

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL

Gestion du refus de l'utilisateur

Réseau montréalais de la santé et des services sociaux



Le Cadre de référence régional – Gestion du refus de l'utilisateur est une production conjointe de l'ensemble des établissements du réseau montréalais :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ)
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL)
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (COMTL)
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL)
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL)
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CNMTL)
- Institut de cardiologie de Montréal (ICM)
- Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM)

Il a été rédigé conjointement par un comité de travail issu du *Comité d'optimisation des mécanismes d'accès pour les clientèles NSA de Montréal*, dans le cadre des travaux entourant la vigie des NSA :

Rédactrice principale :

- Mme Jennifer Pépin, spécialiste en procédés administratifs, direction générale adjointe, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Comité de travail :

- Mme Angèle Bergevin, coordonnatrice des continuums clientèles, CHUM
- Mme Marie-Ève Caron, chef des services psychosociaux et des soins spirituels en santé physique, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- Mme Nathalie Dupont, coordonnatrice services thérapeutiques et de réadaptation, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Mme France Robert, chef de service du Centre d'optimisation des flux réseau (COFR), CHUM
- Mme Katherine Thibodeau, chef des services sociaux et neuropsychologie santé physique mission hospitalière, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Mme Sylvie Tiernan, chef intérimaire de la gestion de lits, de la gestion de cas et de la brancarderie centralisée, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Sylvain Villiard, consultant, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

À noter que des consultations spécifiques ont eu lieu avec le service des affaires juridiques et le service des ressources financières du CCSMTL. Pour soutenir le déploiement de ce cadre, un plan de communication a également été réalisé par le service des communications et du marketing du CCSMTL.

Nos remerciements aux différents CIUSSS qui ont accepté de mettre à la disposition du comité de travail, des documents de référence et exemples qui ont permis de bonifier ce cadre. Les modèles de lettre sont le fruit de cette collaboration.

À noter qu'en raison de la pandémie COVID 19 , le document rédigé en 2019 a été entériné par le réseau montréalais en 2021 et déployé en 2022 suite à la participation des membres du comité conjoint des guichets et des CHSGS pour une révision sommaire.

1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1
514 528-2500
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Notes

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

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web : www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca -

© Gouvernement du Québec, février 2022

ISBN XXX-X-XXXXX-XXX-X (Imprimé)

ISBN XXX-X-XXXXX-XXX-X (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

Table des matières

Liste des acronymes et sigles.....	4
Lexique	5
1. Introduction	8
2. Objectif	8
3. Champ d'application.....	8
4. Cadres de référence complémentaires.....	9
5. Bonnes pratiques et transferts.....	9
5.1 Situations et profils complexes des usagers NSA : bonnes pratiques	10
6. Refus des usagers NSA : premières étapes	10
6.1 Dans le cas d'une orientation vers une autre ressource, un milieu de vie souhaité par l'utilisateur et répondant aux besoins :	11
6.2 Dans le cas d'un retour à domicile sécuritaire :.....	12
6.3 Dans le cadre du choix par l'utilisateur d'une réadaptation fonctionnelle en privée :.....	12
7. Refus de l'utilisateur : Mécanisme de gestion des litiges.....	13
7.1 Comité/rencontre locale pour la planification de congé complexe.	13
7.2 Éthicien	13
7.3 Service des affaires juridiques.....	13
8. Frais exigibles.....	15
Références	21
Annexe 1 : Cadres législatifs réglementaires et normatifs.....	22
Annexe 2 : Rôles et responsabilités	24
Annexe 3 : Modèle de lettre – Explication du mécanisme d'hébergement et du processus de transfert (français)	26
Annexe 4 : Modèle de lettre – Explication du mécanisme d'hébergement et du processus de transfert (français)	28
Annexe 5 : Modèle de lettre – Explication du mécanisme d'hébergement et du processus de transfert (anglais).....	29
Annexe 6 : Modèle d'avis écrit pour l'utilisateur qui a obtenu son congé et qui refuse de quitter l'installation ou l'établissement.....	31
Annexe 7 : Modèle d'avis écrit pour l'utilisateur qui refuse d'être transféré dans une ressource d'hébergement adaptée à ses besoins	32
Annexe 8 : Algorithme décisionnel – orientation de l'utilisateur.....	34
Annexe 9 : Marche à suivre en cas de contestation de l'orientation par l'utilisateur.....	35
Annexe 10 : Lexique des variables RQSUCH.....	36

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CH)
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
FRA	Fin de réadaptation active
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatifs
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
PPCC	Planification précoce et conjointe de congé
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RNI	Ressource non institutionnelle
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

LEXIQUE

Accommodement

En vertu de la Loi favorisant le respect de la neutralité religieuse de l'État et visant notamment à encadrer les demandes d'accommodements pour un motif religieux dans certains organismes, un accommodement est une mesure qui vise à corriger ou à prévenir une situation de discrimination. Le but de l'accommodement, quel qu'il soit, est d'éviter qu'une personne soit privée de l'accès à des services en raison de caractéristiques personnelles qui ne peuvent être modifiées sans en affecter son identité (sociale, ethnique, religieuse, etc.). Ainsi, l'objectif n'est pas d'accorder des privilèges ni un « traitement de faveur » à certains individus, mais plutôt de leur assurer une égalité. Chaque demande d'accommodement doit être étudiée au cas par cas.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Les CHSLD sont des milieux de vie substitués temporaires ou permanents, qui offrent « des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage.¹ »

Domicile²

Le domicile est considéré comme le lieu de vie choisi par l'utilisateur, sans recours aux mécanismes d'accès d'un établissement, c'est-à-dire l'endroit où il réside de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison, une chambre, un appartement, un HLM, une coopérative d'habitation ou une RPA.

Guichet d'accès

Dans le présent document, les guichets d'accès réfèrent aux mécanismes d'accès à la réadaptation et soins post-aigus. Il existe plusieurs guichets d'accès. On retrouve généralement un guichet d'accès dans chaque CIUSSS ainsi que certains guichets dits régionaux destinés à une clientèle spécifique. Chaque guichet est constitué de professionnels dont le rôle est d'évaluer et d'orienter les demandes de services pour assurer l'accès aux services requis par l'état de santé de l'utilisateur. Son rôle est déterminant pour assurer une priorisation des services en fonction des critères d'admissibilité de chaque programme.

Inaptitude à consentir aux soins aux soins/hébergement de l'utilisateur

La capacité à consentir aux soins/hébergement réfère à la capacité de l'utilisateur à prendre une décision libre et éclairée eu égard aux soins/hébergement requis par son état de santé. Selon le Code civil du Québec, toute personne est présumée apte à consentir aux soins/hébergement requis par son état de santé. Cette capacité est distincte d'autres types de capacité (capacité

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2, art. 83), l'Éditeur officiel du Québec, à jour au 1er mars 2017

² MSSS. Cadre de référence en Soutien à domicile, 22 juin 2017, section 1.3 — L'admissibilité.

fonctionnelle, mentale, psychiatrique), et doit être vérifiée chaque fois qu'un soin/hébergement est proposé. La capacité à consentir est spécifique à un soin et ne peut être généralisée à l'ensemble des soins. Elle est évaluée par l'intervenant qui demande le consentement relatif à une décision précise. Pour que les démarches identifiées à la section *Marche à suivre en cas de contestation* (annexe 9) du présent document puissent être entamées, l'évaluation devra être faite formellement par un médecin bien que la détermination soit souvent le fruit d'un travail interdisciplinaire.

Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH)

Instance responsable d'orienter toutes les demandes d'hébergement pour les usagers desservis sur son territoire et de coordonner l'accès à partir des principes régionaux de régulation des admissions. Chaque CIUSSS est responsable d'un mécanisme d'accès et certains sont dits régionaux afin de répondre aux besoins de clientèles spécifiques (ex. santé mentale, déficience intellectuelle).

Niveau de soins alternatifs (NSA-FRA)

Le terme « niveau de soins alternatifs (NSA) est utilisé dans les milieux de soins de santé CHSGS, dont les soins de courte durée, les soins continus complexes, les soins en santé mentale et la réadaptation. Il décrit les personnes qui continuent d'occuper un lit dans un établissement même si elles ne requièrent plus les ressources et les services qui y sont fournis³. »

Le terme FRA « Un usager est considéré en FRA lorsqu'il a atteint les objectifs fixés à son plan d'intervention en réadaptation (incluant le congé médical), et ce, quel que soit l'état d'avancement des démarches permettant son retour dans son milieu de vie antérieur ou dans un autre milieu de vie⁴. »

Personne autorisée

La personne autorisée est, en cas d'inaptitude de l'usager à consentir aux soins, le représentant légal (curateur, tuteur ou mandataire) de l'usager. En l'absence de représentant légal, la personne autorisée a une responsabilité légale et éthique d'agir dans le seul intérêt de l'usager, et ce, en conformité aux volontés que cette dernière a pu manifester. En vertu du Code civil du Québec (C.c.Q.), la personne autorisée doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, opportuns et en proportion aux risques.

Programme des soins postaigus

Advenant l'impossibilité d'un retour à domicile malgré une offre de soutien à domicile, le programme de soins postaigus répond aux besoins des usagers nécessitant une période de récupération de leur autonomie fonctionnelle ou ayant besoin d'une réadaptation modérée et progressive ou de la convalescence. Le programme de soins postaigus regroupe aussi l'hébergement temporaire et l'urgence sociale.

³ Institut canadien d'information sur la santé. Manuel de saisie de l'information de la BDCP, 2011-2012. Ottawa, ON : ICIS; 2012;(chap. 10) : 1-7.

⁴ Santé et Services sociaux Québec, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle. Processus de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) pour les usagers admis en milieu de réadaptation en santé physique, neurologie et dans les autres programmes régionaux – adopté par la Table régionale RFI le 9 mai 2018 et par la Table régionale SAPA le 9 juin 2019, p.2

Résidence à assistance continue (RAC)

Milieu résidentiel spécialisé transitoire, d'adaptation et de réadaptation, qui dispose du personnel de l'établissement sur place 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce type de ressource accueille des usagers ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience physique et un trouble grave du comportement.

Ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF)⁵

Les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) sont un milieu de vie complémentaire au milieu naturel ou au milieu institutionnel. Par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des usagers enfants, adultes ou aînés, elles permettent de favoriser et de maintenir leur intégration, leur participation sociale et leur rétablissement au cœur de la communauté. Une RI-RTF doit avoir conclu une entente spécifique ou particulière avec un établissement afin que celui-ci puisse lui confier des usagers. L'établissement confiera un usager à une RI-RTF selon les modalités, les mécanismes et les critères d'accès qui sont déterminés.

SAPA

Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées regroupe, dans un guichet unique, tous les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie et à leurs aidants. Ces services sont, par exemple, l'évaluation des besoins, à la suite de laquelle des soins infirmiers ou des services spécialisés peuvent être reçus; les services à domicile; les services communautaires aux aidants, comme les repas et le transport; les services d'hébergement adaptés aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.⁶

Soutien à domicile (SAD)

Le soutien à domicile offre des services à des personnes en perte d'autonomie, ayant un handicap physique ou une déficience intellectuelle :

- Les soins et services professionnels et infirmiers ;
- Les services d'aide à domicile ;
- Les services aux proches aidants ;
- Le soutien technique.

Ces services visent à réduire les hospitalisations, à en réduire la durée, et à faciliter le retour au domicile après une maladie ou une chirurgie. Un plan d'intervention est élaboré selon les besoins du demandeur à la suite d'une évaluation professionnelle. Ce plan regroupe les services nécessaires pour assurer son maintien à domicile. Les services de soutien à domicile peuvent être offerts sur une base temporaire ou à long terme, selon les besoins de la personne.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (soins de réadaptation équivalents à cinq fois/semaine et plus) qui reçoit des personnes de 18 ans et plus. Ces personnes répondent à la définition de la clientèle du programme de Services en déficience physique dont l'atteinte

⁵CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST. Ressources non institutionnelles [en ligne]. www.crditedme.ca/ressources/ressources-non-institutionnelle/ [page consultée en mars-2017].

⁶www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=2515

entraîne ou risque d'entraîner des incapacités significatives et persistantes reliées aux activités motrices. L'URFI reçoit également des personnes, dont la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux est réduit ou risque de l'être. Les usagers reçoivent pour une durée limitée des services intensifs de réadaptation spécialisée ou surspécialisée nécessaires à la reprise de leurs activités courantes et à la réalisation de leurs rôles sociaux.

1. INTRODUCTION

À la suite d'une hospitalisation ou d'un séjour en réadaptation, le retour à domicile de l'utilisateur est toujours l'option privilégiée par l'équipe interdisciplinaire. Cependant, cette option ne permet pas toujours de répondre adéquatement aux besoins de l'utilisateur et de lui offrir la prise en charge conséquente. De la même façon, afin de poursuivre les soins nécessaires dictés par la condition de l'utilisateur, il peut s'avérer pertinent de considérer un déplacement vers un autre établissement de santé, une autre unité de soins ou une autre installation disposant des ressources répondant à ses besoins.

Le présent cadre de référence aborde les refus de transferts et de congés des usagers et propose au personnel des établissements du réseau montréalais des actions à poser lors d'une telle situation. Ce cadre de référence a fait l'objet d'une importante consultation et validation auprès d'acteurs clés du réseau oeuvrant auprès des usagers NSA, auprès des PDGA du réseau montréalais, ainsi qu'auprès d'intervenants du MSSS.

Afin de situer les actions suggérées aux contextes des refus, il est important de préciser qu'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA) est un usager ne requérant plus de soins actifs, mais devant être orienté vers un autre milieu de soins ou d'autres services, plus adapté à ses besoins. Rappelons également que l'occupation de lits de courte durée, par des usagers ne requérant plus ce niveau de soins, constitue une réponse sous-optimale à leurs besoins et réduit l'accès à ceux en ayant davantage besoin. Pareillement, le maintien d'un usager sur une unité de soins intensifs ou dans un centre de soins tertiaires alors que ses besoins peuvent être répondus par un autre niveau de soins fait en sorte de limiter l'accès à ces services pour d'autres usagers.

2. OBJECTIF

Ce cadre de référence se veut un guide à l'attention des établissements afin d'harmoniser les pratiques au sein du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal lorsqu'un usager refuse un transfert. Il fournit aux équipes interdisciplinaires, des outils et des stratégies permettant d'assurer une fluidité des usagers dans le processus de transfert pour la suite des soins ou pour un niveau de soins alternatif. Ce document ne remplace aucunement le jugement clinique des intervenants.

3. CHAMP D'APPLICATION

Ce cadre de référence s'applique lorsqu'un usager :

- a. est en soins actifs et nécessite des soins sur une autre unité de soins, dans une autre installation ou un autre établissement;

b. est en NSA et nécessite des soins dans une autre installation ou un autre établissement.
et **refuse un transfert** vers le lieu proposé répondant mieux à ses besoins de santé.

4. CADRES DE RÉFÉRENCE COMPLÉMENTAIRES

- *Planification précoce et conjointe des congés – Balises d’harmonisation régionale*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, mars 2015.
- *Cadre de référence provincial – Mécanisme d’accès à l’hébergement pour les adultes en perte d’autonomie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014.
- *Cadre de référence régional, Mécanisme d’accès à l’hébergement pour les adultes en perte d’autonomie*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2014
- *Cadre de référence régional - Programme de soins postaigus et services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle montréalaise*. Réalisation conjointe des membres de la Table de réadaptation fonctionnelle intensive de Montréal et du sous-comité sur les soins postaigus de la Table SAPA de Montréal, 2017.
- *Mécanisme d’accès régional - Ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal*, Coordination santé mentale et dépendances, Direction des programmes-services, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014.
- *Chez soi. Le premier choix. Politique de maintien à domicile*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014.
- *Rapport spécial du Protecteur du citoyen. Pour un accès à l’hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches* Québec, le 28 octobre 2021

5. BONNES PRATIQUES ET TRANSFERTS

La planification du transfert ou du congé débute dès l’admission de l’usager, et ce, avec une approche participative et inclusive, c’est-à-dire en impliquant l’usager et ses proches, les intervenants appropriés et les partenaires du réseau (voir annexes 2 et 8). Les processus sont définis, notamment, dans le document *Planification précoce et conjointe des congés – Balises d’harmonisation régionale (mars 2015)*.

Dès que c’est possible, l’usager (ou ses proches) doit être informé des soins et services que sa condition requiert ou pourra ensuite requérir, et ce, incluant les transferts vers une autre unité de soins ou une autre installation.

L’orientation anticipée pour l’usager tout comme le transfert qui l’accompagne doit être expliqué à celui-ci au même titre que les autres soins, et ce, dès que l’usager et/ou ses proches sont en mesure d’échanger sur le sujet. De la même façon, les diverses implications liées au transfert doivent être expliquées incluant le formulaires à compléter, coûts associés, délais liés au processus de transfert, sont autant de renseignements qui doivent être transmis dès que possible. L’usager doit comprendre, accepter et prévoir cette étape de transfert dans son

cheminement de soins. L'approche et les explications transmises sont importantes et peuvent faciliter sa compréhension de la trajectoire de soins.

En somme, l'évaluation des besoins de l'utilisateur précède la transmission de la demande de services ou la demande de transfert. Faite précocement, en continu et de façon inclusive avec l'utilisateur et/ou ses proches, cette évaluation permet à l'utilisateur d'anticiper, accepter et participer à la planification du transfert ou du congé avec l'équipe soignante. Afin de pouvoir planifier la suite des soins et services adéquatement, et avec l'utilisateur, les professionnels concernés doivent être interpellés rapidement et leur prise en charge de l'utilisateur faite avec promptitude.

5.1 Situations et profils complexes des usagers NSA : bonnes pratiques

Certains usagers présentent un profil complexe ou des besoins relevant de plusieurs établissements, installations ou programmes. Une approche de collaboration entre les différents acteurs, directions et établissements concernés est à privilégier afin d'assurer une réponse aux besoins particuliers de l'utilisateur. Selon la nature des difficultés rencontrées par l'équipe et advenant un refus de transfert de l'utilisateur, l'équipe peut faire appel aux instances suivantes :

1) Comité/rencontre locale pour la planification de congé complexe

L'objectif de ces rencontres est de déterminer la meilleure orientation pour les usagers présentant des besoins particuliers alors que les choix d'orientation à venir ne font pas consensus au sein de l'équipe. Les rencontres peuvent être tenues entre des représentants de la direction des soins infirmiers, des services professionnels, des services multidisciplinaires et de toutes autres directions pertinentes.

2) Comité d'évaluation pour les adultes NSA présentant un enjeu d'orientation – interétablissements

Ce comité est sollicité lorsque l'orientation d'un usager est complexe, que toutes les étapes préalables de concertation ont été réalisées ou que les demandes de soins alternatifs font l'objet de refus par les différents mécanismes d'accès. Le dossier de l'utilisateur peut alors être soumis au comité afin de recevoir une orientation basée sur les recommandations des experts cliniques membres du comité. La décision est guidée par l'expertise clinique et si applicable, par les cadres de référence nationaux et régionaux pertinents. S'il n'y a pas consensus sur une recommandation, un mécanisme d'escalade est prévu auprès des différentes instances de la gouverne régionale montréalaise.

6. EN CAS DE SITUATION DE REFUS :

Il peut survenir **qu'un usager refuse le plan de congé ou l'orientation suggérée** par l'équipe interdisciplinaire, par le guichet ou le mécanisme d'accès à l'hébergement.

L'équipe doit :

- Questionner l'utilisateur afin de valider la sécurité et la viabilité du plan. Toutefois, l'équipe ne peut refuser le congé d'un usager apte même si la nature et le niveau de services paraît insuffisant.
- Fournir l'information nécessaire à l'utilisateur qui planifie son congé.
- Consigner au dossier le refus de soins de l'utilisateur qui s'oppose à l'orientation correspondant à ses besoins.
- Expliquer à l'utilisateur (et ses proches) les avantages, inconvénients et risques de son refus.
- Transmettre, après signature du formulaire de consentement par l'utilisateur, les informations nécessaires aux ressources alternatives.

Dans ce contexte, il est important de savoir que :

- **L'utilisateur doit quitter l'établissement dès qu'il reçoit son congé.** L'établissement pourra prendre des moyens légaux dans le cas inverse (annexe 9).
- **L'hébergement est un soin au sens de l'art. 11 du Code civil du Québec (C.c.Q.)** et l'établissement n'aura d'autre choix que de respecter la décision d'une personne apte à consentir au soin d'hébergement. Ainsi, la façon de gérer un refus catégorique et de poursuivre une démarche juridique pour un hébergement varie en fonction des conclusions du médecin et de l'équipe interdisciplinaire quant à la capacité de l'utilisateur à consentir à ses soins. À cet effet, à défaut de quitter pour intégrer la ressource proposée ou son domicile, l'utilisateur doit identifier une solution alternative.

6.1 Dans le cas d'une orientation vers une autre ressource, un milieu de vie souhaité par l'utilisateur et répondant aux besoins :

L'utilisateur doit identifier une ressource, laquelle doit offrir les soins et les services requis. L'équipe interdisciplinaire valide l'offre de services de la ressource. Si la ressource répond adéquatement à ses besoins, l'utilisateur doit être transféré. Les frais exigibles débutent dès la date de début NSA voir au point 8 du tableau des frais pour les précisions.

Si la ressource ne convient pas aux besoins de l'utilisateur :	
Usager apte à consentir aux soins	L'équipe doit aviser l'utilisateur des risques pour sa sécurité et des besoins non couverts. Toutefois, elle ne peut empêcher un usager apte à consentir aux soins d'être transféré dans une ressource de son choix. Dans un tel cas, l'équipe interdisciplinaire doit consigner au dossier le refus de l'utilisateur et les préoccupations transmises.
Usager inapte à consentir aux soins	Si l'équipe juge que la ressource n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services requis, elle doit suggérer d'autres orientations ou effectuer les démarches légales nécessaires (voir annexes 9), en cas de refus.

6.2 Dans le cas d'un retour à domicile sécuritaire :

Un usager peut privilégier l'aide privée à domicile aux orientations suggérées par l'équipe. Cette aide peut être complémentaire aux services de 1^{re} ligne du CLSC. La nature et le niveau de services doivent correspondre aux besoins préalablement identifiés. L'équipe doit ainsi questionner l'usager afin de valider la sécurité et la viabilité du plan.

Usager apte à consentir aux soins	L'équipe interdisciplinaire ne peut refuser le choix d'un usager apte de quitter, même si l'aide est insuffisante. Elle a la responsabilité de fournir toute l'information nécessaire à l'usager qui planifie son congé. Elle doit consigner au dossier le refus de soins de l'usager qui s'oppose à l'orientation correspondant à ses besoins et doit expliquer à l'usager (et ses proches) les avantages, inconvénients et risques de son refus. Finalement, l'équipe doit transmettre, après signature par l'usager du formulaire de consentement, les informations nécessaires aux ressources alternatives identifiées préalablement, si l'usager revient sur sa décision après le congé. Dans un tel cas, l'équipe interdisciplinaire doit consigner au dossier le refus de l'usager et les préoccupations transmises.
Usager inapte à consentir aux soins	L'équipe interdisciplinaire valide la nature et le niveau de services prévus. Elle s'assure de la viabilité du plan de congé. Dans le cas inverse, elle suggère un plan sécuritaire ou entreprend les démarches légales nécessaires (voir annexes 9) en cas de refus.

6.3 Dans le cadre du choix par l'usager d'une réadaptation fonctionnelle, en privée :

Un usager qui refuse des services de réadaptation ou des soins postaigus peut recourir à des services de réadaptation privée (par exemple, prévoir des services de physiothérapie et ergothérapie en clinique privée). Il doit toutefois également prévoir les soins et services à domicile nécessaires à la période de récupération et prévoir un éventuel plateau de récupération fonctionnelle.

Usager apte à consentir aux soins	L'équipe interdisciplinaire ne peut refuser le choix d'un usager apte de quitter, même si l'aide est insuffisante.. Elle a la responsabilité de fournir toute l'information nécessaire à l'usager qui planifie son congé. Elle doit consigner au dossier le refus de soins de l'usager qui s'oppose à l'orientation correspondant à ses besoins et doit expliquer à l'usager (et ses proches) les avantages, inconvénients et risques de son refus. Finalement, l'équipe doit transmettre, après signature par l'usager du formulaire de consentement, les informations nécessaires aux ressources alternatives identifiées préalablement, si l'usager revient sur sa décision après le congé. Dans un tel cas, l'équipe interdisciplinaire doit consigner au dossier le refus de l'usager et les préoccupations transmises.
Usager inapte à consentir aux soins	L'équipe interdisciplinaire valide la nature et le niveau de services prévus. Elle s'assure de la viabilité du plan de congé. Dans le cas inverse, elle suggère un plan sécuritaire ou entreprend les démarches légales nécessaires (voir annexes 9) en cas de refus.

7. REFUS DE L'USAGER : MÉCANISME DE GESTION DES LITIGES

Suivant un refus de transfert ou lorsqu'aucune alternative n'est envisagée, un mécanisme de gestion des litiges doit être mis en place. Devant l'opposition ou le refus catégorique de l'utilisateur⁷, l'équipe interdisciplinaire peut mettre en place un comité de planification complexe de congé, solliciter l'aide de l'éthicien ou solliciter les services des affaires juridiques.

7.1 Comité/rencontre locale pour la planification de congé complexe.

Devant un refus ou un refus catégorique de l'utilisateur⁸, l'équipe interdisciplinaire peut solliciter le comité local pour la planification de congé complexe (voir section 5). Si les rencontres du comité ne permettent pas d'identifier une solution alternative satisfaisante, il devient nécessaire d'entreprendre les démarches légales mentionnées ci-dessous (voir annexe 9).

7.2 Éthicien

L'équipe interdisciplinaire peut solliciter le service d'éthique clinique, selon la nature des questions ou de l'impasse. Un **éthicien clinique** peut agir comme « médiateur » et faciliter le processus de réflexion. Il peut aider l'utilisateur à comprendre les options en présence, les risques et les conséquences d'un refus. Si l'utilisateur est inapte⁹ à consentir aux soins, l'éthicien peut soutenir la personne autorisée afin qu'elle agisse dans les respects des volontés de l'utilisateur et dans l'intérêt de celui-ci.

7.3 Service des affaires juridiques

Le Service des affaires juridiques peut, à cette étape, informer l'équipe interdisciplinaire des procédures juridiques qui sont applicables. L'objectif des différentes démarches est d'identifier une orientation consensuelle, sécuritaire et viable et entreprendre les démarches légales nécessaires en l'absence d'orientation consensuelle.

1) Envoi d'un avis écrit signé et remis par un cadre supérieur

Il s'agit d'un avis écrit remis à l'utilisateur, par l'équipe interdisciplinaire. Cet avis indique les besoins sous-jacents à l'hébergement et les attentes de l'équipe (réponse attendue, délai de réponse selon la situation - voir art. 30-38 et 44 du ROAE et les modèles d'avis écrits aux annexes 6 et 7).

2) Envoi d'une lettre de mise en demeure par le service des affaires juridiques

Si l'utilisateur maintient son refus suite à l'avis écrit, l'installation ou l'établissement peut solliciter son service des affaires juridiques et acheminer une mise en demeure sommant l'utilisateur d'accepter l'hébergement ou de quitter les lieux à défaut de quoi des procédures judiciaires peuvent être entreprises.

3) Envoi d'une procédure judiciaire

En injonction, en défaut de réponse ou en cas de refus persistant (incluant le refus de chercher une solution de rechange), le service des affaires juridiques peut alors amorcer la procédure judiciaire.

⁷ L'utilisateur ou la personne autorisée, selon l'aptitude de l'utilisateur

⁸ L'utilisateur ou la personne autorisée, selon l'aptitude de l'utilisateur

⁹ L'aptitude et/ou l'aptitude au consentement aux soins doivent être prises en considération et consignées au dossier

4) Exécution de l'ordonnance

Si le juge octroie l'injonction, l'établissement peut alors exécuter l'ordonnance.

8. FRAIS EXIGIBLES

Des frais s'appliquent selon les différentes situations rencontrées, et peuvent être facturés aux usagers par les établissements. Le tableau récapitulatif ci-dessous suggère les tarifs à facturer en fonction de diverses situations.

Frais exigibles, orientations montréalaises – mai 2021

	Situation	Orientation montréalaise	Frais exigibles	Circulaire * ¹⁰ selon la compréhension des établissements
Usager NSA pour lequel une place est identifiée et qui accepte le transfert	Usager APTE qui retourne à domicile (V9) ¹¹	Aucune facturation. Usager est stable et attend (habituellement 24-48h maximum) que les services soient mis en place afin de retourner à domicile.	Aucun	
	Usager INAPTE en attente d'une RI-RTF (v12a)	Usager facturé lorsque l'installation CHSGS reçoit l'orientation (RI) du mécanisme d'accès (conséquent, après de congé médical)	Contribution de l'adulte hébergé.	Circulaire 03.01.42.24 (2021-023) - Ressources intermédiaires et ressources de type familial - Annexe 2 à la circulaire 2021-023 (03.01.42.24)
	Usager APTE en attente d'une RI-RTF (v12a)	Usager facturé lorsque l'installation CHSGS reçoit l'orientation (RI) du mécanisme d'accès (conséquent, après de congé médical)	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.24 (2021-023) - Ressources intermédiaires et ressources de type familial - Annexe 2 à la circulaire 2021-023 (03.01.42.24)
	Usager INAPTE en attente d'un hébergement en CHSLD (v12b)	Usager facturé lorsque l'installation CHSGS reçoit l'orientation (CHSLD) du mécanisme d'accès (conséquent, après de congé médical)	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés - Annexe 2 à la circulaire 2021-025 (03.01.42.23)

¹⁰ Voir le détail des circulaires sur le site du MSSS : <https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ListeCirculaire.aspx>

¹¹ Voir le lexique des variables à l'annexe 10.

	Usager APTE en attente d'un hébergement en CHSLD (v12b)	Usager facturé lorsque l'installation CHSGS reçoit l'orientation (CHSLD) du mécanisme d'accès (conséquemment, après de congé médical)	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés -Annexe 2 à la circulaire 2021-025 (03.01.42.23)
--	---	---	----------------------------------	--

	Situation	Orientation montréalaise	Frais exigibles	Circulaire * selon la compréhension des établissements
	Usager en attente d'un hébergement en CHSLD privé donc non conventionné (v13b) et usager en attente d'une RPA (v13a ressource pour personnes âgées)	Facturation conséquente au lit utilisé, donc contribution de l'adulte hébergé. Début de la facturation lorsque l'utilisateur devient NSA. Dans le cadre du PPCC, il est souhaité que les démarches de recherche d'une ressource soient débutées en amont au congé. Ceci afin d'établir une équité entre les usagers. Rationnel : <ul style="list-style-type: none"> La facturation est tributaire du lit où se trouve l'utilisateur (selon la chambre occupée et non selon le choix de chambre à venir) 	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés -Annexe 2 à la circulaire 2021-025 (03.01.42.23)
	Usager APTE en attente d'un hébergement dans le réseau de la santé mentale (v14)	Usager facturé lorsque l'outil <i>SiGass</i> indique que l'utilisateur est accepté par le guichet du mécanisme d'accès (conséquemment, après de congé médical)	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.24 (2021-023) - Ressources intermédiaires et ressources de type familial - Annexe 2 à la circulaire 2021-023 (03.01.42.24)
	Usager INAPTE en attente d'un hébergement en santé mentale (v14)	Usager facturé lorsque l'outil <i>SiGass</i> indique que l'utilisateur est confirmé par le guichet du mécanisme d'accès (conséquemment, après de congé médical)	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.24 (2021-023) - Ressources intermédiaires et ressources de type familial - Annexe 2 à la circulaire 2021-023 (03.01.42.24)
	Usager NSA sous le tribunal administratif du Québec (TAQ) (v15) (concernant les demandes d'hébergement)	Usager facturé lorsque le CHSGS sait où il sera orienté par le biais de l'ordonnance (avant, il est en variable 8, donc non orienté et il refuse l'hébergement): <ol style="list-style-type: none"> Si l'utilisateur <u>ne provient pas</u> d'une ressource d'hébergement : la facturation débute lorsque le CHSGS reçoit la décision du tribunal de procéder à l'hébergement. La 	Contribution de l'adulte hébergé.	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés - Annexe 2 à la circulaire

	Situation	Orientation montréalaise	Frais exigibles	Circulaire * selon la compréhension des établissements
		<p>facturation ne devrait pas être appliquée avant l'ordonnance (et donc avant l'orientation) étant donné que l'utilisateur refuse le soin d'hébergement ou il n'est pas en mesure de consentir à ce soin d'hébergement. Elle débute donc après l'ordonnance. <i>(La facturation de l'utilisateur peut être transmise à un représentant, un tiers payeur ou représentant public.)</i></p> <p>2. Si l'utilisateur provient d'une ressource d'hébergement : une facturation est déjà produite dans une autre installation. Tant que le lit antérieur n'est pas fermé, il ne peut y avoir de facturation. Pas de double facturation. Par ailleurs, si l'utilisateur était déjà sous TAQ et hébergé et retourne dans sa ressource : il n'y a pas de facturation.</p> <p>Important : un changement de statut (ou condition de séjour) doit s'opérer auprès des services des finances, même si l'utilisateur reste dans une variable RQSUCH (fermeture de lit dans une ressource d'hébergement, recherche d'une autre orientation, identification de lit, ordonnance, retour en soins actifs).</p>		2021-025 (03.01.42.23)
Usager pour lequel une place est identifiée, mais qui refuse le transfert	Usager APTE qui refuse de quitter	Pour un usager en v12a, v12b, 13a, 13b, v14 : poursuite de la facturation (montant équivalent à la contribution de l'adulte hébergé) jusqu'au moment du refus de quitter. Suite à quoi, il y a une mise en demeure qui avise l'utilisateur de quitter et facturation au coût du lit.	À partir du refus : Prix de la journée/ coût du lit :282\$ par jour pour les soins de longue durée en CH, CHSLD, RI ou RTF.	Circulaire 03.01.42.19 (2021-021) - Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée - Annexe 2 à la circulaire 2021-021 (03.01.42.19)
		Pour un usager en v10a, v10b, v10c : s'il y a refus de quitter au moment déterminé (lit disponible), il y a une mise en demeure pour aviser de quitter et facturation au coût du lit.	Per diem (prix de journée)	Circulaire 03.01.42.19 (2021-021) - Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée - Annexe 2 à la circulaire 2021-021 (03.01.42.19)

	Situation	Orientation montréalaise	Frais exigibles	Circulaire * selon la compréhension des établissements
	Usager INAPTE qui refuse de quitter	Pour un usager en v12a, v12b, v13a, v13b, v14 : il y a poursuite de la facturation (montant équivalent à la contribution de l'adulte hébergé) jusqu'au moment du refus. Suite à quoi, une démarche d'ordonnance a lieu puis une facturation au coût de la contribution <u>de l'adulte hébergé débute</u> - SAUF si l'ordonnance contre indique l'hébergement (on ne peut pas l'héberger ni facturer).	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés -Annexe 2 à la circulaire 2021-025 (03.01.42.23)
	Usager APTE qui refuse de quitter alors qu'il est dans les programmes de santé mentale (v14)	Il y a poursuite de la facturation de la contribution de l'adulte hébergé jusqu'au moment du refus de quitter (lorsqu'un lit est disponible en ressource). Suite à quoi, il y a une mise en demeure qui avise l'utilisateur de quitter et une facturation au coût du lit. <i>Le moment où commence la facturation au coût du lit est établi selon les consignes et le délai indiqué dans la mise en demeure. Une orientation régionale suggère 24h après la remise de ladite mise en demeure.</i>	À partir du refus : Prix de la journée/ coût du lit :282\$ par jour pour les soins de longue durée en CH, CHSLD, RI ou RTF.	Circulaire 03.01.42.19 (2021-021) - Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée - Annexe 2 à la circulaire 2021-021 (03.01.42.19)
	Usager en attente d'unité spécifique qui fait des allers-retours en soins actifs	<i>Arrimage impératif entre changements de variable et facturation.</i> Facturation au coût de la contribution de l'adulte hébergé.	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés -Annexe 2 à la circulaire 2021-025 (03.01.42.23)
Autres situations	Usager en attente de service à domicile (v9) qui refuse de quitter l'installation	Usager non facturé avec la contribution de l'adulte hébergé. Il est facturé au moment du retour à domicile prévu, lorsque la possibilité de soutien à domicile est confirmée et que les services sont prêts à être dispensés. S'il refuse de quitter, il y a mise en demeure qui avise l'utilisateur de quitter et facturation au coût du lit. *À noter que la facturation et le rationnel changent lors du refus de retour à domicile : cela deviendrait le Per diem- c'est donc le <i>Prix de journée</i> et non le <i>Prix de journée pour les soins de longue durée en CH, RI ou RTF</i> . NB. Le tarif est différent entre les établissements.	Per diem (prix de journée)	Circulaire 03.01.42.19 (2021-021) - Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée - Annexe 2 à la circulaire 2021-021 (03.01.42.19)
	Usager qui quitte le CHSGS en v8 (congé le jour de l'acceptation/ orientation)	Enjeu de facturation. Pas de facturation possible.	N/A.	

	Situation	Orientation montréalaise	Frais exigibles	Circulaire * selon la compréhension des établissements
	<i>Usager en attente d'une ordonnance d'hébergement (15b)</i>	<p>Si l'usager <u>ne provient pas</u> d'une ressource d'hébergement : la facturation débute lorsque le CHSGS reçoit la décision du tribunal de procéder à l'hébergement.</p> <p>Suite à l'ordonnance facturation au coût de la contribution <u>de l'adulte hébergé débute</u> - SAUF si l'ordonnance contre-indique l'hébergement (on ne peut pas l'héberger ni facturer).</p> <p>Si l'usager provient d'une ressource d'hébergement : une facturation est déjà produite dans une autre installation. Tant que le lit antérieur n'est pas fermé, il ne peut y avoir de facturation. Pas de double facturation</p>	Contribution de l'adulte hébergé	Circulaire 03.01.42.23 (2021-025) - Tarif et contribution financière des adultes hébergés - Annexe 2 à la circulaire 2021-025 (03.01.42.23)
* Refus de quitter suite au congé en RFI et soins post-aigus	Usager sur une unité de soins post-aigus ou de réadaptation fonctionnelle intensive qui ne requiert plus ce type de service.	<p>Afin d'assurer la cohérence entre les lits de courte durée :</p> <ol style="list-style-type: none"> Équivalent aux v12a, v12b 13a, 13b et v14 pour les usagers qui attendent une place d'hébergement et qui refusent de quitter l'installation lorsqu'une place est identifiée. Il y a une mise en demeure qui avise l'usager qu'il doit quitter et une facturation au coût du lit. Équivalent à la v9 pour l'usager qui refuse de quitter au moment du congé alors que les services à domicile sont confirmés et prêts à être dispensés : ce n'est pas la même facturation et le même rationnel, cela deviendrait le Per diem- c'est donc le prix de journée et non le prix de journée pour les soins de longue durée en CH, RI ou RTF. NB. Le tarif est différent entre les établissements. <p>NB. Si l'usager était en CHSLD avant la réadaptation, et qu'il a toujours un lit dans sa ressource : il n'y a pas de double facturation.</p>	<p>1- À partir du refus : Prix de la journée/ coût du lit :282\$ par jour pour les soins de longue durée en CH, CHSLD, RI ou RTF.</p> <p>2-Pour la variable 9 : Per diem (prix de journée)</p>	<p>1- Circulaire 03.01.42.19 (2021-021) - Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée - Annexe 2 à la circulaire 2021-021 (03.01.42.19)</p> <p>2- Circulaire 03.01.42.19 (2021-021) - Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée - Annexe 2 à la circulaire 2021-021 (03.01.42.19)</p>

*Mise à jour des circulaires réalisée en collaboration avec la Direction des ressources financières du CCSMTL fév. 2022 (DRF).

À noter :

1. Pour l'ensemble des mesures suggérées : certaines exceptions pourraient être appliquées en fonction des enjeux rencontrés.
2. Pour les usagers NSA qui paient la contribution de l'adulte hébergé, lors de retours en soins actifs, ils cessent d'être facturés. Lorsqu'ils sont de nouveau stables, ils peuvent être facturés à nouveau. Les conditions de séjour (statuts) ne sont pas systématiquement changées, selon ces changements les pharmacies ne sont pas arrimées (RAMQ, pharmacie communautaire et CHSGS).
3. Un transfert d'unité ou de service est sans implication.

4. Important : Si l'utilisateur refuse le traitement d'hébergement et qu'il est facturé au coût d'une journée en longue durée, un changement de statut devra être fait au niveau de la RAMQ puisque l'utilisateur ne devra plus être considéré en longue durée.
5. Pour la v15 TAQ ou les situations d'ordonnance d'hébergement, un avis ou un changement de statut doit être transmis aux services des finances. Pour tout changement de statut, un lien doit être fait avec le service des finances.
6. **Enjeux importants DRF (Direction des ressources financières):** Un changement de statut doit permettre aux services des finances de savoir que ce changement est survenu. Actuellement, il n'y a pas de modification dans les conditions de variables qui permettent de distinguer le statut de l'utilisateur en attente du lit identifié VS refus de congé. Le système informatique comptable n'est pas lié à Logibec. Ce doit être fait manuellement, et donc, cela implique un suivi quotidien et rigoureux. Si c'est réellement facturé, cela crée de la mauvaise créance, car les usagers ne paient pas. Donc, s'il y a plainte, ce doit être changé dans le système.
7. **Précision additionnelle :** Selon l'article 358 du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ c S-5, r 1), l'établissement doit exiger la contribution pour l'hébergement, notamment dans les cas suivants : un usager a reçu son congé, mais que son état ne permet pas son retour à domicile et qu'une place doit lui être assurée dans un CHSLD (article 358.1 du règlement) ou lorsque l'utilisateur qui a reçu son congé refuse de quitter (article 360.1 du Règlement).
8. **Précision additionnelle :** La notion d'aptitude ou non n'est pas une variable prise en considération par la loi pour la détermination du moment où la facturation débute.¹²
9. **Précision additionnelle :** pour l'utilisateur qui a reçu son congé, mais refuse de quitter le centre hospitalier qui l'héberge parce qu'il attend la confirmation des soins à domicile, tout repose sur les notions de congé et de capacité à retourner. Si l'établissement détermine que son état ne lui permet pas de réintégrer son domicile, l'art. 358.1 du Règlement s'applique. Si l'établissement détermine que son état lui permet de réintégrer son domicile, application de 360.1 du Règlement.
NB : Il y a une distinction entre l'utilisateur déjà hébergé dans un CHSLD qui est hospitalisé et devient NSA. Il retourne à son CHSLD sans facturation additionnelle considérant qu'il paie déjà dans son CHSLD d'hébergement.
10. Précision : aucune exonération possible lors d'un refus.

À titre indicatif : Dans le cas d'un établissement offrant des soins de longue durée (+ de 3 mois) ou d'hébergement, un délai de 72 heures est laissé à l'utilisateur pour quitter suivant le congé.

¹² Cette notion peut être prise en considération dans le choix de l'application de l'article 358.1 ou 360.1 b) du Règlement puisqu'il est question de l'état ne permettant pas le retour vs le choix de ne pas quitter. L'état peut être physique ou mental. L'impact du choix de l'article applicable a une incidence sur le prix à facturer.

RÉFÉRENCES

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC. « s.d. ». *Politique sur le transfert des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatif et ayant reçu leur congé.*

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (2018). Politique visant les usagers nécessitant un niveau de soins alternatifs (« NSA ») hébergés dans un centre hospitalier (incluant un centre hospitalier qui offre des lits en réadaptation).

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (2018). Guide à l'intention des travailleurs sociaux et des médecins pour une requête en autorisation de soins – hébergement.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (2018). Politique – Mécanisme de départ des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA).

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL et al. (2017). Programme de soins post-aigus et services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle montréalaise – Cadre de référence.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL et al. (2016). Cadre de référence régional – Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie.

Code civil du Québec. (1991). L.C. ; c. 64, a. 11 ; c. 64, a. 12.

Institut canadien d'information sur la santé. « s.d. ». Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée. Récupéré de : <https://www.cihi.ca/fr/nsa>

Loi sur les services de santé et les services sociaux. (1991). c.42, a.5; 7, 13, 14, 2002, c.71, a.5

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX POUR LES AUTOCHTONES CRIS, RLRQ c S-5

QUÉBEC. Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, S-5, r. 1

QUÉBEC. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, S-5, r.5, a. 30-38 et 44

QUÉBEC. « s.d. ». Lignes directrices portant sur le traitement d'une demande d'accommodement pour un motif religieux. Québec : l'auteur.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Normes et pratiques de gestion, Tome II, Répertoire. Circulaire 2017-021. Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2015). Guide de l'utilisateur et lexique des variables – Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH), no J74 v.3

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2017). Niveaux de soins alternatifs – Guide de soutien aux établissements pour prévenir le phénomène.

OKONDA, A. (2017). Procédure relative au refus d'un usager pour un transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en ressource non institutionnelle (RNI) ou en ressource à assistance continue (RAC).

ANNEXE 1 : CADRES LÉGISLATIFS RÉGLEMENTAIRES ET NORMATIFS

Le contenu du cadre de référence est conforme aux lois et règlements applicables, notamment la Loi sur les services de santé et services sociaux (ci-après : « LSSSS »). Il doit se lire conjointement avec toute directive applicable du ministère dont le *Niveau de soins alternatifs – Guide de soutien aux établissements pour prévenir le phénomène*, le *Cadre de référence régional – Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie*¹³ et le *Cadre de référence régional - Programme de soins postaigus et services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle montréalaise*.

Articles de la LSSSS, 1991, C42 :

- Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire (article 5).
- Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose (article 13).
- Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque la demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins (article 7).
- Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état (article 14).
- Pour les personnes qui ne requièrent plus de soins actifs, l'installation ne constitue pas un milieu de vie. L'article 14 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux mentionne que « l'usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services dès qu'il reçoit son congé » (article 14).
- Cadres normatifs :
Un usager doit être déclaré ayant un statut de niveau de soins alternatif (NSA), lorsque son état de santé est stable et qu'il ne nécessite plus le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent. Le médecin, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, a la responsabilité de mettre fin aux soins actifs et de certifier au dossier que l'état de santé de l'usager ne requiert plus ces soins actifs. Cette déclaration enclenche une démarche administrative conformément à la LSSSS. L'établissement doit alors se conformer aux articles 358.1 et au *Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones-cris*.

¹³ Ci-après : « Mécanisme d'accès à l'hébergement »

- Relativement au processus d'hébergement, il est prévu au cadre de référence régional – *Mécanisme d'accès à l'hébergement en perte d'autonomie*¹⁴, qu'un hébergement transitoire sera proposé à l'utilisateur selon ces besoins et la disponibilité des ressources. Par ailleurs, il est prévu au cadre de référence que l'utilisateur transféré en hébergement transitoire y sera jusqu'au moment où la ressource d'hébergement permanente de son choix est en mesure de lui offrir une place. De plus, la contribution de l'adulte hébergé est réalisée conformément aux dispositions en vigueur (voir cadres législatifs en vigueur).

¹⁴ Procédure relative au refus d'un usager pour un transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en ressource non institutionnelle (RNI) ou en ressource à assistance continue (RAC)

ANNEXE 2 : RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Le mécanisme de départ d'un usager nécessite plusieurs acteurs à chacune des étapes du processus. Les personnes suivantes sont sollicitées :

MÉDECIN
<ul style="list-style-type: none">• Participe à la planification précoce et conjointe du congé (PPCC) ;• Détermine la fin des soins actifs en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire ;• Complète le résumé de dossier et les formulaires d'évaluation médicale ;• Signe le congé pour l'usager¹⁵;• Prépare les ordonnances de départ de l'usager ;• Fournis aux intervenants, à l'usager et à ses proches les informations nécessaires pour favoriser le départ et la continuité des soins et services.

GESTIONNAIRE DE CAS, INTERVENANT-PIVOT OU PROFESSIONNEL
<ul style="list-style-type: none">• Participe à la planification précoce et conjointe du congé (PPCC) ;• Complète et assure le suivi de la demande de service interétablissement (DSIE), les outils WEB et les conditions de séjour si nécessaire ;• Informe l'usager de son orientation et des détails de son transfert : date, heure du départ, etc. ;• Assure de la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins et services à toutes les personnes concernées (personnel de soins, usager, proches, médecin, professionnels, guichet, etc.) ;• Réponds prioritairement aux demandes de services des usagers en vue du départ dans le centre identifié ;• Accompagne l'usager tout au long du processus de départ ;• Transcrit au dossier de l'usager l'information pertinente à la planification du départ.

PERSONNEL DE L'UNITÉ DE SOINS
<ul style="list-style-type: none">• Informe l'usager de son orientation et des détails de son transfert : date, heure du départ, etc. ;• Prépare les médicaments de départ, si nécessaire ;• Demande le résumé du dossier de l'usager à l'archiviste et/ou au médecin ;• Organise la logistique du départ de l'usager et assure les suivis nécessaires avec l'usager, le transporteur et les autres acteurs pertinents à la préparation du départ ;• Participe aux discussions du processus de départ avec l'usager et ses proches et les autres professionnels afin de transmettre les informations pertinentes à qui de droit ;• Donne l'enseignement requis.

¹⁵ ROAE, S-5, r. 5, D. 1320-84, a. 30.

INTERVENANT DANS LES GUICHETS D'ACCÈS

- Analyse la demande de service, détermine l'admissibilité et l'orientation répondant aux besoins de l'utilisateur ;
- Communique l'information relative à l'orientation et au congé prévu ;
- Gère la liste d'attente des milieux de vie substitut (ressources de type familial, ressources intermédiaires et CHSLD) ;
- Détermine un lieu d'hébergement transitoire dans un milieu de vie du CIUSSS pour les usagers dont les premiers choix ne sont pas disponibles.

PERSONNEL DES PROGRAMMES DE SOINS POST-AIGUS ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

- Soutiens les professionnels des guichets d'accès dans la confirmation des demandes d'admission ;
- Procède à l'admission des usagers référés par le guichet d'accès conformément au cadre de référence en vigueur ;
- Assure une planification précoce et conjointe de congé de l'utilisateur en vue d'optimiser la durée de séjour.

PERSONNEL ET COORDONNATEUR DE SITE EN CHSLD

- Reçoivent les OCCI et autres formulaires ;
- Procèdent aux admissions 7 jours/7, et ce, dans les meilleurs délais.

GESTIONNAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

- Explique le présent cadre de référence à son équipe ;
- Collabore avec les gestionnaires des autres secteurs pour assurer une fluidité de l'épisode de soins.

METTRE LOGO DE
L'ÉTABLISSEMENT

**ANNEXE 3 : MODÈLE DE LETTRE – EXPLICATION DU MÉCANISME
D'HÉBERGEMENT ET DU PROCESSUS DE TRANSFERT (FRANÇAIS)
EXEMPLE DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST**

Ajout du nom de l'installation inscrit au permis ou nom de la direction

CANEVAS – À ADAPTER AU CAS PAR CAS

Date: INSCRIRE DATE

Nom du patient : INSCRIRE LE NOM DU PATIENT

Numéro de dossier : INSCRIRE LE NO DOSSIER

Au patient ou à la personne habilitée à consentir aux soins :

Cette lettre vise à vous rappeler vos droits et vos obligations en ce qui concerne votre hébergement dans un centre hospitalier ou un centre de réadaptation dans l'attente d'un hébergement dans une ressource adaptée à vos besoins.

Comme vous le savez, votre médecin a déterminé, en consultation avec votre équipe soignante, que votre état médical est stable et ne requiert plus de soins dans un centre hospitalier ou un centre de réadaptation. Votre congé de l'hôpital est prévu le INSCRIRE DATE. Toutefois, les membres de votre équipe soignante estiment qu'un retour à la maison ne serait pas sécuritaire pour vous AJOUTER LES RAISONS EN LIEN AVEC L'AUTONOMIE ET LA SÉCURITÉ À DOMICILE (DÉTAILLER SI NÉCESSAIRE).

1. Votre séjour à NOM DE L'ÉTABLISSEMENT sera prolongé le temps qu'un lit permanent ou temporaire (« lit transitoire ») soit disponible pour vous. Le travailleur social affecté à votre dossier vous rencontrera afin de vous aider à remplir les documents requis en vue d'obtenir un hébergement dans le secteur public. Ces demandes d'hébergement relèvent du *Mécanisme d'accès à l'hébergement* (« MAH »), l'instance assignée à gérer ces demandes.
2. Pendant l'attente de votre hébergement à NOM DE L'ÉTABLISSEMENT, et dès que votre médecin traitant confirmera que vous n'avez plus besoin d'être hospitalisé, vous devrez payer des frais de soins de longue durée conformément au règlement relatif à la contribution des usagers établi par la *Régie de l'assurance-maladie du Québec* (« RAMQ »). Le service de la comptabilité de NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) peut vous fournir de l'information sur les programmes d'aide financière du gouvernement auxquels vous pourriez être admissible.

Il vous incombe de payer les frais de soins de longue durée et de vous informer sur votre admissibilité à une aide du gouvernement. Les frais de soins de longue durée continueront de s'appliquer lorsque vous serez transféré à votre lit transitoire et à votre lit permanent.

Vous pouvez également trouver des informations utiles sur la page officielle de la Régie d'assurance maladie du Québec :

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-etablissement-public>

3. Conformément au processus du MAH (Mécanisme d'accès à l'hébergement), nous vous offrirons un lit transitoire si l'établissement d'hébergement permanent de votre choix n'est pas disponible. Bien que le personnel ne puisse pas prévoir la date de disponibilité d'un lit ou lieu d'hébergement

transitoire, le travailleur social chargé de votre dossier pourra vous expliquer comment ces lits sont attribués, les délais à prévoir et les solutions de rechange possibles. Veuillez noter qu'une fois qu'un lit est libéré, votre transfert au lit en question pourra se faire **le même jour, ou dans les 24-48 heures**.

4. Le personnel de NOM DE L'ÉTABLISSEMENT s'occupera de coordonner votre transfert dans le lit transitoire offert par le MAH et vous informera de la date et de l'heure de celui-ci. Soyez assuré que votre place sera maintenue sur la liste d'attente pour votre lit permanent.
5. Si votre lieu de résidence se trouve en dehors de l'île de Montréal, le CISSS/CIUSSS auquel votre lieu de résidence est affilié traitera votre demande et pourrait vous offrir un lit transitoire ou un lit permanent.
6. Dans le cas où vous ne seriez pas intéressé par un lit transitoire dans le secteur public, votre travailleur social vous fournira l'aide et l'information dont vous avez besoin pour trouver un autre établissement d'hébergement, comme un établissement privé, ou pour organiser des soins à domicile appropriés (si c'est une option viable). Le cas échéant, et comme préalablement discuté avec votre équipe soignante, votre transfert doit être prévu avant INSCRIRE DATE. Nous veillerons à assurer votre transfert en toute sécurité à votre nouvel établissement (ou votre domicile le cas échéant).

Je reconnais avoir lu et compris le contenu de la présente lettre, et d'en avoir discuté avec mon travailleur social, qui a répondu à mes questions.

J'ai été informé(e) que lorsque ma situation ne nécessitera plus une hospitalisation au NOM DE L'ÉTABLISSEMENT et qu'on m'informera de mon congé, je devrai quitter l'établissement dans les délais recommandés. Un soutien à l'orientation et la planification de mon congé me seront offerts par l'équipe. En cas de refus, une politique interne sera appliquée et des frais pourront être encourus selon les tarifs établis par les établissements montréalais.

Signature du patient

Date de signature

Nom en lettres moulées

Personne habilitée à donner le consentement

Date de signature

Nom en lettres moulées

Lien

**ANNEXE 4 : MODÈLE DE LETTRE – EXPLICATION DU MÉCANISME D’HÉBERGEMENT ET DU PROCESSUS DE TRANSFERT (FRANÇAIS)
MODÈLE CIUSSS CENTRE-SUD**

CANEVAS – À ADAPTER AU CAS PAR CAS

Date: INSCRIRE DATE

Madame, Monsieur
Adresse
Ville (Québec) XXX XXX

Objet : Avis de sortie définitive

Numéro de dossier : _____

Madame, Monsieur

Vous recevez actuellement des soins en NOM DE L’ÉTABLISSEMENT, INSTALLATION. Vous avez obtenu votre congé DATE du NOM DE L’INSTALLATION.

Option 1

Une place vous est assurée auprès de NOM DE L’INSTALLATION SUGGÉRÉE afin de recevoir les services de santé que requiert votre état. Votre hébergement dans notre installation prendra fin le DATE DE SORTIE DÉFINITIVE, date à laquelle vous intégrez NOM DE L’INSTALLATION SUGGÉRÉE. Nous vous saurions gré de rendre disponible votre lit au plus tard à cette date. Veuillez prendre note qu’en cas de refus de quitter le versement d’une contribution journalière d’un montant de MONTANT \$ vous sera exigé à compter de cette date.

Option 2

Votre état de santé permet votre retour à domicile. Votre hébergement auprès de notre installation prendra fin le DATE. Nous vous saurions gré de rendre votre lit au plus tard à cette date. Veuillez prendre note qu’en cas de refus de quitter, le versement d’une contribution journalière d’un montant de MONTANT \$ vous sera exigé à compter de cette date.

Soyez assuré de notre engagement à ce que votre déplacement se déroule dans les meilleures conditions.

Pour toutes questions, n’hésitez pas à contacter NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE ET COORDONNÉES.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Signé à LIEU, le DATE, _____ signature _____ TITRE
Signé à LIEU, le DATE, _____ signature _____ NOM DE L’USAGER

ADRESSE DE L’EXPÉDITEUR
Copie conforme: dossier médical

METTRE LOGO DE
L'ÉTABLISSEMENT

**ANNEXE 5 : MODÈLE DE LETTRE – EXPLICATION DU MÉCANISME
D'HÉBERGEMENT ET DU PROCESSUS DE TRANSFERT (ANGLAIS)
MODÈLE DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST**

Ajout du nom de l'installation inscrit au permis ou nom de la direction

Le XX months XXXX

TEMPLATE – TO BE ADAPTED TO EACH INDIVIDUAL PATIENT

Patient Name: INSERT PATIE

To the patient or the person authorized to consent to care:

The purpose of this letter is to remind you of your rights and obligations with respect to your accommodation in a hospital or rehabilitation center while in the process of waiting for placement in a resource adapted to your needs.

As you know, your physician, in consultation with your treating team, has concluded that your medical condition is stable and that you will no longer require care in a hospital or rehabilitation center. You are scheduled to be discharged from the hospital on INSERT DATE, However, your treating team assesses that it is unsafe for you to return home. **ADD REASONS RELATED TO AUTONOMY AND SAFETY AT HOME (DETAIL IF NECESSARY)**

1. The NAME OF INSTITUTION provides you with a bed until a permanent or temporary bed is available (“transition bed”) for you. A designated social worker will meet with you to assist you in completing the required documents in order to obtain placement in the public sector. The requests are handled by *Mécanisme d'accès à l'hébergement* (“MAH”), the body assigned to manage these requests.
2. While in the NAME OF INSTITUTION, and your attending physician confirms that you no longer need to be hospitalized, you will be required to pay Long Term Care Fees (“LTC fees”) in accordance with the Regulation respecting the contribution of users. The fees are managed by the *Régie de l'assurance-maladie du Québec* (“RAMQ”). The Accounts Receivable Department at the NAME OF THE INSTITUTION can provide you with information on government financial assistance programs for which you may be eligible.

It is your responsibility to pay for your long-term care expenses and inquire if you are eligible for government assistance. Long-term care fees will continue to apply when you are transferred to your transitional and permanent bed.

You can also find useful information on the official page of the Régie d'assurance maladie du Québec <https://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citizens/aid-programs/accommodation-a-public-facility>

3. In accordance with the MAH process, we will offer you a transitional bed if the permanent housing facility of your choice is not available. While staff cannot predict when a transitional bed or facility will be available, the social worker on your case will be able to explain how these beds are allocated, the time frame involved and possible alternatives. Please keep in mind that once a bed is available, your move to the transition bed will occur possibly **the same day and up to the next 24 to 48 hours**.

4. The NAME OF INSTITUTION's staff will coordinate your transfer to the transitional bed offered by the MAH and will inform you of the date and time. Please be assured that your spot will be held on the waiting list for your permanent bed.
5. If your place of residency is off the island of Montreal, the CISSS/CIUSSS which your place of residence is affiliated will process the request and may offer you a transition or permanent bed.
6. In the event that you are not interested in a transitional bed in the public sector, your designated social worker can provide assistance and refer you to resources that can help you find an appropriate alternative setting such as a private facility or help organize appropriate home care (if that is a feasible option). Should you consider this option, and as previously discussed with your health care team, your transfer must be scheduled before INSERT DATE . We will ensure your safe transfer to your new facility (or home if applicable).

I acknowledge that I have read and understood the contents of this letter, and that I have discussed it with my social worker, who has answered my questions.

I have been informed that when my situation no longer requires hospitalization at NAME OF INSTITUTION and I am notified of my discharge, I will be required to leave the facility within the recommended time frame. Orientation support and discharge planning will be offered to me by the team. In the event of refusal, the internal governed policy will be applied and fees may be charged, as determined by the institutions of the Montreal region.

Patient Signature	Date of Signature
Name in Block Letters	
Person able to provide consent	Date of Signature
Name in Block Letters	Relation

METTRE LOGO DE
L'ÉTABLISSEMENT

**ANNEXE 6 : MODÈLE D'AVIS ÉCRIT POUR L'USAGER QUI A OBTENU SON
CONGÉ ET QUI REFUSE DE QUITTER L'INSTALLATION OU L'ÉTABLISSEMENT
MODÈLE DU CIUSSS DU CENTRE-OUEST**

Ajout du nom de l'installation inscrit au permis ou nom de la direction

CANEVAS – À ADAPTER AU CAS PAR CAS

Date: INSCRIRE DATE

Objet: Votre départ de NOM DE L'ÉTABLISSEMENT et votre retour domicile

NOM DE L'USAGER

ADRESSE COMPLÈTE

La présente lettre fait suite aux discussions ayant eu lieu avec vous avec les membres de votre équipe INSCRIRE NOMS ET PROFESSIONS en date des INSCRIRE DATES.

Comme vous savez, vous avez été hospitalisé en date du INSCRIRE DATE, en raison de INSCRIRE CONDITION à NOM DE L'ÉTABLISSEMENT.

Le INSCRIRE DATE, vous avez obtenu votre congé médical. Ainsi, il n'y a aucune raison qui justifie le maintien de votre hospitalisation.

Facultatif : Par ailleurs, tel que discuté avec notre équipe, vous avez besoin de recevoir les services suivants suite à votre retour à domicile : *DÉTAILLER ICI*. À défaut pour vous de recevoir ces services, nous croyons que vous êtes à risque de *DÉTAILLER LES RISQUES*. Votre collaboration à ces services est donc primordiale à votre santé et sécurité dès votre retour à domicile.

Ainsi, vous devez quitter l'établissement dans les dans les 24 h de la réception de la présente lettre [*AJUSTEMENT POUR CAS PARTICULIERS*]. Pour toute question sur les soins et services à être dispensés par votre CLSC, nous vous invitons à communiquer avec INSCRIRE NOM ET COORDONNÉES.

Si, malgré la réception de cette lettre, vous faites défaut de quitter l'établissement dans le délai requis NOM DE L'ÉTABLISSEMENT sera forcé d'entreprendre les mesures légales nécessaires.

Entre temps, nous vous rappelons que des frais vous seront facturés au montant de [Carifier la tarification].

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration.

Signature [CADRE SUPÉRIEUR] et date

METTRE LOGO DE
L'ÉTABLISSEMENT

**ANNEXE 7 : MODÈLE D'AVIS ÉCRIT POUR L'USAGER QUI REFUSE D'ÊTRE
TRANSFÉRÉ DANS UNE RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ADAPTÉE À SES
BESOINS**

Ajout du nom de l'installation inscrit au permis ou nom de la direction

CANEVAS – À ADAPTER AU CAS PAR CAS

Date: INSCRIRE DATE

Objet: Votre transfert dans un lit au NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'USAGER

ADRESSE COMPLÈTE

La présente lettre fait suite aux discussions ayant eu lieu avec vous et les membres de votre équipe INSCRIRE NOMS ET PROFESSIONS en date des INSCRIRE DATES.

Comme vous savez, vous avez été hospitalisé en date du INSCRIRE DATE, en raison de INSCRIRE CONDITION à NOM DE L'ÉTABLISSEMENT.

En date du DATE, nous vous avons expliqué que votre santé requérait votre transfert dans une ressource d'hébergement et, à cet effet, un feuillet explicatif et une lettre vous ont déjà été fournis (*si relié au mécanisme d'accès à l'hébergement*) vous informant de la probabilité que vous soyez transféré à un établissement de longue durée de façon transitoire dans l'attente de la ressource de votre choix.

De plus, INSCRIRE NOMS DES PERSONNES vous ont assisté afin que votre demande d'hébergement soit complétée et acheminée au *Mécanisme d'accès à l'hébergement* (ou autre guichet).

En date du DATE, l'équipe soignante a été informée par le *Mécanisme d'accès à l'hébergement* (ou autre guichet) qu'un lit était disponible au NOM DE L'ÉTABLISSEMENT et que le transfert était prévu pour DATE.

En date du DATE, vous avez exprimé votre refus à être transféré à NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. Sachez que des frais supplémentaires vous seront exigés.

Nous souhaitons vous rappeler que le lit offert est adéquat en ce qu'il : INSCRIRE MOTIFS. Il vous est actuellement toujours rendu disponible.

Afin de vous assurer la disponibilité du lit, nous avons besoin de votre consentement à être transféré vers NOM DE L'ÉTABLISSEMENT dans un délai de **72 heures**. Au cas contraire la place ne sera plus disponible.

Dans le cas où vous ne souhaitez pas d'hébergement public, le travailleur social assigné à votre dossier pourra vous assister à trouver un emplacement autre tel qu'une résidence privée ou vous aider à organiser votre retour à domicile ainsi que la mise en place des services du CLSC, qui tel que discuté, doivent être complétés par des services privés.

Cependant, ces options ont bien été discutées avec vous et vous avez bien signalé qu'une relocalisation en résidence privée ou un retour à domicile avec des services complémentaires privés ne sont pas concevables en raison de vos limitations financières/budgétaires **OPTIONNEL: INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE** . Si vous reconsidérez l'une de ces deux options, comme déjà discuté avec l'équipe traitante, veuillez noter que vous devez avoir organisé le tout afin d'être en mesure de quitter l'hôpital dans les **7 jours** suivant la date de réception de la présente lettre.

Nous vous avisons que si vous décidez d'accepter l'hébergement public, vous êtes dans l'obligation d'accepter le prochain lit offert (transitoire ou permanent). Soyez assuré que le fait d'accepter un lit transitoire n'affectera en rien votre éventuelle relocalisation dans votre lit permanent choisi et vous ne perdez pas votre rang sur la liste d'attente.

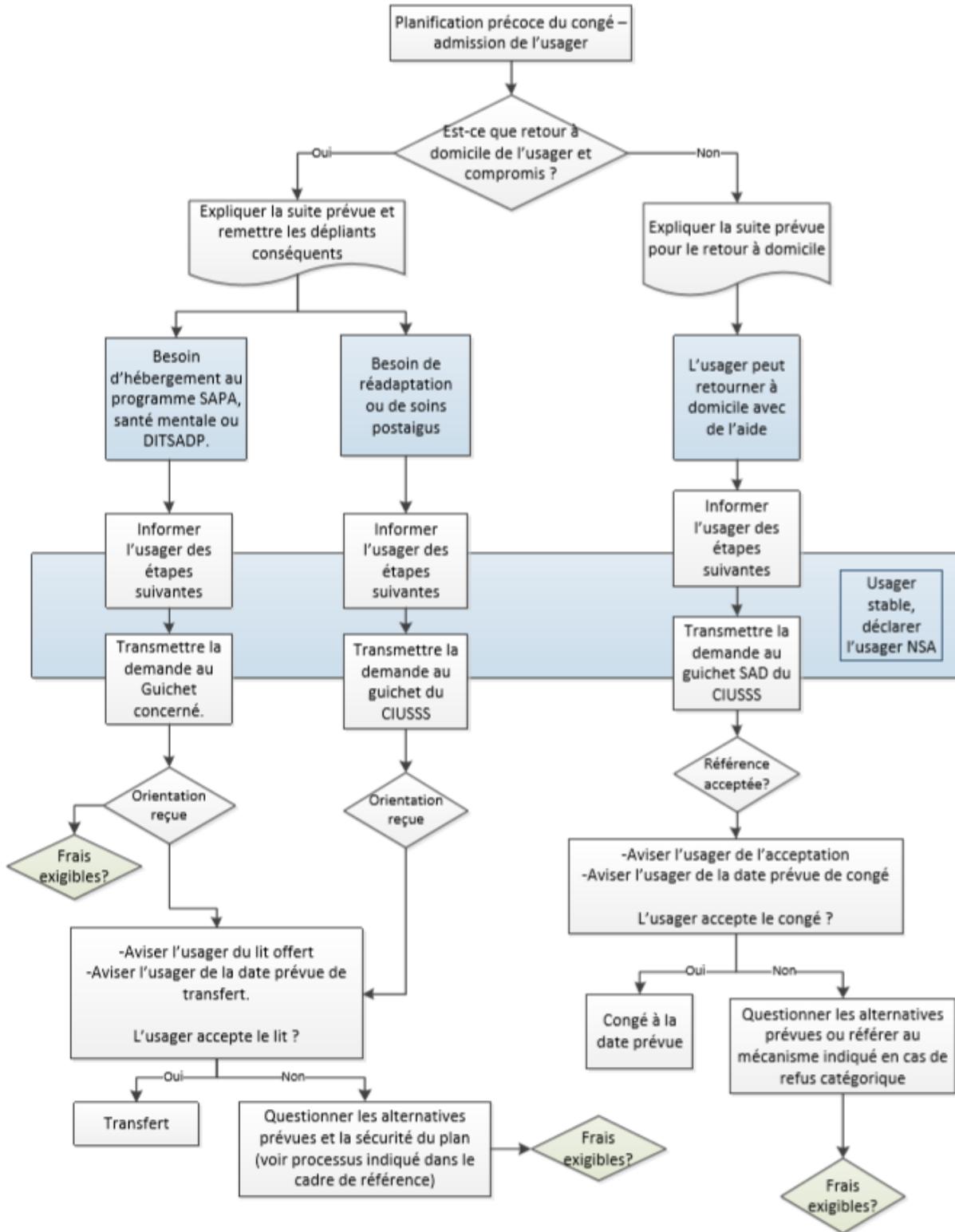
Nous vous remercions pour votre compréhension et pour votre collaboration

Pour toute question portant sur la présente lettre, nous vous invitons à communiquer avec **INSCRIRE NOM ET COORDONNÉES**.

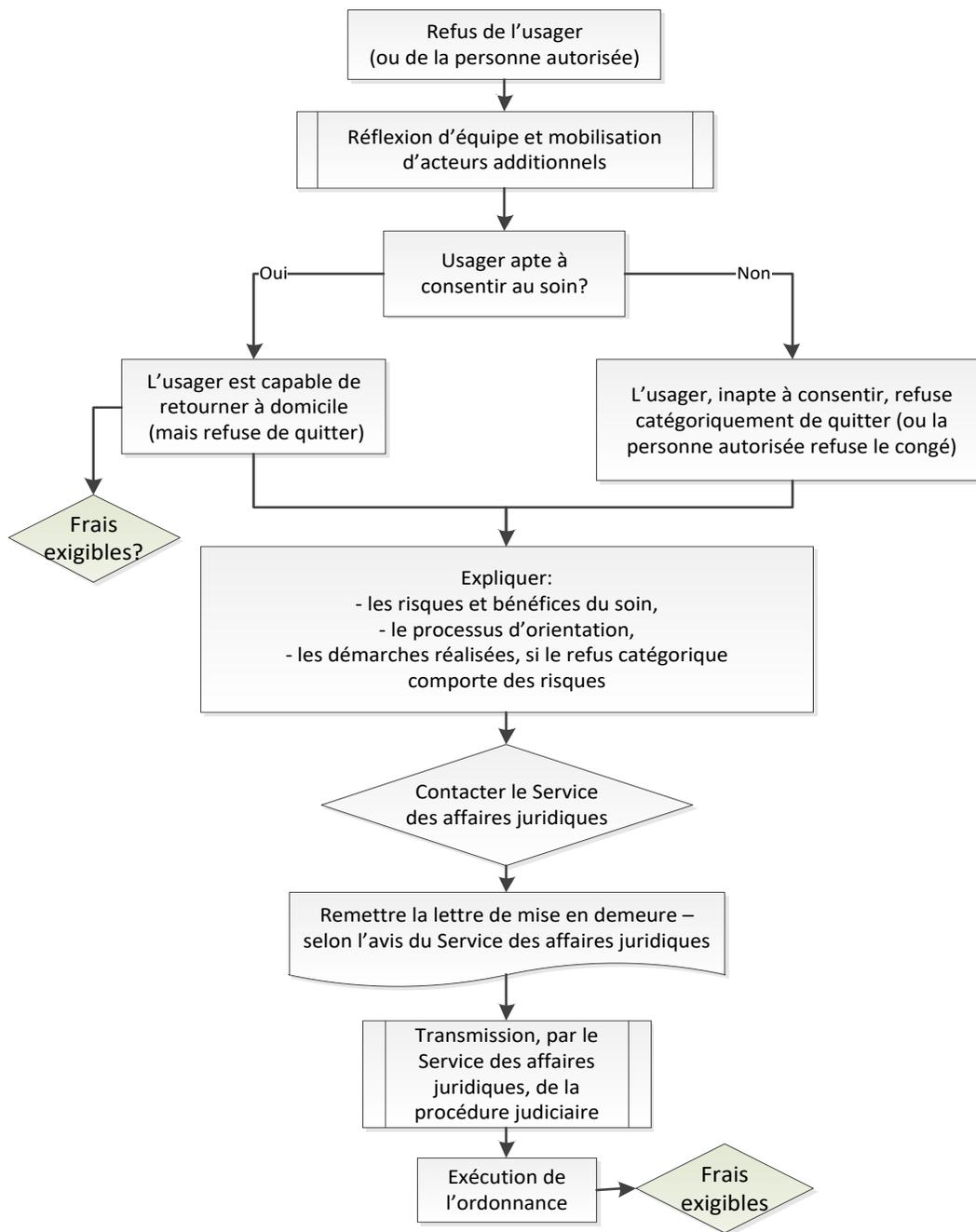
Nous vous remercions pour votre compréhension et pour votre collaboration.

Signature et date

ANNEXE 8 : ALGORITHME DÉCISIONNEL - ORIENTATION DE L'USAGER



ANNEXE 9 : MARCHE À SUIVRE EN CAS DE CONTESTATION DE L'ORIENTATION PAR L'USAGER



Intervention de l'équipe locale de planification complexe- interdirections

Consultation auprès de l'éthicien

Consultation du Service juridique

ANNEXE 10 : LEXIQUE DES VARIABLES¹⁶

Variables	Délais d'attente (plus petit ou égale à) :
Variable 8 : En processus d'orientation 8b : Évaluation en cours 8c : Demande transmise	4 jours totaux se déclinant ainsi : (modification février 2021) 2 jours 2 jours
Variable 9 : Organisation SAD	2 jours
Variable 10a : Réadaptation intensive ou spécialisée	4 jours Pour AVC/Traumatologie : 2 jours
Variable 10b : Réadaptation modérée et progressive	4 jours
Variable 10c : Convalescence	3 jours
Variable 11 : Place ou organisation soins palliatifs	2 jours
Variable 12a : RI-RTF	7 jours
Variable 12b.13b : Place d'hébergement en CHSLD	7 jours
Variable 13a : RPA	7 jours
Variable 14 : Hébergement en santé mentale	45 jours

Nouvelle variable :

15b) Nombre d'usagers en attente d'ordonnance d'hébergement. Usager NSA pour qui une ordonnance d'hébergement est demandée et pour laquelle, il est en attente de comparution ou de décision de la cour. Inclus : Clientèle SAPA, Santé mentale, DI-DP TSA Exclus : la clientèle visée par la partie XX.1 du Code criminel tel que défini à la variable 15.

¹⁶ Addenda Guide de l'utilisateur et lexique des variables, Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH) J74 v.3. Septembre 2020 Dernière mise à jour février 2022 Ministère de la Santé et des Services sociaux.