

PROCÉDURE EN REGARD DE L'ÉPISODE DE SOINS (HOSPITALISATION)

Section I | CONTEXTE

Lors d'un épisode de soins, il n'est pas rare de constater certaines difficultés vécues en termes de suivi. Il est répertorié, par exemple, que certains usagers n'ont pas d'intervenants de référence et les raisons sont diverses (intervenant pivot absent ou a quitté le dossier). Conséquemment, notre clientèle perd contact avec les personnes significatives de leurs milieux, provoquant à court et moyen terme une potentielle perte d'acquis, de repères et diminuant ainsi les chances d'une réintégration harmonieuse en communauté. Cela est sans compter les nombreux impacts psychologiques négatifs que suscite parfois un épisode de soins à plus long terme pour les usagers, lorsque ces derniers se retrouvent en bris de milieu de vie.

Nous avons constaté aussi que la cohabitation des intervenants des deux milieux, ainsi que les différentes approches et mandats peuvent rendre la collaboration et la concertation difficiles pendant l'épisode de soins de l'utilisateur.

Ces enjeux sont très importants si nous tenons compte que le délai diffère avant de trouver un milieu de vie adapté et que le processus de réadaptation pour l'utilisateur, durant cette période, est à prioriser.

Section II | PROTOCOLE DE CONVOCATION À LA PREMIÈRE RENCONTRE PENDANT L'ÉPISODE DE SOINS (HOSPITALISATION)

Pour ces raisons, il nous apparaît donc évident de déterminer et de clarifier la séquence et les actions à entreprendre lorsque l'utilisateur est admis dans l'une des unités d'hospitalisation du PPD1 de l'IUSMM.

2.1 Cibler les acteurs clés au début du processus

Les deux (2) chefs de service devront organiser **une rencontre interdisciplinaire à l'intérieur des sept (7) premiers jours de l'épisode de soins**. C'est la responsabilité du chef d'unité à l'IUSMM de contacter le chef de service du CCSMTL. L'infirmière de liaison du CCSMTL transmettra les coordonnées du gestionnaire à contacter au chef d'unité responsable de l'IUSMM. Ceux-ci décideront de la façon et de la pertinence de la rencontre avec l'utilisateur afin de lui expliquer les enjeux du plan de traitement et le protocole à suivre pendant l'épisode de soins.

Si les chefs déterminent la pertinence de rencontrer l'utilisateur au préalable, l'intervenant pivot du CCSMTL expliquera et clarifiera le sens de la rencontre, obtiendra son consentement au besoin et transmettra l'autorisation des personnes qui seront présentes à cette première rencontre.

Les deux (2) gestionnaires (CCSMTL - IUSMM) détermineront sans délai, l'équipe clinique responsable du suivi avant la première rencontre qui se tiendra dans la première semaine de l'épisode des soins.

2.2 Lien avec la Direction des programmes DI-TSA-DP du CEMTL (services spécifiques/première ligne)

Si impliqué dans le dossier, l'intervenant de la **Direction des programmes DI-TSA-DP du CEMTL** (services spécifiques) sera invité à la première rencontre. Le chef de service du CCSMTL aura la responsabilité de coordonner les acteurs nécessaires à cette première rencontre (chef d'unité de l'IUSMM, famille, représentant légal, équipe clinique et services spécifiques au besoin).

2.3 Bris d'hébergement

Le chef de service du CCSMTL, responsable du dossier, doit déterminer dès cette première rencontre, s'il y a une probabilité de bris de milieu de vie et présenter les enjeux actuels en termes de possibilités et d'hypothèses de relocalisation. Il sera important de clarifier le suivi des gestionnaires dans de telles circonstances via la mise en place des balises claires de communication entre les deux parties.

Il est de la responsabilité du gestionnaire (CCSMTL) de présenter les démarches effectuées pour une intégration dans un autre milieu de vie au chef de service de l'institut ainsi qu'au représentant légal et à la famille, si tel est le cas. Cette présentation des démarches effectuées, ainsi qu'un état de la situation, devra s'effectuer aux deux semaines ou plus fréquemment au besoin. Les dates et les moyens de communication entre les gestionnaires seront à déterminer entre eux lors de la première rencontre (courriel, téléphone...).

À noter qu'en cas de relocalisation d'un usager, les démarches en ce sens sont réalisées par l'intermédiaire des gestionnaires des deux établissements qui transmettront l'information aux intervenants pivots.

2.4 Modalités de soutien

Au courant du premier mois de l'épisode de soins, des rencontres cliniques entre les deux intervenants pivots doivent être réalisées au minimum 1x/semaine ou selon les besoins déterminés lors de la première rencontre. Ces intervenants pivots feront par la suite la transmission d'informations aux autres membres de l'équipe. La fréquence et les modalités des suivis doivent être convenues entre les équipes en fonction de la complexité clinique et du PI de l'utilisateur.

Notons par ailleurs qu'un maintien hebdomadaire des visites de l'intervenant pivot du CCSMTL à l'utilisateur doit être effectué tout au long de l'épisode de soins.

SECTION III | COMPOSITION DE L'ÉQUIPE CLINIQUE

Indépendamment du manque potentiel de ressources humaines, les équipes cliniques se doivent d'être prédéterminées par le gestionnaire. Les chefs de service impliqués ont la responsabilité de mettre en place une équipe fonctionnelle, capable d'intervenir en situation d'urgence et d'effectuer le suivi de la situation de la personne, pendant l'épisode de soins.

3.1 Compositions des équipes

- a) CCSMTL ,
 - Milieu de vie substitut : De façon générale, nous y retrouvons un gestionnaire, un intervenant pivot (éducateur), un professionnel en soins infirmiers, un psychoéducateur et un travailleur social.
 - Adaptation/ Réadaptation en milieu de vie naturel : Un gestionnaire et un éducateur pivot; un psychoéducateur devra éventuellement faire partie de cette équipe, dès son embauche.
- b) IUSMM: L'équipe clinique se compose généralement d'un gestionnaire, d'un professionnel en soins infirmiers, d'un médecin, d'un éducateur -pivot et d'un travailleur social (au besoin).
- c) ** Concernant les équipes des services spécifiques/ première ligne, celle-ci se compose habituellement de travailleurs sociaux et du chef de programme.

SECTION IV | CLARIFICATION DES RÔLES

4.1 Rôle et fonction des Chefs de service

- Mise en place rapide d'une équipe clinique fonctionnelle pour entamer le processus de concertation;
- Vérification de la congruence des interventions en lien avec la mission de son service;
- Responsable des suivis, planifier les rencontres conjointes au besoin, informer le partenaire des nouvelles pertinentes au dossier (Ex. : possibilité de congé définitif, confirmation d'une place en hébergement, etc.) et veiller à ce que tous les éléments et actions déterminées lors de la première rencontre se réalisent.

4.2 Rôle et fonctions de l'intervenant pivot

« L'intervenant pivot est responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Qu'il combine ou non cette fonction à des tâches cliniques propres à son domaine de formation, c'est lui qui soutient et accompagne la personne, sa famille et ses proches dans le processus d'obtention des services » (MSSS, 2017). Par ailleurs, il est important d'affirmer que l'intervenant pivot n'exerce pas de fonction hiérarchique auprès des autres acteurs impliqués dans le dossier.

L'intervenant pivot n'a pas de titre d'emploi associé à cette fonction. Au CCSMTL, la fonction d'intervenant pivot est habituellement attribuée aux éducateurs spécialisés. Dans les services spécifiques du CEMTL cette fonction est dédiée aux travailleurs sociaux.

Les tâches et fonctions de l'intervenant pivot seront entre autres :

- Responsable de la mise en place d'un calendrier des rencontres et de concerter les personnes invitées;
- Responsable d'animer les rencontres (au besoin, le psychoéducateur au dossier);
- Responsable du suivi hebdomadaire de l'utilisateur;
- Responsable de remplir le formulaire suite à la première rencontre;
- Responsable de la mise en place du plan de transition et de l'AIMM-PAM avec la collaboration du psychoéducateur;
- Responsable du suivi auprès du gestionnaire concerné.

4.3 La participation de la personne, sa famille et les proches

En concertation avec les équipes cliniques et l'utilisateur, si tel est le cas, les chefs détermineront les modalités de participation de la personne et la fréquence des contacts avec la famille et les proches. Si la famille n'est pas présente à la première rencontre, l'intervenant pivot devra les

contacter afin de préciser ses attentes. Pour les suivis à venir, la personne qui possède le meilleur lien avec la famille aura la responsabilité de communiquer avec celle-ci et de rester disponible au besoin.

SECTION V | FORMULAIRE DE PLANIFICATION DE L'ÉPISODE DE SOINS (HOSPITALISATION)

5.1 Première partie

Un aide-mémoire permet à l'intervenant pivot du CCSMTL de se préparer à la première rencontre, en précisant les éléments suivants :

- Les coordonnées des personnes impliquées dans le dossier;
- Le résumé du profil de l'utilisateur avec les stratégies et recommandations cliniques;
- Le résumé des recommandations lors des épisodes de soins antérieurs;
- Une clarification de la demande de service;
- Une ébauche des stratégies à mettre en place pour favoriser le processus de réintégration dans son milieu de vie (Plan d'intégration – AIMM-PAM).

5.2 Deuxième partie

Cette partie du formulaire résume et structure la première rencontre entre les deux équipes cliniques. Le formulaire devra être rempli par l'intervenant pivot du CCSMTL, la journée de la rencontre. Les éléments suivants devront être intégrés dans cette partie:

- L'implication de chaque équipe, ainsi que les objectifs de l'épisode de soins et le partage des tâches et responsabilités de tous les acteurs impliqués;
- Les modalités de soutien en termes de fréquence des rencontres : implication de l'utilisateur, de la famille, de l'équipe clinique et des gestionnaires responsables, du calendrier de rencontre et du plan de transition;
- Les rendez-vous médicaux ou autres prévus pour l'utilisateur afin de coordonner les actions à prévoir pour honorer les rendez-vous dans la mesure du possible;
- Les canaux de communication pour le suivi du dossier : centraliser les communications aux gestionnaires responsables concernant les usagers en relocalisation.

SECTION VI | ANNEXE

6.1 Formulaire de Planification de l'épisode de soins en hospitalisation (Hospitalisation)

Formulaire de Planification de l'épisode de soins (Hospitalisation)

À compléter durant la première semaine d'hospitalisation

Nom de l'utilisateur : _____

Coordonnées de l'utilisateur : _____

Date admission en hospitalisation : [Cliquez ici pour entrer une date.](#) Date de la réunion: [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

Date de congé d'hospitalisation prévue : [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

Relocalisation prévue (si oui, justifier) : _____

Nom de l'intervenant pivot du CSMTL : _____

1. AIDE-MÉMOIRE

Informations à colliger en préparation à la rencontre pour l'intervenant pivot du CCSMTL

- Coordonnées des personnes impliquées dans le dossier de l'utilisateur
- Clarification de la demande de service en lien avec l'épisode de soins en hospitalisation
- Résumé du profil de l'utilisateur incluant les stratégies et recommandations cliniques (c.-à-d. informations incluses dans le sommaire de renseignement, plan de transition, PAM TGC, etc.,)
- Résumé des recommandations lors des hospitalisations antérieures
- Ébauche de stratégies à mettre en place pour favoriser le processus de réintégration dans son milieu de vie (ex. Plan d'intégration- AIMM – PAM)
- Calendrier des rendez-vous médicaux ou autre à venir

2. PERSONNES SIGNIFICATIVES POUR LA PLANIFICATION DE L'ÉPISODE DE SOINS EN HOSPITALISATION

CCSMTL	CETML
Intervenant pivot :	Intervenant pivot désigné:
Gestionnaire/coordonnateur clinique :	Gestionnaire/Chef d'unité :
Psychiatre :	Psychiatre :
Autres professionnels significatifs:	Autres professionnels significatifs:
Usager/Membre(s) de famille :	
Autres (ex. professionnels du CLSC) :	

3. PLAN D'INTERVENTION DE L'ÉPISODE DE SOINS EN HOSPITALISATION

OBJECTIFS	ACTIONS	MOYENS	FACILITATEURS ET OBSTACLES	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER
1.					

Formulaire de Planification de l'épisode de soins (Hospitalisation)

À compléter durant la première semaine d'hospitalisation

2.					
3.					
4.					

4. MODALITÉS DE SOUTIEN/SUIVI EN COURS D'HOSPITALISATION

Au cours du premier mois d'hospitalisation de l'utilisateur, des rencontres cliniques doivent être réalisées au minimum 1x/semaine entre les deux intervenants pivots ou selon les besoins déterminés lors de la rencontre de l'épisode de soins en hospitalisation, lesquels feront par la suite la transmission d'informations aux autres membres de l'équipe. La fréquence et les modalités des suivis doivent être convenues entre les équipes en fonction de la complexité clinique et du PI de l'utilisateur. Notons par ailleurs qu'un maintien hebdomadaire des visites de l'intervenant pivot du CCSMTL à l'utilisateur doit être effectué tout au long de l'hospitalisation. En cas de relocalisation d'un usager, les démarches en ce sens sont réalisées par l'intermédiaire des gestionnaires des deux établissements qui transmettront l'information aux intervenants pivots.

Modalités de suivi (rencontres, contact téléphonique, courriel, etc.) : _____

Fréquence et calendrier des suivis : _____

Personnes présentes : _____

5. AUTRES SUIVIS MÉDICAUX OU AUTRE

Afin de faciliter le suivi des rendez-vous médicaux ou autres suivis significatifs pour l'utilisateur, il importe pour le CCSMTL de transmettre à l'équipe traitante du CEMTL le calendrier des rendez-vous médicaux de l'utilisateur et de s'entendre sur les modalités de transport et d'accompagnement de ce dernier.

Rendez-vous

Date/Horaire

Accompagnement/transport

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

Québec 

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

Québec 

Formulaire de Planification de l'épisode de soins (Hospitalisation)

À compléter durant la première semaine d'hospitalisation

NOTE : SVP, JOINDRE TOUT AUTRE DOCUMENT PERTINENT AU FORMULAIRE

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

Québec 

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

Québec 

Formulaire de Planification de l'épisode de soins (Hospitalisation)

***À compléter durant la première semaine d'hospitalisation ***