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

Guide de pratique

Planification de congé SAD

Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie

Juin 2025

Québec

Remerciements

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

Comité tactique

Manon Rousse, coordonnatrice SAD psychosocial et réadaptation, DSSADG
Andréanne Blanchette, cheffe de programme SAD – Châteauguay, DSSADG
Manon Martin, cheffe de programme SAD psychosocial et réadaptation – Haut St-Laurent, DSSADG
Nathalie Arcand, cheffe de programme SAD psychosocial et réadaptation – Kateri, DSSADG
Karina Lalonde, cheffe réseaux intégrés des services de proximité – Suroît et Haut St-Laurent, DSSADG
Kim Parent, cheffe réseaux intégrés des services de proximité – Jardin-Roussillon, DSSADG
Lisa Del Guidice, cheffe RI-RTF-RPA – Suroît et Haut-St-Laurent (intérim) et cheffe mandats spéciaux, DSSADG

Participation à un ou plusieurs rencontres du Comité de travail

Simon Jarry, travailleur social, CLSC de Kateri, DSSADG
Noémie Doré-St-Arneault, travailleuse sociale, CLSC de St-Rémi, DSSADG
Marie-Pascale Lanctôt, travailleuse sociale, CLSC de Châteauguay, DSSADG
Christel Lamarée Viens, travailleuse sociale, CLSC de Salaberry-de-Valleyfield, DSSADG
Mélissa Leclair, travailleuse sociale, CLSC de Salaberry-de-Valleyfield, DSSADG
Marie-Hélène Vallée, travailleuse sociale, CLSC d'Huntingdon, DSSADG
Christine Maheu, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe Qualité de la pratique clinique, DSMREU
Virginie Labonté, travailleuse sociale, CLSC de Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Marie-Claude Racine, technicienne en éducation spécialisée, CLSC de Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Tania Borysiewicz, travailleuse sociale, CLSC de Kateri, DSSADG
Betty-Ann Gonthier, travailleuse sociale, CLSC de Vaudreuil-Dorion, DSSADG
Ariane Portelance, ICASI IR, HAL, DSSADG

Nous tenons également à remercier et à reconnaître l'ensemble des personnes ayant contribué aux travaux antérieurs sur la planification des congés en milieu hospitalier. Leur expertise a été précieuse et a grandement enrichi le présent guide.

Ce document favorise une écriture épicène et inclusive.

Les personnes ayant participé à la consultation de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, Juin 2025.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES **4**

LEXIQUE **5**

AVANT-PROPOS **7**

INTRODUCTION **8**

1. CHAMPS D'APPLICATION **9**

1.1 Définition de la problématique 9

1.2 Clientèle cible 9

1.3 Pratiques exemplaires 10

2. OBJECTIFS **11**

3. MODALITES **12**

3.1 Assises théoriques et conceptuelles 12

3.1.1 Approche *Vivre avec les risques* : le risque « zéro » n'existe pas 12

3.2 Cheminement d'une demande 14

3.3 Modalités d'intervention 15

4. INTERVENANT·ES CONCERNE·ES **19**

5. ROLES ET RESPONSABILITES **20**

6. RESSOURCES NECESSAIRES **21**

6.1 Développement de compétences des intervenant·es 21

7. CONCLUSION **22**

8. LISTE DES ANNEXES **22**

9. REFERENCES **22**

ANNEXE A – ALGORITHME DECISIONNEL – ANALYSE DES OPTIONS POUR LE RETOUR A DOMICILE **27**

ANNEXE B – PARTAGE DES ROLES ET RESPONSABILITES EN MODE HYBRIDE **28**

ANNEXE C – VARIABLES NSA **29**

Liste des abréviations et des acronymes

ADC	Activités de développement des compétences
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CAR	Comité d'allocations des ressources
CES	Chèque emploi-service
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
GASSA	Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie
ICASI IR	Infirmier·ère clinicien·ne assistant·e au supérieur immédiat des intervenant·es réseaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NSA	Niveau de soins alternatif
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PPA	Personne proche aidante
RADCC	Retour à domicile complexe et compromis
RPA	Résidence privée pour aînés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes adultes
SAD	Soutien à domicile
SAIRC	Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SSPPCC	Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés

Lexique

Collaboration interprofessionnelle	« Le fait de travailler ensemble avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins de santé dont chacun apporte sa propre contribution en vue d'atteindre un objectif commun, au plus grand bénéfice des patients. Chaque personne participe dans les limites de ses fonctions. Il s'agit d'un processus de communication et de décision qui permet aux connaissances et aux compétences des différents fournisseurs de soins d'influencer de façon synergétique les soins fournis en modifiant les attitudes et les comportements, tout en mettant l'accent sur des objectifs et des valeurs centrées sur les patients » (Santé Canada, 2011 dans Consortium national de formation en santé, 2017).
Communauté	« La communauté peut être définie comme un système social structuré, formé de personnes vivant à l'intérieur d'un territoire ou d'un espace géographique donné, soit le village, la ville, le quartier ou l'arrondissement. Elle comprend les endroits fréquentés au quotidien, par exemple pour se loger, pour se rendre à l'école ou au travail, pour s'adonner à des loisirs ou pour utiliser des services communautaires ou commerciaux (ex. : centres communautaires, de loisirs et d'activité physique, bibliothèques municipales, épiceries, dépanneurs, restaurants, pharmacies, points de services des établissements de santé et de services sociaux) » (MSSS, 2016, p. 31).
Conditionnel au congé	Réfère à la mise en place de service nécessaire au congé pour un retour à domicile sécuritaire. Leur absence peut compromettre la sécurité ou la santé de la personne usagère ou celle de la personne proche aidante (PPA). Veuillez noter que l'aide au bain et le répit ne sont pas considérés comme étant des services pouvant être conditionnels au congé.
Facteurs de protection	Facteurs ayant un impact positif dans la vie des individus (des compétences, des forces, des ressources, etc.) aidant à : ▪ Prévenir des conditions de santé indésirables ▪ Éviter l'aggravation de situations déjà présentes ▪ Améliorer les capacités de s'adapter à une nouvelle réalité (Conseil de la santé Nouveau-Brunswick, 2020)
Facteurs de vulnérabilité	Facteurs qui favorisent ou qui participent à aggraver des conditions déjà défavorables ou des comportements indésirables (Conseil de la santé Nouveau-Brunswick, 2020)
Domicile	Lieu de vie de la personne, c'est-à-dire l'endroit qu'il habite de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison unifamiliale, une chambre ou un appartement loué, toute forme d'habitation multiple privée ou communautaire ou une résidence privée, dont une résidence privée pour aînés (MSSS, 2023).

Intervenant·e	« Celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de la personne (incluant les soins et services médicaux) » (MSSS, 2018).
Intervenant·e-pivot	« Responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Qu'il combine ou non cette fonction à des tâches cliniques propres à son domaine de formation, c'est lui qui soutient et accompagne la personne, sa famille et ses proches dans le processus d'obtention des services. » (MSSS, 2017, p. 24)
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant·e de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur la personne, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de la personne et du contexte. Il est nécessaire tout au long du processus clinique et est posé par l'ensemble des intervenant·es.
Personne proche aidante (PPA)	« Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie » (MSSS, 2021, p. 25).
Retour à domicile complexe et compromis	Le retour à domicile est jugé complexe et compromis (RADCC) lorsque les intervenant·es identifient que la situation de l'usager·ère comporte des **facteurs de vulnérabilité non compensés par des facteurs de protection.** L'analyse de ces facteurs et le jugement clinique des intervenant·es permettent donc de déterminer que le retour à domicile sera difficile à actualiser et que l'usager·ère risque de prolonger son séjour en milieu hospitalier alors que son état ne requiert plus le plateau technique hospitalier.
Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés	Le Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC) consiste au déploiement de stratégies et d'approches prometteuses, visant le désencombrement des urgences et l'amélioration de la fluidité hospitalière. Le SSPPCC regroupe l'expertise de différents intervenant·es internes à l'hôpital et externes (directions hors hospitalières) afin de coordonner efficacement le suivi du séjour et le congé des personnes usagères.

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550[1] médecins répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et 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, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 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.

[1] Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

La planification du congé est une stratégie reconnue pour favoriser la transition des personnes usagères entre différents niveaux de soins. 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 et al, 2022).

Le *Guide de pratique – Planification de congé SAD* s'adresse à tous les intervenant·es faisant partie intégrante du Soutien à domicile (SAD) de la Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) impliqués à la planification de congé. Parmi les personnes admissibles au programme SAD, la planification de congé s'adresse plus précisément aux personnes en attente de l'obtention d'un congé du milieu hospitalier ou de soins post-aigus et nécessitant la mise en place de services qui sont conditionnels à ce congé. Le mandat est de faciliter une transition sécurisée et efficace.

La planification du congé débute dès l'admission et consiste donc à développer un plan individualisé pour la personne usagère, afin que le congé ait lieu dès que les soins actifs ne sont plus requis, tout en veillant à la prestation de services adéquats par la suite. Dans la mesure du possible, le domicile devrait toujours être la première option à envisager à l'obtention du congé du milieu hospitalier ou de soins post-aigus. Évidemment, le choix des personnes usagères et de leurs personnes proches aidantes, la nature des besoins et l'intensité de services requise par rapport aux ressources disponibles sont autant de facteurs à considérer (MSSS, 2023). Les personnes usagères et leurs personnes proches aidantes sont parties prenantes dès l'amorce de la planification de congé.

Ce guide vise à :
- Soutenir l'appropriation de cette pratique ;
- Harmoniser la planification de congé au SAD.

Il regroupe les informations concernant, notamment:
- la clientèle-cible ;
- les objectifs à atteindre par la planification de congé ;
- les assises théoriques et conceptuelles ;
- les rôles et responsabilités ;
- les modalités d'intervention ;
- les grandes étapes du processus de planification de congé ;
- les ressources nécessaires.

Le présent guide de pratique est élaboré en conformité avec :
- Le *Guide d'encadrement des pratiques et des trajectoires – Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC)* (CISSSMO, à venir).
- Les balises opérationnelles SSPPCC (Santé Québec, 2024)[2].
- Le *Guide méthodologique – Implanter la planification précoce et conjointe des congés en flux tiré dès l'urgence* du MSSS (2022).
- L'orientation 2 – Vivre en santé dans sa communauté, du plan d'action gouvernemental 2024-2029 – La fierté de vieillir, (MSSS, 2024) qui planifie la prévention et les actions de proximité, la poursuite du virage vers les services de SAD, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux et le soutien aux personnes proches aidantes d'aînés.
- La *Politique Chez soi, le premier choix* et les orientations ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2023) entourant les soins et services de SAD.

[2] Il est à noter que ces balises sont évolutives quant aux outils proposés et aux rôles et responsabilités des parties concernées en fonction des différents chantiers en cours. Au moment de lire ces lignes, des versions bonifiées peuvent avoir été diffusées.

1. Champs d'application

1.1 Définition de la problématique

Le parcours de soins implique que, lorsque l'épisode de soins aigus ou post-aigus est terminé (soit de l'urgence, de l'hospitalisation ou des milieux de soins post-aigus), la personne usagère puisse avoir accès rapidement aux services et soins requis par son état de santé auprès de partenaires concernés. À cette fin, l'amorce de la planification de congé doit se faire le plus tôt possible. L'occupation actuelle de lits de courte durée en centre hospitalier ou en milieu de soins post-aigus par des personnes ne requérant plus le niveau de soins offert par ce milieu de soins constitue une réponse sous-optimale.

En plus des enjeux liés à l'utilisation inefficiente du plateau technique hospitalier, le fait d'être hospitalisé de manière prolongée peut avoir des conséquences sur la santé de la personne usagère. Il y a des risques accrus, particulièrement pour les personnes âgées, de :

- Infections nosocomiales acquises à l'hôpital (Gracner et al., 2021; Möllers et al., 2019; Stewart et al., 2021)
- Diminution des capacités fonctionnelles et perte d'autonomie (Covinsky et al., 2011; Simpson et al., 2019)
- Symptômes dépressifs (Alzahrani, 2021; Sayers et al., 2007)
- Délirium, confusion et déclin cognitif (Gracner et al., 2021; Wilson et al., 2012)
- Problèmes associés à l'alitement prolongé et au syndrome d'immobilisation tels que, par exemple :
  - Lésions de pression (Manière, 2012)
  - Déconditionnement, faiblesse musculaire et chutes (Coker et al., 2015; Gillis & MacDonald, 2005; Surkan & Gibson, 2018)
  - Etc.

Pour toutes ces raisons, **le milieu de vie demeure le meilleur endroit pour récupérer à la suite d'un épisode de soins aigus.**

1.2 Clientèle cible

Parmi les personnes **admissibles au programme des services de SAD** (voir les critères d'admissibilité au SAD), le contenu du guide s'applique plus précisément aux **personnes en attente de l'obtention du congé du milieu hospitalier ou de soins post-aigus qui nécessitent la mise en place de services afin d'assurer un retour sécuritaire à domicile.**

Si la personne usagère n'a aucun suivi actif SAD et nécessite de la mise en place complexe de services conditionnels au congé, les intervenant·es dédié·es à la planification de congé du SAD prendront en charge le dossier.

Si la personne usagère est connue d'un·e intervenant·e-pivot et nécessite une mise en place simple de services, il est de la responsabilité de l'intervenant·e-pivot de planifier le retour à domicile.

Si un·e intervenant·e-pivot a des questions ou besoins de soutien dans la planification de congé, il peut contacter les intervenant·es dédié·es à la planification de congé pour une consultation ou obtenir du soutien plus formel pour la planification de congé dans les cas complexes de personnes usagères connues du SAD.

Ce tableau représente une liste non-exhaustive de distinctions possibles entre des cas complexes et simples en planification de congé :

Complexe	Simple
▪ Installation d'équipement spécialisé conditionnel au congé ▪ Hébergement à domicile (Intensification de services) ▪ Toute demande d'hébergement*, incluant demande d'hébergement à partir du milieu hospitalier ou de soins post-aigus ▪ Organisation du congé avec de multiples partenaires internes et/ou externes (interdisciplinaire, organismes communautaires, etc.) ▪ Situation de maltraitance ou situation avec risque d'atteinte à l'intégrité de la personne usagère* * *faite par l'intervenant·e s'il ou elle est un·e intervenant·e psychosocial·e*	▪ Reprise des services ▪ Équipement non conditionnel au congé ▪ Mise en place ou ajouts d'heures de Chèque Emploi service (CES) ou de services achetés conditionnels ou non au congé ▪ Toute situation ayant avec une problématique psychosociale qui n'affecte pas directement la planification de congé (ex. Réticence face à des soins, conflits familiaux, Inaptitude suspectée ou avérée, etc.) : *faire une référence interne en service psychosocial*

Veuillez noter que ces exemples ne substituent pas le jugement clinique des intervenant·es ni l'organisation du travail possible dans des situations de contingence.

1.3 Pratiques exemplaires

La revue de la littérature a mis de l'avant les pratiques exemplaires suivantes sur lesquelles se basent le présent guide :

- **Repérage précoce des personnes ayant des enjeux potentiels au congé et planification en amont** (Fleury & Trépanier, 2019; Laugaland et al., 2012; Parker et al., 2002) ;
  - Adopter un outil commun de repérage, idéalement un outil standardisé (Fleury & Trépanier, 2019) ;
  - Soutenir l'amorce de la planification du congé dans les 24 heures post-admission (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015).

- **Concertation, collaboration et communication entre les professionnel·les** (Bauer et al., 2009; Laugaland et al., 2012; Parker et al., 2002; Sun et al., 2023; Zurlo & Zuliani, 2018) ;
  - Maillage intime entre le milieu hospitalier et le CLSC (Fleury, 2009)
    - Lorsqu'une évaluation a été faite dans la communauté, se référer au plan d'intervention existant (Fleury & Trépanier, 2019)
  - Discussion avec les intervenant·es dans la communauté des besoins en équipement et en soutien dès que possible, incluant les aménagements du domicile (Fleury & Trépanier, 2019)

- **Partenariat avec la personne usagère et ses proches : plan de congé acceptable et compris** (Allen et al., 2023; Fleury & Trépanier, 2019; Monkong et al., 2020; NICE, 2015; Nilsen et al., 2022; Sun et al., 2023; Zurlo & Zuliani, 2018) ;
  - Un plan de congé devrait contenir : informations au sujet de l'état de la personne, médicaments, coordonnées après le congé, arrangements pour poursuivre le soutien social et le soutien en santé, informations sur d'autres services utiles dans la communauté. (Fleury & Trépanier, 2019)

- **Rôle de coordonnateur ou coordonnatrice à la transition** (Bauer et al., 2009; Fleury & Trépanier, 2019; Laugaland et al., 2012; Mansah et al., 2009; Sun et al., 2023; Zurlo & Zuliani, 2018) ;
  - Rôle de coordonnateur ou de coordonnatrice consistant généralement à s'assurer que les rôles des membres de l'équipe soient réalisés, à participer à la détermination du plan de congé, à identifier la date cible de congé, à rédiger le plan de congé avec l'équipe, la personne usagère et ses proches (Fleury & Trépanier, 2019)

- **Fiches de transfert ou plan de congé informatisé court et structuré** (Fleury & Trépanier, 2019; Laugaland et al., 2012; NICE, 2015) ;
  - Rédaction d'un plan de congé dont la procédure et la forme sont standardisées (Fleury et Trépanier, 2019)

- **Suivi post-congé[3], début rapide des services et réévaluation pour réajuster les services aux besoins** (Allen et al., 2023; Monkong et al., 2020; Sezgin et al., 2020; Sun et al., 2023; Takahashi et al., 2020).
  - Responsable dédié·e à la transition qui reste disponible (assistance téléphonique) pour un temps déterminé pouvant aller jusqu'à 30 jours (Fleury & Trépanier, 2019; Galbraith et al., 2017)
  - Premier contact téléphonique auprès de la personne usagère effectué dans les 24 à 72 heures afin de rappeler le plan de congé, de s'assurer du suivi par le ou la prestataire de soins primaires, d'apporter du soutien, de vérifier son adaptation à son environnement et s'enquérir de besoins additionnels qui devraient être comblés avant la visite au domicile semble avantageux (Chow & Wong, 2014; NICE, 2015; Qualité des services de santé Ontario, 2014; Soong et al., 2014; Wong et al., 2015)
  - S'assurer que les services prévus dans le plan de congé répondent bien aux besoins et ajuster si nécessaire (Fleury & Trépanier, 2019)
  - Combinaison de suivis téléphoniques et de visites à domicile utilisés selon les besoins ; suivi téléphonique seul étant insuffisant (Biese et al., 2014; Biese et al., 2018; Fleury & Trépanier, 2019; Gaalen et al., 2021; Wong et al., 2015).

2. Objectifs

Le guide de pratique en planification de congé SAD s'inscrit dans les objectifs du programme SAD, tout en ayant des objectifs spécifiques :

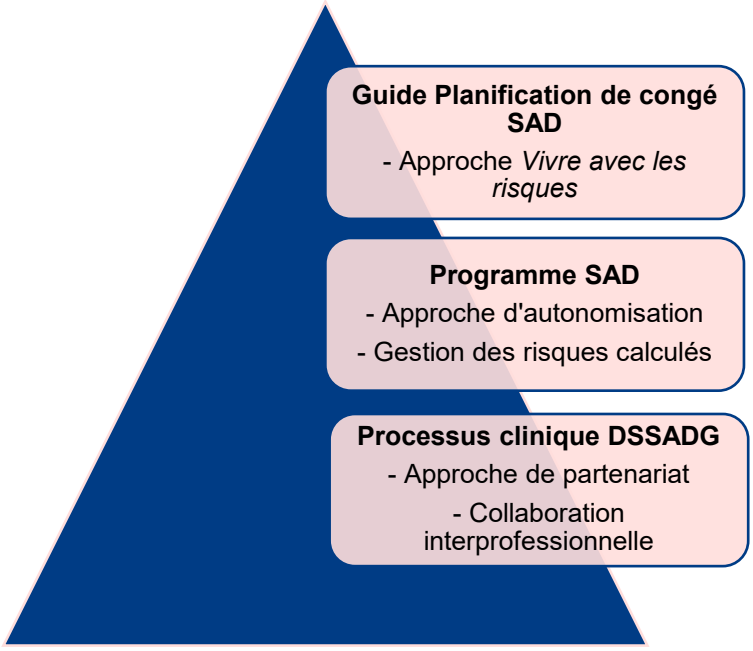
- Permettre un congé visant à répondre aux besoins des personnes usagères et leurs PPA, et ce, en les impliquant activement
- Réduire les conséquences possibles d'une hospitalisation sur la personne usagère
- Favoriser une transition de soins fluide vers le domicile :
  - Réduire la durée des hospitalisations
  - Prévenir le retour à l'urgence ou les réadmissions
  - Éviter, sauf dans les cas d'exception, les demandes d'hébergement à partir de l'hôpital
  - Maintenir la personne usagère le plus longtemps possible dans son milieu de vie

[3] Le suivi post-hospitalisation est une structure de coordination et d'accompagnement qui permet aux personnes usagères ayant été hospitalisées d'avoir un accès direct à une équipe qui peut répondre aux questions et, pour certains cas spécifiques, coordonner les suivis pertinents au rétablissement de la personne usagère. Le but est d'offrir un «filet de sécurité» en assurant un suivi pendant une courte période suivant le congé de l'hôpital, selon une modulation en fonction de leurs besoins (Santé Québec, 2024).

3. Modalités

3.1 Assises théoriques et conceptuelles

Ce guide de pratique s'inscrit dans le mandat de la DSSADG et plus précisément celui du programme SAD. De ce fait, les assises théoriques et conceptuelles sont en cohérence avec celles décrites dans le Processus clinique de la DSSADG (CISSSMO, 2022) ainsi que dans le programme SAD (CISSSMO, à venir) :



3.1.1 Approche *Vivre avec les risques* : le risque « zéro » n'existe pas

Au-delà de ces assises communes à l'ensemble des intervenant·es du programme SAD, **l'approche *Vivre avec les risques*** (2024) est celle à privilégier spécifiquement pour les intervenant·es dédié·es à la planification de congé.

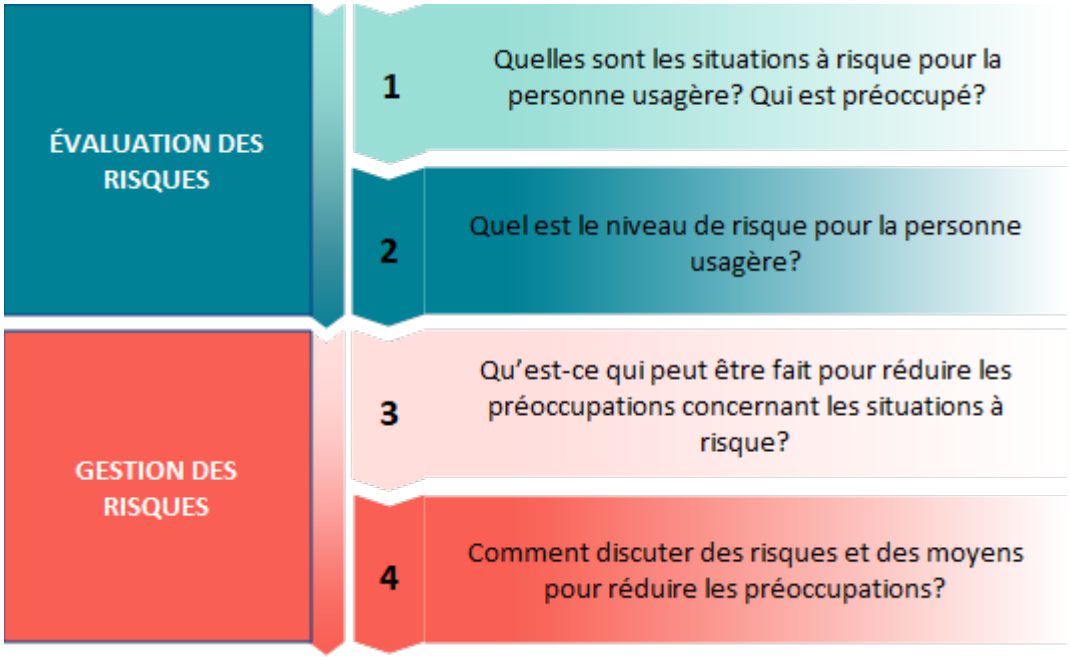
L'approche *Vivre avec les risques* reconnaît que les risques entraînent des conséquences, à la fois positives et négatives, auxquelles sont exposées les personnes usagères qui veulent rester chez elles ou retourner à leur domicile après une hospitalisation. La vision du risque au cœur de cette approche met de l'avant non seulement les inconvénients et les préjudices éventuels, mais également les avantages potentiels pour la santé physique, psychologique et émotionnelle de la personne. Élargir sa vision des risques permet ainsi une **évaluation holistique et structurée du niveau de risque** d'une personne usagère tout en reconnaissant également ses choix et ses capacités décisionnelles. Cela permet également de mettre l'accent sur la prévention, la préparation et la réponse adéquate face aux risques plutôt que leur évitement. Cette approche encourage une prise de conscience des dangers potentiels tout en valorisant la résilience et l'adaptabilité (Équipe de recherche de *Vivre avec les risques*, 2024).

Cette approche vise à trouver un équilibre entre la sécurité et l'autonomie en favorisant l'engagement de la personne usagère et des PPA aux discussions. L'objectif est d'arriver à des décisions éclairées menant à l'élaboration de plans de soins **centrés sur la personne et sur ses objectifs**. La prise de décision partagée est au cœur de cette approche :



Source : Adapté de l'Équipe de recherche Vivre avec les risques (2024)

L'approche *Vivre avec les risques* peut, selon les cas, être combinée à l'utilisation d'une **démarche d'aide à la décision en 4 étapes** :



Source : Équipe de recherche *Vivre avec les risques* (2024)

Cette démarche a comme but de soutenir les intervenant·es dans leur évaluation systématique et collaborative des risques. Elle peut être utilisée pour renforcer la communication entre la personne usagère, ses PPA et les intervenant·es afin d'identifier les préoccupations, d'en comprendre les raisons sous-jacentes à ces préoccupations et d'expliquer le rationnel des recommandations proposées (Équipe de recherche de *Vivre avec les risques,* 2024).

Finalement, l'approche *Vivre avec les risques* permet de:

- Reconnaître ce qui compte le plus pour la personne usagère et ses PPA.
- S'assurer qu'un large éventail de types de risques (positifs ou négatifs) soit pris en compte.
- Améliorer le raisonnement clinique et la prise de décision partagée en évitant de surestimer et de sous-estimer les risques auxquels une personne usagère est exposée à domicile.
- Favoriser une démarche collaborative entre les intervenant·es, ainsi qu'avec les personnes usagères et leurs personnes proches aidantes.
- Faire émerger des recommandations davantage acceptables et centrées sur la personne (Équipe de recherche de *Vivre avec les risques*, 2024).

3.2 Cheminement d'une demande

Les demandes proviennent des intervenant·es-réseaux, des milieux hospitaliers ou des milieux de soins post-aigus. Toutes les demandes transigent vers le Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA). Selon la complexité et le fait que la personne usagère ait déjà ou non un suivi actif au SAD, il y a trois options distinctes au niveau de l'implication du SAD :

Option simple : Personne usagère connue ayant un épisode actif au SAD et pour laquelle on évalue des besoins de mise en place de services ou d'ajouts de services simples pour le congé : démarches faites par intervenant·e-pivot.

- L'intervenant·e-pivot devrait être au courant dès l'arrivée à l'urgence que la personne usagère est à l'hôpital selon la *Procédure de vérification des usagers connus au soutien à domicile* dans SAIRC (PRC-DSSADG-10004). Si des services sont à mettre en place lors de la planification de congé, le GASSA recevra une DSIE qui sera transmise à l'intervenant·e-pivot.

Option hybride : Personne usagère ayant un épisode actif au SAD nécessitant de la coordination de services complexes et conditionnels au congé : démarches s'effectuent grâce à la collaboration étroite de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé et intervenant·e-pivot.

- L'intervenant·e-pivot devrait être au courant dès l'arrivée à l'urgence que la personne usagère est à l'hôpital. Le plus tôt possible, l'intervenant·e-pivot communique avec l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé et ceux-ci **déterminent ensemble le niveau d'implication** (consultation ou assignation).

Option classique : Personne usagère non connue nécessitant de la coordination de services conditionnels au congé, peu importe si simples ou complexes : démarches faites par l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé.

- Un arrimage avec l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé doit être fait 24-48h à la suite d'un repérage RADCC. Voir sur la méthode de référencement complète à l'annexe I.
- À ce moment, un **travail en amont** peut débuter : prendre connaissance du dossier, parler aux intervenant·es du milieu hospitalier ou de soins post-aigus. Recherche des informations (ex. budget, activités de la vie quotidienne (AVQ)/activités de la vie domestique (AVD), autonomie antérieure, etc.).

Si les soins et services ne sont pas conditionnels au congé, il ne s'agit pas de planification de congé SAD. Dans ce cas, une demande standard au SAD peut être faite, le tout permettant d'assurer un accès juste et équitable pour l'ensemble des personnes usagères requérant des services du SAD selon la priorité établie (voir GUI-10378 Outils complémentaires à la priorisation des demandes de soutien à domicile).

3.3 Modalités d'intervention

Le processus clinique d'intervention de la planification de congé suit les 5 étapes du processus clinique DSSADG (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022).



L'étape préalable essentielle à la planification de congé est le **repérage** :

- Repérage des personnes usagères **ayant un suivi actif au SAD (connues)**: pour s'assurer de bien faire les arrimages avec l'intervenant·e-pivot afin, notamment, de connaître le portrait antérieur.
- Repérage des personnes usagères ayant **des enjeux potentiels au congé**. L'*Aide à la réflexion : Facteurs de vulnérabilité et de protection d'un RADCC* est disponible pour les soutenir dans ce repérage (voir annexe II).

L'intervenant·e dédié·e à la planification de congé s'implique selon deux niveaux déterminés en commun accord avec l'intervenant·e-pivot:

- **Consultation**, c'est-à-dire jouer un rôle-conseil aux intervenant·es et offrir un soutien clinique pour leur planification de congé dans le but de clarifier l'offre de services du SAD, des organismes communautaires, des résidences privées pour aînés (RPA), etc. ou encore d'aiguiller sur les possibilités pour un Rad sécuritaire. Aucune information nominative sur la personne usagère n'est échangée.
- **Assignation**, c'est-à-dire que l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé est assigné au dossier de la personne usagère et débute son processus clinique en partenariat avec l'intervenant·e-pivot.

ÉTAPE 1. Accueil

1. **Analyse sommaire de la demande**
   - S'assurer d'avoir tous les documents nécessaires à l'analyse.
   - Lire toute la documentation pertinente sur la personne usagère.
   - Recenser, lors de la lecture :
     - les informations concernant les besoins et les attentes de la personne usagère et ses proches ;
     - les aspects légaux (ex. : mandat homologué, régime de protection) ;
     - les données ou informations que vous aurez à clarifier.

Porter une attention particulière à certains détails tels que :

- Que souhaite la personne usagère ? Et que souhaitent ses PPA ?
- Qui sont les intervenant·es impliqué·es au dossier ?
- La personne est hospitalisée depuis quand ?
- Quelle est la nature de la demande ?
- Quels sont les besoins d'aide évalués ?
- Quels sont les facteurs ayant mené à la demande de planification de congé ?
- Quels sont les antécédents ?
- Est-ce que la personne usagère est en dépassement de soins dans son milieu d'origine ?
- Quels sont les facteurs actuels de risque et de protection ?
- Quelles sont les capacités fonctionnelles de la personne usagère ?
- Quelles sont les hypothèses médicales ?
- Quelles sont les hypothèses des différent·es professionnel·les ?
- Est-ce qu'il y a un potentiel de réadaptation ?
- Avons-nous le consentement de la personne usagère et de la personne habilitée à consentir (le cas échéant) pour débuter des démarches de planification de congé en collaboration avec le SAD?
- La personne a-t-elle besoin d'un lève-personne?
- La personne a-t-elle besoin d'un lit d'hôpital ?
- La personne est-elle agressive ou à risque de fugue?
- La personne reçoit-elle des médicaments en injection, de la médication à échelle (ex. insuline) et/ou des PRN pour contrôler la douleur ou en cas d'agitation?

2. Contacter la personne usagère et la personne habilitée à consentir (le cas échéant)

- Effectuer la double identification de la personne usagère.
- Présenter votre rôle et votre mandat.
  - Expliquer les limites de vos interventions en fonction de votre rôle et votre mandat.
- Valider le consentement à votre implication.
  - Une personne inapte peut consentir aux soins et services qu'il reçoit. Pour plus de détails, consultez la page Intranet Consentement aux soins et aux services.
- Valider les besoins identifiés dans la documentation consultée et la pertinence de la prise en charge.
- Valider avec la personne usagère l'autorisation de communiquer avec ses proches et le partage d'informations.

Ce premier contact se fait le plus souvent par téléphone.

ÉTAPE 2. Analyse des possibilités pour le retour à domicile

- Évaluer, en étapes, les possibilités du retour à domicile (voir l'algorithme décisionnel ANNEXE A – Analyse des options pour le retour à domicile). Le retour au domicile est l'option qui sera toujours priorisée lorsque possible.

  Pour les membres d'un ordre professionnel, référez-vous aux normes de votre ordre professionnel pour l'évaluation disciplinaire. Pour les travailleurs sociaux ou travailleuses sociales : pour l'évaluation du fonctionnement social sommaire en contexte de planification, vous pouvez vous référer au gabarit et à l'aide à la rédaction qui sont disponibles.
- Contacter les intervenant·es du milieu hospitalier ou de soins post-aigus pour clarifier et demander des précisions s'il y a lieu.
- Collaborer étroitement avec l'intervenant·e-pivot lorsque la personne usagère a un suivi actif au SAD (voir annexe B pour le partage des rôles et responsabilités lorsqu'il y a assignation au dossier).

- L'intervenant·e qui effectue la mise en place des services est responsable de remplir l'évaluation complémentaire standardisée de son choix selon son jugement clinique : Évaluation préliminaire, SMAF ou OÉMC (MSSS, 2025).

Quelques questions à se poser afin de trouver des options favorisant le maintien à domicile :
- Que souhaite la personne usagère ? Et que souhaitent ses PPA ?
- Des activités peuvent-elles être faites autrement ?
- Certaines adaptations sont-elles possibles ?
- Des aides techniques sont-elles possibles ? Ex. : banc de transfert pour le bain, barres d'appui, etc.
- Des équipements spécialisés sont-ils possibles dans le milieu ? Ex. : lève-personne, lit d'hôpital, etc.
- Des services privés, d'entreprises d'économie sociale ou d'organismes communautaires sont-ils disponibles ? Ex. : repas préparés, répit, etc.
- Une contribution de la famille, des proches ou des ami·es est-elle possible ?
- Est-ce que la RPA offre des services pour un possible achat de services ?

À la suite de l'analyse**, lorsqu'aucune option répond aux besoins de la personne usagère afin de permettre un retour sécuritaire à domicile**:

- Demander l'autorisation d'attente d'hébergement à partir de l'hôpital au ou à la gestionnaire de programme SAD et suivre la *Directive clinique – Demande d'hébergement de longue durée adressée au GASSA*.
- Compléter l'OÉMC et la demande d'hébergement en cas d'hébergement à partir du milieu hospitalier ou du milieu de soins post-aigus.

L'utilisation de moyens technologiques pour compléter l'évaluation est privilégiée. Un déplacement en milieu hospitalier ou milieu de soins post-aigus peut être jugé nécessaire, selon le jugement clinique, notamment lorsqu'il n'est pas possible ou dans le meilleur intérêt de la personne usagère d'utiliser d'autres modalités de communication. Ex. Situation familiale complexe, refus ou réticence aux soins, inaptitude suspectée, etc.

Le milieu hospitalier ou le milieu de soins post-aigus n'est pas l'endroit le plus approprié pour déterminer un changement de milieu de vie. L'orientation en hébergement de longue durée depuis le milieu hospitalier ou le milieu de soins post-aigus doit demeurer une **mesure d'exception**.

- En tout temps, il faut s'assurer que la personne ait eu la chance d'optimiser son autonomie fonctionnelle avant de la référer en hébergement de longue durée.
- Il est requis d'éliminer toute transition sans valeur ajoutée pour la personne usagère et de s'assurer que toute place dans un milieu de soins soit assortie d'une offre de service de réadaptation active pour les personnes usagères qui le requièrent.

ÉTAPE 3. Élaboration des stratégies d'intervention/plan de congé et planification des services

- Intervenir en partenariat (responsabilité partagée) avec la personne usagère et ses PPA afin de :
  - les informer des recommandations pour optimiser la gestion de risques et s'assurer qu'elles sont acceptables afin de promouvoir leur autonomie décisionnelle ;

- les informer des bénéfices de retourner le plus rapidement possible dans le milieu de vie dès la fin des soins actifs (ex. éviter les infections nosocomiales, réduire les risques de déconditionnement, etc.) ;
- favoriser leur satisfaction et la qualité de vie lors du retour à domicile ;
- détailler les services pouvant être mis en place pour favoriser leur attente vers un autre milieu de vie à partir du domicile, plutôt qu'à partir du milieu hospitalier ou soins post-aigus (le cas échéant).

En approche de partenariat, reconnaître la personne usagère comme experte de sa situation en privilégiant sa participation active ainsi que l'écoute de ses besoins et de ses attentes, afin de favoriser les échanges bienveillants et égalitaires. Même si la personne usagère peut sembler fragile, vous devez considérer qu'elle est en mesure de prendre les meilleures décisions par elle-même et pour elle-même. Vous pouvez la soutenir dans la prise d'une décision afin qu'elle soit libre et éclairée, notamment en adoptant l'approche *Vivre avec les risques*. Au besoin, la fiche analytique – Vivre avec les risques vous est proposée comme outil de soutien à la discussion vers une prise de décision partagée.

Lors de l'option hybride, les recommandations/stratégies d'intervention de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé pourraient être présentées par l'intervenant·e pivot à la personne usagère et ses PPA afin de :

- diminuer le nombre d'intervenant·es qui interagissent avec la personne usagère et ses PPA
- faciliter la relation d'aide puisque l'intervenant·e-pivot est déjà connu·e de la personne usagère et ses PPA.

Cette décision doit être dans le meilleur intérêt de la personne usagère et explicité dans les notes évolutives.

- Selon le plan de congé acceptable, effectuer les demandes pour les soins et services requis pour le congé.
  - Présenter les demandes de services selon les processus en vigueur, par exemple :
    - Chèque-emploi service (CES) (voir PRC-DSSADG-10011)
    - Achats de services (voir PRC-DSSADG-10009)

- Demander à recevoir la *Feuille sommaire d'hospitalisation* (AH-109) signée et datée

En **préparation au congé**, veuillez adresser les questions suivantes :

- Quelles sont les prescriptions de départ (fréquence, mode d'administration) ?
- Est-ce que la médication a été le plus possible jumelée afin de réduire la fréquence d'administration ? ou modifier la méthode d'administration ?
- La personne a-t-elle eu une mesure de contrôle dans les 72 dernières heures ? Est-ce que des mesures de remplacement sont en place ?
- Est-ce que les demandes de prêt d'équipement ont été faites ?
- Est-ce que la personne usagère est au courant de sa date de congé ?
- Est-ce que les PPA ou les RPA sont au courant de la date de congé ?
- Est-ce que le transport est planifié ?

ÉTAPE 4. Suivi de la mise en œuvre des stratégies d'intervention/du plan de congé, réévaluation et révision au besoin

- Mettre en œuvre le plan de congé par l'application des moyens ou stratégies qui ont été déterminés dans le but de permettre un congé sécuritaire.
- Appeler la personne usagère 24-72h post-congé pour s'assurer que le retour dans le milieu de vie se déroule bien.
- Réévaluer, lors d'une visite à domicile, dans les 30 jours post-congé pour réajuster les services aux besoins.

Qui assurera le suivi post-congé ?

- Pour les personnes usagères connues d'un·e intervenant·e-pivot, l'intervenant·e-pivot sera responsable de l'étape 4.
- Pour les personnes non-connues d'un·e intervenant·e-pivot et selon l'état des listes d'attente dans les secteurs locaux, il est possible que l'étape 4 soit réalisée par l'intervenant·e qui sera assigné·e au dossier. Si non, l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé l'effectuera.

ÉTAPE 5. Fin de l'épisode de services

L'épisode de service en planification de congé prend fin selon les modalités suivantes :

En mode simple, l'épisode de service ne prend pas fin pour l'intervenant·e-pivot à la suite de la planification de congé. Son épisode de service prendra fin à l'atteinte de ses objectifs disciplinaires ou tout autre motif de cessation selon les critères de fin d'intervention du programme SAD.

En mode hybride, l'épisode de service de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé prend fin au congé de la personne usagère. L'intervenant·e-pivot reste au dossier, et ce, jusqu'à l'atteinte de ses objectifs disciplinaires ou tout autre motif de cessation selon les critères de fin d'intervention du programme SAD.

En mode classique, l'épisode de service de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé prend fin 30 jours post-congé. Le dossier est transféré vers un autre sous-programme du SAD selon les besoins de la personne usagère et les modalités du secteur.

Lors de la fin d'un épisode de soins ou de services, les intervenant·es doivent, entre autres :

- Préparer, préalablement, la personne usagère et la personne habilitée à consentir, le cas échéant, de la fin prochaine de l'intervention ;
  - Convenir de l'atteinte d'objectifs en planification de congé et des prochaines étapes ;
- Prévoir les conditions de la cessation de l'intervention et en assurer le suivi ;
- Aviser la personne usagère et la personne habilitée à consentir, le cas échéant, de la fermeture du dossier.

La fin de l'épisode de service s'accompagne d'une note de fermeture dans le dossier I-CLSC de la personne usagère. La note de fermeture permet de faciliter la continuité de l'intervention dans le cadre d'un prochain épisode de soins ou de services (s'il y a lieu). Celle-ci contient :

- la synthèse des démarches et interventions réalisées;
- le niveau d'atteinte des objectifs en planification de congé ;
- le motif de la fermeture, la formulation de recommandations ou de suivis à réaliser;
- ainsi que l'orientation de la personne usagère vers d'autres services ou partenaires si requis.

Pour les membres d'un ordre professionnel, référez-vous aux normes de tenue de dossier de celui-ci.

4. Intervenant·es concerné·es

Les équipes dédiées à la planification de congé sont constituées d'intervenant·es aux titres d'emploi variés, le plus souvent psychosociaux. Le rôle attendu de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé ne correspond pas spécifiquement ni exclusivement au champ d'exercice d'un·e à un titre d'emploi en particulier. De plus, aucune activité réservée à des professionnel·les membres d'un ordre professionnel par le système professionnel québécois n'est réalisée dans le cadre d'un épisode de service de planification de congé.

5. Rôles et responsabilités

La clarté des rôles et la complémentarité de ceux-ci sont un facteur de succès pour une trajectoire fluide et agile pour la personne usagère.

Référez-vous au guide SSPPCC *(CISSSMO, à venir)* **pour connaître les rôles et responsabilités des collaborateur·trices SSPPCC qui ne font pas partie intégrante de l'équipe du SAD.**

Certains rôles et responsabilités sont communs aux intervenant·es du SAD lors de la planification de congé, qu'ils et elles soient intervenant·es-pivot de la personne usagère ou intervenant·es dédié·es à la planification de congé :

- Être responsable de l'orientation en fonction des besoins identifiés;
- Travailler en partenariat avec la personne usagère et ses PPA en utilisant un langage accessible;
- Travailler étroitement en partenariat avec les intervenant·es du milieu hospitalier ou de soins post-aigus;
- Agir comme agent·e facilitateur·trice au retour dans le milieu de vie en faisant les liens avec les différentes ressources identifiées;
- Agir à titre d'expert·e sur les différentes possibilités de services à domicile et dans la communauté;
- Participer aux rencontres interdisciplinaires, s'il y a lieu;
- Procéder au suivi post-congé afin de s'assurer que les services mis en place répondent aux besoins:
- Appeler la personne usagère dans les 24-72 h post-congé;
    - Effectuer une visite à domicile dans les 30 jours post-congé;
- Réaliser ou mettre à jour l'outil d'évaluation standardisée (SMAF, évaluation préliminaire ou OEMC), selon le jugement clinique de l'intervenant·e;
- Diriger la personne usagère, ou encore ses PPA, aux partenaires communautaires qui peuvent répondre à un besoin identifié;
- Compléter les références internes pertinentes à la suite de l'obtention du consentement libre et éclairé de la personne usagère.

D'autres rôles et responsabilités sont spécifiques :

INTERVENANT·E-PIVOT

- Participer dès l'urgence à la planification du retour à domicile des personnes usagères.
- Informer le milieu hospitalier du portrait biopsychosocial antérieur de la personne usagère, lorsque connue.
- Identifier, en collaboration avec les intervenant·es concerné·es, les besoins à combler et la mise en place ou un rehaussement de services pour un éventuel retour à domicile sécuritaire.
- Réaliser les évaluations requises lorsqu'une demande d'hébergement doit être faite à partir du milieu hospitalier ou d'un milieu de soins post-aigus.
- L'intervenant·e-pivot peut être déterminé·e comme étant la courroie de communication avec la personne usagère et ses PPA si cela est dans le meilleur intérêt pour la personne usagère. Dans un tel cas, les rôles de tous doivent être clarifiés en équipe et avec la personne usagère.

Voir annexe B pour le partage des rôles et responsabilités entre l'intervenant·e-pivot et l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé en mode hybride lorsqu'il y a assignation au dossier.

INTERVENANT·E DÉDIÉ·E

- Participer, dès le début de l'hospitalisation, à la planification du retour à domicile des personnes usagères.
- Épingler, à la suite d'une conversation avec l'ICASI IR, les dossiers des personnes usagères en RADCC afin d'assurer une vigie dans Octopus Fluidité.
- Assurer la mise à jour quotidienne des cartes Octopus Fluidité de son territoire avant 9h00.

- S’assurer de connaitre la date cible de congé de chacune des personnes usagères RADCC de son secteur et d’actualiser le plan de congé avec les services requis prioritaires pour cette date.
- Être impliqué·e et disponible, en priorisant les plateformes technologiques ou le téléphone, pour tous les RADCC en milieu hospitalier ou milieu de soins post-aigus, et ce, dès les premières 24-48 h suivant un repérage RADCC.
- Mobiliser les ressources nécessaires et aller au-delà des canaux habituels.
- Coordonner les démarches pour la planification de congé, en collaboration avec les intervenant·es du milieu hospitalier ou du milieu de soins post-aigus, jusqu’au congé de la personne usagère.
- Se déplacer, au besoin, en milieu hospitalier ou en milieu de soins post-aigus.
- Réaliser les évaluations requises en cas d’hébergement à partir de l’hôpital et de milieu de soins post-aigus pour les personnes usagères non-connues.
- Contribuer à transmettre la demande d’hébergement de longue durée au GASSA – volet MAH pour les personnes usagères ayant un·e intervenant·e-pivot.

INFIRMIER·ÈRE CLINICIEN·NE ASSISTANT·E AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT (ICASI) INTERVENANT·E-RÉSEAU (IR)

- Assurer la vigie et le suivi, à partir de l’urgence, des personnes usagères RADCC[4] :
  - Valider que les critères correspondent à un RADCC;
  - Valider que la personne usagère répond aux critères d’admissibilité du SAD.
- Effectuer les suivis avec les intervenant·es-pivot SAD, les PREC, les ICASI et ASI lorsqu’il y a un bloqueur pour le retour à domicile.
- Assurer un premier contact téléphonique avec la planification de congé du territoire (lieu de résidence de la personne usagère) pour informer du dossier dans les 24-48h suivant un repérage RADCC.
- Assigner un suivi à la planification de congé du territoire dans Octopus Fluidité.
- Participer aux rencontres de concertation.
- Faire connaître les offres de services des partenaires communautaires et du SAD en tant que personne-ressource.

6. Ressources nécessaires

6.1 Développement de compétences des intervenant·es

L’ensemble des intervenant·es œuvrant au sein de la DSSADG doivent posséder les **compétences générales** attendues, notamment en lien avec le processus clinique de la direction (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2022), afin d’appliquer avec succès auprès des personnes usagères le contenu de ce guide. De plus, la plupart des compétences et des connaissances requises pour la planification de congé SAD devraient être maîtrisées par les intervenant·es du SAD du fait de leurs fonctions habituelles. Cependant, l'actualisation des rôles et responsabilités inhérents au présent guide pourrait nécessiter le développement ou le perfectionnement de compétences spécifiques portant, notamment, sur :

- L’approche *Vivre avec les risques* privilégiée dans ce guide
- L'utilisation des plateformes informatiques suivantes : RSIPA, Octopus fluidité et NSA, Système d’information clientèle PLUS (SIC+)
- La fine connaissance des différentes alternatives à l’hospitalisation, incluant notamment les offres de services des partenaires communautaires, des RPA et du SAD.

Les services de formation du CISSS de la Montérégie-Ouest peuvent accompagner les directions concernées dans l’analyse de besoin et dans l’identification des activités de développement des compétences (ADC) spécifiques.

[4] Avant d’être identifié RADCC, il faut avoir été identifié « À risque NSA ». Voir annexe E pour une explication des statuts NSA, des différentes variables et cibles associées.

- Les **besoins individuels ou d'équipe** en développement ou perfectionnement des compétences pourront être répondus par l'entremise d'ADC. Ces ADC, échelonnées dans le temps, pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation en ligne ou en présentiel, groupe de co-développement, communauté de pratique, etc.). Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenant·es selon leurs rôles, leurs besoins ainsi que la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Enfin, des rencontres régulières de soutien clinique avec les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique sont à privilégier pour guider les intervenant·es dans les dossiers complexes, le développement des compétences ainsi que le transfert de connaissances.

7. Conclusion

L'implantation de ce guide se fera graduellement et en parallèle à l'implantation du guide SSPPCC (CISSSMO, à venir). Afin d'assurer le succès d'une planification de congé et d'un retour sécuritaire à domicile, il faut miser sur les facteurs suivants : une collaboration interprofessionnelle, une communication fluide entre les partenaires, une date cible de congé connue et partagée, l'application d'approches prometteuses et une compréhension claire et commune des rôles-clés de chacun·e.

Finalement, l'implantation de ce guide fera l'objet d'une évaluation à une période ultérieure dans une perspective d'amélioration continue des pratiques.

8. Liste des annexes

Annexe A – Algorithme décisionnel : Analyse des options possibles pour un retour à domicile
Annexe B – Partage des rôles et responsabilités en mode hybride
Annexe C – Variables NSA

Annexe I – Méthode de référencement
Annexe II – Aide à la réflexion : Facteurs de vulnérabilité et de protection d'un RADCC

9. Références

Allen, J. & al. (2023). Informal carer support needs, facilitators and barriers in transitional care for older adults from hospital to home : A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(19-20), 6773-6795. https://doi.org/10.1111/jocn.16767

Alzahrani, N. (2021). The effect of hospitalization on patients' emotional and psychological well-being among adult patients : An integrative review. *Applied Nursing Research: ANR*, *61*, 151488. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151488

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. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x

Biese, K. J. & al. (2018). Telephone Follow-Up for Older Adults Discharged to Home from the Emergency Department : A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *66*(3), 452-458. https://doi.org/10.1111/jgs.15142

Biese, K. & al. (2014). A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, *21*(2), 188-195. https://doi.org/10.1111/acem.12308

Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2014). A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(10), 2257-2271. https://doi.org/10.1111/jan.12375

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2022). *Processus clinique : Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie* (p. 51). Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

Coker, R. H. & al. (2015). Bed rest promotes reductions in walking speed, functional parameters, and aerobic fitness in older, healthy adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *70*(1), 91-96. https://doi.org/10.1093/gerona/glu123

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2020). Les facteurs de protection et de risques expliqués. https://csnb.ca/nouvelles/les-facteurs-de-protection-et-de-risque-expliques

Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B. (2011). Hospitalization-associated disability : « She was probably able to ambulate, but I'm not sure ». *JAMA*, *306*(16), 1782-1793. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1556

Fleury, F. (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* (p. 23). http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Monteregie/55564.pdf

Fleury, F. C., & Trépanier, M. (2019). *Pratiques de liaison les plus efficientes pour une amélioration des services aux personnes vulnérables dans un contexte de région périphérique ou éloignée—Partie A : Synthèse des écrits pertinents pour répondre au mandat de courtage de connaissances* (p. 66). Consortium InterS4. https://consortiuminters4.uqar.ca/wp-content/uploads/2019/04/Pratiques-de-liaison_Partie-A_Synth%C3%A8se-des-%C3%A9crits_29-avril-2019.pdf

Gaalen, M. & al. (2021). Telephone follow-up to reduce unplanned hospital returns for older emergency department patients : A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *69*(11), 3157. https://doi.org/10.1111/jgs.17336

Galbraith, A. A. & al. (2017). Long-Term Impact of a Postdischarge Community Health Worker Intervention on Health Care Costs in a Safety-Net System. *Health Services Research*, *52*(6), 2061-2078. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12790

Gillis, A., & MacDonald, B. (2005). Deconditioning in the hospitalized elderly. *The Canadian Nurse*, *101*(6), 16-20.

Gracner, T. & al. (2021). Association of Infection-Related Hospitalization With Cognitive Impairment Among Nursing Home Residents. *JAMA Network Open*, *4*(4), e217528. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.7528

Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care—A review of evidence. *Work*, *41*, 2915-2924. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-291 Manière, D. (2012). Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge. *La Revue Du Praticien*, *62*(7), 1013-1023.

Mansah, M., Fernandez, R., Griffiths, R., & Chang, E. (2009). Effectiveness of strategies to promote safe transition of elderly people across care settings. *JBI Evidence Synthesis*, *7*(24), 1036. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-206.

Möllers, T. & al. (2019). Length of hospital stay and dementia : A systematic review of observational studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(1), 8-21. https://doi.org/10.1002/gps.4993

Monkong, S. & al. (2020). Transitional care for older people from hospital to home : A best practice implementation project. *JBI Evidence Synthesis*, *18*(2), 357-367. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00180

MSSS. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux.* http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/

MSSS. (2022). *Implanter la planification précoce et conjointe des congés en flux tiré dès l'urgence : Guide méthodologique* (Gouvernement du Québec, p. 129).

MSSS. (2023). *Orientations en soutien à domicile : Actualisation de la politique de soutien à domicile «chez soi : Le premier choix»* (Gouvernement du Québec, p. 69). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs* (p. 347). NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27

Nilsen, E. R., Hollister, B., Söderhamn, U., & Dale, B. (2022). What matters to older adults? Exploring person-centred care during and after transitions between hospital and home. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(5-6), 569-581. https://doi.org/10.1111/jocn.15914

Parker, S. G. & al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *6*(4), 1-183. https://doi.org/10.3310/hta6040

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* (p. 26). https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-traditional-care-planning-fr.pdf

Santé Québec. (2024). *Trajectoire fluidité : Suivi des séjours et planification précoce et conjointe de congé (SSPPCC)—Balises opérationnelles*.

Sayers, S. L. & al. (2007). Psychiatric comorbidity and greater Hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *The American Geriatrics Society*, *55*, 1585-1591. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01368.x

Sezgin, D. & al. (2020). The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs : A scoping review. *European Geriatric Medicine*, *11*(6), 961. https://doi.org/10.1007/s41999-020-00365-4

Simpson, M. & al. (2019). The Bundled Hospital Elder Life Program—HELP and HELP in Home Care—And Its Association With Clinical Outcomes Among Older Adults Discharged to Home Healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, *67*(8), 1730-1736. https://doi.org/10.1111/jgs.15979

Soong, C. & al. (2014). Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster-randomized trial. *PloS One*, *9*(11), e112230. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112230

Stewart, S. & al. (2021). Impact of healthcare-associated infection on length of stay. *The Journal of Hospital Infection*, *114*, 23-31. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.026

Sun, M. & al. (2023). Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases : A qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1128885. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885

Surkan, M. J., & Gibson, W. (2018). Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. *The Canadian Journal of Cardiology*, *34*(7), 881-888. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.04.033

Takahashi, P. Y., Leppin, A. L., & Hanson, G. J. (2020). Hospital to Community Transitions for Older Adults : An Update for the Practicing Clinician. *Mayo Clinic Proceedings*, *95*(10), 2253-2262. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.02.001

Wilson, R. S. & al. (2012). Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology*, *78*(13), 950-956. https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31824d5894

Wong, F. K. Y. & al. (2015). Economic evaluation of the differential benefits of home visits with telephone calls and telephone calls only in transitional discharge support. *Age and Ageing*, *44*(1), 143-147. https://doi.org/10.1093/ageing/afu166

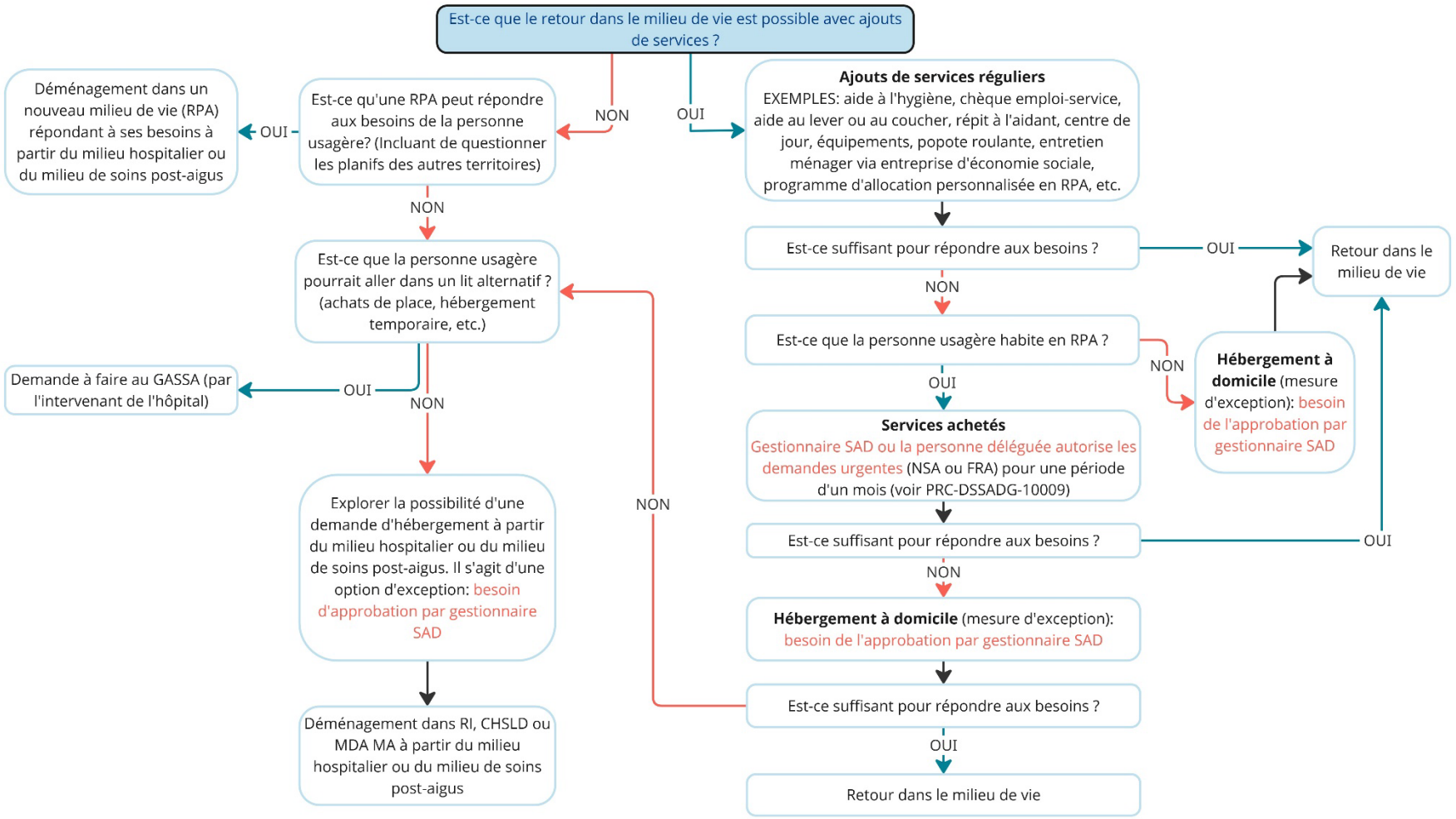
Zurlo, A., & Zuliani, G. (2018). Management of care transition and hospital discharge. *Aging Clinical and Experimental Research*, *30*(3), 263-270. https://doi.org/10.1007/s40520-017-0885-6

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Annick Vallières, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2025-05-28
Consultation(s)	Comité tactique (voir les noms sur la page Remerciements)	2025-04-30
	Comité de travail (voir les noms sur la page Remerciements)	
	Chantale Boulay, directrice adjointe des services multidisciplinaires aux opérations, DSMREU	
	Annie Leduc, chef de service psychosocial hospitalier et psychoéducation, HDS et HBM, DSMREU	
	Martine Vaillancourt, chef de service psychosocial hospitalier et psychoéducation, HAL, DSMREU	
	Natacha Lamontagne, chef de la fluidité et des infirmières de liaison, DAH-HDS-HBM	
	Manon Léger, chef de programme SAD, Jardin-du-Québec, DSSADG	
	Karine Cervera, chef de service – réadaptation, DSMREU	

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Comité tactique / Comité de travail	2025-04-30
	Conseil multidisciplinaire	À venir
	Conseil des infirmiers et infirmières	À venir

Historique du document / de révision du document		
Adopté par	Isabelle Lefebvre, DSSADG	2025-06-04
Commentaires		

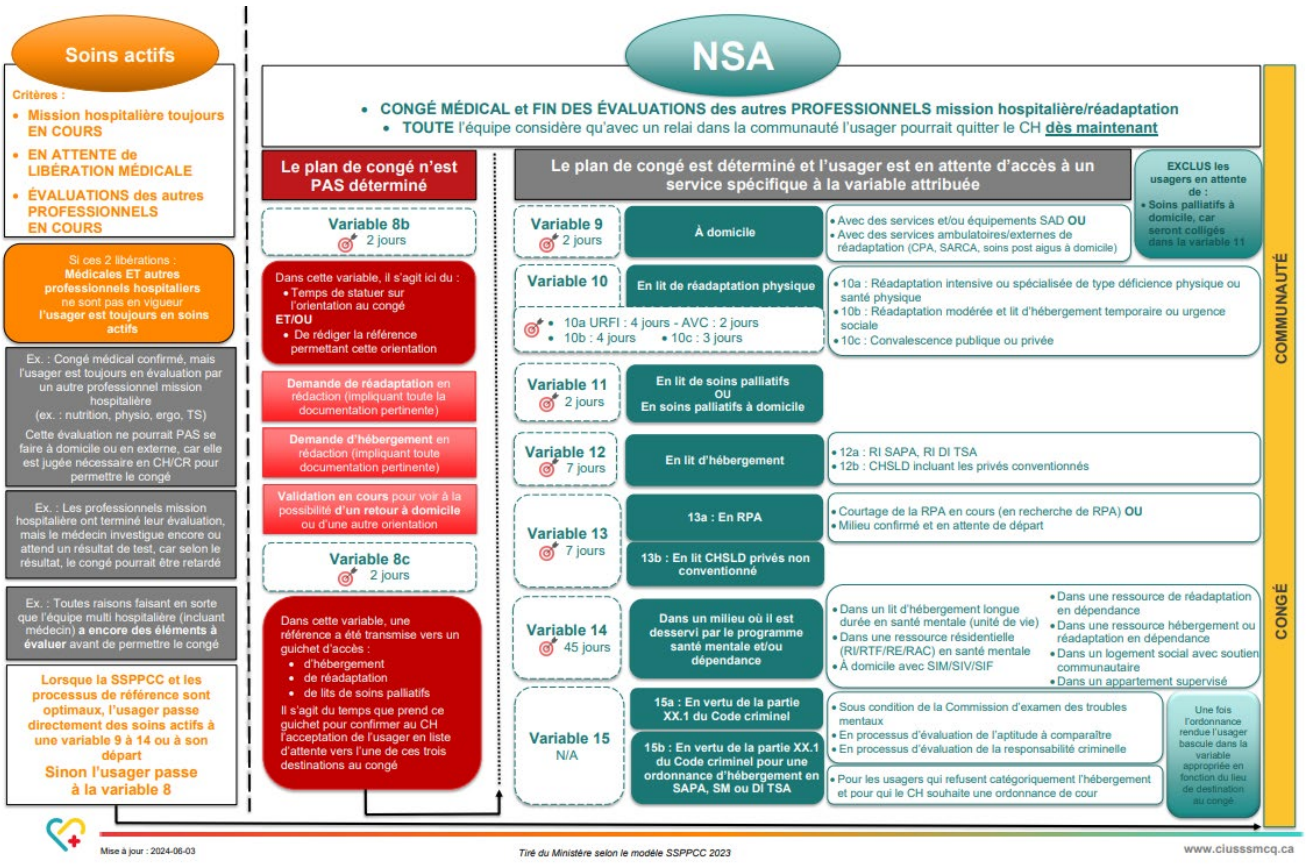
ANNEXE A – Algorithme décisionnel – Analyse des options pour le retour à domicile



ANNEXE B – Partage des rôles et responsabilités en mode hybride

Le tableau suivant présente le partage des rôles et responsabilités en mode hybride lorsqu'il y a assignation de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé au dossier. Ces rôles et responsabilités peuvent varier selon l'entente prise entre l'intervenant·e-pivot et l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé. Dans tous les cas, **le maintien d'une bonne communication tout au long du processus est essentiel.** Veuillez baliser ensemble les modalités de communication à privilégier (texto, courriel, appel, etc.).

Intervenant·e dédié·e à la planification de congé	Intervenant·e-pivot
▪ Collabore étroitement avec l'intervenant·e pivot.	▪ Collabore étroitement avec l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé.
▪ Agit à titre de facilitateur·trice pour l' intervenant·e-pivot en offrant du soutien dans les démarches à effectuer pour accélérer le congé.	▪ Nomme les enjeux pré-hospitalisation de la personne usagère et des proches à l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé (sécurité, réseau social, etc.).
▪ Coordonne les services (recherche d'un nouveau milieu de vie, recherche de ressources pour pallier la perte d'autonomie, etc.).	▪ S'entend avec l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé pour désigner qui sera la courroie de communication avec la personne usagère et ses proches en prenant en compte ce qui est dans le meilleur intérêt de la personne usagère.
▪ Personne désignée pour communiquer avec l'intervenant·e du milieu hospitalier, du milieu de soins post-aigus ou le nouveau milieu de vie.	▪ S'assure de communiquer toutes les informations pertinentes (en temps réel) à l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé si se désigne comme courroie de communication avec la personne usagère et ses proches.
▪ S'entend avec l'intervenant·e-pivot pour désigner qui sera la courroie de communication avec la personne usagère et ses PPA en prenant en compte ce qui est dans le meilleur intérêt de la personne usagère.	▪ Si mise en place de services, doit rédiger l'OÉMC (ou autre évaluation standardisée selon son jugement clinique) ou réévaluer les services mis en place au maximum 30 jours à la suite du congé.
▪ Contribue à la rédaction d'achat de services avec la RPA ou rédige le contrat d'achats de services selon les besoins de l' intervenant·e-pivot.	▪ Fait signer le contrat d'achat de services par la RPA à la demande de l'intervenant·e dédié·e à la planification de congé.
▪ Contribue à la rédaction du plan de service ou rédige le plan de services selon les besoins de l' intervenant·e-pivot.	▪ Suite à son OCCI, envoie une demande au CAR, sauf en cas d'achat de services en RPA.
▪ Obtient l'accord du ou de la gestionnaire de services pour : ○ la mise en place des ressources nécessaires dépassant l'offre de services standards (ex. services achetés ou d'hébergement à domicile). ○ l'hébergement à partir de l'hôpital ou du milieu de soins post-aigus	▪ Rédige les références internes au besoin.
▪ Envoie les documents requis au milieu de vie, au besoin.	▪ Effectue le suivi post-congé (appel 24-72h à la personne usagère, visite dans les 30 jours).


Soins actifs
Critères :
• Mission hospitalière toujours EN COURS
• EN ATTENTE de LIBÉRATION MÉDICALE
• ÉVALUATIONS des autres PROFESSIONNELS EN COURS
Si ces 2 libérations : Médicales ET autres professionnels hospitaliers ne sont pas en vigueur l'usager est toujours en soins actifs
Ex. : Congé médical confirmé, mais l'usager est toujours en évaluation par un autre professionnel mission hospitalière (ex. : nutrition, physio, ergo, TS)
Cette évaluation ne pourrait PAS se faire à domicile ou en externe, car elle est jugée nécessaire en CH/CR pour permettre le congé
Ex. : Les professionnels mission hospitalière ont terminé leur évaluation, mais le médecin investigue encore ou attend un résultat de test, car selon le résultat, le congé pourrait être retardé
Ex. : Toutes raisons faisant en sorte que l'équipe multi hospitalière (incluant médecin) a encore des éléments à évaluer avant de permettre le congé
Lorsque la SSPPCC et les processus de référence sont optimaux, l'usager passe directement des soins actifs à une variable 9 à 14 ou à son départ
Sinon l'usager passe à la variable 8
NSA
• CONGÉ MÉDICAL et FIN DES ÉVALUATIONS des autres PROFESSIONNELS mission hospitalière/réadaptation
• TOUTE l'équipe considère qu'avec un relai dans la communauté l'usager pourrait quitter le CH dès maintenant
Le plan de congé n'est PAS déterminé
Variable 8b
2 jours
Dans cette variable, il s'agit ici du :
• Temps de statuer sur l'orientation au congé
ET/OU
• De rédiger la référence permettant cette orientation
Demande de réadaptation en rédaction (impliquant toute la documentation pertinente)
Demande d'hébergement en rédaction (impliquant toute documentation pertinente)
Validation en cours pour voir à la possibilité d'un retour à domicile ou d'une autre orientation
Variable 8c
2 jours
Dans cette variable, une référence a été transmise vers un guichet d'accès :
• d'hébergement
• de réadaptation
• de lits de soins palliatifs
Il s'agit du temps que prend ce guichet pour confirmer au CH l'acceptation de l'usager en liste d'attente vers l'une de ces trois destinations au congé
Le plan de congé est déterminé et l'usager est en attente d'accès à un service spécifique à la variable attribuée
EXCLUS les usagers en attente de :
• Soins palliatifs à domicile, car seront colligés dans la variable 11
Variable 9
2 jours
À domicile
• Avec des services et/ou équipements SAD OU
• Avec des services ambulatoires/externes de réadaptation (CPA, SARCA, soins post aigus à domicile)
Variable 10
En lit de réadaptation physique
• 10a URFI : 4 jours - AVC : 2 jours
• 10b : 4 jours • 10c : 3 jours
• 10a : Réadaptation intensive ou spécialisée de type déficience physique ou santé physique
• 10b : Réadaptation modérée et lit d'hébergement temporaire ou urgence sociale
• 10c : Convalescence publique ou privée
Variable 11
2 jours
En lit de soins palliatifs OU En soins palliatifs à domicile
Variable 12
7 jours
En lit d'hébergement
• 12a : RI SAPA, RI DI TSA
• 12b : CHSLD incluant les privés conventionnés
Variable 13
7 jours
13a : En RPA
• Courtage de la RPA en cours (en recherche de RPA) OU
• Milieu confirmé et en attente de départ
13b : En lit CHSLD privés non conventionné
Variable 14
45 jours
Dans un milieu où il est desservi par le programme santé mentale et/ou dépendance
• Dans un lit d'hébergement longue durée en santé mentale (unité de vie)
• Dans une ressource résidentielle (RI/RTF/RE/RAC) en santé mentale
• À domicile avec SIM/SIV/SIF
• Dans une ressource de réadaptation en dépendance
• Dans une ressource hébergement ou réadaptation en dépendance
• Dans un logement social avec soutien communautaire
• Dans un appartement supervisé
Variable 15
N/A
15a : En vertu de la partie XX.1 du Code criminel
15b : En vertu de la partie XX.1 du Code criminel pour une ordonnance d'hébergement en SAPA, SM ou DI TSA
• Sous condition de la Commission d'examen des troubles mentaux
• En processus d'évaluation de l'aptitude à comparaître
• En processus d'évaluation de la responsabilité criminelle
• Pour les usagers qui refusent catégoriquement l'hébergement et pour qui le CH souhaite une ordonnance de cour
Une fois l'ordonnance rendue l'usager bascule dans la variable appropriée en fonction du lieu de destination au congé
COMMUNAUTÉ
CONGÉ
Mise à jour : 2024-06-03
Tiré du Ministère selon le modèle SSPPCC 2023
www.ciusssmcq.ca