

Règlement sur la détermination des critères d'admission, de sortie définitive et des politiques de transfert des bénéficiaires

Septembre 2023

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
SECTION I	ÉNONCÉ.....	4
SECTION II	CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL.....	4
SECTION III	DÉFINITION.....	4
SECTION IV	OBJECTIF	5
CHAPITRE II	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	6
SECTION I	VALEURS ET PRINCIPES SOUS-JACENTS	6
SECTION II	RESPONSABLES.....	7
SECTION III	URGENCE	7
SECTION IV	ADMISSION.....	9
SECTION V	GARDES PRÉVENTIVES/ PROVISOIRES/ AUTORISÉES	12
SECTION VI	TRANSFERT ENTRE ÉTABLISSEMENTS (OU INSTALLATIONS).....	13
SECTION VII	CONGÉ	15
SECTION VIII	SOINS DE LONGUE DURÉE	16
CHAPITRE III	DISPOSITIONS FINALES.....	16
SECTION I	ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT	16
SECTION II	RÉVISION, ABROGATION.....	17
SECTION III	RÉFÉRENCE	17
SECTION IV	PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION.....	17
SECTION V	HISTORIQUE DU DOCUMENT	18
CHAPITRE IV	ANNEXES.....	18
ANNEXE A		19
ANNEXE B		211

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION I ÉNONCÉ

1. En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (R-5)* (ROAE) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), Chapitre III, article 6, 11°, dans le cas des centres hospitaliers et des centres d'accueil, le Conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des bénéficiaires.

SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

2. Le présent règlement s'applique aux usagers admis au sein des types d'installations suivants:
 - 1° Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)
3. Ce règlement s'adresse au personnel infirmier affecté à la gestion des lits, au personnel de l'admission, au personnel de la préadmission, au personnel des unités de soins et services, aux coordonnateurs des soins infirmiers, aux chefs de départements cliniques, aux chefs de départements médicaux, aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) qui prennent en charge des usagers et aux médecins qui ont des privilèges à l'urgence et à l'admission dans l'établissement.

SECTION III DÉFINITION

4. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions et mots suivants signifient :
 - 1° **Admission** : Une personne est admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement (ROAE, art. 22)
 - 2° **Bénéficiaire** : Voir la définition d'usager.
 - 3° **Centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS)** : Installation de santé dont la mission est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, un tel centre reçoit les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. Dans le présent règlement, l'appellation « centre hospitalier » est utilisée.¹
 - 4° **Congé** : Attestation médicale que l'état de santé de l'usager n'exige plus qu'il demeure dans un établissement de santé en termes de surveillance et d'intensité de soins.²

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Établissement de santé et de services sociaux*, [En ligne], 2018. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>].

² VOS DROITS EN SANTÉ. *La procédure applicable au congé en centre hospitalier*, [En ligne]. [<http://www.vosdroitsensante.com/1208/la-procedure-applicable-au-conge-en-centre-hospitalier>].

- 5° **Établissement** : Désigne le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO).
- 6° **Intervenant** : Toute personne qui exerce ses fonctions dans l'établissement, ce qui inclut les employés, professionnels exerçant leur profession au sein de l'établissement, médecins, dentistes, résidents, étudiants stagiaires, bénévoles, ainsi que les personnes ou entreprises liées à l'établissement par contrat (notamment les ressources intermédiaires ou ressources de type familial rattachées à l'établissement) ainsi que leurs employés ayant les compétences appropriées pour appliquer les pratiques et conduites de leur champ d'expertise.
- 7° **Médecine d'urgence** : Discipline de la pratique spécialisée qui s'intéresse à la prise en charge d'une grande diversité de maladies et de blessures aiguës dans tous les groupes d'âge³.
- 8° **Représentant de l'utilisateur** : Tiers ayant le droit de représenter un usager inapte. Ce terme inclut les curateurs, mandataires, tuteurs, titulaires de l'autorité parentale ainsi que les représentants des usagers déterminés en application des principes édictés par le *Code civil du Québec* dans l'article 15.
- 9° **Sortie définitive** : Voir la définition de congé.
- 10° **Soins et services** : Tout examen, prélèvement, traitement ou autre intervention de nature médicale, physique, psychologique ou sociale, de quelque nature que ce soit, y compris, l'hébergement en établissement de santé.
- 11° **TAQ** : Tribunal administratif du Québec.
- 12° **Urgentologue** : Dans le texte actuel, afin de l'alléger, tout médecin pratiquant la médecine d'urgence. Les médecins pratiquants à l'urgence et les urgentologues sont avant tout un médecin qui utilise des compétences hautement perfectionnées en raisonnement clinique pour soigner des patients ayant des problèmes aigus et souvent indifférenciés, fréquemment avant d'avoir reçu les renseignements cliniques ou diagnostics complets⁴.
- 13° **Usager** : Toute personne qui reçoit des soins et des services sociaux dispensés par l'établissement ainsi que celles qui reçoivent des services en communauté, lors des visites à domicile ou à tout autre endroit où les intervenants de l'établissement pourront être appelés à prodiguer des soins et des services. Sont considérés aussi des usagers les résidents en CHSLD et les personnes hébergées dans une ressource de type familial ou dans une ressource intermédiaire avec laquelle l'établissement a signé une entente de services pour la prestation de ces services.

SECTION IV OBJECTIF

- 5. Permettre à l'établissement de dispenser des services hospitaliers généraux et spécialisés en harmonie avec les besoins de la population desservie, compte tenu des ressources disponibles et de la mission de l'établissement qui est d'assurer l'accessibilité des soins aux usagers en tout temps à l'urgence.
- 6. Confier la responsabilité de la gestion des lits aux chefs de départements cliniques, en collaboration avec le directeur des services professionnels et ce, afin que les ressources hospitalières soient utilisées de façon efficiente.

³ Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

⁴ IBID

7. Gérer toute demande d'admission en provenance de l'urgence de façon prioritaire.
8. Considérer la mission d'enseignement dans la gestion et l'utilisation des lits.
9. Assurer la sécurité des usagers relativement au respect des normes de prévention et contrôle des infections.

CHAPITRE II DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

SECTION I VALEURS ET PRINCIPES SOUS-JACENTS

10. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée compte tenu de l'organisation des ressources de l'hôpital (LSSSS, art. 5).
11. Les services de santé et les services sociaux doivent être accordés sans distinction ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, la langue, l'ascendance nationale, l'origine sociale, les mœurs ou les convictions politiques de la personne qui les demande ou des membres de sa famille (Loi sur les Services de santé et les Services sociaux pour les autochtones cris, art. 5).
12. L'établissement doit :
 - 1° Dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lesquels il a conclu une entente de services;
 - 2° Veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et dont l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
 - 3° Diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement, un organisme ou une autre personne qui dispense ces services (LSSSS, art. 101);
 - 4° Favoriser la réorientation des usagers qui se présentent à l'urgence et qui ne nécessitent pas le plateau technique de l'hôpital vers d'autres établissements, installations ou milieux, et ce, en conformité avec l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG).
13. Un centre hospitalier de courte durée en soins généraux et spécialisés doit s'assurer qu'une personne qui nécessite des soins d'urgence les reçoive (ROAE, art. 28).
14. Aucun lit ne peut être réservé à un médecin ou à un dentiste particulier pour des usagers qu'il traite.
15. Toutefois, un pourcentage minimum de lits doit être réservé dans les départements cliniques pouvant prendre en charge les usagers provenant du département clinique de médecine d'urgence qui doivent être hospitalisés.

16. Les règles d'utilisation des ressources (RUR) prévues au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 de la LSSSS doivent notamment prévoir qu'en cas de nécessité, le directeur des services professionnels ou, en l'absence d'un tel directeur, le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou le médecin désigné à cette fin par le directeur général, peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager (LSSSS, art. 191).

SECTION II RESPONSABLES

17. Le directeur des services professionnels est responsable de l'application du présent règlement.
18. Le chef de département médical a la responsabilité de s'assurer que les membres de son département respectent les dispositions du présent règlement et doit prendre tous les moyens pour diminuer les durées des séjours hospitaliers.

SECTION III URGENCE

19. L'établissement s'engage à promouvoir, auprès de ses médecins partenaires, l'utilisation d'alternatives disponibles pour l'investigation en remplacement du Service de l'urgence.
20. L'établissement s'engage à réserver le nombre de civières inscrites au permis de l'urgence.
21. L'article 27 du ROAE (chapitre S-5, r. 5), stipule qu'en cas de nécessité, le directeur des services professionnels ou son représentant peut désigner un département ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un bénéficiaire.
22. Un centre hospitalier doit cibler un séjour de moins de 24 heures pour un bénéficiaire à l'urgence, sauf dans le cas où la situation médicale du bénéficiaire exige qu'il soit placé en isolement pour des raisons de santé publique ou de santé mentale et qu'aucune chambre d'isolement n'est disponible à l'extérieur du service d'urgence. Il importe toutefois de limiter au maximum la durée de séjour à l'urgence de ce patient en déployant tous les efforts nécessaires afin de trouver un lit alternatif permettant de maintenir l'isolement en dehors du lieu physique de l'urgence.
23. L'établissement doit en toute circonstance tenter de limiter la durée de séjour d'un usager à l'urgence. En conséquence, aucune admission élective ou semi-urgente ne peut être effectuée dans une spécialité si un usager de cette spécialité est en attente à l'urgence.
24. L'établissement soutient les efforts d'accès universel à des soins urgents de qualité et, dans le cadre de cette démarche, l'urgentologue doit faire l'évaluation de l'état physique de tout usager se présentant à l'urgence, et ce, peu importe le motif de consultation, sauf si le triage a procédé à une réorientation ou s'il s'agit d'un transfert patient qui a déjà été accepté par un autre médecin. Toutefois, pour un transfert d'urgence à l'urgence, le médecin d'urgence doit l'évaluer. Par la suite et lorsque requis, celui-ci doit demander une consultation à un médecin spécialiste.

25. Pendant son séjour à l'urgence, l'usager est sous la responsabilité de son médecin traitant. Celui-ci peut être le médecin de l'urgence, le médecin généraliste hospitaliste ou le médecin spécialiste selon la situation. L'usager qui n'a pas été pris en charge pour une admission demeure sous les soins du médecin d'urgence et advenant le cas où le consultant prescrit des traitements, des examens ou une médication particulière, le médecin de l'urgence doit approuver les suggestions du spécialiste.
26. Pendant son séjour à l'unité d'intervention brève (UIB), l'usager qui n'a pas encore été évalué par le psychiatre, demeure sous la responsabilité de l'urgentologue. À compter du moment où l'usager est évalué par le psychiatre, celui-ci devient sous sa responsabilité.
27. L'usager admis de l'urgence devient sous la responsabilité exclusive du médecin qui l'a admis à son nom (le médecin d'urgence n'est plus responsable des patients admis même s'ils sont présents à l'urgence en attente d'un lit sur une unité, sauf si le patient doit être réanimé).
28. Afin d'assurer une coordination accrue des activités d'admission, de départ et de transfert des usagers à l'urgence, les consultants procèdent à la tournée médicale de l'urgence le plus tôt possible, selon ce qui est spécifié dans les règles d'utilisation des ressources (RUR).
29. Après son évaluation, le médecin d'urgence devra décider de l'orientation de l'usager, c'est-à-dire, congé médical, demande d'admission, investigation, observation, évaluation ou non par un consultant en spécifiant clairement s'il demande un avis avant congé ou une prise en charge, évaluation à l'externe ou toute autre modalité permettant l'investigation (ex. : accueil clinique). Réf. RUR
30. Le **médecin consultant** sollicité pour une consultation par l'urgentologue doit effectuer celle-ci **dans un délai médicalement requis, en fonction des RUR** du moment où celui-ci est avisé de la demande de consultation. Ce délai est applicable 7 jours sur 7, entre 8 h et 16 h, pour toutes les spécialités confondues, en fonction de la liste de garde (sur place ou téléphonique).
31. Suite à la consultation, le **médecin consultant** doit émettre ses recommandations (incluant le congé médical, le(s) traitement(s), l'hospitalisation, etc.) **dans les meilleurs délais en respectant les RUR**. Advenant un dépassement important de ce délai, le cas est transmis aux chefs de départements cliniques (sur place ou par téléphone, selon ce qui est attendu) ou aux coordonnateurs médicaux qui ont l'autorité de faire admettre l'usager aux soins du médecin de garde, dans le département ou le service qu'ils jugent le plus adéquat dans les circonstances. En cas de litige, il faut interpeller le DSP.
32. Lorsque la décision d'hospitalisation est prise, l'assignation du lit, la prise en charge médicale et le congé de l'urgence doivent respecter les RUR.
33. En cas de non-respect et selon la nature du blocage (administratif ou médical), le coordonnateur infirmier à la gestion des lits, les coordonnateurs médicaux (à l'urgence et l'hospitalisation) ou le chef de département médical peut interpeller le directeur des activités hospitalières. Celui-ci pourra interpeller le chef de service, le directeur des services professionnels ou son délégué au besoin.

34. L'usager ayant subi une intervention en chirurgie d'un jour et nécessitant une période d'observation au-delà de l'heure de fermeture de la salle de réveil et de l'unité de chirurgie d'un jour du bloc opératoire ne peut pas être dirigé à l'urgence. Il peut être dirigé en médecine de jour pour terminer une période d'observation avant son congé, sinon il doit être admis dans un lit réservé de la spécialité concernée ou, le cas échéant, dans un lit vacant d'une autre spécialité.
35. L'usager inscrit en médecine de jour (ex. : centre de soins de jour, clinique spécialisée de pneumologie, clinique spécialisée d'oncologie, etc.) et nécessitant une période d'observation au-delà de l'heure de fermeture de ce service peut être dirigé à l'urgence pour compléter le traitement prescrit, tout en demeurant sous la responsabilité du médecin traitant, à moins d'un transfert de ces responsabilités.

SECTION IV ADMISSION

36. Conformément à l'article 26 du ROAE, une personne est admise dans un centre hospitalier de soins de courte durée à la suite d'une demande d'admission écrite, accompagnée d'un diagnostic provisoire et faite par un médecin ou un dentiste, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et agissant dans les limites de ses privilèges. Le médecin ou le dentiste au nom de qui le bénéficiaire est admis devient le médecin ou le dentiste traitant du bénéficiaire.
37. Pour soutenir les admissions en médecine générale, les services de médecine spécialisée et services de chirurgie se doivent d'admettre à leur nom toute admission qui satisfait les critères diagnostiques établis par la table des chefs de département, et ce, selon l'installation hospitalière où la demande d'admission est traitée (voir Annexe A).
38. La demande d'admission doit également préciser la priorité d'admission. Par ailleurs, celle-ci peut être modifiée à la demande du médecin traitant à l'apparition d'éléments nouveaux au tableau clinique.
39. Pour les fins du présent règlement, les priorités d'admission des usagers sont définies comme suit :
- 1° **Urgente** : l'admission est urgente lorsque l'usager est porteur d'une pathologie évoluant de telle sorte qu'il requiert une hospitalisation immédiate en vue d'établir un diagnostic ou d'amorcer un traitement et que tout délai à l'admission au-delà de 24 heures risque de causer à ce dernier un préjudice grave;
 - 2° **Semi-urgente** : l'admission est semi-urgente lorsque l'usager est porteur d'une pathologie qui peut conduire à une détérioration rapide de son état de santé, ce qui nécessite alors une hospitalisation en vue d'établir un diagnostic ou d'amorcer un traitement. Le médecin indique sur le formulaire d'admission, la durée d'attente maximale ne comportant pas de risque de préjudice grave pour l'usager. Ce délai d'attente sera généralement d'un maximum de 7 jours;
 - 3° **Élective** : l'admission est élective lorsque l'état clinique de l'usager requiert une hospitalisation en vue d'établir un diagnostic ou d'amorcer un traitement curatif, correctif ou préventif sans qu'un délai de quelques jours ou quelques semaines entraîne un préjudice grave.

Pour cette clientèle, l'établissement est tenu, selon le projet de Loi 33, de tenir compte de la date d'inscription de l'usager au mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés ainsi que du délai jugé acceptable par le médecin selon l'état clinique de l'usager ou selon les délais prescrits par le ministre.

- 4° **Admission en obstétrique** : Usagère qui se présente au centre hospitalier pour toutes conditions liées à une grossesse d'au moins 20 semaines de gestation, pour accoucher, toute usagère qui accouche au centre hospitalier et toute usagère réadmise pour une complication postpartum;
 - 5° **Admission d'un nouveau-né** : enfant né à l'installation ou enfant admis d'au plus 7 jours de vie;
 - 6° **Admission pour protection** : admission en psychiatrie relative à la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en vertu de la Cour Civile ou l'autorisation judiciaire de soins par la Cour Supérieure (ex. : garde préventive, garde provisoire, garde autorisée, ordonnance de soins et d'hébergement).
 - 7° **Admission pour évaluation** : admission en psychiatrie d'un prévenu ou d'un détenu visé par une ordonnance d'évaluation de l'état mental en vertu du Code criminel.
 - 8° **Admission judiciaire** : admission en psychiatrie légale à la suite d'un mandat de dépôt, d'une décision du tribunal ou de la Commission d'examen des troubles mentaux.
(ex. : décision de détention, ordonnance de placement)
40. Le chef de département médical ou le médecin spécialiste de garde détermine les priorités et sélectionne quotidiennement les usagers à être admis dans la spécialité concernée en tenant compte :
- 1° Des dispositions du présent règlement;
 - 2° Des congés signés et des lits disponibles;
 - 3° Des priorités émises par les médecins traitants pour les usagers à admettre;
 - 4° Du nombre de cas en attente d'hospitalisation à l'urgence selon la spécialité;
 - 5° Des normes de pratique;
 - 6° Des situations contraignantes en regard de la prévention et du contrôle des infections;
 - 7° Des ressources matérielles disponibles.
41. Les admissions sont gérées par le Service de l'admission en collaboration avec le coordonnateur infirmier à la gestion des lits, le directeur des activités hospitalières, le chef de département clinique, le chef de département médical et le directeur des services professionnels en tenant compte des ressources disponibles. Dans les cas où il y a des problématiques infectieuses, l'infirmière en prévention et contrôle des infections est associé au processus d'admission.
42. Selon le cas, le service de l'admission, la préadmission ou l'unité de soins doit tenter, dans la mesure du possible, d'aviser **dans un délai de 24 heures** le moment prévu de l'admission les personnes pour lesquelles une demande d'admission **semi-urgente ou élective** a été faite.
43. Selon le cas, le service de l'admission, la préadmission ou l'unité de soins avertit les usagers devant être admis sur une base **élective ou semi-urgente** qu'ils sont attendus à l'hôpital jusqu'à **13 heures**. Toute unité de soins qui reçoit un usager en informe immédiatement le médecin qui a signé la demande d'admission.

44. Outre la demande d'admission, les résultats des examens ayant servi à établir le diagnostic provisoire doivent accompagner le dossier d'admission, qu'ils aient été effectués en cliniques externes ou à l'urgence d'un établissement ou d'un cabinet privé.
45. De plus, le médecin qui requiert l'admission d'une personne est tenu de donner tous les renseignements pertinents relatifs à l'état de santé de cette personne, de même que sur les effets que cet état de santé peut avoir sur les autres usagers ou le personnel de l'hôpital.
46. Un usager ne peut être admis dans l'établissement pour le seul motif que l'éloignement du lieu de résidence est source d'inconvénient pour l'usager alors que l'état clinique permet la consultation en externe.
47. L'attribution d'un lit à un usager par le Service de l'admission, en collaboration avec le coordonnateur infirmier à la gestion des lits, est effectuée conformément aux dispositions du présent règlement. Les admissions urgentes et semi-urgentes se font autant que possible dans les lits de la spécialité concernée. L'attribution d'un lit en chambre individuelle ou partagée doit respecter :
- 1° Les normes reliées à la prévention et au contrôle des infections;
 - 2° La non-mixité des chambres homme-femme et mineur-majeur, tant que possible;
 - 3° Les contraintes liées à l'état clinique de l'usager (ex. : risque de désorganisation, risque de fugue, fin de vie imminente, etc.).
48. Sur une unité de soins, le lit laissé vacant par le départ d'un usager doit pouvoir recevoir un usager en attente **d'hospitalisation urgente** dans un délai qui dépend des conditions préalables et de l'état d'isolement de la chambre :
- 1° La requête de départ / transfert est reçue par l'équipe hygiène et salubrité;
 - 2° Les équipements de soins sont retirés de la chambre;
 - 3° Le lit de l'usager ayant quitté est défait;
 - 4° Les effets personnels de l'usager ayant quitté ne sont plus dans la chambre;
 - 5° La simultanéité des requêtes de départ / transfert ne dépasse pas la capacité de l'équipe hygiène et salubrité en place.

Temps requis par le service hygiène et salubrité		
Technique de nettoyage et désinfection En terminal	Délai (minutes)	Étapes réalisées par le service hygiène et salubrité
A	60	Mobilisation de l'équipe départ / transfert hygiène et salubrité Préparation de la chambre Nettoyage et désinfection Sortie de la chambre
B	90	Mobilisation de l'équipe départ / transfert hygiène et salubrité Préparation de la chambre Nettoyage et désinfection - 2 passes Sortie de la chambre

C	120	Mobilisation de l'équipe départ / transfert hygiène et salubrité Préparation de la chambre Nettoyage et désinfection - 3 passes Sortie de la chambre
---	-----	---

49. Le coordonnateur infirmier à la gestion des lits priorise le transfert d'un usager admis hors secteur vers sa spécialité avant d'effectuer toute autre admission élective dans cette spécialité, et ce, dans le respect des recommandations du comité de prévention des infections.
50. Lors de situation d'encombrement majeur de l'urgence, des lits de débordement doivent être ouverts et utilisés en vue d'admettre des usagers de l'urgence en attente d'un lit dans une unité de soins régulière. En santé mentale, ces lits de débordement doivent être dans une chambre prévue à cet effet. Le plan de désencombrement des urgences précise les circonstances où doivent être ouverts les lits de débordement ainsi que les responsabilités des acteurs concernés. (Pour le plan de désencombrement le plus récent, se référer à la direction des activités hospitalières de l'installation concernée.)

SECTION V GARDES PRÉVENTIVES/ PROVISOIRES/ AUTORISÉES

51. L'arrivée à l'hôpital d'une personne amenée contre son gré et en urgence par un agent de la paix, en raison du danger grave et immédiat que pose son état mental pour elle-même ou pour autrui, constitue une urgence médicale et l'établissement où la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive.
52. Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.
53. Dans l'objectif de préserver les droits de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, la première action à entreprendre auprès d'elle consiste à rechercher activement son consentement à une garde en établissement en vue de subir une évaluation psychiatrique et, éventuellement, à recevoir les soins requis par son état de santé mentale.
54. Tout médecin exerçant auprès d'un centre hospitalier peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.
55. Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement, selon la procédure établie, qui se retrouve dans l'Intranet.
56. À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique.

Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non ouvrable, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit.

57. Toute garde qui se poursuit au-delà de sa durée maximale fixée par voie législative devient illégale, donc soumise à l'application de sanctions de la part des tribunaux.
58. Dès que l'établissement prend en charge une personne sous garde, il doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de la garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement, en toute confidentialité, avec ses proches et un avocat.
59. Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent.
60. Le médecin traitant peut transférer une personne sous garde auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que ce transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne. Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin traitant atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.
61. Une personne sous garde peut contester devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ) le maintien d'une garde ou toute décision prise en vertu de cette loi. Cette contestation peut être faite par la personne elle-même, par son représentant légal ou par toute personne qui démontre un intérêt envers elle.

SECTION VI TRANSFERT ENTRE ÉTABLISSEMENTS (OU INSTALLATIONS)

62. Tout transfert doit se faire dans le respect de la personne et en se conformant aux articles 51 et 52 du présent règlement ou aux règles suivantes :
 - 1° L'usager ou, à défaut, son représentant, son conjoint ou un proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour l'usager consent au transfert (LSSSS, art. 6);
 - 2° Si la condition de l'usager évolue vers une aggravation ou une amélioration telle qu'elle ne rencontre plus les conditions pour demeurer dans l'établissement où il est, il doit alors le quitter pour aller recevoir les soins là où sa condition le dicte, même s'il souhaite, au nom du libre choix, demeurer dans cet établissement;
 - 3° Si la condition de l'usagère enceinte correspond aux critères de transfert vers un centre tertiaire;
 - 4° Si la condition du nouveau-né nécessite des soins autres que ceux offerts dans une unité de néonatalogie de niveau de soin 1B ;
 - 5° Si l'usager correspond aux critères d'appartenance (clinique ou géographique) et qu'il est déjà connu dans un autre centre hospitalier;
 - 6° Si la spécialité médicale est en bris de service dans l'établissement.

63. Si l'usager refuse d'être transféré et que ce refus entraîne l'incapacité d'offrir des services adéquats par l'établissement, à l'usager lui-même ou à d'autres usagers, l'établissement est alors justifié de procéder au transfert malgré le refus de l'usager;
64. L'établissement doit informer, si sa condition le permet, l'usager ou, à défaut, son représentant, son conjoint ou un proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour le transfert de l'usager.
65. Tout transfert doit tenir compte de la qualité de vie de l'usager.
66. Lors d'un transfert, l'établissement doit assurer la continuité des services en tout temps.
67. Tout transfert doit être autorisé au préalable par le médecin traitant.
68. Afin d'éviter toute interruption dans la prestation des services, il est nécessaire que :
- 1° Patient qu'on transfère : Le médecin traitant s'assure de l'acceptation par le médecin receveur et de la capacité de la prise en charge par l'établissement qui reçoit le patient;
 - 2° L'assistante-infirmière-chef informe l'établissement receveur de la date et de l'heure de l'arrivée, du nom du médecin acceptant le transfert et transmet toute l'information pertinente de l'état de l'usager et les traitements en cours pour une prise en charge de qualité.
 - 3° Le médecin traitant doit être impliqué dans le choix du transport et dans les modalités d'accompagnement du patient.
 - 4° Pour le patient qui est transféré vers notre établissement : Toute demande de transfert doit être adressée au gestionnaire des lits ou au coordonnateur des activités. Celui-ci doit :
 - a) S'assurer que l'usager réside sur le territoire géographique de l'établissement (appartenance géographique) ou que celui-ci est connu par les équipes cliniques de l'établissement (appartenance clinique);
 - b) S'assurer de la disponibilité d'un lit;
 - c) Vérifier le niveau d'achalandage de l'urgence afin de s'assurer de la capacité clinique à faire la prise en charge;
 - d) Informer les professionnels concernés de l'acceptation du transfert;
 - 5° Le médecin qui reçoit une demande de transfert d'un autre établissement pour un usager admis ou inscrit (notamment à l'urgence) dans cet autre établissement doit : s'assurer que les vérifications ci-haut ont été faites et se rendre disponible pour un transfert verbal des informations sur le patient qui sera transféré
 - 6° Advenant qu'aucun lit ne soit disponible, l'usager devra être pris en charge et traité à l'urgence, par le médecin **de la spécialité concernée** qui a accepté le transfert, dès son arrivée, et ce, jusqu'à ce qu'un lit soit identifié. Réf. RUR.
69. Le transport d'un usager vers un autre établissement du réseau se fait de la façon la plus sécuritaire compte tenu de son état de santé et des frais inhérents au transport, et en application des directives et règlements pertinents du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
70. Au moment du transfert d'un usager, l'établissement où l'usager est admis ou inscrit doit faire parvenir à l'établissement receveur un **sommaire** des données pertinentes de son dossier. Cette documentation doit accompagner l'usager lors de son transfert ou, si celle-ci est

transmise par voie électronique, doit parvenir à l'établissement receveur avant ou en même temps que l'usager.

71. Suivant le transfert, l'établissement où le bénéficiaire est admis ou inscrit doit faire parvenir à l'établissement où le bénéficiaire est transféré un résumé des données pertinentes de son dossier dans un délai maximal de 72 heures suivant le transfert (ROAE, art. 60).

SECTION VII CONGÉ

72. L'article 30 du ROAE stipule que dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou le dentiste traitant.
73. Les activités de planification précoce et conjointe du congé d'un usager doivent débiter dès son arrivée à l'établissement.
74. L'implication des différents secteurs cliniques requis afin d'assurer un congé sécuritaire des usagers doit être prévue par l'établissement.
75. Un usager doit quitter l'établissement dès que son congé est autorisé et signé par un médecin ayant des privilèges dans l'établissement. Dans le cas où l'autorisation a été accordée verbalement, le médecin traitant doit signer cette autorisation dans les 24 heures suivant le départ.
76. L'établissement ne peut cesser d'héberger si l'usager qui a reçu son congé a un état de santé qui ne permet pas son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état (LSSSS, art. 14).
77. Un adulte qui a reçu son congé dont l'état permet son retour à domicile ou pour lequel une place est assurée dans un autre établissement, mais qui refuse de quitter l'établissement qui l'héberge doit payer dès la première journée le montant publié par le MSSS (Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, art. 360.1).
78. Afin d'assurer une coordination accrue des activités d'admission, de départ et de transfert des usagers dans les unités de soins (idem pour la tournée médicale à l'urgence), le médecin traitant procède à la tournée médicale de ses usagers le plus tôt possible, selon les RUR, **7 jours sur 7** et doit, à moins d'urgences médicales, procéder à l'étude des dossiers dans l'ordre suivant :
- 1° Les usagers dont l'état est instable;
 - 2° Les départs en priorité;
 - 3° Les autres cas par la suite.
79. Afin de pouvoir libérer l'usager avant **10 h** le lendemain, tout médecin devrait organiser le départ d'un usager sous sa responsabilité **24 heures à l'avance** et en aviser **l'usager ainsi que** l'unité de soins concernée.

80. Dès qu'un départ est annoncé, l'assistante-infirmière-chef ou la personne qu'il désigne doit en informer immédiatement l'admission.
81. Le médecin traitant doit libérer l'usager **avant 10 h**, sinon aussitôt que cela lui est possible dans la journée.
82. Le coordonnateur infirmier à la gestion des lits ou le coordonnateur d'activité informe le médecin concerné et/ou le chef de département médical lorsque le départ prévu d'un usager est retardé indûment en raison de l'attente :
- 1° Du résultat d'un examen;
 - 2° D'une prescription médicale au départ;
 - 3° De la visite du médecin;
 - 4° De la signature du congé au dossier (un rappel : la signature peut être apposée jusqu'à 24h après le congé).
83. En cas de non-résolution de la problématique, le chef de département peut interpellier le directeur des services professionnels.

SECTION VIII SOINS DE LONGUE DURÉE

84. Pour les installations à vocation de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, tout usager dont la fin de soins aigus est terminée doit retourner, sauf sous indication contraire, dans son milieu de vie ou milieu alternatif identifié, mais il ne pourra pas demeurer à l'hôpital.
85. Toute demande d'hébergement à partir de l'hôpital devra être entérinée par un gestionnaire du soutien à domicile. Le gestionnaire du secteur devra s'assurer, avec son équipe, que toutes les possibilités ont été envisagées avant de permettre qu'une attente d'hébergement s'effectue à l'hôpital.
86. À la suite de la décision confirmant la nécessité d'une relocalisation, le formulaire d'évaluation CTMSP (se référer à l'annexe C) doit être rempli par le médecin traitant dans les 3 jours ouvrables.
87. Tout usager déclaré en soins prolongés dans une unité de courte durée demeure sous la responsabilité du médecin traitant jusqu'au moment où cet usager quitte l'installation.
88. Toutefois, le médecin traitant peut transférer son usager à un autre médecin ou à une infirmière praticienne spécialisés (IPS) après entente avec ce dernier. Ce transfert de responsabilité des soins doit être consigné au dossier de l'usager.

CHAPITRE III DISPOSITIONS FINALES

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

89. Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

SECTION II RÉVISION, ABROGATION

90.

SECTION III RÉFÉRENCE

91. Références utilisées :

- 1° MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Établissement de santé et de services sociaux*, [En ligne], 2018. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>].
- 2° VOS DROITS EN SANTÉ. *La procédure applicable au congé en centre hospitalier*, [En ligne]. [<http://www.vosdroitsensante.com/1208/la-procedure-applicable-au-conge-en-centre-hospitalier>].
- 3° LÉGIS QUÉBEC. *Code civil du Québec*, [En ligne], 2022. [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>].
- 4° COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. [En ligne], 2022. [<http://www.royalcollege.ca/rcsite/home-f>].
- 5° LÉGIS QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, [En ligne]. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/tdm/lc/s-4.2>].
- 6° LÉGIS QUÉBEC. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, [En ligne], 2022. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-5,%20r.%205%20/>].

SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Hélène Jean-Baptiste, Coordinatrice accueil et archives médicales	2020-05-20
Révisé par	Dr Gaétan Filion, Directeur des services professionnels	2023-07-19
Personnes consultées	Annie Halpin Benoit, Chef de service gestion de la qualité et des risques DPSCS-DSIEU-DSMREU-DSPPEM	2020-10-22
	Julie-Claude Barabey, Chef des services accueil-archives Hôpital Anna-Laberge	2020-11-08
	Mélissa Haineault, Directrice adjointe	2020-11-08
	Anne-Marie Pinard, Chef de service de l'accueil pôle 1	2021-10-29
	Dre Élise Gilbert, Directrice des services professionnels Dr Gaétan Filion, Directeur des services professionnels	2020-09-29 2022-05-06
	Dr Gaétan Filion, Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2021-10-27
	Hélène Lamalice, Directrice DSMREU	2022-01-21

Marie-Josée Gaboury, Coordinatrice DPJASP	2020-11-08
Karine Fouchet, Chef unité psychiatrie HAL, DPSMD	2021-11-12
Sylvie Fortin, Chef unité psychiatrie Suroît, DPSMD	2021-11-12
Lyne Daoust, Directrice des programmes Soins critiques et spécialisés (DPSCS)	2022-02-11
Martin Larose, Directeur des activités hospitalières Hôpital Anna-Laberge	2022-01-21
Dominique Pilon, Directeur des activités hospitalières Hôpital du Suroît et Hôpital Barrie Memorial	2022-01-21
Marie-Andrée Guillemette, Directrice des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU)	2022-01-21
Martin Turcotte, Coordinateur services dépendance, DPSMD	2021-11-12
Martin Vézina, Coordinateur Hygiène et salubrité et gestion des déchets biomédicaux	2021-12-08
Bobby Paré, Directeur adjoint des soins critiques et des services spécialisés	2022-02-11
Jonathan Deslippes, Coordinateur accès et maintien de l'autonomie	2021-11-04
Manon Rousse, Coordinatrice SAD	2021-11-04
Josée Boulerice, Coordinatrice des lits - Hôpital Anna-Laberge	2021-11-04
Josée Houle, Coordinatrice des lits - Hôpital du Suroît	2021-11-04
Caroline Lavoie, Directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	2021-11-04
Francis Sheehan, Chef de l'unité de médecine, chirurgie et médecine de jour (Hôpital Barrie Memorial)	2021-11-04

SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT

Historique du document		
Approuvé par	Le Comité des médecins, dentistes et pharmaciens	Date 2023-05-04
Approuvé par	Le Comité de direction	Date 2023-05-23
Approuvé par	Le Comité soins et services à la clientèle	Date 2023-09-12
Approuvé par	Le Conseil d'administration	Date 2023-09-20
Commentaires	Résolution de CECMDP - RCECMDP20230504-107-16 Résolution du CA - CA20230920-25 Modifications mineures faites le 2023-10-12 Modifications mineures faites le 2023-11-28	

CHAPITRE IV ANNEXES

ANNEXE A – LISTE DES DIAGNOSTICS (HÔPITAL DU SUROÎT ET HÔPITAL ANNA-LABERGE)
 ANNEXE B – FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

ANNEXE A

**LISTE DES DIAGNOSTICS POUR L'HOSPITALISATION
HÔPITAL DU SUROÎT**

SPÉCIALITÉ	DIAGNOSTICS
ORL	Abcès pharyngé et amygdalien et épiglottite
	Épistaxis
	Oto-mastoïdite nécessitant une hospitalisation
	Obstruction des voies aériennes
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Urologie	Sepsis urinaire associé avec une obstruction ou un abcès
	Hématurie macroscopique nécessitant une hospitalisation avec ou sans manipulation urologique
	Colique néphrétique nécessitant une hospitalisation
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Chirurgie générale	Diverticulite compliquée
	Subocclusion intestinale niveau de soin 1-2
	Pneumothorax traumatique pas post BTT ou MPOC
	Fractures de côtes multiples
	Polytraumatisés
	Cholangite avec cholédocholithiase
	Obstruction des voies biliaires
	Cholédocholithiase (sans vésicule)
	Pancréatite biliaire ou nécrosante
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Orthopédie	Fractures appelant un geste chirurgical
	Arthrite septique
	Fasciite nécrosante
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Médecine interne	Infarctus ou syndrome coronarien aigu
	Insuffisance cardiaque décompensée
	Endocardite bactérienne
	Pneumonie
	Maladie thromboembolique aiguë (TVP ou embolie pulmonaire)
	Insuffisance rénale aiguë
	Désordres électrolytiques (ex. : hyponatrémie sévère)
	Diabète débalancé ou acidocétose légère
	Insuffisance surrénalienne
	Problème rhumatologique décompensé (ex. : PAR, goutte, vasculite)
	Toutes autres conditions qui nécessitent une investigation spécialisée ou une prise en charge multisystémique

Cette liste a été entériné par l'exécutif du CMDP lors de la rencontre du 20 octobre 2017 (résolution RCECMDP20171030-35-07).

**LISTE DES DIAGNOSTICS POUR L'HOSPITALISATION
HÔPITAL ANNA-LABERGE**

SPÉCIALITÉ	DIAGNOSTICS
ORL	Abcès pharyngé et amygdalien et épiglottite
	Épistaxis
	Oto-mastoïdite nécessitant une hospitalisation
	Obstruction des voies aériennes
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Urologie	Sepsis urinaire associé avec une obstruction ou un abcès
	Hématurie macroscopique nécessitant une hospitalisation avec ou sans manipulation urologique
	Colique néphrétique nécessitant une hospitalisation
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Chirurgie générale	Diverticulite compliquée
	Subocclusion intestinale niveau de soins 1-2
	Pneumothorax traumatique pas post BTT ou MPOC
	Polytraumatisés
	Fractures de côtes multiples
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Gastro-entérologie HAL	Hémorragie digestive stable (sans nécessité de soins intensifs)
	Complication non chirurgicale d'une technique endoscopique (surveillance post-polypectomie, pancréatite post-CPRE, saignement léger, etc.)
	Maladies inflammatoires décompensées de l'intestin
	Diverticulite non compliquée, non chirurgicale
	Hépatite aiguë de toute nature
	Cirrhose décompensée
	Pancréatite aiguë légère et modérée
	Ictère
	Cholangite
	Cholédocholiathiasse avec vésicule
	Transfert post soins intensifs de pathologies gastroentérologiques
Orthopédie	Fractures appelant un geste chirurgical
	Arthrite septique
	Fasciite nécrosante
	Complications desdits gestes chirurgicaux
Médecine interne	Infarctus ou syndrome coronarien aigu
	Insuffisance cardiaque décompensée
	Endocardite bactérienne
	Pneumonie
	Maladie thromboembolique aiguë (TVP ou embolie pulmonaire)
	Insuffisance rénale aiguë
	Désordres électrolytiques (ex. : hyponatrémie sévère)
	Diabète débalancé ou acidocétose légère
	Insuffisance surrénalienne
	Problème rhumatologique décompensé (ex. : PAR, goutte, vasculite)
	Toutes autres conditions qui nécessitent une investigation spécialisée ou une prise en charge multisystémique

Cette liste a été entérinée par l'exécutif du CMDP lors de la rencontre du 20 octobre 2017 (résolution RCECMDP20171030-35-07).

ANNEXE B

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE (AS-528)

Lien Internet :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/ed119278eeccfe0f85256f390065cc54/883994a2658d953a85256ed9004828d3/\\$FILE/AS-528.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/ed119278eeccfe0f85256f390065cc54/883994a2658d953a85256ed9004828d3/$FILE/AS-528.pdf)

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CTMSP
CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU
DE SOINS ET SERVICES PROLONGES

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

AS-528 (SF405)

Copyright © 1985, (P)05, CTMSP-85. Tous droits réservés. Reproduit par le M.S.S.S. avec l'autorisation de (P)05

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

Québec

