Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

# PLANIFICATION DU CONGÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS OU PRÉSENTANT UN PROFIL GÉRIATRIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

Guide de pratique clinique



**Février 2020**

Québec

**Rédaction**
Mélanie Shang, agente de planification, de programmation et de recherche, développement et évolution des pratiques, DSMREU
Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, développement et évolution des pratiques, DSMREU

**Soutien à la rédaction**
Marie-Chantal Gélinas, agente de planification, de programmation et de recherche, développement et évolution des pratiques, DSMREU

Nancie Chaumont, agente de planification, de programmation et de recherche, qualité de la pratique clinique, DSMREU

**Coordination des travaux**
Jennifer Mascitto, chef de service - développement et évolution des pratiques, DSMREU
Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU

**Remerciements**
Ce document n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et participation des personnes mentionnées ci-dessous. À tous, nous adressons nos remerciements pour leur contribution au développement de pratiques cliniques s'inspirant des meilleures pratiques.

**Comité opérationnel**
Isabelle Allaire, coordonnatrice des soins infirmiers aux opérations (hôpitaux), DSIEU
Émilie Bouchard, conseillère cadre au développement des pratiques professionnelles, DSIEU
Chantale Boulay, chef de service - psychosocial et soins spirituels (mission hospitalière), DSMREU
Éric Breton, chef de la fluidité, des infirmières de liaison et de la télésanté, DSIEU
Karine Cervera, chef de service-réadaptation et nutrition clinique (mission hospitalière et cliniques externes), DSMREU
Suzanne Chèvrefils, coordonnatrice clinico-administrative médecine spécialisée, Direction des services professionnels et de l'enseignement médical, DSPEM
Yvan Girard, chef de l'accès aux services, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, DPSAPA
Marie-Andrée Gauthier, coordonnatrice fluidité - corridors de service (volet DSP), DSPEM
Dominique Lécuyer, coordonnatrice soutien à l'autonomie personnes âgées pôle 1 - Jardins-Roussillon et Haut-St-Laurent, DPSAPA
Marie Pavageau, coordonnatrice fluidité - corridors de service (volet DSP), DSPEM
Marc-André Massé, chef de l'urgence pôle Jardins-Roussillon, DSPEM
Manon Rousse, coordonnatrice soutien à l'autonomie personnes âgées pôle 2-Suroît et Vaudreuil-Soulanges, DPSAPA

**Comité tactique**
Natacha Bernier, directrice adjointe par intérim, DPSAPA
Lyne Daoust, directrice adjointe, volet opérations, DSPEM
Hélène Lamalice, directrice adjointe, volet opérations, DSMREU
Docteure Michèle Lemay, Chef de département de médecine générale
Manon Tardif, directrice adjointe, volet opérations, DSIEU

**Comité responsable de la planification du congé**
DSMREU, volet développement et évolution des pratiques

*Responsable du comité*
Marie-Chantal Gélinas, agente de planification, de programmation et de recherche

**Mission hospitalière**

*Infirmières de liaison*
Nathalie Billette (Hôpital Barrie Memorial)

Tatiana Lévesque (Hôpital du Suroît)
Mélanie Pinsonneault (Hôpital Barrie Memorial)
Suzanne Sauvé (Hôpital Anna- Laberge)

*Travailleurs sociaux*
Nancie Chaumont, spécialiste en activités cliniques (mission hospitalière)
Isabelle Fortin (Hôpital Anna-Laberge)

*Réadaptation*
Véronique Boucher, physiothérapeute (Hôpital du Suroît)
Manuel Campeau, ergothérapeute (Hôpital Barrie Memorial)
Manon Ostiguy, physiothérapeute (Hôpital Anna-Laberge)

*Assistant au supérieur immédiat ou infirmière clinicienne au supérieur immédiat*
Josée Raymond (Hôpital Anna-Laberge)
Sylvie Laroque (Hôpital du Suroît)

**Soutien à domicile**

*Pôle 1*
Mélanie Marois, spécialiste en activités cliniques (territoire Jardins-Rousillon)
Manon Martin, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (Territoire Haut-St-Laurent)

*Pôle 2*
Paméla Tremblay, travailleuse sociale (Territoire Suroît)

**Comité sur les corridors de communication**
DSMREU, volet innovation, organisation du travail et ressources informationnelles

*Responsable du comité*
Édith Arsenault, agente de planification, de programmation et de recherche

**Mission hospitalière**

*Urgences*
Julie Bélanger, infirmière ECGT (Hôpital du Suroît)
Nathalie Labonté, infirmière, soins à domicile (Territoire Jardins-Roussillon)

*Infirmières de liaison*
Nathalie Billette (Hôpital Barrie Memorial)
Karine Haineault (Hôpital du Suroît)
Suzanne Sauvé (Hôpital Anna- Laberge)

*Travailleurs sociaux*
Nancie Chaumont, spécialiste en activités cliniques, mission hospitalière
Danielle Benoît (Hôpital du Suroît)
Isabelle Fortin (Hôpital Anna-Laberge)

*Réadaptation*
Véronique Boucher, physiothérapeute (Hôpital du Suroît)
Manuel Campeau, ergothérapeute (Hôpital Barrie Memorial)
Manon Ostiguy, physiothérapeute (Hôpital Anna-Laberge)

**Soutien à domicile**

*Infirmières au guichet d'accueil ou d'accès pôle 1*
Manon Laferrière (Jardins-Roussillon)
Mélanie Sauvé (Haut-St-Laurent)

*Infirmières au guichet d'accueil ou d'accès pôle 2*
Johanne Chevrier (territoire Vaudreuil-Soulanges)
Karine Latour (territoire Suroît)

*Professionnels pôle 1*
Mélanie Marois, spécialiste en activités cliniques (territoire Jardins-Roussillon)
Manon Martin, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (territoire Haut-St-Laurent)

*Professionnels pôle 2*
Valérie Blanchard, travailleuse sociale (Vaudreuil-Soulanges)
France Leduc, ergothérapeute (Suroît)

**Ressources non institutionnelles (DPSAPA**)
Martine Larose, travailleuse sociale

**Mise en pages**
Marie-France Castonguay, agente administrative, DSMREU
Paméla Déry, agente administrative, DSMREU
Sylvie Morin, technicienne en administration, DSMREU (vérification)

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Reproduction autorisée avec mention de la source.

# Table des matières


**LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES ..... 7**

**AVANT-PROPOS ..... 8**

**1. INTRODUCTION ..... 9**

**2. PRINCIPES DIRECTEURS ..... 10**

**3. REVUE DE LA LITTÉRATURE ..... 11**

3.1 Retombées de la planification du congé ..... 11

3.2 Caractéristiques des modèles probants ..... 13

**4. TRAJECTOIRE DE LA PLANIFICATION DU CONGÉ EN MILIEU HOSPITALIER ..... 14**

**5. REPÉRAGE DE LA CLIENTÈLE VULNÉRABLE ..... 16**

5.1 Définition ..... 16

5.2 Buts ..... 16
5.2.1 Critères de priorisation ..... 16

5.3 Outils de repérage ..... 17
5.3.1 PRISMA-7 ..... 17

5.4 Description des modalités recommandées lors du repérage des personnes âgées vulnérables à l'urgence ..... 18

5.5 Présentation visuelle des modalités ..... 21

**6. ÉVALUATION DES BESOINS ..... 22**

6.1 Définition ..... 22

6.2 Buts visés ..... 22

6.3 Outils d'évaluation ..... 23
6.3.1 Évaluation des signes vitaux gériatriques AÎNÉES ..... 23

6.4 Description des modalités recommandées lors de l'évaluation ..... 24
6.4.1 Rôles et responsabilités ..... 29

6.5 Présentation visuelle des modalités ..... 33
6.5.1 Urgence ..... 33
6.5.2 Unité de soins ..... 34

**7. ÉLABORATION DU PLAN D'ORIENTATION ET DE LA TRANSITION ..... 35**

7.1 Orientations possibles ..... 36
7.1.1 Autres mesures transitoires/soins postaigus du CISSS de la Montérégie-Ouest ..... 39

7.2 Transition ..... 45
7.2.1 Enseignement ..... 45
7.2.2 Communication avec les partenaires ..... 46

7.3 Description des modalités recommandées lors de l'élaboration du plan d'orientation et de la transition ..... 47

7.4 Présentation visuelle des modalités ..... 51
7.4.1 Urgence ..... 51
7.4.2 Unité de soins ..... 52

**8. INDICATEURS DU SUIVI DE L'IMPLANTATION ..... 53**

**BIBLIOGRAPHIE .....** ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

**ANNEXE A : AIDE À LA DÉCISION POUR FAVORISER UNE SORTIE SÉCURITAIRE D'UN USAGER À PARTIR DU MILIEU HOSPITALIER ..... 61**

# Liste des abréviations et des acronymes

| | |
|---|---|
| AAPÂ | Approche adaptée à la personne âgée |
| AÎNÉES | Autonomie/mobilité, intégrité de la peau, nutrition/hydratation, élimination, état cognitif/comportement/communication, sommeil |
| ASI | Assistante au supérieur immédiat |
| AVD | Activités de la vie domestique |
| AVQ | Activités de la vie quotidienne |
| BMR | Bactérie multirésistante |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CTMSP | Classification par types en milieu de soins et services prolongés |
| DMS | Durée moyenne de séjour |
| DPSAPA | Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées |
| DSIE | Demande de service interétablissement |
| DSIEU | Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire |
| DSMREU | Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire |
| DSPEM | Direction des services professionnels et de l'enseignement médical |
| ECGT | Équipe de consultation gériatrique thérapeutique |
| GA | Gériatrie active |
| HARP | Hospital Admission Risk Profile |
| ICASI | Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat |
| IP | Intervenant pivot |
| ISAR | Identification systématique des aînées à risque |
| Iso-SMAF | Système de gestion axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle |
| MAH | Mécanisme d'accès à l'hébergement |
| MD | Médecin |
| NSA | Niveau de soins alternatifs |
| OEMC | Outil d'évaluation multiclientèle |
| OPTIMAH | OPTIMisation des soins aux personnes âgées à l'Hôpital |
| PTI | Plan thérapeutique infirmier |
| PRISMA | Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien à l'autonomie |
| RAD | Retour à domicile |
| RASSURÉ | Ressource dédiée à l'accompagnement et au soutien pour la sécurité de l'usager de retour à domicile après un épisode de soins |
| RI | Ressource intermédiaire |
| RNI | Ressource non institutionnelle |
| RPA | Résidence privée pour aînés |
| RSIPA | Réseau de services intégrés aux personnes âgées |
| RTF | Ressource de type familial |
| SAD | Soutien à domicile |
| SHERPA | Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie |
| SPICES | Sleep disturbances/Poor nutrition/Incontinence/Confusion/Evidence of falls or functional impairment, Skin impairment |
| TS | Travailleur social |
| UCDG | Unité de courte durée gériatrique |
| URFI | Unité de réadaptation fonctionnelle intensive |
| UTRF | Unité transitoire de récupération fonctionnelle |

# Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 800 personnes et 430 médecins dans plus de 130 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne. Il se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation.

À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest réalise ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire et ainsi, il se démarque et rayonne par :

- L'excellence de son offre de soins et services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- Son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- La reconnaissance de la contribution de son personnel et de la mise en place de pratiques de gestions humaines;
- La force de ses liens avec ses partenaires.

Le CISSS de la Montérégie Ouest, créé le 1er avril 2015, regroupe les neuf anciennes composantes suivantes :

- Quatre CSSS : Jardins-Roussillon, Suroît, Haut-Saint-Laurent et Vaudreuil-Soulanges;
- Deux CRDITED : CRDITED de la Montérégie-Est (CRDITEDME) et Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR);
- Un centre de réadaptation en déficience physique : Centre montérégien de réadaptation (CMR);
- Deux centres de réadaptation en dépendance : Virage et Foster.

En plus des directions-conseils et des directions administratives, il est constitué des directions cliniques suivantes :

- Direction des Programmes Déficiences (incluant DI-TSA et DP) (DPD);
- Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD);
- Direction des Programmes Jeunesse et des activités publiques (DPJASP);
- Direction du Programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU);
- Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM).

# 1. Introduction

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a été adoptée par l'Assemblée nationale en février 2015 (Assemblée nationale, 2015). La Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU) du CISSS de la Montérégie-Ouest voit en cette réforme majeure une occasion de réexaminer et d'actualiser diverses pratiques cliniques dans une perspective d'amélioration continue. Or, l'organisation du congé hospitalier figure parmi celles ayant des incidences importantes, tant pour les usagers que pour le système de santé dans son ensemble.

Ce guide de pratique se veut un point de départ incontournable dans le processus d'harmonisation du cheminement global de planification du congé de personnes âgées de 75 ans et plus ou avec un profil gériatrique au sein des trois établissements de soins de courte durée du CISSS de la Montérégie-Ouest, soit les hôpitaux Anna-Laberge, Barrie Memorial et du Suroît.

Ce document s'appuie sur les données probantes disponibles au moment de sa rédaction. L'expertise d'intervenants et de gestionnaires clinico-administratifs est également intégrée aux recommandations du présent guide, compte tenu du manque de robustesse de plusieurs des conclusions tirées de la littérature, de la complexité de la problématique, ainsi que de la disparité des pratiques actuelles entre les trois hôpitaux.

Les aspects particuliers de chacun des volets de la planification du congé abordés ont été détaillés à travers diverses séances de travail, en tenant compte des réalités des établissements concernés, des besoins de leurs clientèles, ainsi que des travaux préexistants ou en cours au niveau du CISSS de la Montérégie-Ouest. Ces travaux ont été réalisés en collaboration avec un comité tactique et un comité opérationnel, tous deux formés dans le cadre du projet actuel de révision des pratiques cliniques en lien avec la planification du congé en milieu hospitalier.

Afin de soutenir les directions concernées dans l'implantation de ce présent guide de pratique clinique, des recensions des écrits plus ciblées de même que l'examen et l'adaptation de pratiques prometteuses existantes provenant du CISSS de la Montérégie-Ouest ou de l'externe pourront être étudiées dans des comités subséquents, selon les priorités déterminées par le comité de coordination clinique.

La clientèle concernée par ce guide est celle de 75 ans et plus, de même que celle à profil gériatrique[1]. Le cheminement élaboré dans ce document ne s'adresse pas à la clientèle de santé mentale, qui comporte ses propres spécificités.

[1] Le profil gériatrique est déterminé non pas par l'âge de l'usager, mais plutôt par la coexistence et les répercussions fonctionnelles de certaines caractéristiques fréquemment associées avec l'âge avancé (pluripathologie associée à des incapacités physiques, psychiques ou sociales, risque de polymédication, utilisation accrue des services de santé, etc.) (Afschrift et al., 2002).

Finalement, ce guide s'adresse à tous les professionnels et gestionnaires impliqués dans la planification du congé en milieu hospitalier de la clientèle décrite précédemment. Il se veut un ouvrage de recommandations où les pratiques souhaitées sont mises en lumière. Il ne remplace en aucun cas le jugement clinique des intervenants concernés, mais vise plutôt à guider leurs actions.

# 2. Principes directeurs

À travers le Canada, l'utilisation prolongée de lits de courte durée engendre d'importantes répercussions, particulièrement en ce qui a trait à la clientèle en niveau de soins alternatifs (NSA), concept antérieurement connu sous l'appellation de fin de soins actifs (FDSA)[2] (Comité d'experts sur les niveaux de soins alternatifs, 2006; Sutherland & Crump, 2011). L'utilisation inadéquate des lits de courte durée amène une mauvaise gestion des ressources hospitalières ainsi qu'une diminution de la qualité des soins offerts aux usagers.

La planification du congé est souvent évoquée comme stratégie pouvant favoriser la transition des personnes âgées entre différents niveaux de soins (Fleury, 2009; Qualité des services de santé Ontario, 2014). Plus précisément, cette démarche vise à réduire le séjour hospitalier et les réadmissions non planifiées, ainsi que d'améliorer la coordination des services à la suite du congé de l'hôpital (Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron, & Shepperd, 2016). Dans une perspective d'efficience organisationnelle et de recherche de la qualité, cette avenue s'avère ainsi intéressante.

La planification du congé consiste à développer un plan individualisé pour l'usager, afin que le congé ait lieu dès que les soins de courte durée ne sont plus requis, tout en veillant à la prestation de services adéquats par la suite. Ce processus doit (Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron, & Shepperd, 2016; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015) :

- **Favoriser une intervention précoce** : la planification du congé doit débuter dès l'évaluation initiale de l'usager, ou avant même l'admission pour les interventions électives (Alper, O'Malley, & Greenwald, 2016). En ce sens, les principes généraux du cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ)[3] en milieu hospitalier stipulent que :

  *« Dès l'admission, il faut envisager l'épisode de soins comme une étape de transition dans un continuum. On doit identifier les problèmes susceptibles d'affecter le fonctionnement à long terme et amorcer les traitements et les recommandations qui pourront être poursuivis dans la communauté (p. 39) »* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

[2] « Les usagers considérés en fin de soins actifs sont ceux dont l'état ne requiert plus les services d'un hôpital de courte durée. Il s'agit d'usagers dont l'évaluation est complétée ou en cours et pour lesquels on attend de pouvoir accéder à des services extramuraux (réadaptation, convalescence, soins palliatifs et d'hébergement) » (Daneault & Villeneuve, 2014). Ces usagers, en attente d'un niveau de soins pouvant répondre à leurs besoins, ne requièrent plus la spécificité ou l'intensité d'une hospitalisation en soins aigus, bien qu'ils continuent d'y occuper un lit (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

[3] Ce cadre de référence ministériel porte sur le phénomène du déclin fonctionnel iatrogène, visant à améliorer la qualité du séjour et des soins offerts aux personnes âgées en milieu hospitalier.

Il est important de rappeler que les usagers qui ne requièrent plus les services d'un hôpital de courte durée devraient être réorientés vers d'autres milieux dès que possible. En effet, un séjour hospitalier prolongé, en plus d'accroître les coûts et l'engorgement des services, augmente le risque de diverses conséquences néfastes chez l'usager, entre autres (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011; UK Department of Health, 2010) :

- Effets psychologiques : dépression, ennui, frustration, perte de confiance en soi;
- Effets physiques : delirium, syndrome d'immobilisation, infections, etc.

- **Travailler en concertation** : la collaboration et l'implication rapide des divers acteurs (incluant l'usager et ses proches, le personnel hospitalier, les médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les intervenants de première ligne ou d'autres milieux de soins) revêtent une importance majeure. Les stratégies potentiellement bénéfiques sont axées sur les interventions directes auprès des usagers, la formation continue des médecins et autres intervenants, l'amélioration des processus de coordination, de même que la fluidité de communication des informations (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011; Tardif & Fleury, 2013);

- **Favoriser l'orientation au congé vers le domicile ou le milieu de vie antérieur de l'usager** : dans la mesure du possible, le domicile (ou milieu de vie antérieur de l'usager) devrait toujours être la première option à envisager à l'obtention du congé hospitalier. Évidemment, le choix des usagers et de leurs proches aidants, la nature des besoins et l'intensité de services requise par rapport aux ressources disponibles (services en mode ambulatoire, services à domicile, disponibilité et capacité des proches aidants) sont autant de facteurs à considérer (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003);

- **Limiter les transitions multiples entre milieux :** les personnes âgées, surtout celles qui sont atteintes de problèmes de santé complexes, forment un groupe particulièrement à risque d'effets indésirables lors de transitions : perte de repères, problèmes en lien avec la gestion des médicaments, chutes, etc. (Laugaland, Aase, & Barach, 2012; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Les pratiques et l'organisation des services doivent donc éviter toutes transitions qui n'ont pas de valeur ajoutée pour l'usager.

# 3. Revue de la littérature

## 3.1 Retombées de la planification du congé

Les activités de planification du congé, lorsque mises en place précocement et combinées avec une approche centrée sur la personne et ses proches, démontrent divers effets bénéfiques :

- **Réduction des réadmissions hospitalières** : la prévention des réhospitalisations est primordiale dans le réseau de la santé, tant pour améliorer la qualité des services pour l'usager que pour contrôler les coûts associés (Hansen, Young, Hinami, Leung, & Williams, 2011). Plusieurs des recherches portant sur la planification du congé démontrent certaines retombées en lien avec la réduction des réadmissions hospitalières (Fox et al., 2013; Gonçalves-Bradley et al., 2016; Scott, 2010). Par exemple, dans les études retenues dans la méta-analyse de Fox et al. (2013), une baisse de 22 % au niveau des réadmissions hospitalières a été recensée à la suite de la mise en place d'activités précoces de planification du congé. Dans la revue

systématique de Gonçalves-Bradley et al. (2016), la baisse des réadmissions hospitalières recensée se situe entre 6 % et 11 % dans les études retenues portant sur les effets de la planification du congé;

- **Augmentation de la satisfaction et réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)** : une publication récente (Gonçalves-Bradley et al., 2016) conclut que la planification du congé favorise la satisfaction liée aux soins, tant pour les usagers que pour les professionnels, et réduit légèrement la DMS chez les personnes âgées atteintes d'une condition médicale, bien que des revues systématiques antérieures n'avaient pu clairement établir de corrélation en ce sens (Ali & Rasmussen, 2004; Fox et al., 2013).

De nombreux autres indicateurs sont associés à la planification du congé dans le contexte d'études individuelles :

- Complications reliées au motif initial d'admission;
- État de santé de l'usager, incluant la santé psychologique;
- Taux de mortalité;
- Santé psychologique des proches aidants;
- Coûts des soins de santé en lien avec la planification du congé;
- Coûts des soins et services utilisés en milieu hospitalier;
- Coûts des soins en première ligne et dans la communauté.

Une revue systématique (Gonçalves-Bradley et al., 2016) s'est penchée sur plusieurs d'entre eux, sans toutefois établir d'effets statistiquement significatifs. Cela dit, il importe de garder en tête que les composantes constituant chacune des interventions de planification du congé varient considérablement entre les études, et sont parfois décrites de façon limitée ainsi que dans des contextes différents les uns des autres (Gonçalves-Bradley et al., 2016; Hansen et al., 2011; Linertová, García-Pérez, Vázquez-Díaz, Lorenzo-Riera, & Sarría-Santamera, 2011). Par ailleurs, ces composantes interagissent vraisemblablement entre elles, de sorte qu'il est difficile d'isoler les effets individuels de chacune (Boutwell & Hwu, 2009; Preyde, Macaulay, & Dingwall, 2009).

Enfin, les processus visant à améliorer la transition des soins (telle une planification du congé efficace) sont associés à une baisse de l'utilisation des services hospitaliers en général ce qui, à son tour, pourrait avoir une influence sur le nombre d'hospitalisations des usagers NSA (Sutherland & Crump, 2011), bien qu'il ne soit pas encore clairement démontré que le recours aux soins intégrés (incluant la planification du congé) réduit l'occupation des lits de courte durée par des usagers ne requérant plus de soins actifs.

Les interventions qui comprennent un volet de suivi à domicile à la suite du congé - tels que les visites à domicile, les suivis téléphoniques et les suivis d'un pharmacien - minimisent le risque de réadmission des personnes âgées (Laugaland et al., 2012; Linertová et al., 2011; Tourigny et al., 2010). Il importe ainsi de combiner les efforts de préparation au congé, effectués principalement en milieu hospitalier, aux activités de soutien à la suite du congé, effectuées principalement en communauté. En ce sens, la planification du congé doit nécessairement tenir compte des ressources et des moyens d'intervention mis en œuvre en amont et en aval.

## 3.2 Caractéristiques des modèles probants

Une revue systématique portant sur la gestion de cas pour les aînés à l'urgence relate que les modèles rapportant les meilleurs résultats ont certaines caractéristiques en commun (Sinha, Bessman, Flomenbaum, & Leff, 2011) :

- Des pratiques interprofessionnelles et le développement des compétences gériatriques à travers le réseau;
- Une participation clinique active et un *leadership* de la part des infirmières, au sein des équipes interdisciplinaires;
- Un processus de repérage des usagers à risque à l'aide d'un outil validé, dans un contexte de ressources limitées;
- Une évaluation gériatrique spécifique et ciblée, incluant des aspects tels que le statut fonctionnel ou le soutien social, permettant d'aller au-delà de la raison de consultation initialement nommée;
- Une amorce des soins et une planification de préparatifs le plus précocement possible;
- Un suivi des usagers à la suite du congé;
- Un processus systématique d'évaluation et de monitorage pour mesurer l'efficacité des interventions de l'établissement.

Les modèles de planification du congé qui démontrent le plus d'effets probants comportent des types d'intervention similaires (Scott, 2010) :

- Avant le congé :
  - enseignement et counseling accrus aux usagers, particulièrement en ce qui a trait à la compréhension de l'état de santé de l'usager et l'autogestion de ses soins;
  - évaluation précoce et complète des besoins en lien avec le congé, avec un bilan comparatif des médicaments;
  - rendez-vous de suivi établi avant le congé.
- Après le congé :
  - suivi postaigu précoce avec un médecin ou une infirmière, dans un délai de 24 à 72 heures pour les usagers vulnérables;
  - communication complète et en temps opportun du plan d'intervention avec le prestataire de soins de première ligne;
  - références appropriées aux soins à domicile, aux services ambulatoires et aux services de la communauté, lorsque requis;
  - appels téléphoniques ou visites à domicile précoces d'une infirmière ou d'un pharmacien, afin de valider la compréhension des plans d'intervention et de suivi, chez les usagers vulnérables;
  - service d'assistance téléphonique pour les usagers.

- Pour assurer la transition entre les épisodes de soins, tant avant qu'après le congé :
  - approche centrée sur l'usager;
  - accompagnement durant la transition (par une « transition coach »)/coordination par un clinicien assigné à l'usager;
  - continuité des prestataires de soins.

De même, pour faire suite à l'observation de quinze pratiques américaines exemplaires, l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI)[4] émet quatre recommandations en lien avec la réduction des réhospitalisations évitables (Boutwell, Griffin, Hwu, & Shannon, 2009) :

- Améliorer les processus existants de transition vers l'extérieur de l'hôpital;
- Améliorer l'accueil de l'usager dans son nouveau milieu de soins;
- Accroître les services lors de transitions pour les usagers ayant un risque élevé de réadmission;
- Engager les usagers et leurs proches en tant que participants actifs pour leurs soins, et faciliter l'autogestion ou la surveillance à distance.

Finalement, les activités de planification du congé peuvent se concentrer sur une cible d'intervention particulière, par exemple circonscrites à l'enseignement aux usagers et leurs proches ou encore au suivi téléphonique, ou être plutôt intégrées ou combinées à d'autres types d'interventions (Scott, 2010). Des résultats plus probants sont démontrés par la combinaison d'interventions plutôt que par celles à cible unique (Bauer, Fitzgerald, Haesler, & Manfrin, 2009; Leppin et al., 2014; Scott, 2010).

# 4. Trajectoire de la planification du congé en milieu hospitalier

De façon générale, il est possible de subdiviser les interventions de planification du congé selon quatre grandes étapes (Bauer et al., 2009; Tardif & Fleury, 2013) :

1. Le repérage de la clientèle vulnérable ou à risque;
2. L'évaluation des besoins;
3. L'élaboration d'un plan d'orientation;
4. La transition et le début des services de suivi.

Une schématisation de la planification du congé souhaitée pour les trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest est présentée à la figure 1. Les étapes présentées ont été inspirées de divers documents de soutien portant sur la planification du congé (Qualité des services de santé Ontario, 2014; UK Department of Health, 2010).

[4] L'IHI est un organisme indépendant à but non lucratif, basé aux États-Unis, visant l'innovation en matière de santé et de services de santé.

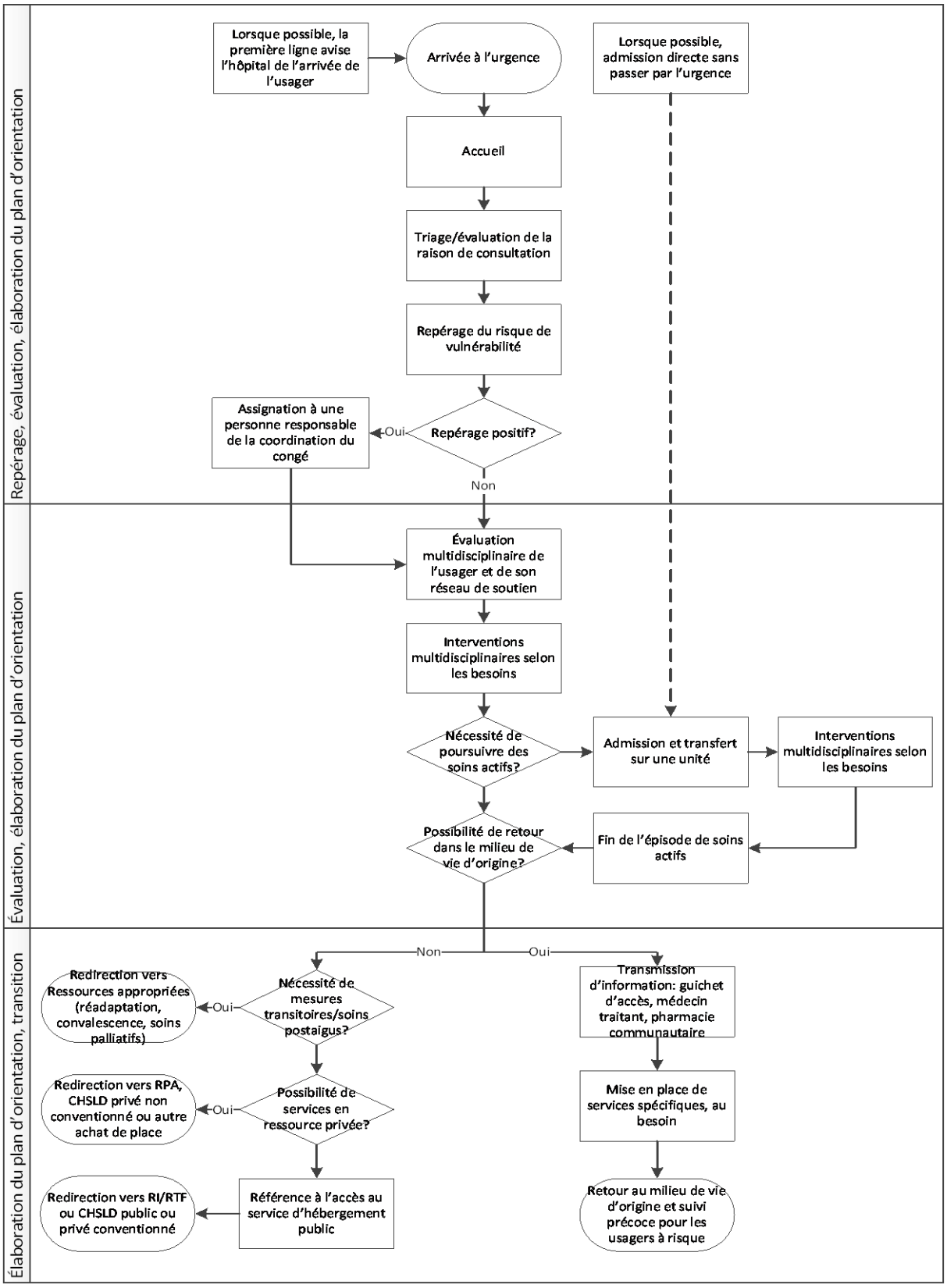



Fig. 1 – *Trajectoire de la planification du congé de personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique en milieu hospitalier*

# 5. Repérage de la clientèle vulnérable

## 5.1 Définition

Le repérage est une démarche qui permet de dépister les usagers qui présentent des facteurs de risque menant à des résultats de santé défavorables (par exemple : le déclin fonctionnel, l'hébergement ou même un décès). La détection précoce de cette clientèle doit être suivie d'une évaluation plus poussée et d'une intervention ciblée, afin d'éviter ou de limiter les conséquences néfastes potentielles.

## 5.2 Buts

Le repérage d'aînés - ciblés selon des critères établis - permet d'identifier les clientèles les plus vulnérables et d'anticiper leurs besoins, dans le but d'éviter des problèmes qui nuisent à la santé et au fonctionnement, tant à court qu'à long terme. Le fait de prioriser ces usagers pour une évaluation plus approfondie constitue une stratégie offrant de meilleurs résultats cliniques qu'en l'absence d'une pareille démarche (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill, & Langhorne, 2011). Il est important de noter que les retombées positives d'un repérage sont associées à la capacité du milieu clinique d'être en mesure d'évaluer la personne âgée vulnérable rapidement une fois qu'elle a été identifiée (Gélinas, 2013). L'approche interdisciplinaire et multidimensionnelle est reconnue comme celle à privilégier auprès des personnes âgées à l'urgence. Les interventions qui en découlent ont amené une amélioration au niveau de la fonction physique des personnes âgées ainsi qu'une baisse des recours aux services à la suite de la visite à l'urgence. Pour ce faire, la mise en place d'une équipe distincte est requise lorsque l'on considère le temps et les efforts nécessaires à l'actualisation de ce modèle d'évaluation auprès des personnes vulnérables identifiées lors du repérage (Shang, 2012; Harrisson, 2011).

### 5.2.1 Critères de priorisation

La détermination d'usagers à risque peut se faire selon l'âge ou selon divers autres facteurs dénotant des besoins particuliers (Ellis et al., 2011; Ward & Reuben, 2016) :

- Les troubles psychosociaux, tels que la dépression ou l'isolement;
- Les affections gériatriques spécifiques, telles que la démence, les chutes, ou l'incapacité fonctionnelle;
- Le recours fréquent, antérieur ou anticipé aux services de santé;
- Les modifications en termes de situation de vie (ex. : passer d'un milieu de vie autonome à un besoin d'assistance);
- Les diagnostics médicaux et autres comorbidités, certains pouvant être associés à davantage de conséquences nocives, notamment lorsqu'il est question de maladies chroniques (S. N. Hastings, Whitson, Purser, Sloane, & Johnson, 2009; John Hopkins University & Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, 2014).

## 5.3 Outils de repérage

Certains outils permettent de procéder au repérage d'usagers à risque, de façon simple et rapide, à l'aide de quelques questions ciblées portant sur de tels facteurs. Ils sont conçus pour être suivis d'une évaluation subséquente. Bien que les résultats puissent inclure des faux positifs ou des faux négatifs, ils permettent néanmoins de déterminer, de pair avec le jugement clinique, quels usagers doivent être évalués en priorité afin d'intervenir précocement (Raîche, Hébert, & Dubois, 2004). Compte tenu des ressources limitées du réseau de la santé et des services sociaux, cette stratégie semble avantageuse.

Il existe plusieurs outils de repérage permettant d'identifier les personnes âgées vulnérables, visant des contextes et des objectifs différents, dont le *Hospital Admission Risk Profile* (HARP) et le Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie (SHERPA) (Harrisson, 2011c; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Deux autres outils ont été élaborés et validés au Québec : l'identification systématique des aînés à risque (ISAR) et le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7). Les gestionnaires clinico-administratifs impliqués dans les travaux du présent guide de pratique ont arrêté leur choix sur le PRISMA-7. Ce choix s'est fait en considérant les qualités métrologiques de l'outil (sensibilité, spécificité, valeur prédictive, fidélité interjuge) ainsi que le contexte de pratique du CISSS de la Montérégie-Ouest. En effet, cet outil est déjà connu et utilisé à divers degrés par les équipes de l'urgence. De plus, il est utilisé en première ligne et par divers partenaires de la communauté, ce qui facilite la continuité des soins auprès de la personne âgée.

### 5.3.1 PRISMA-7

Le PRISMA-7 est un outil qui a été conçu dans le contexte du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA), et qui (Raîche et al., 2004) :

- Concerne les usagers de 65 ans et plus. Le seuil pour lequel un usager est considéré comme positif doit être déterminé par l'établissement. Le questionnaire est valide pour un seuil minimal à 3 ou à 4. Bien entendu, le seuil déterminé affectera la sensibilité[5], la spécificité[6] ainsi que la valeur prédictive[7] de l'outil. Les auteurs de l'outil précisent que le score seuil peut se décider en considérant la quantité d'évaluation que les équipes cliniques sont en mesure de réaliser à l'intérieur de leur charge de cas. Suite à une consultation auprès des gestionnaires clinico-administratifs du CISSS de la Montérégie-Ouest impliqués dans la planification du congé hospitalier, le seuil clinique retenu est de 4 et plus à l'outil. Ce choix s'est fait en considérant

[5] Sensibilité : probabilité que l'outil identifie correctement un usager réellement positif. Proportion d'usagers qui testent « positif » et qui développent réellement une issue défavorable (« vrais positifs »), parmi tous les usagers qui développent une issue défavorable et à qui l'outil a été administré (« vrais positifs » + « faux négatifs »).

[6] Spécificité : probabilité que l'outil identifie correctement un usager réellement négatif. Proportion de « vrais négatifs », parmi les « vrais négatifs » + les « faux positifs ».

[7] Valeur prédictive : probabilité que le résultat indiqué par l'outil reflète la réalité. Proportion de « vrais positifs », parmi tous les usagers qui reçoivent un résultat positif (« vrais positifs + faux positifs »), ou proportion de « vrais négatifs », parmi les « vrais négatifs » et les « faux négatifs ».

la capacité de prise en charge des équipes de l'urgence. En effet, la sensibilité de l'outil pour un score de 4 et plus est de 60,87% comparée à 78,26% pour un score de 3 et plus;

- Permet de prioriser les personnes âgées qui auraient besoin d'une évaluation plus approfondie;
- Peut être administré à divers stades de la trajectoire de la personne âgée - par téléphone, par écrit ou en personne, à l'occasion d'un contact avec un intervenant de la santé ou du milieu communautaire. Il peut être également utilisé à l'urgence (Harrisson, 2011);
- Peut être complété par des cliniciens ou toute autre personne ayant reçu une formation à l'utilisation de l'outil;
- Peut être complété rapidement, soit en moins de 5 minutes (Harrisson, 2011);
- Est composé de sept questions (réponse oui/non) portant sur des descripteurs de la perte d'autonomie actuelle : âge, genre, restriction d'activités, besoin d'aide, sédentarité causée par l'état de santé, identification d'un proche aidant, utilisation d'aides à la mobilité. Un point est attribué pour la présence de chaque facteur (chaque réponse « oui »), donnant lieu à un score variant entre 0 et 7;
- Vise à repérer des personnes déjà en perte d'autonomie modérée à grave, sans être connues du réseau de la santé et des services sociaux;
- A été développé pour être utilisé comme première étape d'une intervention à deux étapes : les usagers identifiés positifs au PRISMA-7 étant ensuite évalués avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Selon Harrisson (2011), cet outil peut également être utilisé en combinaison avec l'outil d'évaluation de la version française *de SPICES* (*Sleep disturbances/Poor nutrition/Incontinence/Confusion/Evidence of falls or functional impairment, Skin impairment*). Il s'agit de l'évaluation des signes vitaux gériatriques aînée.

## 5.4 Description des modalités recommandées lors du repérage des personnes âgées vulnérables à l'urgence

| **Repérage de la clientèle vulnérable** | | | |
|---|---|---|---|
| **Actions** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Communiquer précocement avec le prestataire de soins de première ligne ou le médecin de famille, pour un usager connu du réseau, à la suite de son arrivée à l'urgence | • Infirmière de liaison de l'urgence ou travailleur social (spécifier qui est responsable, dans quels cas) | • Notes évolutives<br>• Formulaire d'évaluation biopsychosociale | • Courriel automatisé de l'urgence vers l'accueil SAD |
| • Procéder à la passation du PRISMA-7 auprès des personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Infirmière au triage | • PRISMA-7 | • Se référer aux protocoles qui seront en place dans les urgences |

| Repérage de la clientèle vulnérable | | | |
|---|---|---|---|
| **Actions** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Transmettre le résultat du PRISMA-7 positif (4 et plus) au guichet d'accès ou au médecin de famille | • Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique à l'urgence) | • Feuille-réponse du PRISMA-7<br>• Formulaire de consentement | • Télécopieur |
| • Si résultat négatif au PRISMA-7 (< 4) : assurer le suivi régulier de l'usager, dont l'application du processus de soins diagnostiques liés aux besoins et interventions préventives systématiques- pallier 1 de l'approche personnalisée à la personne âgée (AAPÂ) | • Médecin, infirmière, préposé aux bénéficiaires, ergothérapeute, physiothérapeute ainsi que tous les autres intervenants et professionnels faisant partie de l'équipe interdisciplinaire | • Outils d'évaluation selon le champ pratique de chaque professionnel impliqué dans le suivi de l'usager<br>• Signes vitaux gériatriques AÎNÉES : Interventions systématiques en salle d'urgence pour toute la clientèle âgée | • Se référer aux modalités inscrites dans les fiches cliniques AÎNÉES |
| • Si résultat positif au PRISMA-7 (≥4) : Appliquer les interventions de prévention et de traitement précoce (pallier 2- AAPÂ)<br>Si delirium, alitement obligatoire ou dénutrition : applications des interventions spécialisées (palier 3-AAPÂ) | • Professionnels de l'équipe gériatrique à l'urgence | • Outils d'évaluation selon le champ pratique de chaque professionnel impliqué dans le suivi de l'usager<br>• Signes vitaux gériatriques AÎNÉES<br>- Fiche AÎNÉES : Aide-mémoire<br>- Fiches cliniques AÎNÉES<br>▪ Autonomie : déclin fonctionnel dans les AVQ<br>▪ Autonomie : syndrome d'immobilisation<br>▪ Intégrité de la peau : plaie de pression<br>▪ Nutrition : dénutrition<br>▪ Nutrition : déshydratation<br>▪ Élimination : constipation et fécalome<br>▪ Élimination : incontinence urinaire<br>▪ État cognitif : agitation dans les démences<br>▪ Sommeil : insomnie<br>• Outil d'aide à la décision (voir Annexe A) | • Se référer aux modalités inscrites dans les fiches cliniques AÎNÉES |

| Repérage de la clientèle vulnérable | | | |
|---|---|---|---|
| **Actions** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Envoyer la demande de service au guichet d'accueil du soutien à domicile si besoin de nouveaux services ou ajustements des services (services courants, services psychosociaux, AVD/AVQ, réadaptation externe, hébergement) en lien avec le retour à domicile | • Urgence :<br>- infirmière de liaison,<br>- infirmière gériatrique de liaison (équipe gériatrique de l'urgence)<br>- travailleur social (spécifier qui est responsable, dans quels cas) | • **DSIE** (demande de service interétablissement) et les pages complémentaires selon les besoins de l'usager<br>• **Rapports** d'évaluation des professionnels (ex. : ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) | • Courriel à partir de la plate-forme informatique DSIE |

## 5.5 Présentation visuelle des modalités

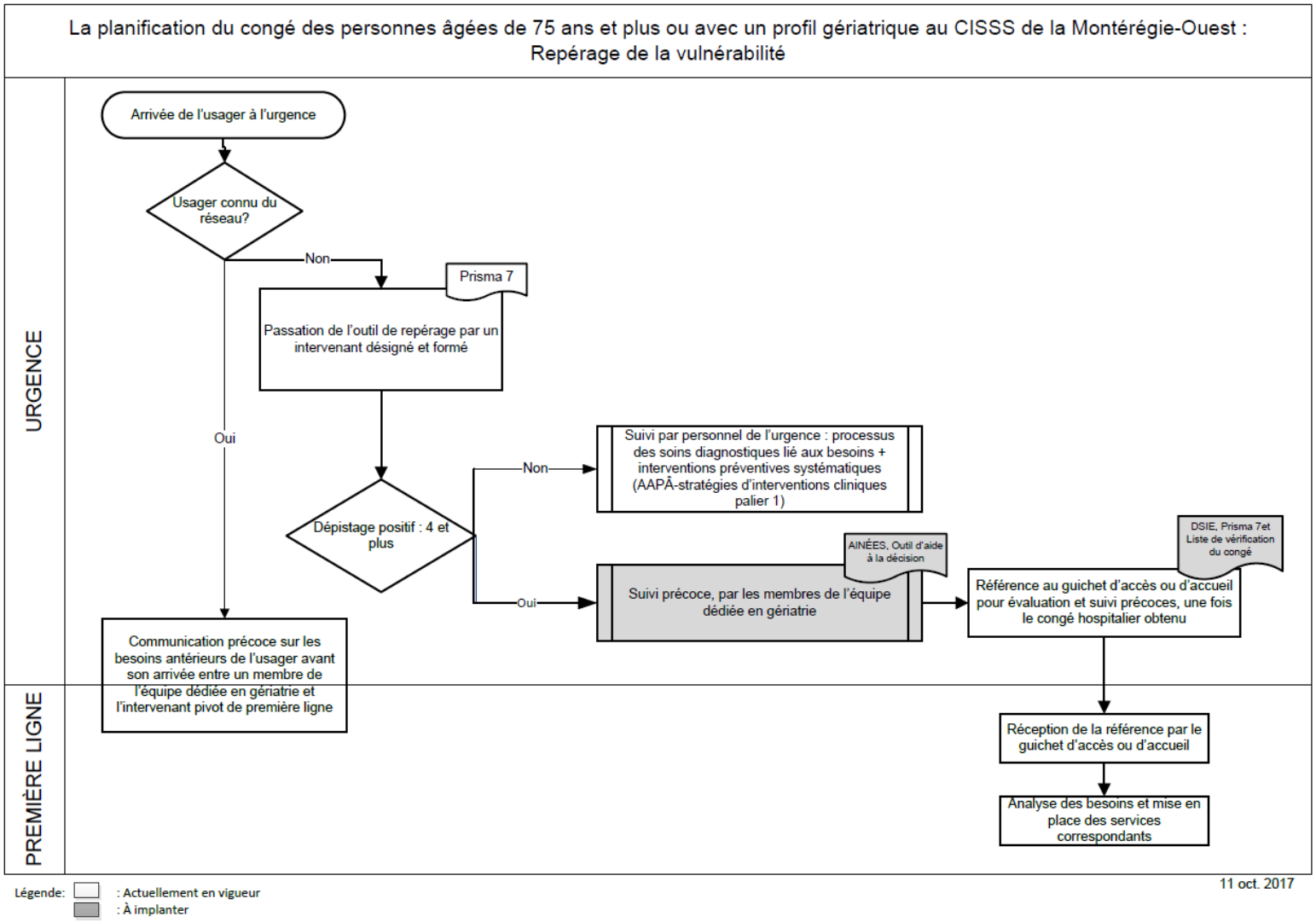



Fig. 2 – *Logigramme des activités cliniques recommandées lors du repérage de la vulnérabilité à l'urgence*

# 6. Évaluation des besoins

## 6.1 Définition

L'évaluation permet de rassembler des données pour mieux connaître l'usager du point de vue de sa condition de santé, de son état fonctionnel ainsi que de son réseau de soutien, afin de mieux définir les objectifs de soins requis, et ainsi être en mesure de mieux planifier son congé.

## 6.2 Buts visés

L'évaluation cherche à apprécier l'état de santé, tant habituel qu'actuel, de l'usager. Plus le niveau de risque est jugé élevé, plus cette évaluation devrait être spécifique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

Le poids d'une évaluation adéquate est d'autant plus grand qu'un congé prématuré, ou vers un environnement non adapté aux besoins médicaux de l'usager peut engendrer une réadmission hospitalière. Du reste, les congés précoces n'entraînent pas forcément une réduction des coûts globaux pour l'établissement, lorsqu'ils induisent une plus grande utilisation subséquente des services : soutien à domicile, services ambulatoires, retours à l'urgence, etc. (Alper, O'Malley, & Greenwald, 2016). Il faut également « […] tenir compte du fait que des congés prématurés des soins aigus peuvent exercer une pression considérable sur les modèles de dotation et allonger la durée des séjours en soins postaigus » (Sutherland & Crump, 2011, p. 8).

Or, que ce soit dû à un manque de temps ou d'expertise, le personnel soignant néglige fréquemment certains problèmes qui lui semblent mineurs. Les nombreux préjugés sociétaux à l'égard des personnes âgées contribuent à ce phénomène. Par exemple, des symptômes tels que l'incontinence ou la confusion peuvent être faussement interprétés comme faisant partie de la normalité (Poncia, Ryan, & Carver, 2000). L'importance de la formation du personnel quant aux syndromes gériatriques est donc à souligner. Conséquemment, l'AAPA insiste sur les connaissances nécessaires afin de bien distinguer le vieillissement normal du vieillissement pathologique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Il importe de considérer tant l'état de santé (physique, cognitif, niveau fonctionnel) que les aspects psychosociaux. Suite à une revue systématique comprenant 22 études randomisées contrôlées (niveau de preuve élevé) auprès de 10 315 usagers de 65 ans et plus, il a été mis en lumière que les évaluations gériatriques multidimensionnelles et interdisciplinaires amèneraient une hausse des chances de survie ainsi qu'un retour à domicile pouvant s'étendre jusqu'à un an à la suite d'une hospitalisation urgente (Ellis et al., 2011). La majorité des études recensées pour cette revue systématique se déroulaient dans des unités de gériatrie.

Finalement, la considération de la situation préhospitalière revêt une grande importance. À ce titre, la mise en place de corridors de communication fluides et efficaces entre les équipes du milieu hospitalier et les équipes de la première ligne sont incontournables. En effet, selon l'étude qualitative australienne d'Allen et al. (2012), les infirmières de la communauté interrogées ont affirmé que des modalités de communication avec les équipes hospitalières permettent une meilleure évaluation et gestion du risque de la situation de la personne âgée lors de la planification du congé. Selon les résultats obtenus par Allen et al. (2012), les trois modalités de communication les plus efficaces seraient des **discussions téléphoniques en temps réel,** des **rencontres de suivi en face à face** et des **rencontres interdisciplinaires**. Selon ces mêmes groupes, les communications par téléphone permettraient de faciliter la résolution de problème face à des situations plus complexes et urgentes. L'ensemble des participants aurait indiqué que les communications écrites seraient moins efficaces. Cette même étude indique l'importance de bien définir les rôles et les responsabilités des différents professionnels impliqués auprès de la personne âgée, dont le professionnel responsable de coordonner les activités de planification du congé.

## 6.3 Outils d'évaluation

### 6.3.1 Évaluation des signes vitaux gériatriques AÎNÉES

L'utilisation des signes AÎNÉES en milieu hospitalier est une recommandation formelle du guide référence de *l'Approche adaptée à la personne âgée* déposé en 2011 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces signes vitaux gériatriques ont été adaptés de travaux antérieurs par des cliniciennes du Centre hospitalier universitaire de Montréal, dans le contexte du Projet interdisciplinaire d'OPTIMisation des soins aux personnes âgées à l'Hôpital (OPTIMAH). Ils portent sur six indicateurs de complications et de déclin fonctionnel chez les personnes âgées (Lafrenière & Dupras, 2008) :

- Autonomie (mobilité et hygiène) et chutes;
- Intégrité de la peau;
- Nutrition;
- Élimination;
- État cognitif et comportement;
- Sommeil.

En milieu hospitalier, ces indicateurs structurent ainsi l'évaluation initiale du médecin ou de l'infirmière, afin de dépister le risque de déclin fonctionnel dès l'admission. Par la suite, les résultats obtenus lors de la passation de l'outil sont utilisés pour le suivi quotidien des usagers. L'utilisation des signes vitaux gériatriques permet de mettre en place trois paliers d'intervention différents auprès de la personne âgée selon ses besoins, et ce, dès son admission à l'urgence. L'accent de l'évaluation est mis sur l'état global de l'usager, plutôt que de ne se concentrer que sur la raison principale d'hospitalisation. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2011), les paliers d'intervention émanant de l'utilisation des signes gériatriques AÎNÉES sont les suivants :

- **Palier 1** : interventions préventives systématiques qui s'adressent à toutes les personnes âgées qui sont admises à l'urgence ou sur une unité de soins. Ces interventions visent à répondre aux besoins de base de l'aîné. Par exemple, boire, manger, se déplacer, s'orienter dans le temps et dans l'espace;
- **Palier 2** : interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce. Les interventions spécifiques doivent être mises en place lorsque l'évaluation de l'aîné faite au premier palier révèle que l'état de l'usager est à risque de détérioration ou démontre des vulnérabilités. Il est recommandé qu'une équipe interdisciplinaire vienne se greffer à l'équipe régulière de l'urgence ou de l'unité de soins afin d'approfondir l'évaluation des besoins et mettre en place les interventions appropriées à la condition de l'usager;
- **Palier 3** : interventions spécialisées de traitement. Ce type d'intervention est mis en place lorsque l'évaluation de l'usager révèle que les interventions mises en place au palier 2 ne donnent pas les résultats escomptés au niveau de l'amélioration de l'état global de l'usager. Par exemple, présence de delirium, alitement obligatoire, dénutrition. L'équipe en place pourra demander le soutien d'une infirmière spécialisée en gériatrie ou d'une équipe spécialisée en gérontologie clinique.

## 6.4 Description des modalités recommandées lors de l'évaluation

| **Évaluation en vue de l'orientation**<br>Arrivée de l'usager à l'urgence ou sur l'unité de soins : concertation avec les intervenants du milieu d'où provient l'usager, selon les besoins | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Transmettre les informations cliniques sur l'usager lorsqu'il est transféré de l'urgence vers l'unité de soins | • Infirmière de liaison de l'urgence<br>• Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique à l'urgence) | • Formulaire d'évaluation biopsychosociale<br>• Notes évolutives | • Un message dans la boîte vocale de l'infirmière de liaison de l'unité pour chaque transfert d'un usager évalué par l'équipe gériatrique et pour lequel il y a des démarches en cours et/ou démarches à faire |

| **Évaluation en vue de l'orientation**<br>Arrivée de l'usager à l'urgence ou sur l'unité de soins : concertation avec les intervenants du milieu d'où provient l'usager, selon les besoins | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Si l'usager est connu de la première ligne, communiquer avec l'intervenant pivot (IP) en CLSC, dès que possible, suivant l'arrivée de l'usager à l'urgence ou sur l'unité de soins<br>• Inscrire les informations obtenues lors de la discussion avec l'IP dans une note évolutive (informations sur les services en cours, les habitudes de vie, le soutien environnemental, etc.) | • Urgence :<br>- infirmière de liaison<br>- infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique à l'urgence)<br>• Unité de soins :<br>- infirmière de liaison | • Formulaire de consentement (accès à l'information)<br>• Formulaire d'évaluation biopsychosociale<br>• Notes évolutives | • Appel à IP avec informations claires pour le retour d'appel (nom, disponibilité, no. de tél., poste)<br>• En cas d'urgence : en tout temps, l'infirmière de liaison peut rejoindre le guichet d'accès ou d'accueil du SAD (si pas de réponse du guichet, rejoindre l'ICASI ou l'ASI selon le secteur) |
| • Compléter la collecte de données (niveau fonctionnel avant hospitalisation auprès des personnes significatives du milieu antérieur de l'usager) et inscrire les informations dans le formulaire d'évaluation biopsychosociale | • Urgence :<br>- infirmière traitante<br>- infirmière de liaison<br>- infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique à l'urgence)<br>• Unité de soins :<br>- infirmière traitante<br>- infirmière de liaison | • Formulaire d'évaluation biopsychosociale | • Se référer aux modalités inscrites dans le formulaire d'évaluation biopsychosociale |

| **Évaluation en vue de l'orientation**<br>Arrivée de l'usager à l'urgence ou sur l'unité de soins : concertation avec les intervenants du milieu d'où provient l'usager, selon les besoins | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Procéder aux évaluations et interventions multidisciplinaires en lien avec la raison d'hospitalisation et la condition globale de l'usager | • Tous les professionnels de l'équipe interdisciplinaire selon les besoins de l'usager (infirmière de liaison, infirmière traitante, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) | • Outils d'évaluation selon le champ pratique de chaque professionnel impliqué dans le suivi de l'usager<br>• Signes vitaux gériatriques AÎNÉES : aide-mémoire<br>• Fiches cliniques-signes vitaux gériatriques AÎNÉES<br>  • Autonomie : déclin fonctionnel dans les AVQ<br>  • Autonomie : syndrome d'immobilisation<br>  • Intégrité de la peau : plaie de pression<br>  • Nutrition : dénutrition<br>  • Nutrition : déshydratation<br>  • Élimination : constipation et fécalome<br>  • Élimination : incontinence urinaire<br>  • État cognitif : agitation dans les démences | • Se référer aux modalités inscrites dans les fiches cliniques AÎNÉES<br>• Se référer aux modalités inscrites dans les outils d'évaluation utilisés par les professionnels selon leur champ de pratique |
| • Compléter les requêtes pour les services des professionnels en milieu hospitalier selon les besoins évalués | • Urgence :<br>  - ASI/ICASI<br>  - Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique de l'urgence)<br>  - Médecin ou autre professionnel<br>• Unité de soins :<br>  - ASI/ICASI<br>  - Médecin ou autre professionnel | • Formulaire informatisé pour une requête à un professionnel | • Courriel<br>• Communication verbale |

| **Évaluation en vue de l'orientation**<br>Suivi de l'évolution de l'usager : concertation entre les différents intervenants pour une planification sécuritaire du retour à domicile | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Planifier des rencontres interdisciplinaires statutaires | • ASI/ICASI | • Calendrier des rencontres statutaires<br>• Notes évolutives des professionnels et médecins impliqués dans le suivi de l'usager<br>• Outil d'aide à la décision | • Pour usager connu du SAD : appel à l'IP pour valider sa disponibilité<br>• Pour usager non connu du SAD : appel au travailleur social au SAD pour la planification de congé |
| • Tenir des rencontres avec l'usager, la famille, membres du réseau de soutien et les intervenants de la première ligne pour discuter de la planification sécuritaire du retour à domicile | • Tous les professionnels et intervenants de l'équipe interdisciplinaire impliqués auprès de l'usager en fonction de ses besoins (médecin, infirmière de liaison, infirmière traitante, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) | • Outil d'aide à la décision<br>• Notes d'évolution | • En personne<br>• Conférence téléphonique (ligne confidentielle) peut-être envisagée pour discuter de points spécifiques |
| • En présence de besoins complexes et litigieux (usager connu ou non connu) : interpeller un intervenant de la première ligne afin qu'il puisse assister aux rencontres interdisciplinaires | • Infirmière de liaison (urgence, unité de soins)<br>• Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique de l'urgence)<br>• Travailleur social (spécifier qui est responsable, dans quels cas) | • Outil d'aide à la décision<br>• Notes d'évolution | • En personne<br>• Conférence téléphonique (ligne confidentielle) peut être envisagée pour discuter de points spécifiques |

| **Évaluation en vue de l'orientation**<br>Suivi de l'évolution de l'usager : concertation entre les différents intervenants pour une planification sécuritaire du retour à domicile | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Au cours de l'hospitalisation, échanger verbalement avec les différents professionnels de la première ligne (TS, ergo, physio, etc.), médecin de famille qui sont impliqués au dossier de l'usager | • Tous les professionnels et intervenants de l'équipe interdisciplinaire impliqués auprès de l'usager en fonction de ses besoins (médecin, infirmière de liaison, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) | • Outil d'aide à la décision<br>• Notes d'évolution | • Pour usager connu du SAD : Appel téléphonique directement auprès des professionnels (IP) concernés de la première ligne<br>• Pour usager non connu : appel au travailleur social SAD pour la planification de congé<br>• Appel au guichet d'accueil ou d'accès seulement s'il s'agit d'une urgence ET s'il y a incapacité à rejoindre le professionnel<br>Si pas de réponse du guichet, rejoindre l'ICASI ou l'ASI selon le secteur |
| • Au cours de l'hospitalisation, échanger verbalement avec les différents professionnels et intervenants impliqués dans le suivi des usagers à l'urgence ou sur les unités de soins | • Tous les professionnels et intervenants dans les soins offerts à l'usager en fonction de ses besoins (médecin, infirmière de liaison, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) | • Outil d'aide à la décision<br>• Notes d'évolution | • Appels téléphoniques |
| • Entreprendre la rédaction du document nécessaire à l'identification des besoins de l'usager à la suite de l'épisode de soins aigus | • Infirmière de liaison ou autre professionnel selon les besoins de l'usager (urgence, unité de soins)[8]<br>• Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique à l'urgence) | • DSIE<br>• Guide de rédaction de la DSIE | • Plate-forme informatique de la DSIE |

[8] Lors de la rencontre interdisciplinaire, l'ASI/ICASI, en collaboration avec les membres de l'équipe, pourrait désigner un autre professionnel que l'infirmière de liaison pour entreprendre la rédaction de la DSIE.

### 6.4.1 Rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités en lien avec l'évaluation de l'usager en vue de planifier le congé peuvent se départager par catégories d'emploi[9] :

**Le médecin :**

- Établit le portrait médical :
  - évalue et diagnostique;
- Participe à la mise en place du plan d'intervention;
- Planifie et octroie le congé, en collaboration avec les autres intervenants.

**L'infirmière traitante :**

- Évalue l'usager en lien avec son diagnostic;
- Recueille les informations pertinentes portant sur l'usager;
- Détermine le PTI;
- Participe à la rencontre interdisciplinaire;
- Collabore à l'application des recommandations émises par l'équipe interdisciplinaire;
- Détermine et applique le plan d'enseignement auprès de l'usager et de sa famille.

**L'infirmière de liaison :**

- Détermine le **portrait biopsychosocial** de l'usager :
  - **détermine les besoins de nature clinique** en vue d'un congé;
  - détermine l'apport du réseau de soutien en fonction de son implication dans les soins à prodiguer;
- Assure les interventions et le suivi découlant de ses évaluations, en collaboration avec les intervenants à l'extérieur du réseau hospitalier :
  - assure les références, la liaison et/ou la mise en place de services appropriés en première ligne selon les besoins (par exemple, l'antibiothérapie à domicile, le suivi de plaies ou de Coumadin, etc.);
  - réfère aux autres professionnels selon les besoins;
  - complète la DSIE (demande de service interétablissement) et l'envoie au guichet d'accès ou d'accueil du Soutien à domicile (SAD) correspondant.

[9] Inspiré des travaux en lien avec les rôles, responsabilités et tâches (RRT), pilotés par la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU), en collaboration avec la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA), la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et l'enseignement universitaire (DSMREU) et la Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM), CISSS de la Montérégie-Ouest (2016).

**L'infirmière de liaison en gériatrie[10] :**

- Détermine le **portrait biopsychosocial** de l'usager :
  - en collaboration avec le professionnel de l'équipe gériatrique, évalue les personnes âgées repérées positivement au PRISMA-7;
  - détermine les **besoins de nature clinique** en vue d'un congé;
  - détermine l'apport du réseau de soutien en fonction de son implication dans les soins à prodiguer;
- Assure les interventions et le suivi découlant de ses évaluations, en collaboration avec les intervenants à l'extérieur du réseau hospitalier :
  - assure les références, la liaison et/ou la mise en place de services appropriés en première ligne selon les besoins (par exemple, l'antibiothérapie à domicile, le suivi de plaies ou de Coumadin, etc.);
  - réfère aux autres professionnels selon les besoins;
  - complète la DSIE (demande de service interétablissement) et l'envoie au guichet d'accès ou d'accueil du Soutien à domicile (SAD) correspondant;
  - agit comme modèle auprès des membres de l'équipe de l'urgence :
    - contribue au développement des connaissances sur les syndromes gériatriques;
    - joue un rôle-conseil lors de situations cliniques complexes (identification des facteurs de vulnérabilité et des facteurs déclencheurs);
    - personne ressource pour l'équipe gériatrique à l'urgence et auprès des professionnels de l'urgence;
    - promotion de l'approche adaptée à la personne âgée auprès du personnel de l'urgence.

**Assistante au supérieur immédiat ou Infirmière clincienne au supérieur immédiat (ASI ou ICASI) :**

- **Coordonne le fonctionnement global du département, dont la planification du congé auprès de l'équipe interdisciplinaire** :
  - prépare et recueille les informations pertinentes sur l'usager à rapporter aux rencontres interdisciplinaires (planifie et dirige les rencontres quotidiennes/agit comme leader);
  - priorise les interventions selon la DMS-cible;
  - mobilise les intervenants nécessaires, selon les besoins, pour un congé sécuritaire dans le milieu de vie approprié. Par exemple, il s'assure que le formulaire principal de la demande de service interétablissement (DSIE) soit complété par le professionnel pouvant le mieux définir les besoins prioritaires de l'usager en vue d'un congé sécuritaire et il s'assure que les pages complémentaires du formulaire soient complétées par les professionnels appropriés;

[10] Tiré du document : « L'infirmière gériatrique-ses qualités, son rôle et ses fonctions. », Claire Harrisson, 2011

- effectue les suivis et assure un soutien aux intervenants et aux médecins. Par exemple, il peut interpeller un intervenant pour une réévaluation suite à un changement significatif de l'autonomie de l'usager;
- assure la complétion du « suivi quotidien »;
- veille à la mise à jour des kardex des usagers.

**Le travailleur social :**

- Évalue le fonctionnement social de l'usager;
- Assure les interventions et le suivi découlant de ses évaluations, en collaboration avec les intervenants à l'extérieur du réseau hospitalier, selon les besoins de l'usager :
  - mobilise l'usager, la famille, les proches et son réseau;
  - assure les références, la liaison et/ou la mise en place de services appropriés (internes et externes). Par exemple, explorer les services communautaires comme l'aide à l'entretien ménager, l'aide à la préparation des repas, services de répit pour les personnes souffrant d'Alzheimer, etc.;
  - lorsque nécessaire, effectue les démarches légales et les signalements, défend les droits de l'usager;
  - agit comme agent de protection/médiation;
  - mise en place de mesures alternatives à l'hébergement, en collaboration avec l'équipe du soutien à domicile;
- Planifie le plan d'intervention disciplinaire avec l'usager, la famille et les proches;
- Complète les pages complémentaires ou les annexes de la DSIE lien avec son champ de pratique;
- Complète ou fait la mise à jour de l'OEMC/Profil Iso-SMAF, lorsque requis pour les relocalisations en milieux publics : dans la mesure du possible, le retour à domicile devrait être priorisé afin d'évaluer l'usager dans son milieu de vie naturel.

**L'intervenant en réadaptation (physiothérapie et ergothérapie) :**

- Évalue le portrait des capacités physiques et de l'autonomie fonctionnelle de l'usager;
- Assure les interventions et le suivi découlant de leurs évaluations, en collaboration avec les intervenants à l'extérieur du réseau hospitalier;
- Établit le plan de traitement;
- Complète les pages complémentaires ou les annexes de la DSIE en lien avec son champ de pratique;
- Détermine et applique le plan d'enseignement auprès de l'usager et de sa famille, selon son champ de pratique.

**Autre professionnel ou intervenant spécialisé :**

- Réalise des évaluations spécifiques selon les besoins;
- Complète les annexes ou les pages complémentaires de la DSIE;
- Participe à l'enseignement selon son champ de pratique;
- Participe à la mise en place du plan d'intervention.

**L'intervenant du soutien à domicile/autre intervenant de la première ligne ou à l'extérieur du réseau hospitalier :**

- Participe dès le début de l'hospitalisation à la préparation du retour à domicile des usagers connus du soutien à domicile;
- Informe le milieu hospitalier du portrait biopsychosocial antérieur de l'usager, lorsque connu;
- Contribue à définir les services à mettre en place ou à rehausser en vue d'un éventuel retour à domicile, fait les liens avec les différentes ressources identifiées pouvant contribuer au retour de l'usager dans son milieu d'origine ou alternatif;
- Participe à la mise en place du plan d'intervention;
- Demeure disponible pour toute collaboration jugée nécessaire dans l'épisode de soins de l'usager;
- Procède à la réévaluation de l'usager lors du congé;
- Complète les OEMC des usagers non connus à la suite de l'ouverture du dossier CLSC et procède aux réévaluations des usagers déjà connus par le SAD (en présence de l'usager et/ou famille) dans son milieu de vie naturel ou alternatif.

## 6.5 Présentation visuelle des modalités

Voici les logigrammes des activités cliniques recommandées lors de l'évaluation.

### 6.5.1 Urgence

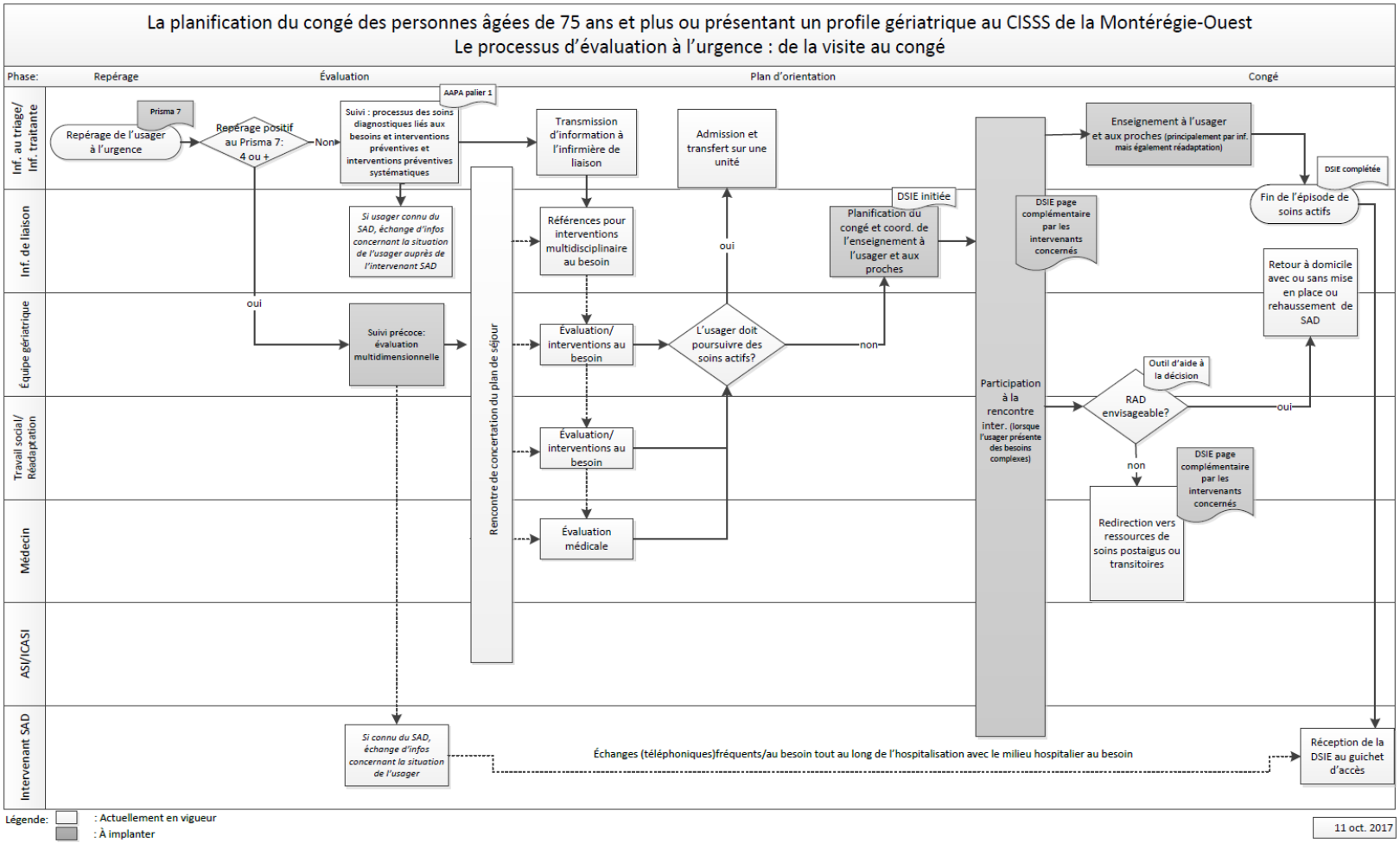



Fig. 3 – *Le processus d'évaluation à l'urgence : de la visite au congé*

### 6.5.2 Unité de soins

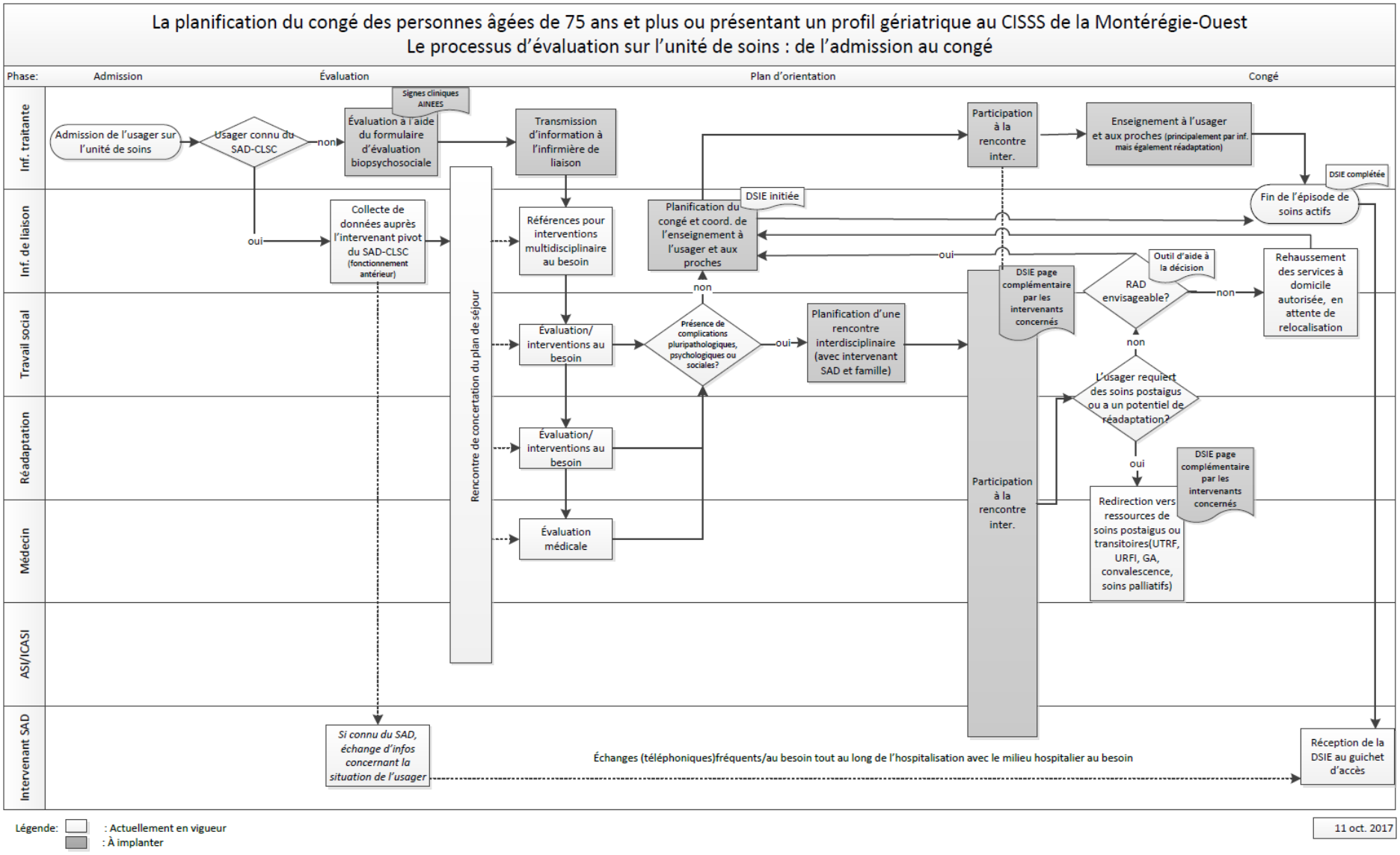



Fig. 4 – *Le processus d'évaluation sur l'unité de soins : de l'admission au congé*

# 7. Élaboration du plan d'orientation et de la transition

La détermination du lieu d'orientation de l'usager qui ne requiert plus de soins actifs doit tenir compte de plusieurs éléments (Alper et al., 2016) :

- Les conditions médicales de l'usager, tant aiguës que chroniques;
- L'état cognitif de l'usager;
- L'état fonctionnel et le niveau d'activité de l'usager;
- L'adéquation du milieu de vie actuel à l'état de santé de l'usager (ex. : présence d'escaliers, salubrité);
- La disponibilité du soutien familial ou de la part de proches;
- La capacité d'obtenir des médicaments et des services;
- L'existence de moyens de transport de l'hôpital vers le domicile et pour les visites de suivi;
- La disponibilité des services communautaires pour aider l'usager avec ses soins continus.

Or, « […] le processus d'orientation d'un aîné en perte d'autonomie ne serait pas toujours approprié et serait fortement influencé par la subjectivité, l'expérience, la formation, les connaissances et les préjugés des intervenants qui conseillent les personnes lors du processus d'orientation » (Dubuc, Corbin, Beaudry, Delli-Colli, & Raîche, 2013, p. 5). C'est dans ce contexte qu'un groupe d'experts suisses a adopté, en 2009, l'utilisation du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et de ses produits dérivés afin de déterminer la meilleure orientation possible des usagers en perte d'autonomie fonctionnelle, selon l'évaluation de leurs besoins (Dubuc et al., 2013).

## 7.1 Orientations possibles

Un usager qui ne requiert plus les services d'un hôpital de courte durée doit, dans la mesure du possible, être redirigé vers son milieu de vie naturel (domicile ou autre milieu de vie d'où provenait l'usager avant son admission en centre hospitalier). Ce retour peut demander la mise en place ou l'intensification de services particuliers (soutien à domicile, services ambulatoires, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, soutien par les aidants naturels, centres ou hôpitaux de jour, etc.).

Les usagers ne doivent pas demeurer en milieu hospitalier en attente d'une orientation ou d'un hébergement, afin d'éviter la surutilisation des lits de courte durée ainsi que le déconditionnement lié à l'hospitalisation. Si le retour à domicile n'est pas possible, l'usager devra être redirigé vers d'autres milieux alternatifs, que ce soit de façon transitoire ou permanente (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Afin de soutenir les professionnels dans le choix du service postaigu le plus adapté aux besoins des usagers, l'utilisation d'un outil d'aide à la décision est recommandée (Tardif et Fleury, 2013). Une version de l'outil d'aide à la décision est disponible en annexe du guide de pratique clinique. Cet outil d'aide a été élaboré en collaboration avec les gestionnaires et les professionnels du milieu hospitalier et de la première ligne du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Voici la description des milieux alternatifs et des mesures transitoires existantes :

| | | Définition | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|
| Hébergement privé | **Résidence privée pour aînés (RPA)** | Immeuble d'habitation collective pour personnes avec perte d'autonomie légère à modérée (peut répondre à une perte d'autonomie plus lourde avec offre de services à la carte ou par entente de services avec le réseau public).<br><br>Les services sont principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale et sont offerts contre le paiement d'un loyer. | Généralement, il s'agit d'usagers ayant un profil Iso-SMAF se situant entre 1 et 5.<br><br>Dans certaines situations, les usagers peuvent avoir un profil Iso-SMAF plus élevé.<br><br>Selon le tableau clinique, la personne âgée pourrait être orientée vers une RPA avec le soutien supplémentaire du SAD. | Pour consulter le registre des résidences privées pour aînés, selon les besoins de la personne et de sa famille, se référer au site internet :<br>http://k10.pub.msss.rtss.qc.ca/public/K10FormRecherche.asp. |

| | | Définition | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|
| Hébergement public | **Ressource non institutionnelle (RNI)** | Ces milieux offrent des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel, tout en fournissant des services de gîte, de couvert, de soutien ou d'assistance selon les besoins des individus.<br><br>Ressource intermédiaire (RI) : appartement supervisé, maison de chambres, maison d'accueil ou résidence de groupe. | Généralement, il s'agit d'usagers ayant un profil Iso-SMAF se situant entre 5 et 10<br><br>Selon le tableau clinique de la personne âgée (atteinte motrice dominante, atteinte mentale dominante), la personne âgée pourrait être orientée en RI avec le soutien supplémentaire du SAD au besoin. | Pour les **demandes d'hébergement publiques**, le référent doit procéder à l'analyse des besoins de la personne et compléter les documents demandés par le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH).<br><br>Les formulaires à compléter sont les suivants[11] :<br>• Formulaire *« Demande d'hébergement-Identification de l'usager »*;<br>• Formulaire de consentement à communiquer des renseignements;<br>• Évaluation de l'autonomie à partir des outils du réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) < 3 mois pour une première demande et < 1 an si la situation biopsychosociale de l'usager demeure inchangée;<br>• La classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) < 1 an ou moins et signé par le médecin et mis à jour s'il y a eu des changements dans la situation clinique de l'usager.<br><br>Selon le tableau clinique de l'usager, les documents suivants pourraient être nécessaires :<br>• Rapport d'observation et d'évaluation du comportement;<br>• Porteur de bactéries multirésistantes (BMR);<br>• Inventaire des besoins d'équipements ou des aides techniques. |

[11] Tiré du document : « Mécanisme d'accès à l'hébergement », Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, 2017.

| | | Définition | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|
| Hébergement public | **Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**[12] | Résidence publique qui accueille des adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, et ce, de façon temporaire ou permanente.<br><br>Ces derniers ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.<br><br>Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016), nous pouvons y retrouver les services suivants :<br>• Services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance;<br>• Services psychosociaux;<br>• Services infirmiers et médicaux;<br>• Services pharmaceutiques. | Généralement, il s'agit d'usagers ayant un profil Iso-SMAF se situant entre 10 et 14.<br><br>Exceptionnellement, les personnes âgées ayant un Iso-SMAF inférieur peuvent être orientées en CHSLD si le tableau clinique le justifie.<br><br>Pour ce faire, le référent doit présenter des arguments cliniques rigoureux et valides, c'est-à-dire qu'il s'agit de la meilleure orientation pour répondre aux besoins de santé, de qualité de vie et de sécurité de la personne âgée. | Pour les **demandes d'hébergement publiques**, le référent doit procéder à l'analyse des besoins de la personne et compléter les documents demandés par le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH).<br><br>Les formulaires à compléter sont les suivants[13] :<br>• Formulaire *« Demande d'hébergement-Identification de l'usager »*;<br>• Formulaire de consentement à communiquer des renseignements;<br>• Évaluation de l'autonomie à partir des outils du réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) < 3 mois pour une première demande et < 1 an si la situation biopsychosociale de l'usager demeure inchangée;<br>• La classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) < 1 an ou moins et signé par le médecin et mis à jour s'il y a eu des changements dans la situation clinique de l'usager.<br><br>Selon le tableau clinique de l'usager, les documents suivants pourraient être nécessaires :<br>• Rapport d'observation et d'évaluation du comportement;<br>• Porteur de bactéries multirésistantes (BMR);<br>• Inventaire des besoins d'équipements ou des aides techniques. |

[12] Fait référence à l'article 83 de la Loi sur la santé et les services sociaux (art. 83 LSSS).
[13] Tiré du document : « Mécanisme d'accès à l'hébergement », Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, 2017.

### 7.1.1 Autres mesures transitoires/soins postaigus du CISSS de la Montérégie-Ouest [14]

| | Objectif/définition | Mission | Clientèle cible | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|---|
| Programme RASSURÉ (Ressource dédiée à l'accompagnement et au soutien pour la sécurité de l'usager de retour à domicile après un épisode de soins) | Ce programme cherche à prévenir des retours en milieu hospitalier ou une aggravation de l'état de la personne âgée qui auraient pu être évités. | Le programme s'assure que la personne âgée est en sécurité dans son environnement tout en ayant réponse à ses besoins de base.<br><br>Également, le programme s'assure que la personne âgée ait accès à des ressources favorisant son maintien à domicile. | • Personne âgée de 65 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Personne qui désire rester à son domicile tout en maintenant son autonomie;<br>• Personne qui habite sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest;<br>• Personne qui ne reçoit pas les services du SAD;<br>• Personne ayant un besoin de soutien de courte durée pour un retour à domicile sécuritaire à la suite d'un épisode de soins à l'hôpital<br>Ex. : à la suite d'une chirurgie, à la suite d'une ou plusieurs fractures, présence d'une fragilité cardiaque ou pulmonaire, etc. | • Remplir la fiche de référence disponible sur le portail du CISSS de la Montérégie-Ouest;<br>• La demande doit être acheminée au guichet d'accueil ou d'accès du SAD en utilisant les modalités habituelles (DSIE). |

[14] Les définitions, missions et critères d'admission sont directement tirés du document de travail « Programmation ECGT/UCDG/UTRF/CONVALESENCE LÉGÈRE » de la composante Jardins-Roussillon, 2012.

| | Objectif/définition | Mission | Clientèle cible | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|---|
| Unité de courte durée gériatrique (UCDG) | « Service hospitalier offert aux personnes âgées ou présentant un profil gériatrique ayant un problème de santé auquel s'ajoutent des complications pluripathologiques, psychologiques ou sociales. » | « Offrir des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation à sa clientèle cible dans le but de faciliter un retour dans le milieu de vie naturel. » | « Personne âgée de 65 ans et plus, Personne de moins de 65 ans, mais ayant un profil gériatrique.<br><br>La clientèle cible peut provenir de l'hôpital ou du domicile. » | « Personne qui présente une déficience physique dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité de développer des incapacités fonctionnelles significatives et persistantes.<br><br>La phase aiguë du problème de santé est stabilisée et l'investigation médicale est terminée.<br><br>Toutefois, l'usager peut nécessiter encore un suivi médical (1 à 3 fois semaine). » | • Médecins et professionnels des unités de soins |
| Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) -santé physique | « Service hospitalier offert aux personnes qui, à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie, présentent des incapacités significatives et persistantes dues à une déficience physique, ces incapacités occasionnent des limitations dans l'accomplissement des activités courantes et dans la réalisation des rôles sociaux » | « Offrir des services d'évaluation, de traitement de réadaptation et d'orientation dans le but de favoriser la récupération de l'autonomie fonctionnelle et le développement des capacités potentielles de la clientèle afin de faciliter un retour dans le milieu de vie naturel. » | « Adulte de 18 ans et plus ayant une perte d'autonomie quantifiable. » | « Personne qui présente une déficience physique dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité de développer des incapacités fonctionnelles significatives et persistantes.<br><br>La phase aiguë du problème de santé est stabilisée et l'investigation médicale est terminée.<br><br>Toutefois, l'usager peut nécessiter encore un suivi médical (1 à 3 fois semaine). » | • « L'équipe multidisciplinaire en collaboration avec le médecin traitant en complétant une demande d'évaluation qu'il achemine à l'infirmière pivot de la gériatrie. » |

| | Objectif/définition | Mission | Clientèle cible | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|---|
| Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) | « Service posthospitalier de récupération offert aux personnes âgées ou présentant un profil gériatrique ayant un problème de santé auquel s'ajoutent des complications pluripathologiques, psychologiques ou sociales. » | « Offrir des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation à sa clientèle cible. » | « Personne ayant un profil gériatrique qui nécessite un plateau technique de base à l'extérieur de l'hôpital, d'une équipe de soins 24 heures/24 et d'une équipe interdisciplinaire.<br><br>La clientèle cible peut provenir de l'hôpital ou du domicile. » | « Personne qui présente une perte d'autonomie fonctionnelle occasionnée par une situation clinique soudaine (fracture, infection, entorse, diabète débalancé, etc.), nécessitant des services de réadaptation modérés (1 à 3 fois semaine).<br><br>La personne nécessite une intensité de services spécialisés, de soins infirmiers et d'assistance qui ne sont pas disponibles en milieu naturel, et ce, malgré les services du SAD et de l'assistance des aidants.<br><br>L'investigation médicale est terminée et l'usager a besoin d'un maximum d'une visite médicale par semaine pour le suivi.<br><br>L'usager ne nécessite pas le plateau technique de l'hôpital. » | • Physiothérapeute/thérapeute en réadaptation physique, ergothérapeute, service social, nutritionniste, inhalothérapeute, pharmacien, médecin |

| | Objectif/définition | Mission | Clientèle cible | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|---|
| Convalescence légère | « Mesures de soutien et d'assistance offertes en résidence privée (AVQ, AVD et surveillance) visant à offrir à une personne adulte un milieu de vie temporaire, et ce, afin de récupérer son autonomie à la suite d'un épisode d'hospitalisation ou à la suite d'une détérioration temporaire à domicile. » | « Offrir un milieu de vie temporaire fournissant des services de soutien et d'assistance (AVQ-AVD et surveillance) afin de permettre à la clientèle cible de récupérer son autonomie. » | « Personne adulte qui quitte l'hôpital à la suite d'une hospitalisation et ayant besoin d'une aide pour ses AVQ et ses AVD ou pour ses déplacements sur une base temporaire.<br><br>Exceptionnellement, personne qui vit à domicile et qui a besoin d'une aide accrue sur une base temporaire pour récupérer à la suite d'un épisode de maladie, ceci afin d'éviter le recours à l'urgence. » | « Personne qui nécessite des besoins de soutien, d'assistance et de surveillance compatibles avec l'offre de service de la résidence privée.<br><br>Personne dont les besoins ne peuvent être compensés en tout ou en partie par le réseau des proches aidants ou par les services du SAD.<br><br>L'usager ne nécessite pas de suivi médical.<br><br>Le service est offert seulement dans les résidences privées ayant conclu des ententes avec le CSSS. » | • La demande doit être acheminée au guichet d'accueil ou d'accès du SAD en utilisant la page complémentaire de la DSIE dédiée à la convalescence |

| | Objectif/définition | Mission | Clientèle cible | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|---|
| Gériatrie active (Hôpital du Suroît)[15] | « Le service de gériatrie est un service hospitalier de soins de courte durée pour patients gériatriques relevant du département de médecine générale » | « Offrir des services d'évaluation multidisciplinaire, de réadaptation selon les capacités de l'usager, et d'orientation dans un milieu de vie adapté à ses besoins » | Usager âgé de 65 ans et plus ou usager avec un profil gériatrique | Parmi les critères d'admission, nous retrouvons les suivants :<br>• Lieu de résidence sur les territoires qui sont desservis par le CISSS de la Montérégie-Ouest<br>• Préalablement à la référence en gériatrie active, l'usager a été pris en charge par un médecin traitant<br>• Condition de l'usager est médicalement stable<br>• Présence d'un profil gériatrique nécessitant des interventions et un plan d'interventions multidisciplinaires (médecin, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social)<br>• Présence d'un potentiel de récupération au niveau fonctionnel (court-moyen terme)<br>• Présence d'un profil gériatrique qui nécessite des interventions ne pouvant pas être appliquées par les équipes des services ambulatoires | • Le médecin traitant en collaboration avec les professionnels de l'équipe interdisciplinaire<br>• La demande sera évaluée par l'équipe de gériatrie active<br>• L'usager sera inscrit sur la liste d'attente s'il répond aux critères de la gériatrie active |

[15] Offre de la gériatrie active de l'hôpital du Suroît révisé, CISSS de la Montérégie-Ouest, 17 juillet 2017.

| | Objectif/définition | Mission | Clientèle cible | Critères d'admission | Référence |
|---|---|---|---|---|---|
| Soins palliatifs[16] | Selon l'Organisation mondiale de la santé (2017), « les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles.<br><br>Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. » | Offrir à la personne en fin de vie un milieu adapté à ses besoins et aux besoins de ses proches, et ce, dans le respect de son milieu de vie.<br><br>Ces soins offrent une alternative à l'hospitalisation pour la stabilisation de symptômes, le répit ou la fin de vie.<br><br>Ce service est offert au domicile de l'usager, en maison de soins palliatifs, et en établissement (lits dédiés en CHSLD et à l'hôpital). | Le service est offert aux personnes de tous âges qui se retrouvent à une étape préterminale ou terminale d'une maladie qui conduit à la mort. | • Lits dédiés en établissement : l'usager a reçu un pronostique de fin de vie qui varie entre 1 mois et 3 mois;<br>• À domicile : l'usager a des besoins de soutien en raison d'incapacités reliées à sa condition.<br>Généralement, le pronostique de fin de vie émis par le médecin peut varier entre 1 et 3 mois. | • En milieu hospitalier : les professionnels de l'équipe traitante;<br>• À domicile : les professionnels de l'équipe traitante, l'usager, la famille, les proches, les cliniques peuvent adresser une demande aux différents guichets d'accueil ou d'accès des CLSC. |

[16] Fait référence à l'« Offre de service de la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées », CISSS de la Montérégie-Ouest, 2017.

## 7.2 Transition

Selon Tardif et Fleury (2013), l'étape de la transition réfère à l'ensemble des modalités de communication nécessaires au partage d'informations cliniques sur l'usager entre le milieu hospitalier et le prochain dispensateur de soins et de services lors de sa sortie de l'hôpital. Ces informations permettent au nouveau dispensateur de soins d'accompagner l'usager dans sa nouvelle réalité et de le soutenir dans la continuité de ses soins.

À cet effet, le fait de nommer un responsable clinique de la planification du congé en milieu hospitalier, une infirmière de liaison ou une infirmière gériatrique (Harrisson, 2011b), par exemple, évite la fragmentation et la multiplication de l'information. Une bonne connaissance des services de première ligne disponibles, ainsi que l'intégration de ce professionnel au sein de l'équipe de soins revêtent une importance majeure (Guttman et al., 2004). La gestion de cas des usagers à risque constitue également une avenue prometteuse (Harrisson, 2011a; Popejoy et al., 2009).

Les soins offerts aux personnes âgées doivent cependant relever de toute l'équipe soignante (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011) : le fait d'avoir recours à l'expertise spécifique de différentes disciplines contribue à une approche plus holistique de la planification du congé (Boutwell & Hwu, 2009; Bristow & Herrick, 2002; Dainty & Elizabeth, 2009). Dans ce contexte, la diffusion de l'expertise et du savoir gériatrique est essentielle.

### 7.2.1 Enseignement

La participation active de l'usager ainsi que de ses proches à la formulation du plan de congé contribue à l'acceptabilité et à l'adhésion à celui-ci. Une meilleure assimilation des connaissances est, quant à elle, associée au niveau de satisfaction de l'usager (Bristow & Herrick, 2002; Guttman et al., 2004). Il est intéressant de noter qu'il existe parfois un manque de congruence entre ce que les usagers croient devoir savoir et ce que les infirmières jugent que les usagers doivent savoir au congé, par exemple pour ce qui est des effets secondaires des médicaments, ou encore pour la reprise des activités quotidiennes (Popejoy et al., 2009). Il est donc important de centrer l'enseignement sur la réalité de l'usager.

Pour diverses raisons, plusieurs personnes âgées ont du mal à bien saisir l'information communiquée au moment du congé, que ce soit quant à leur diagnostic, à l'évolution de leur maladie, aux instructions pour les soins à autoadministrer ou aux autres précautions à prendre (Albrecht et al., 2014; S. Hastings et al., 2011). Ainsi, les traitements et les médicaments seraient fréquemment prescrits sans s'assurer de la compréhension de l'usager (Poncia et al., 2000). Certaines pistes de solution à cet égard comprennent le fait de remettre des documents écrits, en plus de donner l'information verbalement, de favoriser l'enseignement destiné aux proches ainsi que leur engagement, et de demander aux usagers de reformuler l'enseignement reçu (« *teach back* ») (Bauer et al., 2009; S. Hastings et al., 2011; Nolan, 2009). Il faut également déterminer et tenir compte des obstacles potentiels à la communication, tels les problèmes auditifs ou cognitifs, ainsi que les connaissances de base de l'usager ou des proches (S. Hastings et al., 2011). Enfin, il importe de considérer la

disposition psychologique de l'usager (croyances, confiance en soi, peur, valorisation, motivation) - qui peut être modulée par l'enseignement et la transmission d'informations - lors des transitions (Tardif & Fleury, 2013).

### 7.2.2 Communication avec les partenaires

La transmission de l'information entre les établissements de soins de courte durée et leurs partenaires est cruciale pour la planification du congé et la continuité des soins de l'usager. De nombreux auteurs soulignent le manque à combler sur le plan de la communication (Ali & Rasmussen, 2004; Alper et al., 2016; Laugaland et al., 2012; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Plusieurs stratégies à cet égard ont néanmoins été documentées (Alper et al., 2016; John Hopkins University & Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, 2014; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

- Références et suivis auprès des partenaires :
  - application systématique d'un mécanisme de référence formelle précoce à la suite de congés, particulièrement pour ce qui est des personnes âgées vivant seules;
  - utilisation de systèmes informatisés pour la transmission d'informations importantes, afin de contrer les problèmes d'illisibilité des notes, de délais prolongés, etc.;
  - standardisation d'un résumé d'hospitalisation et remise de celui-ci en temps opportun à la première ligne ou aux autres milieux de soins (Alper et al., 2016);
  - remise d'une copie des données pertinentes à l'usager pour que ce dernier puisse le remettre en mains propres à son médecin ou autre intervenant;
  - suivi téléphonique auprès du médecin de famille afin de souligner les préoccupations et de partager les renseignements pertinents (Dainty & Elizabeth, 2009);
  - création d'un lien avec le pharmacien de pratique privée à l'arrivée de l'usager et à son congé de l'hôpital/bilan comparatif des médicaments avant que l'usager ne quitte l'hôpital et, de nouveau, rapidement après la transition vers le nouveau milieu de soins (Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, 2011; Ordre des pharmaciens du Québec, 2011).
- Assistance à l'usager :
  - prise de rendez-vous de suivi faite à partir de l'hôpital, avant le congé;
  - remise du matériel nécessaire immédiatement après le congé (médicaments, pansements…), en quantité suffisante jusqu'à la prise en charge par les intervenants de la première ligne.

La faisabilité, le faible coût et le potentiel de risque limité pour les usagers rendent la plupart de ces interventions intéressantes à explorer, malgré le fait que l'efficacité de plusieurs d'entre elles n'est pas clairement démontrée par la littérature scientifique.

## 7.3 Description des modalités recommandées lors de l'élaboration du plan d'orientation et de la transition

| **Élaboration du plan d'orientation et la transition**<br>Concertation entre les différents intervenants pour une planification sécuritaire du retour à domicile | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Analyser les différentes orientations possibles selon les besoins de l'usager et de sa famille | • En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire :<br>- infirmière de liaison (urgence, unité de soins)<br>- infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique de l'urgence)<br>- travailleur social | • Outil d'aide à la décision | • Conférence téléphonique (ligne confidentielle)<br>• Rencontre |
| • Si l'usager a des besoins de récupération fonctionnelle (lit de convalescence légère) ou de réadaptation fonctionnelle (UCDG, GA, URFI, UTRF), acheminer la référence au service correspondant | • Médecin (recommandation écrite)<br>• Selon les besoins de l'usager, infirmière de liaison ou un autre professionnel de l'équipe interdisiciplinaire pour les autres sections de la demande de référence | • Si besoin de réadaptation fonctionnelle à l'externe : DSIE<br>• Si besoin de réadaptation à l'interne (GA) : formulaire de référence à l'interne<br>• Si besoin de récupération fonctionnelle (lit de convalescence légère) : DSIE en remplissant la page complémentaire dédiée à la convalescence | • Si besoin de réadaptation à l'externe : plate-forme informatique de la DSIE<br>• Si besoin de réadaptation à l'interne : compléter le formulaire de référence à l'interne<br>• Si besoin de réadaptation fonctionnelle (lit de convalescence légère) : plate-forme informatique de la DSIE |

| **Élaboration du plan d'orientation et la transition**<br>Concertation entre les différents intervenants pour une planification sécuritaire du retour à domicile | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Selon les besoins de l'usager et le plan d'enseignement, animer des séances de coaching avec la famille et les aidants | • Professionnels concernés par le plan d'enseignement :<br>- infirmière<br>- infirmière soins de plaie/stomo<br>- intervenants spécialisés et professionnels | • Plan d'enseignement<br>• Formulaire de consentement | • Coaching à l'usager et aux proches<br>• Remise du plan d'enseignement à l'usager et aux prestataires de soins concernés à la suite du consentement de l'usager ou de son représentant |
| • Finaliser la rédaction du document nécessaire à l'identification des besoins de l'usager à la suite de l'épisode de soins aigus | • Infirmière de liaison ou autre professionnel selon les besoins de l'usager (urgence, unité de soins)[17]<br>• Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique à l'urgence) | • DSIE (incluant les pages complémentaires et annexes) | • Plate-forme informatique de la DSIE |

[17] Lors de la rencontre interdisciplinaire, l'ASI/ICASI, en collaboration avec les membres de l'équipe, pourrait désigner un autre professionnel que l'infirmière de liaison pour finaliser la rédaction de la DSIE et l'envoyer au guichet d'accès/d'accueill correspondant.

| **Élaboration du plan d'orientation et la transition**<br>Concertation entre les différents intervenants pour une planification sécuritaire du retour à domicile | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • Référer l'usager au service approprié de la première ligne | • Infirmière de liaison (urgence, unité de soins)<br>• Infirmière de liaison en gériatrie (équipe gériatrique urgence)<br>• Travailleur social (spécifier qui est responsable, dans quels cas) | • Formulaire de consentement aux soins (accès à l'information)<br>• DSIE<br>• Rapports d'évaluation réalisés lors de l'hospitalisation (TS, ergo, physio, inhalo, ECGT, intervenants spécialisés, etc.) | • Envoyer la DSIE, les pages complémentaires et les rapports d'évaluation des professionnels pertinents le plus rapidement possible au guichet d'accueil ou d'accès du SAD à partir de la plate-forme informatique de la DSIE (un appel téléphonique peut être fait au guichet d'accueil ou d'accès pour aviser de l'envoi lors d'un cas complexe)<br>L'envoi de la DSIE doit se faire au plus tard 24-48 heures avant la date prévue du congé<br>Si l'usager a des besoins d'équipement et d'aides techniques, la demande devrait être envoyée au moins 72 heures à l'avance au guichet d'accueil ou d'accès du SAD<br>• Si délai de réponse de plus de 48 heures à la suite de la demande de services, relancer le guichet d'accès ou d'accueil et inscrire la date de relance dans les notes de suivi<br>• Si absence de suivi de la part du milieu receveur (guichet d'accès), aviser le supérieur immédiat qui fera un suivi à son vis-à-vis du SAD |

| **Élaboration du plan d'orientation et la transition**<br>Concertation entre les différents intervenants pour une planification sécuritaire du retour à domicile | | | |
|---|---|---|---|
| **Action** | **Responsable (s)** | **Outil (s)** | **Modalité (s)** |
| • S'assurer que les paramètres permettant un congé sécuritaire ont été considérés<br>Par exemple, remise de la carte d'assurance maladie, prescriptions : rendez-vous ou suivis, sommaire pharmacologique, etc. | • ASI/ICASI en collaboration avec les intervenants concernés | • Document « *Liste de vérification du congé* » | • L'outil est complété avant le départ de l'usager<br>• L'outil est apposé à l'avant du dossier et il est détruit à la suite de l'archivage du dossier |

## 7.4 Présentation visuelle des modalités

Voici les logigrammes des activités cliniques recommandées lors de l'élaboration du plan d'orientation :

### 7.4.1 Urgence

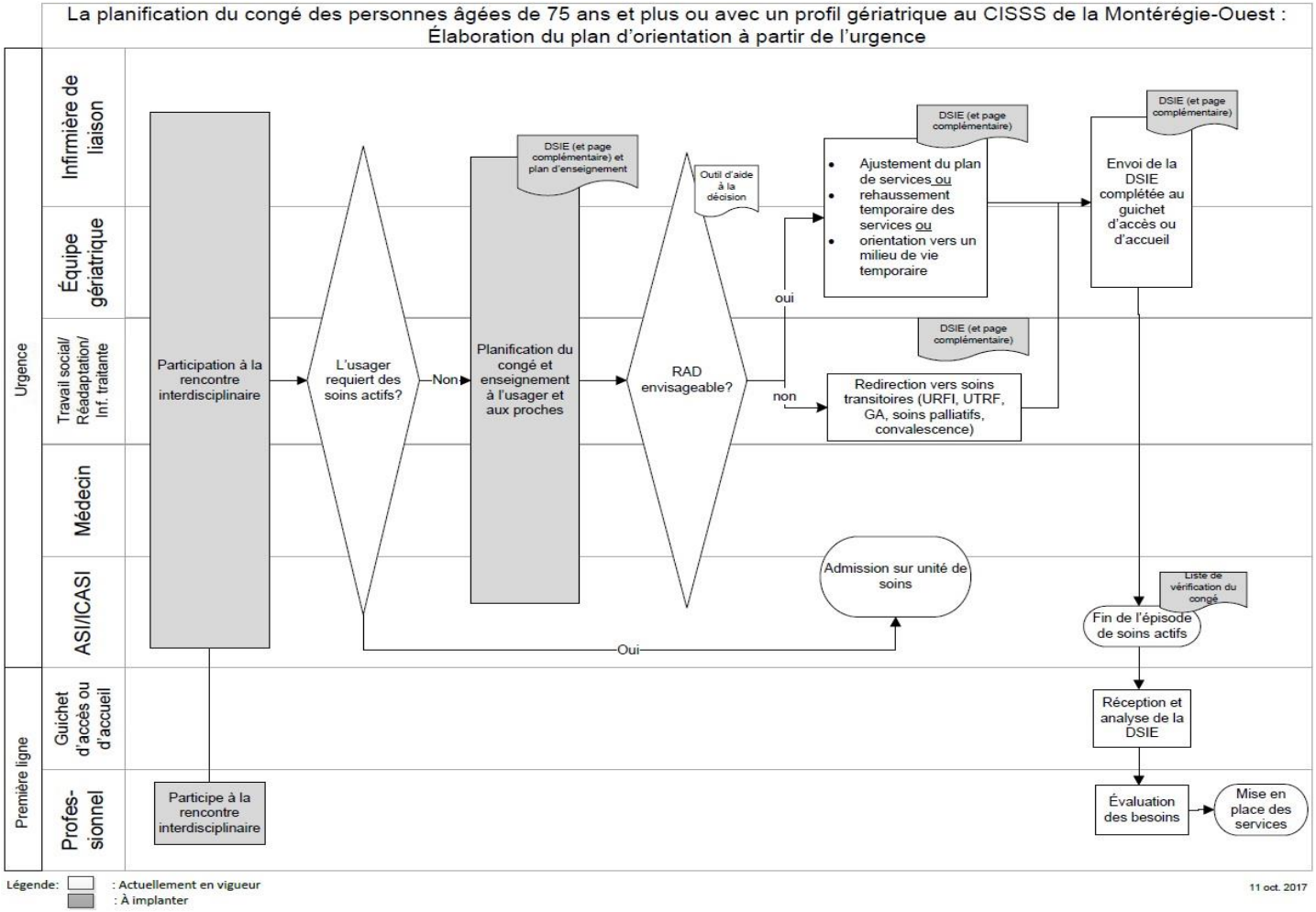



Fig. 5 – *Élaboration du plan d'orientation à partir de l'urgence*

### 7.4.2 Unité de soins

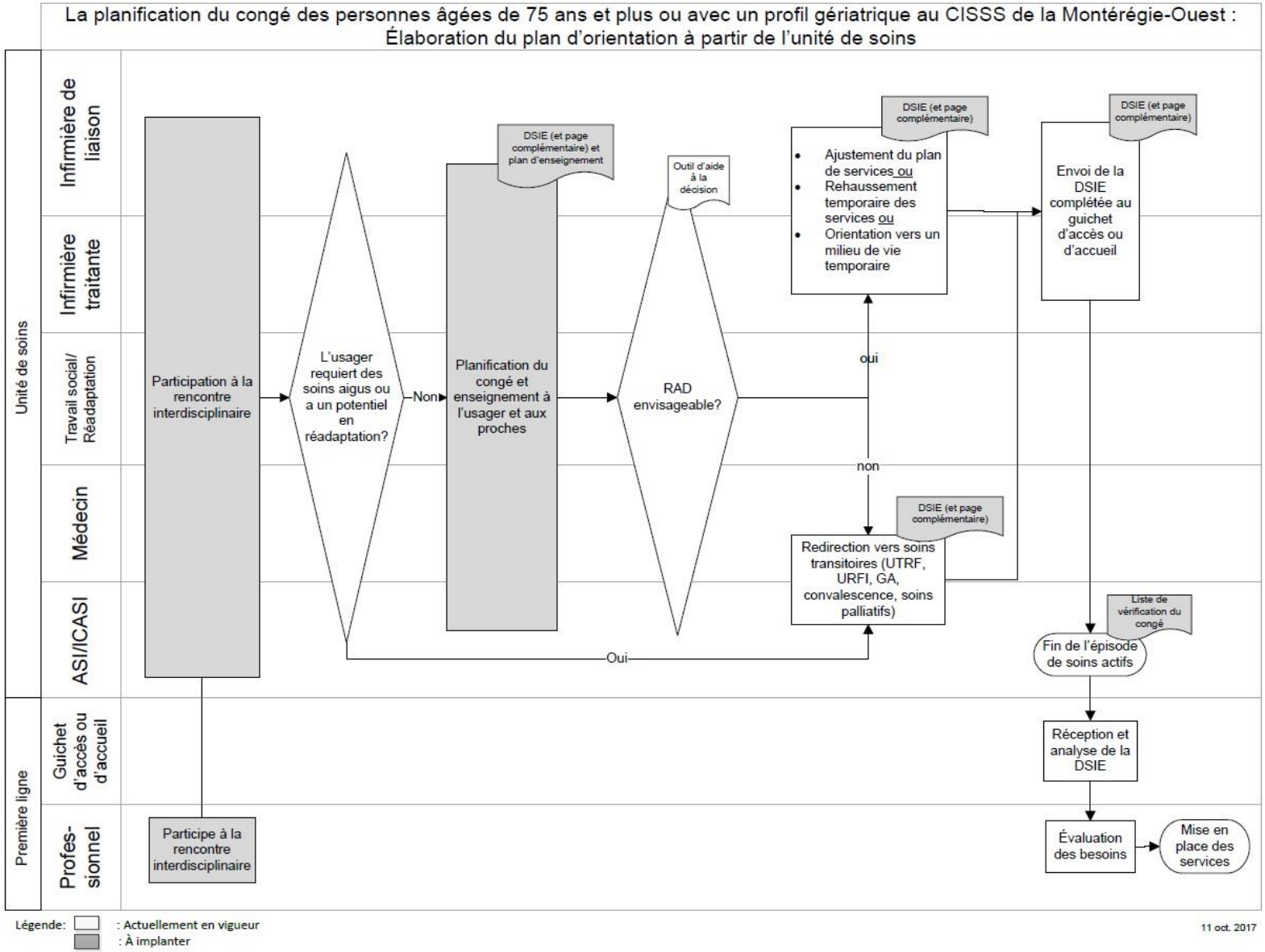



Fig. 6 – *Élaboration du plan d'orientation à partir de l'unité de soins*

# 8. Indicateurs du suivi de l'implantation

Afin de mesurer le niveau d'implantation du présent guide de pratique, il est important de se fixer des indicateurs de suivi. Ces derniers permettront aux différentes directions du CISSS de la Montérégie-Ouest d'ajuster leur plan d'action en lien avec la mise en œuvre de ce guide de pratique clinique. L'évaluation sera planifiée progressivement en tenant compte des priorités d'implantation définies par les directions concernées. Également, le suivi de l'implantation permettra d'accompagner l'organisation ainsi que ses membres dans la gestion du changement des pratiques en milieu hospitalier et en première ligne au niveau de la planification du congé des personnes âgées en milieu hospitalier.

| Objectif | Indicateur (s) | Outil (s) de mesure | Fréquence de la mesure |
|---|---|---|---|
| **Repérage de la clientèle vulnérable** | | | |
| Les personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique sont évaluées à l'aide du PRISMA-7 à leur arrivée à l'urgence | • Pourcentage de questionnaires PRISMA-7 administrés pour personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • **Audits de dossiers en milieu hospitalier à partir d'une grille d'analyse :** recensement du PRISMA-7 complété au dossier de l'usager de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |
| L'usager de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique qui a été repéré au PRISMA-7 a été rencontré par une infirmière ou un membre de l'équipe gériatrique de l'urgence pour évaluation et suivi précoces | • Pourcentage d'usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique rencontrés par l'infirmière ou un membre de l'équipe gériatrique à l'urgence à la suite d'un PRISMA-7 positif pour évaluation et interventions précoces | • **Audits de dossiers en milieu hospitalier à partir d'une grille d'analyse :** présence d'une évaluation d'une infirmière ou d'un membre de l'ECGT au dossier de l'usager de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |
| Les PRISMA-7 positifs sont envoyés au guichet d'accueil ou d'accès du SAD pour les personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Pourcentage des PRISMA-7 positifs envoyés dans les guichets d'accueil ou d'accès pour les personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • **Audits de dossiers au SAD à partir d'une grille d'analyse :** recensement du nombre de PRISMA-7 positifs envoyés par l'urgence au guichet d'accueil ou d'accès du SAD pour les personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |

| Objectif | Indicateur (s) | Outil (s) de mesure | Fréquence de la mesure |
|---|---|---|---|
| **Évaluation** | | | |
| Lorsque l'usager est connu de la première ligne, il y a une discussion entre l'infirmière de liaison et l'IP de l'usager afin d'obtenir des informations sur le fonctionnement antérieur de l'usager (urgence et unité de soins) | • Pourcentage de dossiers d'usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique, connus de la première ligne, où il y a une discussion entre l'infirmière de liaison et l'IP de la première ligne concernant le fonctionnement antérieur de l'usager | • **Audits de dossier en milieu hospitalier à partir d'une grille d'analyse :** recensement des discussions entre l'infirmière de liaison et l'IP de la première ligne, sur le fonctionnement antérieur de l'usager de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |
| Une collecte de données est complétée afin d'obtenir des informations sur le niveau fonctionnel de l'usager avant son arrivée à l'hôpital (urgence et unité de soins) | • Pourcentage de collecte de données complétées pour les personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • **Audits de dossier en milieu hospitalier à partir d'une grille d'analyse :** recensement de la présence d'une collecte de données sur le fonctionnement antérieur de l'usager de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |
| Des rencontres interdisciplinaires statutaires ont lieu pour discuter de l'évolution de l'usager (urgence et unité de soins) | • Nombre de rencontres interdisciplinaires, par semaine, pour discuter de l'évolution des usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • **Tableau de suivi des rencontres interdisciplinaires pour un usager** | • Mesures en continu aux 3 mois |
| Un représentant de la première ligne est impliqué (en présence ou par téléphone) dans les rencontres interdisciplinaires pour les usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique (urgence et unités de soins) | • Nombre de rencontres interdisciplinaires, par semaine, où un représentant de la première ligne impliqué (en présence ou par téléphone) impliqué pour les usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • **Tableau de suivi des rencontres interdisciplinaires pour un usager** | • Mesures en continu aux 3 mois |
| L'outil d'aide à la décision est utilisé par les membres de l'équipe interdisciplinaire pour soutenir leur réflexion quant à l'orientation des usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique (urgence et unité de soins) | • Pourcentage de dossiers d'usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique où l'outil d'aide à la décision a été utilisé afin de soutenir la réflexion des membres de l'équipe interdisciplinaire quant à l'orientation des usagers | • **Audits de dossier en milieu hospitalier à partir d'une grille d'analyse :** lecture des notes évolutives au dossier de l'usager de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |

| Objectif | Indicateur (s) | Outil (s) de mesure | Fréquence de la mesure |
|---|---|---|---|
| **Plan d'orientation, transition de l'usager** | | | |
| La DSIE complétée est envoyée par l'infirmière de liaison ou un autre professionnel au guichet d'accès/d'accueil48 heures avant la date prévue du congé pour les usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique (urgence et unité de soins) | • Pourcentage de DSIE complétées et envoyées par l'infirmière de liaisonou un autre professionnel au guichet d'accès/d'accueil **48 heures avant la date prévue du congé** | • **Audits de dossier au SAD à partir d'une grille d'analyse :** recensement des DSIE remplies et envoyées par l'infirmière de liaison 48 heures avant la date du congé prévue | • Mesures en continu aux 3 mois |
| Les professionnels du service psychosocial et du service de la réadaptation rédigent les pages complémentaires et les annexes de la DSIE selon leur champ de pratique (urgence et unité de soins) | • Pourcentage de dossiers où les professionnels du service psychosocial et du service de la réadaptation rédigent les pages complémentaires ou les annexes de la DSIE selon leur champ de pratique | • **Audits de dossiers au SAD à partir d'une grille d'analyse :** recensement des DSIE avec des pages complémentaires ou annexes rédigées par les professionnels du service psychosocial et du service de la réadaptation | • Mesures en continu aux 3 mois |
| Le document de départ *« Liste de vérification du congé »* est complété pour les usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique (urgence et unité de soins) | • Pourcentage de dossiers d'usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique dont le document de départ « *Liste de vérification du congé* » a été complété | • **Audits de dossiers en milieu hospitalier à partir d'une grille d'analyse :** recensement du document de départ « *Liste de vérification du congé* » dans le dossier des usagers de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique | • Mesures en continu aux 3 mois |

# RÉFÉRENCES


Afschrift, M., Leners, J.-C., Mets, T., Nève, P., Pelemans, J., Smitz, S., Vandewoude, M. (2002). Médecine gériatrique : pratique quotidienne. Belgique : Pfizer.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2013). Cadre de référence régional : Mécanisme d'accès à l'hébergement - Pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Albrecht, J., Gruber-Baldini, A., Hirshon, J., Brown, C., Goldberg, R., Rosenberg, J., . . . Furuno, J. (2014). Hospital discharge instructions: comprehension and compliance among older adults. *Journal of general internal medicine, 29*(11), 1491-1498.

Ali, W., & Rasmussen, P. (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people. *New Zealand Health Technology Assessment report, 7*(1).

Allen, J., Ottmann, G., Brown, R., & Rasmussen, B. (2013). Communication pathways in community aged care: an Australian study. *International Journal of Older People Nursing, 8,* 226-235.

Alper, E., O'Malley, T., & Greenwald, J. (2016). Hospital discharge and readmission. [Consulté en ligne le 16 février 2016] : www.uptodate.com.

Assemblée nationale. (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales Québec.

Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of clinical nursing, 18*(18), 2539-2546.

Boutwell, A., Griffin, F., Hwu, S., & Shannon, D. (2009). Effective interventions to reduce rehospitalizations: A compendium of 15 promising interventions. *Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement*.

Boutwell, A., & Hwu, S. (2009). Effective interventions to reduce rehospitalizations: a survey of the published evidence. *Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement*.

Bristow, D. P., & Herrick, C. A. (2002). Emergency department case management : the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. *Professional Case Management, 7*(6), 243-251.

Centre de santé et de services sociaux Jardins-Rousillon.(2012). Programmation ECGT/UCDG/URFI/CONVALESCENCE LÉGÈRE. Document de travail.

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Outils cliniques et administratifs. [Consulté en ligne le 1er mars 2016] : http://www.expertise-sante.com/outils-cliniques-et-administratifs.htm.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.(2017). Offre de service de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Ouest.(2017). Mécanisme d'accès à l'hébergement, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Ouest.(2017). Offre de service de la gériatrie active hôpital du Suroît.

Comité d'experts sur les niveaux de soins alternatifs. (2006). Appropriate level of care: a patient flow, system integration and capacity solution - Report by the expert panel on alternate level of care. Ontario.

Comité de gériatrie du RUIS de l'Université de Montréal. (2010). Les services gériatriques spécialisés.

Dainty, P., & Elizabeth, J. (2009). Timely discharge of older patients from hospital: improving the process. *Clinical medicine, 9*(4), 311-314.

Daneault, S., & Villeneuve, L. (2014). *Analyse de la performance hospitalière en Montérégie : Cahier technique*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montégérie.

Dubuc, N., Corbin, C., Beaudry, M., Delli-Colli, N., & Raîche, M. (2013). Développement d'algorithmes de soutien à la décision d'orientation des personnes en perte d'autonomie dans le réseau de soins du Canton de Genève. *Santé Publique, 25*(2), 179-192.

Ducharme, F. (2008). La planification du congé hospitalier des personnes âgées... une affaire de famille! *Le Journal des Soins infirmiers du CHUM, 8*(3), 5-8.

Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj, 343*, d6553.

Fleury, F. C. (2009). Meilleures pratiques sur le repérage, l'évaluation, les mécanismes de coordination et la planification du congé pour des services offerts aux personnes âgées depuis un centre hospitalier jusqu'au domicile. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K., & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics, 13*(1), 1.

Gélinas, M.-C. (2013), Soins et services à domicile de longue durée - Volet 1 : Recension des écrits. Longueuil : Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, 59 pages.

Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev, 1*, Cd000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub5

Guttman, A., Affalo, M., Guttman, R., Colacone, A., Robitaille, C., Lang, E., & Rosenthal, S. (2004). An emergency department - based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Academic Emergency Medicine, 11*(12), 1318-1328.

Hansen, L. O., Young, R. S., Hinami, K., Leung, A., & Williams, M. V. (2011). Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Annals of internal medicine, 155*(8), 520-528.

Harrisson, C. (2011a). Gestion de cas - Comparaisons entre les orientations ministérielles et les données probantes. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Harrisson, C. (2011b). L'infirmière gériatrique - Ses qualités, son rôle et ses fonctions. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Harrisson, C. (2011c). Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs. *Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 19*.

Hastings, S., Barrett, A., Weinberger, M., Oddone, E. Z., Ragsdale, L., Hocker, M., & Schmader, K. E. (2011). Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *Journal of patient safety, 7*(1), 19-25.

Hastings, S. N., Whitson, H. E., Purser, J. L., Sloane, R. J., & Johnson, K. S. (2009). Emergency department discharge diagnosis and adverse health outcomes in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(10), 1856-1861.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. (2011). Bilan comparatif des médicaments : trousse de départ.

John Hopkins University, & Armstrong Institute for Patient Safety and Quality. (2014). Improving the emergency department discharge process: environmental scan report: Agency for Healthcare Research and Quality.

Keefe, J., Guberman, N., Fancey, P., Barylak, L., & Nahmiash, D. (2008). Caregivers' aspirations, realities, and expectations: The care tool. *Journal of Applied Gerontology, 27*(3), 286-308.

Lafrenière, S., & Dupras, A. (2008). OPTIMAH ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus. [OPTIMAH or how to better look after the elderly in the emergency room and units of acute care.]. *Le Journal des Soins infirmiers du CHUM, 8*(3), 1-4.

Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work, 41*(Supplement 1), 2915-2924.

Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Kessler, M., Brito, J. P., Mair, F. S., Gallacher, K., Boehmer, K. (2014). Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA internal medicine, 174*(7), 1095-1107.

Linertová, R., García-Pérez, L., Vázquez-Díaz, J. R., Lorenzo-Riera, A., & Sarría-Santamera, A. (2011). Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice, 17*(6), 1167-1175.

McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trepanier, S., Verdon, J., & Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(10), 1229-1237.

McCusker, J., Verdon, J., Tousignant, P., Courval, D., Poulin, L., Dendukuri, N., & Belzile, E. (2001). Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(10), 1272-1281.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). Chez soi : le premier choix - La politique de soutien à domicile.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

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 au centre hospitalier (RQSUCH, J74), version 3

Nolan, M. R. (2009). Older patients in the emergency department: what are the risks? *Journal of Gerontological Nursing, 35*(12), 14-18.

Ordre des pharmaciens du Québec. (2011). Les pharmaciens en établissements de santé : une expertise de pointe.

Organisation mondiale de la santé (2017). Centre des médias, Soins palliatifs, Aide-mémoire N° 402 16 août 2017. Document consulté à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/fr/

Poncia, H., Ryan, J., & Carver, M. (2000). Next day telephone follow up of the elderly: a needs assessment and critical incident monitoring tool for the accident and emergency department. *Journal of accident & emergency medicine, 17*(5), 337-340.

Popejoy, L. L., Moylan, K., & Galambos, C. (2009). A review of discharge planning research of older adults 1990-2008. *Western Journal of Nursing Research*.

Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *Journal of evidence-based social work, 6*(2), 198-216.

Qualité des services de santé Ontario. (2014). Adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires : Aider les maillons santé à améliorer les transitions et la coordination des soins.

Raîche, M., Hébert, R., & Dubois, M.-F. (2004). 8. Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie significative. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*.

Scott, I. A. (2010). Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review, 34*, 445-451.

Sinha, S. K., Bessman, E. S., Flomenbaum, N., & Leff, B. (2011). A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model. *Annals of emergency medicine, 57*(6), 672-682.

Shang, Mélanie. (2012). Recension des écrits portant sur la planification du congé des personnes âgées à partir de l'urgence. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 12 p.

Sutherland, J. M., & Crump, R. T. (2011). Exploration de l'enjeu des niveaux de soins alternatifs (NSA) et le rôle des politiques de financement : un fondement probant qui évolue pour le Canada. Ontario : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Tardif, I., & Fleury, F. C. (2013). Activités liées au congé dans la trajectoire de services pour les aînés en soins postaigus - Recension des écrits. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Tourigny, A., Bonin, L., Durand, P., Edeltraut, K., Laurin, D., Robichaud, L., & Sévigny, A. (2010). Synthèse des connaissances sur les soins à domicile - Rapport de recherche Programme Actions concertées : Fonds de recherche sur la société et la culture Québec.

U.S. Department of Health and Human Services' Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). Care transitions from hospital to home : IDEAL discharge planning - Implementation handbook.

UK Department of Health. (2010). Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care.

Ward, K. T., & Reuben, D. B. (2016). Comprehensive geriatric assessment. [Consulté en ligne le 22 février 2016] : www.uptodate.com.

**ANNEXE A**
**AIDE À LA DÉCISION POUR FAVORISER UNE SORTIE SÉCURITAIRE D'UN USAGER À PARTIR DU MILIEU HOSPITALIER**

# AIDE À LA DÉCISION

## POUR FAVORISER UNE SORTIE SÉCURITAIRE D'UN USAGER À PARTIR DU MILIEU HOSPITALIER

Aux médecins, gestionnaires et intervenants en milieu hospitalier

Les meilleures pratiques indiquent que les évaluations en vue de l'orientation d'un usager devraient être faites hors du milieu hospitalier (incluant les réorientations temporaires). Par ailleurs, **il importe de favoriser le retour de l'usager dans son milieu de vie antérieur le plus rapidement possible afin d'éviter le déconditionnement de la personne âgée.** Tout usager qui ne nécessite plus de soins aigus devrait donc être redirigé, **dans la mesure du possible,** vers un milieu plus naturel. Il existe toutefois de nombreux enjeux qui complexifient cette recommandation. Cet outil d'aide à la décision vise à diminuer le nombre d'usagers dont les soins requis ne nécessitent plus leur présence en milieu hospitalier.

### Questions à se poser lors de la planification du congé sécuritaire de l'usager

| | | Pistes de solution |
|---|---|---|
| 1 | **Prévoyons-nous que l'usager puisse retourner dans son milieu de vie antérieur, sans ajout de services ?** | • Explorer les possibilités auprès du réseau social de l'usager ou des services préexistants (publics ou privés) dans la communauté. |
| | Non ? | |
| 2 | **Prévoyons-nous que l'usager ait des besoins de réadaptation à l'interne ou à l'externe : URFI, UTRF, GA ?** | • Déterminer quels sont les besoins et faire une référence selon le cadre établi. Si besoins de réadaptation à l'externe, référer au guichet d'accueil ou au guichet d'accès. |
| | Non ? | |
| 3 | **Prévoyons-nous que l'usager puisse retourner dans son milieu de vie antérieur avec les ressources de la communauté, ajustement du plan de services ou rehaussement des services de façon temporaire ?** (ex. en cas de limitations physiques ou cognitives, problématiques sociales, etc.) | • Explorer les services communautaires ou les services privés. Par exemple, aide à l'entretien ménager, aide à la préparation des repas, services de répit pour les personnes souffrant d'Alzheimer, etc.<br>• Référer au guichet d'accueil ou guichet d'accès pour examiner la possibilité d'ajustement du plan de services ou du rehaussement de services à domicile. Le rehaussement des services peut permettre d'effectuer l'évaluation de la personne dans un milieu plus naturel. |
| | Non ? | |
| 4 | **Prévoyons-nous que l'usager puisse être orienté vers un milieu de vie temporaire ?** (ex. en cas de limitations physiques ou cognitives, problématiques sociales, etc.) | • Référer au guichet d'accueil ou guichet d'accès pour examiner la possibilité de transfert en milieu de vie temporaire. Par exemple, ressources du réseau public (RTF-RI-CHSLD), ressources privées (RPA, CHLSD privé non conventionné), mesures alternatives à l'hébergement (ressources temporaires), autres types d'hébergement (lits de convalescence). |
| | Non ? | |
| 5 | **Est-ce que la condition de l'usager figure dans la liste des situations cliniques avec enjeux de sécurité présentées au verso ?** | • Si non, communiquer avec la SAC, chef de service selon les indications données aux différents professionnels.<br>• Si oui, envisager l'évaluation en milieu hospitalier en vue d'une demande d'hébergement, **en cas de dernier recours**, et lorsque toutes les possibilités indiquées aux étapes 1, 2, 3 et 4 ont été explorées. |

Pour les urgences, faire part des besoins de l'usager le plus rapidement possible au guichet d'accès.
Pour les unités de soins, faire part des besoins de l'usager le plus rapidement possible au guichet d'accès, soit au plus tard 24 à 48 heures avant la date prévue du congé.

**Procéder régulièrement à la réévaluation de la situation de l'usager afin de poursuivre la recherche de solutions alternatives pour un retour en milieu de vie.**

À titre informatif, référez-vous à l'algorithme décisionnel du SAD pour une meilleure compréhension de leurs mécanismes de suivi lorsqu'une demande est refusée au guichet d'accès.

Québec

Suite de l'étape 4

## Situations cliniques avec enjeux de sécurité devant être considérées dans la planification du congé sécuritaire de l'usager

**Problématiques sociales**

- Négligence, maltraitance, abus, violence.

**Enjeux architecturaux**

- Perte du milieu de vie antérieur sans possibilité d'orientation vers un milieu de vie alternatif.
- Barrières architecturales qui semblent difficiles ou impossibles à adapter à la nouvelle situation de l'usager.

**Limitations cognitives**

- Troubles cognitifs modérés à sévères comportant des enjeux de sécurité, combinés à l'absence d'aidants naturels.

**Rappel**

**Notion de consentement**
Si la personne est jugée apte à consentir (elle comprend la nature de sa condition, la nature et le but des services proposés, les risques associés aux services proposés, les risques encourus si elle refuse les services) et que sa capacité à consentir n'est pas compromise par sa condition, sa décision quant aux services proposés doit être respectée.

**Si la personne est jugée inapte :** se référer à la famille, la curatelle ou le représentant légal de la personne.

**Rappel - Solutions à envisager afin de favoriser les congés sécuritaires :**

- Si usager connu du SAD, maintenir les échanges avec la première ligne, et ce, dès l'arrivée à l'hôpital.
- Si pertinent :
  - Discuter du cas avec la spécialiste en activités cliniques (SAC)du milieu hospitalier;
  - Rencontrer l'usager/la famille pour explorer les solutions alternatives (ex. : ressources privées);
  - Consulter les chefs en milieu hospitalier;
  - Référer au guichet d'accès pour examiner la possibilité de rehaussement de services à domicile ou, à défaut, de transfert en milieu de vie temporaire;
  - Pour les cas admissibles (diabète, HTA, insuffisance cardiaque, MPOC, soins palliatifs) référer aux équipes de Télésoins à domicile.

Est-ce que la condition de l'usager figure dans la liste des situations cliniques avec enjeux de sécurité présentées ci-dessus ?

- Si non, communiquer avec la spécialiste en activités cliniques (SAC), chef de service selon les indications données aux différents professionnels.
- Si oui, envisager l'évaluation en milieu hospitalier en vue d'une demande d'hébergement, en cas de dernier recours et lorsque toutes les possibilités indiquées au recto de ce document ont été explorées.

**Vous avez des QUESTIONS ou COMMENTAIRES ?**

Pour tous commentaires, questions ou suggestions en lien avec ce projet pilote, veuillez vous référer à votre chef d'unité.

Consultez le document explicatif de l'outil « Aide à la décision pour favoriser une sortie sécuritaire d'un usager à partir du milieu hospitalier » pour plus d'information sur ce projet-pilote.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

- 2 -

*Centre intégré*
*de santé*
*et de services sociaux*
*de la Montérégie-Ouest*
Québec