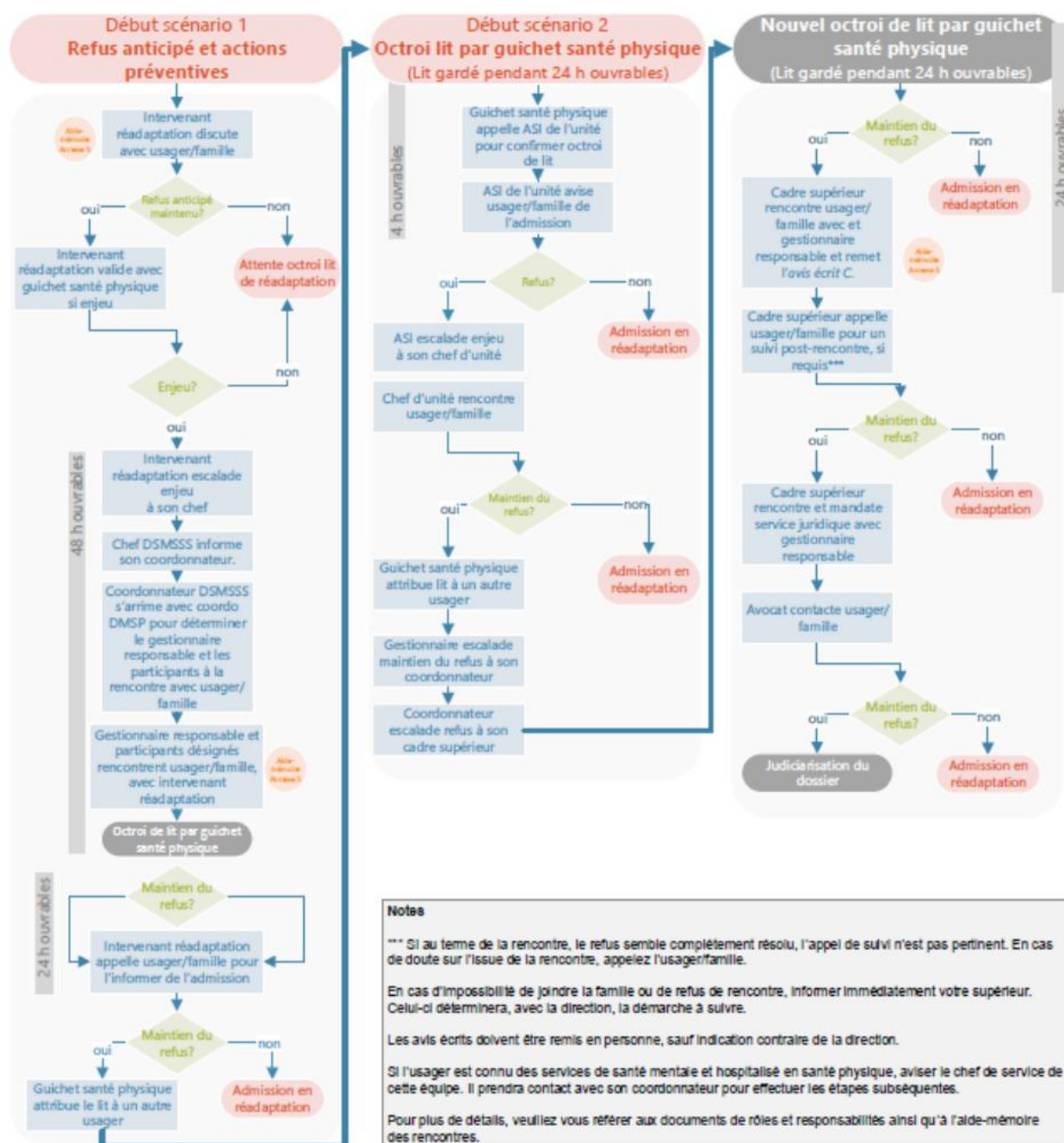


Annexe 3

Logigramme C : Refus de quitter le centre hospitalier vers un milieu spécifique de réadaptation

PRO-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation - Février 2026

Introduction : Ce logigramme est une démarche générique. Des adaptations peuvent être pertinentes et nécessaires selon des cas spécifiques. Cette trajectoire s'applique si l'usager refuse un milieu de réadaptation spécifique (ex. : usager qui veut seulement aller à Marie-Clarac et lit offert à Jeanne-Le Ber). Advenant un refus d'aller en réadaptation, voir logigramme D (Annexe 4).



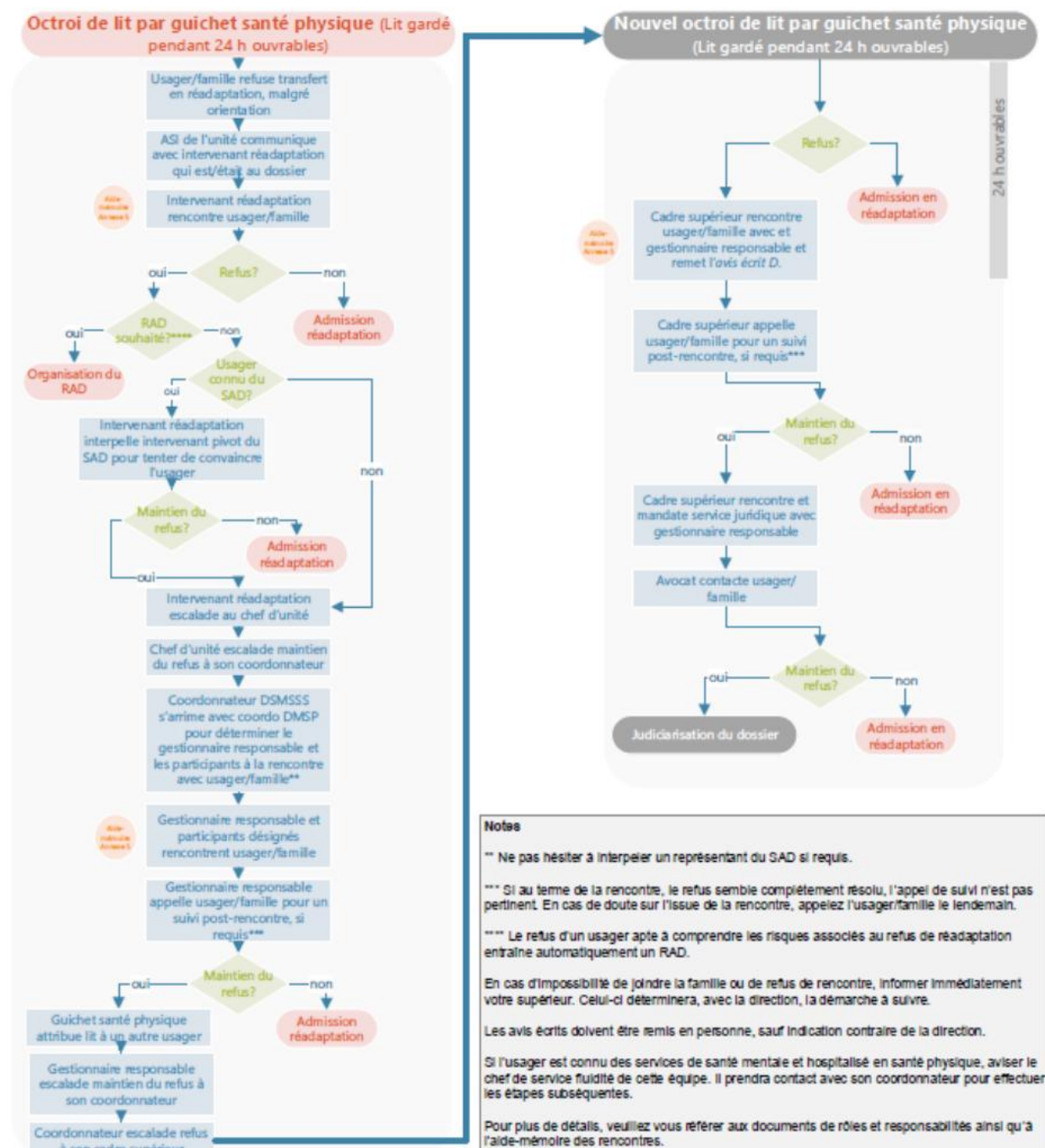


Annexe 4

Logigramme D : Refus d'un transfert en réadaptation

PRO-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation - Février 2026

Introduction : Ce logigramme est une démarche générique. Des adaptations peuvent être pertinentes et nécessaires selon des cas spécifiques (ex. : lit octroyé en milieu surspécialisé). Cette trajectoire s'applique si l'utilisateur refuse un transfert en milieu de réadaptation, alors que c'était l'orientation jugée la plus sécuritaire pour l'utilisateur. Advenant un refus d'un milieu spécifique en réadaptation, voir logigramme C (Annexe 3).



Annexe 5

Aide-mémoire : Contenu à aborder lors des rencontres avec usager/famille

Pro-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation

Février 2026

A - Refus de quitter le centre hospitalier ou le centre de réadaptation vers l'hébergement transitoire (RI, CHSLD, MDA)

Rencontre 1	Intervenant
	• Explorer les motifs de refus et offrir l'écoute et soutien nécessaire; • Rappeler à l'usager-famille qu'à la signature du consentement à l'hébergement la notion de la possibilité de transit avait été expliquée; • Informer l'usager-famille des autres options que l'hébergement public en provenance du CH, et nommer les avantages de chacune : - o RAD avec/sans services/DHO : préciser services possibles, l'intensité, les équipements requis et ceux pouvant être fournis; possibilité d'attendre le premier choix de milieu de vie du domicile; - o RPA : services offerts par le SAD ou en achat de services si requis, crédit d'impôt, etc.; - o Dans les deux cas, nommer les risques identifiés, les services pouvant les compenser et revenir sur le principe qu'un risque zéro n'existe pas. • Si l'usager était orienté vers un milieu spécialisé (ex: SPEC, UP), l'informer des motifs ou des comportements qui ont justifié cette orientation, et expliquer le nombre de milieux restreints pour ce type de lits ainsi que l'attente associée; • Encourager la visite du milieu proposé et/ou référer au site internet pour un visuel du milieu: - o CHSLD publics et Maisons des aînés (MDA) - o CHSLD privés conventionnés - o Ressources intermédiaires (RI) • Expliquer le cadre de référence du MAH : notion de transit, principe d'équité envers les autres usagers en attente, priorité accordée au premier choix après l'admission en transit. Référer à l'aperçu des listes d'attentes (unités régulières seulement) en CHSLD et MDA sur le site internet: Liste d'attente en hébergement CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • Nommer clairement que le CH n'est pas le lieu approprié pour attendre un hébergement et que l'usager n'a plus besoin du plateau technique; • Expliquer les risques d'une hospitalisation prolongée (infections nosocomiales, déconditionnement); • Si maintien du refus en conclusion de rencontre : Informer que la situation sera signalée à un gestionnaire pour la suite.

Rencontre 2	Intervenant
	• Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les options présentées (RAD, recherche RPA ou transit), en raison du refus du lit proposé; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre; • Rappeler les explications données à la signature du consentement et lors de la dernière rencontre.
Rencontre 2	Représentant du milieu CHSLD / MDA / RI (si présent)
	• Encourager et/ou organiser avec le gestionnaire la visite du milieu proposé; • Rassurer sur l'offre de service harmonisée entre installations, sur l'approche préconisée et sur les bienfaits d'un milieu de vie vs le CH; • Expliquer les critères et l'offre de service du milieu spécialisé, le cas échéant et les motifs d'orientation vers ce milieu pour l'usager (besoins ne pouvant être répondus complètement ailleurs).
Rencontre 2	Gestionnaire
	• Renommer clairement que le CH n'est pas le lieu approprié pour attendre un hébergement et les risques d'une hospitalisation prolongée (infections nosocomiales, déconditionnement); • Explorer avec l'usager-famille les CHSLD et MDA qui ont peu ou pas d'attente dans le secteur souhaité (Réf : Liste d'attente en hébergement); • Rappeler le principe d'équité : usagers en transit sont prioritaires sur usagers hospitalisés, ainsi que ceux qui attendent de leur domicile et qui nécessitent un hébergement urgent; • Adopter une posture ferme tout en demeurant empathique : préciser que les choix possibles sont: retourner à domicile ou accepter le transit/lit. • Expliquer que le refus n'est pas toléré, et qu'un prochain lit leur sera offert rapidement; • Si maintien du refus en conclusion de rencontre : Informer qu'un représentant de la direction sera impliqué à la prochaine étape et que des mesures pouvant aller jusqu'à la judiciarisation du refus pourraient être entreprises par le CEMTL.

Rencontre 3	Intervenant
	• Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les options présentées (RAD, recherche RPA ou transit); • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre; • Rappeler les explications données à la signature du consentement et lors de la dernière rencontre.
Rencontre 3	Gestionnaire
	• Revenir sur le contenu de la dernière rencontre en présence de l'intervenant (si intervenant absent); • Rappeler les deux offres de lit refusées et les options qui avaient été proposées.
Rencontre 3	Directeur adjoint
	• Compléter et appuyer le résumé effectué par le gestionnaire et/ou l'intervenant; • Adopter une posture ferme tout en demeurant empathique: réitérer que les choix sont retournés à domicile ou accepter le transit/lit • En cas de refus maintenu, lire l'avis écrit et remettre une copie à l'usager-famille. • Informer que, si le refus persiste lors de l'appel prévu le lendemain matin, des mesures légales seront entreprises, sans autre avis ni délai.

(Indiquer le titre)

Annexe 5

Aide-mémoire : Contenu à aborder lors des rencontres avec usager/famille

Pro-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation

Février 2026

B - Refus de quitter le centre hospitalier, de réintégrer son domicile (avec ou sans services) et/ou de procéder à la demande d'hébergement du domicile (DHD)

Rencontre 1	Intervenant • Explorer les motifs de refus et offrir l'écoute et soutien nécessaire; • Discuter avec l'usager-famille des besoins identifiés en vue d'un retour à domicile et des options disponibles pour les compenser (services CLSC, achat services RPA, DHD, équipements); • Discuter des stratégies possibles pour aider le proche-aidant, si pertinent; • Aborder la notion de gestion du risque et du risque nul inexistant, tant en CH, qu'en hébergement, qu'à domicile; • Rappeler que l'état de l'usager ne requiert plus de soins actifs et le plateau hospitalier • Rassurer l'usager-famille concernant les capacités résiduelles et l'importance des AVQ-AVD pour maintenir une certaine autonomie (si pertinent); • Expliquer les risques d'une hospitalisation prolongée (infections nosocomiales, déconditionnement tant physique que cognitif). Spécifiquement pour les refus de DHD: • Nommer clairement que le CH n'est pas le lieu approprié pour attendre un hébergement; • Si maintien du refus en conclusion de rencontre : Informer l'usager-famille que la situation sera signalée à un gestionnaire pour la suite.
Rencontre 2	Intervenant • Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les solutions présentées pour compenser les besoins identifiés, en raison du refus du lit proposé; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre. Gestionnaire • Adopter une posture ferme tout en demeurant empathique : préciser que de rester en CH n'est pas une option; • Revenir sur les risques d'une hospitalisation prolongée (infections nosocomiales, déconditionnement tant physique que cognitif); • Si maintien du refus en conclusion de rencontre : Informer qu'un représentant de la direction sera impliqué à la prochaine étape et que des mesures pouvant aller jusqu'à la judiciarisation du refus pourraient être entreprises par le CEMTL. Spécifiquement pour les refus de DHD: • Renommer clairement que le CH n'est pas le lieu approprié pour attendre un hébergement.
Rencontre 3	Intervenant • Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les solutions présentées pour compenser les besoins identifiés; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre. Gestionnaire • Revenir sur le contenu de la dernière rencontre en présence de l'intervenant (si intervenant absent). Directeur adjoint • Compléter et appuyer le résumé effectué par le gestionnaire et/ou l'intervenant; • Adopter une posture ferme tout en demeurant empathique : réitérer les options discutées; • En cas de refus maintenu, lire l'avis écrit et remettre une copie à l'usager-famille. • Informer que, si le refus persiste lors de l'appel prévu le lendemain matin, des mesures légales seront entreprises, sans autre avis ni délai.

Annexe 5

Aide-mémoire : Contenu à aborder lors des rencontres avec usager/famille

Pro-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation

Février 2026

C - Refus de quitter le centre hospitalier vers un milieu spécifique de réadaptation

Rencontre 1	Intervenant • Explorer les motifs de refus et offrir l'écoute et soutien nécessaire; • Rappeler que lors du dépôt de la demande de réadaptation, il avait été expliqué que plusieurs milieux offraient le service, et que le lit offert serait dans le premier milieu disponible et répondant aux besoins de l'usager; • Si c'est le cas, expliquer que pour certains diagnostics ou besoins, les milieux de réadaptation sont plus restreints et que pour répondre à ses besoins spécifiques, il n'y a pas d'autres choix que celui offert; • Informer des autres options que la réadaptation, et expliquer les risques et les impacts potentiels sur les objectifs de réadaptation et le retour / maintien du niveau d'autonomie fonctionnelle : ◦ RAD avec/sans services : préciser services possibles, l'intensité, les équipements requis et ceux pouvant être fournis; ◦ RPA : services offerts par le SAD ou en achat de services si requis, crédit d'impôt, etc.; ◦ Dans les deux cas, nommer les risques identifiés, les services pouvant les compenser et revenir sur le principe qu'un risque zéro n'existe pas.
	Intervenant • Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les solutions présentées pour compenser les besoins identifiés, en raison du refus du lit proposé; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre. Gestionnaire • Adopter une posture ferme : préciser que de rester en CH et de choisir son milieu de réadaptation ne sont pas des options; • Revenir sur les risques d'une hospitalisation prolongée (infections nosocomiales, déconditionnement tant physique que cognitif); • Nommer le statut NSA (usager stable, ne requérant plus l'intensité d'un lit en centre hospitalier) et expliquer les impacts du refus sur l'accès aux lits hospitaliers par les usagers qui en ont besoin; • Si maintien du refus en conclusion de rencontre : Informer qu'un représentant de la direction sera impliqué à la prochaine étape et que des mesures pouvant aller jusqu'à la judiciarisation du refus pourraient être entreprises par le CEMTL.
Rencontre 3	Intervenant • Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les solutions présentées pour compenser les besoins identifiés; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre. Gestionnaire • Revenir sur le contenu de la dernière rencontre en présence de l'intervenant (si intervenant absent).
	Directeur adjoint • Compléter et appuyer le résumé effectué par le gestionnaire et/ou l'intervenant; • Adopter une posture ferme : réitérer les options discutées; • En cas de refus maintenu, lire l'avis écrit et remettre une copie à l'usager-famille. • Informer que, si le refus persiste lors de l'appel prévu le lendemain matin, des mesures légales seront entreprises, sans autre avis ni délai.

Annexe 5

Aide-mémoire : Contenu à aborder lors des rencontres avec usager/famille

Pro-127 - Gestion des refus des usagers NSA ou FRA de quitter le centre hospitalier ou de réadaptation

Février 2026

D - Refus d'un transfert en réadaptation

Rencontre 1	Intervenant • Explorer les motifs de refus et offrir l'écoute et soutien nécessaire; • Rappeler que l'usager-famille avait donné son consentement au dépôt de la demande de réadaptation et que des objectifs de réadaptation avaient été convenus avant le retour à domicile; • Informer des autres options que la réadaptation, et expliquer les risques et les impacts potentiels sur le retour / maintien du niveau d'autonomie fonctionnelle : ◦ RAD avec/sans services : préciser services possibles, l'intensité, les équipements requis et ceux pouvant être fournis; ◦ RPA : services offerts par le SAD ou en achat de services si requis, crédit d'impôt, etc.; ◦ Dans les deux cas, nommer les risques identifiés, les services pouvant les compenser (partiellement ou complètement) et revenir sur le principe qu'un risque zéro n'existe pas. • Nommer qu'il n'est pas possible de poursuivre sa réadaptation en milieu hospitalier.
Rencontre 2	Intervenant • Revenir sur l'historique du dossier; • Faire un état de situation du niveau d'autonomie actuel de l'usager et rappeler les objectifs qui avaient été établis; • Résumer la dernière rencontre et les solutions présentées pour compenser les besoins identifiés, en raison du refus du lit proposé; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre. Gestionnaire • Adopter une posture ferme : préciser que de rester en CH et de choisir son milieu de réadaptation ne sont pas des options; • Revenir sur les risques d'une hospitalisation prolongée (infections nosocomiales, déconditionnement); • Nommer le statut NSA (usager stable, ne requérant plus l'intensité d'un lit en centre hospitalier) et expliquer les impacts du refus sur l'accès aux lits hospitaliers par les usagers qui en ont besoin; • Si maintien du refus en conclusion de rencontre : Informer qu'un représentant de la direction sera impliqué à la prochaine étape et que des mesures pouvant aller jusqu'à la judiciarisation du refus pourraient être entreprises par le CEMTL.
Rencontre 3	Intervenant • Revenir sur l'historique du dossier; • Résumer la dernière rencontre et les solutions présentées pour compenser les besoins identifiés; • Poser la question concernant l'avancée des réflexions et des démarches effectuées depuis la dernière rencontre. Gestionnaire • Revenir sur le contenu de la dernière rencontre en présence de l'intervenant (si intervenant absent). Directeur adjoint • Compléter et appuyer le résumé effectué par le gestionnaire et/ou l'intervenant; • Adopter une posture ferme : réitérer les options discutées; • En cas de refus maintenu, lire l'avis écrit et remettre une copie à l'usager-famille. • Informer que, si le refus persiste lors de l'appel prévu le lendemain matin, des mesures légales seront entreprises, sans autre avis ni délai.

ANNEXE 6



(Prénom, nom)
Adresse complète
Montréal (Québec) (code postal)
Date du jour

Objet: Votre refus de transfert vers un lit au Nom de l'établissement

Madame, Monsieur (Nom),

La présente lettre fait suite aux discussions que vous avez eues avec votre équipe de soins (noms et titres des intervenants) aux dates suivantes: (inscrire les dates).

Votre situation actuelle

Vous avez été hospitalisé le (inscrire la date).

En date du (inscrire la date de la désignation NSA), nous vous avons informé que votre état de santé ne nécessitait plus les soins spécialisés offerts en milieu hospitalier. Afin de mieux répondre à vos besoins et d'assurer votre sécurité, nous vous avons recommandé un transfert vers une ressource d'hébergement adaptée à votre situation.

Vous avez reçu un feuillet explicatif ainsi qu'une lettre vous informant qu'un lit transitoire pourrait vous être proposé en premier lieu, dans l'attente d'une place permanente dans l'un des milieux d'hébergement figurant parmi vos choix.

(Nom de l'intervenant ou de l'intervenante) a complété votre demande d'hébergement avec votre consentement. À la suite de cette démarche, vous avez été orienté vers le milieu de vie suivant: CHSLD / Maison des aînés / ressource intermédiaire.

Nous comprenons que cette étape puisse être difficile pour vous et vos proches. Toutefois, nous devons également tenir compte des besoins des usagers qui attendent une hospitalisation en raison d'une condition médicale aiguë ou spécialisée nécessitant l'accès à un lit hospitalier.

Une place disponible pour vous

Le (inscrire la date), nous vous avons informé qu'une place était disponible au (nom de la ressource d'hébergement) et que votre transfert était prévu le (inscrire la date).

Le (inscrire la date), vous avez exprimé votre refus d'être transféré vers cette ressource.

ANNEXE 6 (SUITE)



Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal—Universitaire

Nous souhaitons vous rappeler que la place qui vous est proposée répond aux besoins identifiés par votre équipe de soins. Cette place demeure actuellement réservée pour vous.

Votre décision attendue

Vous devez nous communiquer votre décision **dans un délai de 24 heures** suivant la réception de cette lettre.

Les options qui s'offrent à vous sont les suivantes :

1. → **Accepter le lit transitoire qui vous est proposé** et intégrer cette ressource dans les 24 heures;
2. → **Retourner à domicile**, avec ou sans services du CLSC, selon votre situation;
3. → **Trouver un autre milieu de vie répondant à vos besoins**, notamment une résidence privée pour aînés (RPA), et l'intégrer dans un délai maximal de sept (7) jours.

Nous tenons à vous rassurer : l'acceptation d'un **lit transitoire** n'a aucune incidence sur votre rang ou votre priorité sur la liste d'attente pour l'obtention d'une place permanente dans le milieu d'hébergement de votre choix. Vous conservez l'ensemble de vos droits et votre priorité demeure inchangée.

Refus de quitter l'hôpital

Si vous maintenez votre refus de quitter l'hôpital malgré les options qui vous sont offertes, les recours ou mesures légales appropriés pourront être entrepris à votre égard, sans autre avis ni délai.

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à en discuter avec votre équipe de soins. Nous sommes là pour vous accompagner dans cette transition et vous soutenir dans la recherche de la solution la mieux adaptée à votre situation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

¶

¶

Prénom et nom du cadre supérieur

Fonction

Signature et date

¶

¶ Saut de section (continu) ¶

¶

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4

¶



Date du jour

Monsieur, Madame (Prénom, Nom)
 Adresse
 Ville (Québec), Code postal

Objet : Votre départ de nom de l'établissement et votre retour à domicile

Monsieur,

La présente lettre fait suite aux discussions que vous avez eues avec votre équipe de soins (noms et titres des intervenants) aux dates suivantes (inscrire les dates).

Votre situation actuelle

Vous avez été hospitalisé le (inscrire la date).

Le (inscrire la date de la désignation NSA), votre état de santé a été jugé stable et vous avez obtenu votre congé médical. Cela signifie que vous n'avez plus besoin des soins spécialisés offerts à l'hôpital et que vous devez maintenant quitter l'établissement.

Nous comprenons que cette situation puisse être difficile pour vous et vos proches. Toutefois, nous devons également tenir compte des besoins des usagers qui attendent une hospitalisation pour une condition médicale nécessitant des soins aigus ou spécialisés.

Votre retour à domicile

Comme discuté avec l'équipe, certains besoins importants devront être comblés lors de votre retour à domicile afin d'assurer votre sécurité. Il s'agit notamment de :

- → (inscrire les besoins, par exemple : aide à l'hygiène personnelle, soutien pour la prise de médicaments, préparation des repas, assistance aux déplacements, etc.)
- → (préciser les services qui seront assurés par le CLSC et ceux qui relèvent de la famille ou des proches aidants)

ANNEXE 7 (SUITE)

Si ces besoins ne sont pas comblés, vous pourriez être exposé à certains risques, notamment :
(détailler les risques associés à la situation).

Votre collaboration afin que ces besoins soient pris en charge est essentielle pour assurer votre sécurité lors de votre retour à domicile. Soyez assuré que l'équipe des soins et services à domicile mettra en place les interventions requises afin de répondre à votre situation.

Départ de l'hôpital

Vous devez quitter l'établissement dans les 24 heures suivant la réception de cette lettre. **(ajuster au besoin selon la situation particulière et les délais nécessaires à la mise en place des services).**

Si vous maintenez votre refus de quitter l'hôpital, les recours ou mesures légales appropriés pourront être entrepris, sans autre avis ni délai.

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à en discuter avec votre équipe de soins. Nous sommes là pour vous accompagner dans cette transition.

Veuillez agréer, **(Madame ou Monsieur)** nos salutations distinguées.

¶

¶

¶

Signature

Prénom, Nom du signataire de la lettre

Titre

¶ Saut de section (continu)

¶

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4

¶

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal—Universitaire



¶

La date du jour¶

¶
¶
¶
¶

Madame/Monsieur (Prénom,
nom)¶
(adresse, postale)¶
Ville (Québec) Code postal¶
¶

Objet : Refus de transfert vers un lit de réadaptation au [nom de l'établissement]¶

Madame, Monsieur [Nom],¶

Cette lettre fait suite aux discussions que vous avez eues avec les membres de votre équipe de soins
(**noms et titres professionnels**) aux dates suivantes : **[dates]**¶

Votre situation actuelle¶

Vous avez été hospitalisé(e) le **[date]**¶

En date du **[date de désignation NSA]**, nous vous avons informé(e) que votre état de santé ne
nécessitait plus les soins spécialisés offerts dans un centre hospitalier de courte durée. Afin de
répondre adéquatement à vos besoins et d'assurer votre sécurité, votre équipe de soins vous a
recommandé un transfert vers un milieu de réadaptation.¶

[Nom du professionnel] a complété, avec votre consentement, une demande de place en
réadaptation afin de soutenir votre rétablissement et favoriser le maintien ou le développement de
votre autonomie. Selon l'évaluation de votre situation, vous avez été orienté(e) vers le milieu suivant :¶

- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)¶
- Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)¶
- Unité de lits post-aigus¶
- Ou tout autre milieu de réadaptation répondant à vos besoins.¶

Nous comprenons que cette situation puisse être difficile pour vous et vos proches. Toutefois, nous
devons également tenir compte des besoins des usagers qui sont en attente d'une hospitalisation et
qui nécessitent des soins aigus ou spécialisés.¶

Une place disponible pour vous¶

Le **[date]**, nous vous avons informé(e) qu'une place était disponible au **[nom du centre de
réadaptation]** et que votre transfert était prévu pour le **[date]**.¶

ANNEXE 8 (SUITE)

Le **[date]**, vous avez manifesté votre refus d'être transféré(e) vers ce milieu.¶

Nous souhaitons vous rappeler que la place qui vous est offerte répond aux besoins identifiés par votre équipe de soins. Cette place demeure actuellement réservée pour vous.¶

Votre décision attendue¶

Dans un délai de 24 heures suivant la réception de cette lettre, vous devrez nous communiquer votre décision.¶

Les options qui s'offrent à vous sont les suivantes:¶

- 1.→ Accepter la place disponible en réadaptation;¶
- 2.→ Retourner à domicile, avec ou sans services de soutien à domicile du CLSC;¶
- 3.→ Identifier un autre milieu de vie répondant à vos besoins (par exemple, une résidence privée pour aînés ou tout autre milieu approprié) et l'intégrer dans un délai maximal de sept (7) jours.¶

Si vous maintenez votre refus de quitter l'hôpital malgré les recommandations de votre équipe de soins et l'offre d'une place répondant à vos besoins, les recours ou mesures légales appropriés pourraient être entrepris, conformément aux dispositions applicables, sans autre avis ni délai.¶

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration. Si vous avez des questions ou des préoccupations, nous vous invitons à en discuter avec votre équipe de soins, qui demeure disponible pour vous accompagner tout au long de cette transition.¶

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.¶

[Nom du gestionnaire ou du professionnel responsable]¶

[Titre]¶

[Nom de l'établissement]¶

¶

¶

¶

¶ Saut de section (continu) :.....

¶

Nom de l'installation¶

000, rue de 0000

Ville (Québec) A0A 0A0¶

Nom de l'installation

(retirer s'il n'y en a pas)

000, rue de 0000

Ville (Québec) A0A 0A0¶

..... Saut de section (continu) :.....

...

¶

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal—Universitaire¶



1

Le 24 juin 00001

11
1

9

À l'attention de : [Nom de l'utilisateur] 9

[Adresse de l'utilisateur] 9

9

Objet : votre transfert vers un milieu de réadaptation 9

9

Madame/Monsieur [Nom] 9

9

Cette lettre fait suite aux discussions que vous avez eues avec votre équipe de soins (noms et professions), aux dates suivantes : dates 00009

Votre situation actuelle 9

Vous avez été hospitalisé le date. En date du date NSA, nous vous avons expliqué que vous n'aviez plus besoin des soins spécialisés de l'hôpital. Pour mieux répondre à vos besoins et assurer votre sécurité, nous vous avons recommandé un transfert vers un milieu de réadaptation. 9

Nom de la personne a complété, avec votre consentement, une demande de lit en réadaptation afin de soutenir votre rétablissement et de favoriser votre autonomie. Selon votre situation, vous avez été orienté vers le milieu suivant : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) / Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) / Unité de lits post-aigus, etc. 9

Nous comprenons que cette situation puisse être difficile pour vous et vos proches. Toutefois, nous devons aussi prendre en compte les besoins des usagers qui attendent d'être hospitalisés pour une condition médicale nécessitant des soins aigus ou spécialisés. 9

Une place disponible pour vous 9

Le date, nous vous avons informés qu'un lit était disponible au centre de réadaptation nom du centre et que votre transfert était prévu pour le date. 00009

Le date, vous avez exprimé votre refus à être transféré à cet endroit, ainsi que d'être orienté dans tout milieu de réadaptation. 9

Nous respectons votre droit de refus. Toutefois, nous avons l'obligation de vous informer que refuser la réadaptation pourrait ralentir ou limiter certains aspects importants de votre rétablissement. 9

Votre retour à domicile (Retirer cette section si non requise) 9

Comme discuté avec l'équipe, si vous maintenez votre décision de retourner à domicile, certains besoins importants devront être comblés afin d'assurer votre sécurité. Il s'agit notamment de : Détailler les besoins (ex. : aide pour l'hygiène, la mobilité, etc.). NB : Distinguer ceux comblés par CLSC vs pris en charge par famille. 9

9

Si ces besoins ne sont pas comblés, vous pourriez être exposé à certains risques : Détailler les risques. 0009
L'équipe considère que vous avez la capacité de comprendre ces risques et de faire un choix éclairé selon votre situation et vos priorités. 9

Votre collaboration pour que ces besoins soient pris en charge par le CLSC est essentielle à votre sécurité, dès votre retour à domicile. Soyez assuré que l'équipe des soins à domicile mettra en place les services requis pour répondre à votre situation. 9

Départ de l'hôpital 9

Vous devez quitter l'établissement dans les 24 heures suivant la réception de cette lettre (Ajuster au besoin selon les cas particuliers et/ou délai d'installation des services). 9

Si vous maintenez votre refus de quitter l'hôpital, des mesures légales nécessaires pourront être entreprises à votre égard, sans autre avis ni délai. 0000009

ANNEXE 9 (SUITE)



1

Le 24 juin 00001

Nous vous remercions de votre compréhension et votre collaboration. Si vous avez des questions ou des inquiétudes, n'hésitez pas à en discuter avec votre équipe. Nous sommes là pour vous accompagner dans cette transition. 1

Cordialement, 1

1

1

Prénom et nom du cadre supérieur ou du coordonnateur 1

Fonction 1

Signature et date 1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

Saut de section (continu)

1

Nom de l'installation 1

000, rue de 000 1
Ville (Québec) ADA-0401

Nom de l'installation
(retirer s'il n'y en a pas) 1

000, rue de 000 1
Ville (Québec) ADA-0401

Saut de section (continu)

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire 1

