Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés

Cadre de référence provincial

Votre gouvernement

Québec

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

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

Dépôt légal – 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-94042-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Direction des travaux
Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe, Direction générale des aînés et des proches aidants, ministère de la Santé et des Services sociaux (*jusqu'en janvier 2023*) (MSSS)

Sylvain Gagnon, sous-ministre adjoint, Direction générale des aînés et des proches aidants, MSSS

Coordination des travaux et rédaction
Nathalie Tremblay, directrice par intérim, Direction des services aux aînés et aux proches aidants (DSAPA), MSSS

Rédaction (version initiale 2017)
Marie-Josée Desmarais et Carl Dumais, direction SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Nathalie Tremblay, DSAPA, MSSS
André Forest, Direction de la qualité des milieux de vie (DQMV), MSSS

Comité de travail initial (2017)
Carl Dumais, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Cathy Bérubé, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Christine Pelletier, CISSS des Laurentides
Danièle Bernard, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Dominique Larochelle, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Judith Daoust, CISSS de l'Outaouais
Marie-Josée Desmarais, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique
Jonathan Aubin, réviseur linguistique

Remerciements
Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à l'une ou l'autre des étapes de l'élaboration de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES IV

GLOSSAIRE V

INTRODUCTION 1

1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE 1

2. OBJECTIFS POURSUIVIS 2

3. ASSISES ET PRINCIPES DIRECTEURS 3

3.1 Assises 3
3.2 Principes directeurs 4

4. OBLIGATIONS DES CISSS ET CIUSSS ET DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS 4

4.1 Principaux rôles des parties prenantes 6
4.2 Soutien et accompagnement des usagers et des proches 7

5. ADMISSIBILITÉ 8

5.1 Personnes visées 8
5.2 Critères d'admissibilité 8
5.3 Traitement des demandes 13
5.4 Documents exigés 13

6. ORIENTATION 14

6.1 Choix d'installations 15
6.2 Choix sur plus d'un réseau territorial de services 15
6.3 Modalités d'orientation 16
6.4 Types d'hébergements 16
6.5 Refus d'une place en hébergement 17

7. PRIORISATION 18

8. GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE 19

9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS 20

10. DEMANDE D'HÉBERGEMENT POUR LES COUPLES 21

10.1 Définition de couple 21
10.2 Critères d'admissibilité des couples 21
10.3 Critères d'orientation des couples 21
10.4 Hébergement du couple 22

11. DEMANDES D'HÉBERGEMENT INTERTERRITORIALES 22

11.1 Principes directeurs 22
11.2 Règles d'application 23

12. ESCALADE DÉCISIONNELLE 24

12.1 Litiges 24

12.2 Situations cliniques complexes et collaboration-interdiction 24

13. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS 25

13.1 Confidentialité des renseignements 25

13.2 Demande de renseignements et d'accès au dossier 25

14. INDICATEURS DE SUIVI 26

CONCLUSION 26

ANNEXE 1 27

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS 27

Direction du programme SAPA 27

Gestionnaire responsable du MAH 27

Gestionnaires responsables locaux ou personne responsable désignée 27

Équipe de soins en centre hospitalier 28

Personnel du MAH 29

Intervenant responsable de la demande – Direction SAPA-SAD 29

Intervenant responsable de la demande – autres directions 30

Intervenant responsable de la demande – Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) 32

Usager (ou ses proches) 32

Médecins de famille 32

Médecins traitants et consultants en CHSGS 33

Milieux d'hébergement (RI-RTF et CHSLD) 34

ANNEXE 2 35

ALGORITHME DÉCISIONNEL RELATIF À UNE DEMANDE D'HÉBERGEMENT OU À UNE RÉORIENTATION 35

ANNEXE 3 36

NIVEAUX DE PRIORITÉ DE LA DEMANDE D'HÉBERGEMENT 36

ANNEXE 4 37

INFORMATION À L'USAGER POUR UNE DEMANDE D'HÉBERGEMENT ET AVIS DE DÉCISION DU MAH 37

ANNEXE 5 40

CADRE LÉGISLATIF 40

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) 40

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales 41

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements 43

BIBLIOGRAPHIE 44

Liste des acronymes et des sigles

CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CTMSP	Classification par types en milieu de soins et services prolongés
ISO-SMAF	ISO (préfixe d'origine grecque qui signifie « égal »); SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)
MA	Maison alternative
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MDA	Maison des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
RI	Ressource intermédiaire
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RPA	Résidence privée pour aînés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Glossaire

Accès
Dans un contexte d'hébergement, l'accès renvoie à l'orientation donnée par le mécanisme d'accès à l'hébergement à une personne présentant une perte d'autonomie physique ou cognitive, vers un milieu de vie de type centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressource intermédiaire (RI) ou ressource de type familial (RTF).

Admissibilité
L'admissibilité, au sens du présent cadre de référence, signifie qu'une demande d'accès à l'hébergement répond aux critères d'admissibilité et permet à l'usager d'accéder à un CHSLD ou à une RI-RTF.

Admis
Selon l'article 22 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5), 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.

Ancienneté
Le calcul de l'ancienneté en liste d'attente débute à compter de la date d'inscription de la demande (complète et conforme) dans le logiciel de gestion des listes d'attente utilisé par le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH).

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

Domicile[2]
Le domicile est considéré comme le lieu de vie choisi par l'usager, sans recours aux mécanismes d'accès d'un établissement, c'est-à-dire de l'endroit où il réside de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison, une chambre, un appartement, une habitation à loyer modique (HLM), une coopérative d'habitation ou une résidence privée pour aînés (RPA).

Hébergement
Pour les fins du présent document, on dira d'une personne qu'elle est hébergée lorsqu'elle est accueillie, à une date donnée, dans un CHSLD ou une RI-RTF de manière transitoire ou permanente. Un usager sera considéré comme « admis » dans un CHSLD, alors qu'il sera considéré comme « confié » à une RI-RTF. L'hébergement peut être permanent ou transitoire.

---

[1] Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.
[2] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence en soutien à domicile*, 2017, section 1.3 – L'admissibilité.

Hébergement permanent
Un hébergement est dit permanent dans un CHSLD ou une RI-RTF (tant que l'état de santé de la personne le permet), lorsque le milieu d'accueil correspond au milieu désigné par le MAH dans l'avis de décision, pour le type de ressource que requiert l'usager.

Hébergement transitoire
Un hébergement est dit transitoire lorsque le lieu d'hébergement ne correspond pas au milieu désigné dans la décision d'orientation de la demande d'hébergement. La personne y demeure en attente du milieu d'hébergement ciblé, soit un CHSLD ou une RI-RTF. L'hébergement transitoire permet de répondre aux besoins immédiats de la personne, celle-ci demeurant en liste d'attente selon son ancienneté, pour la RI, la RTF ou le CHSLD identifié.

Inscrit
Selon l'article 21 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, une personne est inscrite dans un établissement lorsqu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Profils ISO-SMAF
Les profils ISO-SMAF[3] regroupent des individus avec des incapacités semblables générant des services et des coûts similaires. À la suite d'une évaluation SMAF[MD] (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), les usagers sont classés parmi les 14 profils ISO-SMAF selon l'intensité et le type de services requis pour le maintien de leur autonomie. Les usagers peuvent ensuite être adéquatement répartis selon le profil d'accueil de l'usager déterminé par l'établissement. Cet outil facilite l'identification du niveau d'expertise, du nombre d'heures de soins et de la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins des usagers.

Maison des aînés et maison alternative
Les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA) sont des installations de santé et de services sociaux répondant à la mission CHSLD comme cela est défini à l'article 83 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Leur développement permettra de faire évoluer le modèle d'hébergement québécois pour les personnes auxquelles elles sont destinées. Ce concept centré sur la personne est basé sur une connaissance approfondie de l'histoire de vie des résidents afin de respecter leur passé, de les accompagner dans le présent et de les aider à planifier leur avenir. Le partenariat entre les prestataires de services de la personne hébergée et ses proches repose notamment sur une relation de confiance et sur une reconnaissance mutuelle de la valeur et des savoirs de chacun.

Une maison des aînés et une maison alternative sont composées de petites unités (maisonnées) dont la configuration et l'ameublement respectent un caractère résidentiel. Combattre l'ennui est un facteur majeur du nouveau concept d'hébergement de maison des aînés. Ces lieux doivent être organisés pour que la personne puisse s'occuper de façon autonome et spontanée, selon ses capacités, et ce, tout au long de la journée. De plus, ces espaces considérés comme innovants visent la création d'un milieu de vie stimulant où il fait bon vivre, tout en étant également invitant pour les proches, la famille et la communauté. Les nouveaux établissements qui seront développés sous cette appellation devront adopter un important virage sur le plan organisationnel pour être qualifiés de maison des aînés ou de maison alternative. Par conséquent, les critères cliniques et environnementaux qui seront établis par le ministère de la Santé et

[3] Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, *Les profils ISO-SMAF*, [En ligne]. [https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/profils-iso-smaf/].

des Services sociaux (MSSS) devront impérativement être respectés par ces établissements exploitant un CHSLD afin d'être conformes au concept de maison des aînés et de maison alternative.

Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH)
Instance responsable d'orienter toutes les demandes d'hébergement pour les usagers desservis sur son territoire et de coordonner l'accès à partir des principes régionaux de régulation des admissions.

Milieu de vie substitut
Désigne « l'endroit où réside un usager lorsque ce lieu n'est pas considéré comme un domicile […] de manière permanente ou temporaire[4] ». Il fait référence aux RI-RTF et aux CHSLD.

Niveau de soins alternatifs (NSA)
« Le terme *niveau de soins alternatif* (NSA) est utilisé dans les milieux de soins de santé, dont les soins de courte durée, les soins continus complexes, les soins en santé mentale et la réadaptation. Il décrit les personnes qui continuent d'occuper un lit dans un établissement même si elles ne requièrent plus les ressources et les services qui y sont fournis[5]. »

Ressource intermédiaire et ressource de type familiale (RI-RTF)
Selon l'article 302 de la LSSSS, est une RI toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

Le deuxième alinéa de cet article indique que l'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (RLRQ, chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation.

L'article 310 de la LSSSS précise qu'un établissement public identifié par l'agence peut recourir aux services d'une RTF aux fins de placement d'adultes ou de personnes âgées. L'article 311 de la LSSSS mentionne que les RTF se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil. Selon l'article 312, peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

---

[4] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence en soutien à domicile,* 2017, section 1.3 – L'admissibilité.
[5] Institut canadien d'information sur la santé, *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*, 2011-2012. Ottawa, ICIS, 2012, chap. 10, p. 1-7.

Trouble mental

Le terme *trouble mental* désigne un état de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse[6]. Selon l'Organisation mondiale de la santé et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme (TSA), les troubles neurocognitifs ainsi que les dépendances sont aussi des troubles mentaux. Comme ces conditions ou problèmes de santé font l'objet de programmes distincts, ils ne sont pas inclus dans l'appellation *trouble mental* dans ce cadre de référence.

---

[6] American Psychiatric Association, *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.), [En ligne], Paris, Elsevier Masson SAS, 2015, p. 22. [https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf].

INTRODUCTION

Les travaux menant à la rédaction du présent document ont été guidés par une volonté d'assurer aux usagers des soins et des services accessibles, continus et de qualité, et ainsi permettre à ceux qui le requièrent d'accéder à l'hébergement de longue durée en temps opportun et en fonction de leur profil d'autonomie.

La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (LMRSSS) met en lumière certaines disparités dans les règles d'accès à l'hébergement. Elle soulève la nécessité d'harmoniser le fonctionnement des mécanismes d'accès à l'hébergement territoriaux et de les soutenir par des orientations provinciales qui serviront d'assises dans l'ensemble des régions du Québec.

Le présent document précise le cadre légal, réglementaire et normatif ayant cours dans les différents établissements de la province, notamment en ce qui a trait au processus d'évaluation, aux critères d'admissibilité, d'orientation, de priorisation et d'intégration en hébergement de longue durée. **Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont donc tenus d'orienter leurs activités entourant l'accès à l'hébergement de longue durée en fonction du présent cadre de référence** et de s'assurer que les acteurs concernés par une demande d'hébergement, gestionnaires et intervenants, s'acquittent des rôles et responsabilités inhérents à cette démarche.

Lorsqu'une personne requiert des soins et des services intensifs ou continus de longue durée, le recours à l'hébergement est parfois nécessaire. La décision de quitter son domicile, pour une personne généralement âgée ou une personne présentant une perte d'autonomie significative, est une étape de vie importante. C'est pourquoi ce processus doit être accompagné d'une intervention rigoureuse permettant à l'usager et à ses proches de disposer de toutes les informations nécessaires pour une prise de décision éclairée. Par la suite, le mécanisme d'accès à l'hébergement déterminera l'orientation qui répondra avec le plus de justesse possible aux besoins des usagers.

1. ÉLEMENTS DE CONTEXTE

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'évolution du RSSS, les mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) doivent s'arrimer avec l'offre de services en place, dont ceux de soutien à domicile, ainsi qu'en favoriser la fluidité et en simplifier l'accès pour la population. L'offre de soins et de services dans le continuum de services aux aînés est influencée notamment par les enjeux suivants :

- **L'organisation des services d'une population vieillissante** est un enjeu central, puisqu'elle influence l'ensemble de l'offre de soins et de services aux aînés. Selon l'Institut de la statistique du Québec :

  > « en 2066, la population du Québec compterait 1,7 million de personnes de plus qu'en 2016. À lui seul, le groupe des 65 ans et plus augmenterait de près de 1,3 million, s'élevant à 2,7 millions. La part des aînés dans la population totale grimperait ainsi à 25 % en 2031 et à 28 % en 2066, comparativement à 18 % en 2016. Le nombre de personnes de 85 ans et plus pourrait pratiquement quadrupler, passant de 188 000 en 2016 à 736 000 en 2066. Le Québec pourrait compter 45 000 centenaires en 2066, comparativement à environ 2 000 en 2016[7] ».

- **La pénurie de main-d'œuvre** qui se fait de plus en plus importante dans de nombreux secteurs d'activité constitue également un enjeu central pour l'organisation des services, non seulement en hébergement de longue durée, mais également pour les aînés à domicile. Malgré cette réalité, la présence d'un personnel compétent est essentielle pour répondre aux besoins des personnes en grande perte d'autonomie.

- **Les maladies chroniques et l'accroissement des incapacités** peuvent également conduire à des demandes d'hébergement prématurées vers les ressources d'hébergement public. Aux incapacités devenues évolutives par l'effet du vieillissement pathologique et à l'augmentation des maladies chroniques s'ajoutent d'autres problèmes concomitants de santé physique, des troubles mentaux, des troubles neurocognitifs majeurs ainsi que divers problèmes psychosociaux.

- **La pandémie de la COVID-19** a influencé de manière importante les trajectoires et l'accès à certains services, notamment l'accès à l'hébergement de longue durée. L'utilisation des places d'hébergement de longue durée pour les personnes qui en ont réellement besoin doit toujours être considérée comme une prémisse à la référence vers ces milieux, évitant ainsi des transferts prématurés ou non pertinents.

2. OBJECTIFS POURSUIVIS

Ce cadre de référence a pour objectifs :

- d'harmoniser le processus d'accès à l'hébergement pour les personnes orientées vers les CHSLD, les RI ou les RTF;
- de préciser le cadre légal, les principes directeurs, les règles de fonctionnement du mécanisme d'accès à l'hébergement ainsi que les critères d'admissibilité, d'orientation et de priorisation pour l'ensemble des établissements;
- de clarifier les rôles et responsabilités des acteurs concernés;

---

[7] Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066* : *édition 2019*, [En ligne], 2019. [https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf].

- de préciser les droits et les responsabilités de l'usager et ses proches au regard de l'hébergement de longue durée;
- d'assurer un accès à l'hébergement équitable, en temps opportun et en fonction de l'évolution du profil d'autonomie de l'usager, de sa condition de santé et des facteurs de risque associés;
- d'assurer une fluidité et une continuité dans le continuum de soins et de services;
- de soutenir une organisation de services permettant à l'usager de demeurer le plus longtemps possible dans son domicile, par l'intensification des soins et des services;
- de favoriser une approche de collaboration et de partenariat avec les réseaux territoriaux de services (RTS);
- de soutenir les établissements dans la recherche de solutions pour les cas litigieux, lorsque les ressources d'hébergement requises ne sont pas disponibles.

3. ASSISES ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le mécanisme d'accès à l'hébergement s'assure qu'un usager adulte en perte d'autonomie qui requiert des soins et des services de longue durée est orienté dans un milieu qui répond à ses besoins. L'hébergement devra être fait en temps opportun et en présence des ressources adéquates pour une réponse optimale à ses besoins biopsychosociaux.

En plus de veiller à l'adéquation entre les services requis par les usagers et les services qui lui sont offerts, les assises et principes suivants guident les décisions des intervenants qui envisagent de procéder à une demande d'hébergement et celles du mécanisme d'accès à l'hébergement.

3.1 Assises

Le soutien à domicile : l'option à privilégier

Le soutien à domicile doit toujours être envisagé comme la première option pour répondre aux besoins de l'usager, quelle qu'en soit leur ampleur, dans son parcours de soins et de services. L'hébergement sera envisagé, en partenariat avec l'usager et ses proches, seulement si le maintien dans la communauté n'est plus possible, dans des conditions sécuritaires, malgré les services intensifiés et le soutien des proches.

L'hébergement en RI, en RTF ou en CHSLD (y compris les MDA et MA) ne doit être retenu que s'il est clairement démontré que c'est le choix pertinent et nécessaire pour la santé, le bien-être et la sécurité de la personne. Cette réflexion se fera impérativement avec la participation active de l'usager et de ses proches, en tenant compte de leur opinion.

3.2 Principes directeurs

Équité	Assurer un accès à l'hébergement et une répartition des places d'hébergement qui sont justes et équitables dans le respect et la reconnaissance des droits de l'usager, tout en tenant compte des ressources disponibles.
Accessibilité	Assurer à l'usager une réponse en flux continu tout en optimisant les outils, les méthodes de travail et les processus afin de diminuer les délais de réponse à l'usager.
Objectivité	Garantir la neutralité dans l'analyse des demandes d'hébergement et du processus décisionnel qui en découle, indépendante de toute considération financière, politique ou culturelle, et le faire à l'aide d'outils standardisés et validés.
Efficience	Travailler en partenariat avec les différents acteurs du RTS pour que l'ensemble des services offerts et disponibles soit utilisé par le bon usager au bon moment.
Continuité et intégration	S'assurer que l'accès à l'hébergement est une partie intégrante du parcours de soins et de services de l'usager, qu'il interpelle tous les acteurs d'un RTS et favorise une prestation de soins et de services continus.
Proximité	Offrir à l'usager les services le plus près possible de son environnement social et communautaire pour lui permettre de demeurer dans un milieu connu qui favorise les liens avec ses proches.
Spécificité	Offrir des services répondant aux besoins spécifiques de l'usager qui présente une situation clinique complexe pour laquelle des ressources humaines et environnementales sont requises (unités offrant une approche adaptée). Peut se traduire également par des services répondant aux besoins de certaines communautés culturelles.

4. OBLIGATIONS DES CISSS ET CIUSSS ET DES ETABLISSEMENTS PRIVES CONVENTIONNES

La réorganisation du RSSS[8] est une occasion d'harmoniser les pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services, et ce, pour assurer une réponse diligente, équitable et adaptée aux besoins des usagers et de leurs proches. Les mécanismes d'accès à l'hébergement sont

[8] Cette réorganisation est un effet de la LMRSSS.

ainsi directement concernés par cette cible d'amélioration continue et d'efficience dans l'accès aux soins de longue durée.

Les CISSS et CIUSSS doivent mettre en place et gérer un mécanisme régional d'accès aux différents services offerts sur son territoire, dont ceux de l'hébergement de longue durée (CHSLD et RI-RTF)[9]. Ces mécanismes doivent être orientés en fonction du présent cadre de référence. Ils doivent aussi tenir compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers desservis.

Les établissements publics ou privés conventionnés doivent recevoir une personne qui a été dirigée vers ses services, conformément au mécanisme régional d'accès aux services.

En plus des obligations décrites précédemment, les CISSS et CIUSSS s'assureront que leurs MAH :

- connaissent la situation réelle des places d'hébergement de leur territoire (places libres, places occupées, achats de places en CHSLD privés, etc.);
- connaissent les différents types d'organisations résidentielles en RI et en RTF présentes sur leur territoire et les ententes (collectives ou nationales, spécifiques ou particulières) qui déterminent leurs conditions d'exercice;
- sont informés du nombre de personnes en attente de places d'hébergement sur leur territoire (CHSLD et RI-RTF) ainsi que des projections à court, à moyen et à long termes des besoins en matière d'hébergement public;
- sont en mesure de connaître la provenance (domicile, centre hospitalier [CH], NSA, lits d'urgence sociale, milieux de réadaptation, lit transitoire, etc.) de l'ensemble des usagers en attente d'une place sur leur territoire, y compris ceux qui occupent actuellement un lit hors territoire;
- prennent connaissance des indicateurs de performance du réseau, notamment en CHSLD, en RI-RTF et en lits de courte durée occupés par des patients en niveau de soins alternatif, notamment ceux en attente de soins et de services de longue durée;
- sont informés et à jour quant à l'ouverture et à la fermeture de lits ainsi qu'au changement de vocation ou de relocalisation d'un établissement ou de ressources d'hébergement;
- sont informés des travaux de construction majeurs et mineurs en CHSLD ou en RI-RTF;
- collaborent à toute demande d'état de situation en provenance du MSSS ou d'organismes gouvernementaux mandatés pour enquêter sur l'accès à l'hébergement.

[9] Article 84 de la LMRSSS.

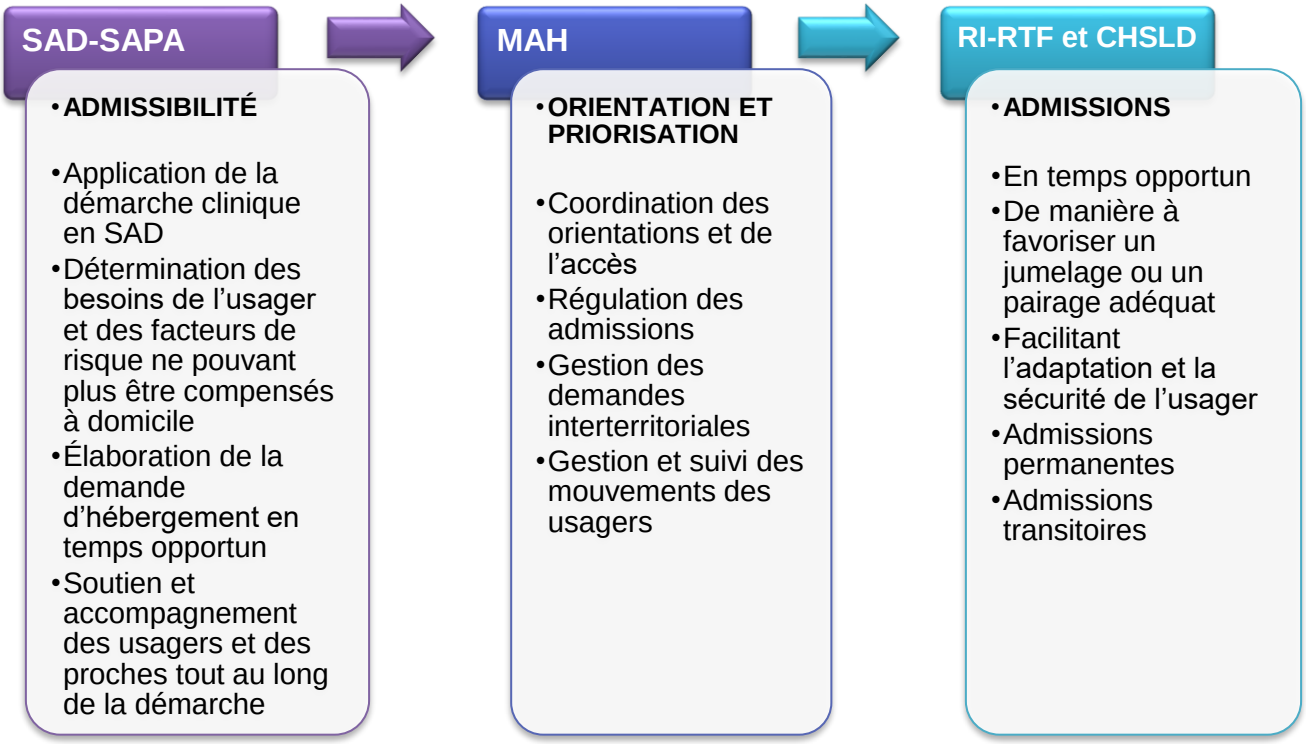
Lorsque les usagers sont confiés à une RI ou une RTF pour aînés, les MAH devront également prendre en compte les aspects suivants dans la détermination des modalités d'accès :

- la particularité des ressources et leur cadre d'exercice, dont les dispositions pertinentes de la LSSSS, de la LMRSSS et du *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial* (RLRQ, chapitre S-4.2, r. 3.1), de même que les ententes collectives et nationales conclues entre le MSSS et les associations et organismes représentatifs de ressources;
- les orientations ministérielles et les balises du *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*[10] (cadre de référence RI-RTF).

4.1 Principaux rôles des parties prenantes

En plus des obligations et des responsabilités décrites précédemment, les parties prenantes contribuant à l'accès à l'hébergement de longue durée sont précisées dans le schéma ci-dessous. Il est important de rappeler **que l'admissibilité à l'hébergement de longue durée doit être établie par les équipes de soutien à domicile (SAD) ou de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ou en étroite collaboration avec celles-ci lorsque l'usager concerné est en centre hospitalier ou desservie par un programme-service autre que SAPA.** Les équipes de SAD-SAPA ont la responsabilité d'évaluer la possibilité d'un retour à domicile ou d'une alternative à l'hébergement pour l'ensemble de leurs usagers, y compris ceux hospitalisés dans un autre territoire. Il en va de même pour les autres programmes-services.

[10] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, [En ligne], Gouvernement du Québec, 2016. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf].



La section 9 et l'annexe 1 apportent des précisions sur les rôles et responsabilités des différents acteurs concernés.

4.2 Soutien et accompagnement des usagers et des proches

En complément des actions dévolues au MAH, les intervenants œuvrant directement auprès des usagers et de leurs proches jouent un rôle central dans le soutien et l'accompagnement auprès de ceux-ci dans le processus menant à un changement de milieu de vie. Plus précisément, les intervenants accompagnant les personnes visées devront :

- leur expliquer en quoi le recours à l'hébergement de longue durée est pertinent ou non en fonction de leur situation globale. Cet échange vise toujours à s'assurer que tous les moyens sont en place pour permettre le maintien dans la communauté et offrir le soutien requis aux personnes proches aidantes;

- leur expliquer les étapes menant à la demande d'hébergement. Si l'hébergement s'avère être une option, il est primordial que l'usager et ses proches aient toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée relativement à un hébergement de longue durée;

- les soutenir dans le choix du milieu d'hébergement. Les ressources d'hébergement dans un territoire sont multiples et plusieurs ont des spécificités en fonction des usagers qui bénéficient des soins et des services. À cette étape, les intervenants jouent un rôle d'intermédiaire. Ils doivent donc être bien informés des services offerts dans leur territoire et disposer des outils nécessaires pour accompagner les usagers dans leur choix. Il est important de toujours guider l'usager vers la ressource la mieux adaptée à ses besoins dans les meilleurs délais.

  Afin de faciliter cette étape, les établissements permettront les visites des milieux (lorsque les conditions sanitaires le permettent) ou développeront des moyens alternatifs pour bien présenter les différents milieux de vie aux usagers (sites Internet, visites virtuelles, capsule vidéo, guides d'accueil, rencontres d'information dans la communauté, etc.);

- les accompagner dans l'attente de l'admission en hébergement. Quel que soit le milieu visé, la période précédant l'admission exige généralement un accompagnement plus soutenu de la part des intervenants. L'usager concerné sera possiblement dans une situation où la perte d'autonomie s'accélère ou encore sa condition générale se détériore. Considérant que les admissions en longue durée sont généralement tributaires des disponibilités, il est difficile de prédire avec exactitude le moment de l'admission. Toutefois, les intervenants doivent donner aux usagers l'information la plus à jour disponible en prévision d'une date potentielle d'admission (permanente ou transitoire).

5. ADMISSIBILITE

5.1 Personnes visées

Les usagers qui ont recours à l'hébergement de longue durée sont généralement des personnes âgées en perte d'autonomie liée à un vieillissement pathologique, ainsi que des adultes présentant une déficience physique, intellectuelle ou des troubles mentaux. Ces personnes ne sont plus en mesure de demeurer dans leur domicile dans des conditions sécuritaires, malgré le soutien de leur entourage, les services offerts et les ressources de la communauté.

5.2 Critères d'admissibilité

L'hébergement de longue durée doit être considéré comme la dernière option pour répondre aux besoins des usagers dans son parcours de soins et de services. Il faut s'assurer que l'ensemble des interventions ainsi que l'organisation des services permettant le soutien à domicile ont été réalisés, évitant ainsi un hébergement prématuré.

À cet effet, quelle que soit l'origine de la demande, l'évaluation professionnelle est une étape obligatoire et déterminante dans le parcours de soins et de services d'un usager. Elle permet non

seulement l'identification des besoins biopsychosociaux, mais également des facteurs de risque ne pouvant plus être compensés à domicile. Cette évaluation permettra de soutenir la réflexion et de déterminer, avec l'usager et ses proches, si un changement de milieu de vie est nécessaire et si l'hébergement de longue durée doit être envisagé comme moyen pour répondre aux besoins de l'usager.

Lors de l'évaluation, une attention particulière devra être portée aux usagers présentant des **symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et autres troubles du comportement**. Dans ces cas, il est nécessaire de procéder à une évaluation du comportement afin de déterminer les causes interactionnelles, physiques, mentales et environnementales sous-jacentes. Dans le cadre d'une évaluation globale de l'usager à l'aide de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), la question concernant le comportement sera utile pour amorcer une réflexion et assurer une orientation la plus adéquate possible permettant de répondre au besoin de sécurité de l'usager et de son entourage. La présence d'un comportement problématique nécessite une compréhension de son origine et une approche de base appropriée pour intervenir dans le bon contexte avant de conclure qu'un hébergement de longue durée est requis. En contexte de demande d'hébergement, il faudra déterminer avec justesse le type de syndrome comportemental et faire une analyse historique longitudinale des comportements puisque l'orientation qui en découle sera différente. Dans ces cas, il peut être pertinent de remplir une grille d'évaluation en présence d'un comportement qui exige un encadrement particulier ou d'un SCPD[11] pour guider le jumelage-pairage dans le milieu d'hébergement.

Le milieu d'hébergement devrait être en mesure d'accueillir des personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs sans SCPD, avec SCPD légers, modérés, sévères et très sévères. Dans tous les cas, les interventions devront être adaptées pour utiliser des stratégies préventives évitant ou retardant l'apparition des SCPD lorsqu'ils sont absents ou encore mobiliser des équipes spécialisées en SCPD pour les cas modérés. Pour les cas plus sévères, les unités spécialisées ou prothétiques pourront être envisagées en collaboration avec la gérontopsychiatrie, le cas échéant.

L'admissibilité à une place d'hébergement doit s'appuyer sur les critères suivants :

1) **Toutes les possibilités contribuant au maintien de l'usager dans la communauté ont été mises en œuvre.**

   - En présence de la perte d'autonomie d'une personne, plusieurs services peuvent être mis en place pour lui permettre de demeurer plus longtemps dans son domicile. En plus des services de SAD, tout service offert dans la communauté pour faciliter le maintien à domicile doit être pris en considération. Il est essentiel également de tenir compte de la

[11] M.A. Bruneau et P. Voyer, *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2014. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-08W.pdf].

situation des personnes proches aidantes et de s'assurer que des modalités de répit sont présentes pour prévenir leur épuisement.

- Pour les usagers en NSA occupant un lit de courte durée en CH ou en institut ou un lit de soins postaigus, le recours à l'hébergement de longue durée « ne devrait survenir que lorsque toutes les options ont été évaluées, considérées, tentées ou mises en œuvre pour permettre à l'usager de demeurer à domicile ou dans le milieu de vie antérieur[12] ».

  Rappelons que « le milieu hospitalier n'est pas l'endroit le plus approprié pour déterminer un changement de milieu de vie (l'usager y traverse un épisode critique), l'orientation en hébergement de longue durée depuis l'unité de courte durée devant demeurer une mesure d'exception. La décision d'orienter un usager en ressource d'hébergement ne devrait d'ailleurs jamais être prise par le seul milieu hospitalier (ni par "ordonnance" du médecin traitant), mais doit avoir été prise[13] » en partenariat avec l'usager et ses proches et les équipes de proximité qui connaissent et suivent l'usager.

2) Une réflexion est établie à partir de l'évaluation de la situation globale de l'usager en considérant son opinion et ses composantes biopsychosociales.

- Dans ce cas, l'OEMC complété, le profil ISO-SMAF et le plan d'intervention seront des outils essentiels pour guider la réflexion et la décision d'entreprendre une démarche vers l'hébergement de longue durée. L'opinion de l'usager et de ses proches sera incontournable pour soutenir la décision d'amorcer un processus d'hébergement.

- « Bien qu'ils s'avèrent indispensables comme outil d'aide à la décision, les profils ISO-SMAF ont une valeur indicative plutôt qu'absolue et exécutoire. Ils ont pour finalité de soutenir le jugement clinique, et non d'en tenir lieu. La mise à profit des connaissances et de l'expérience des intervenants demeure essentielle dans le processus décisionnel menant à l'orientation ou non d'une personne aînée en CHSLD[14]. »

- Le fait d'avoir un profil ISO-SMAF reconnu comme admissible pour l'hébergement ne constitue pas à lui seul une condition pour héberger une personne. L'**admissibilité et la pertinence** de recourir à l'hébergement de longue durée seront considérés avant de prendre la décision d'héberger une personne.

---

[12] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Niveaux de soins alternatifs : guide pour soutenir les établissements pour prévenir et résoudre le phénomène*, [En ligne], 2017, p. 7. [https://www.agisq.ca/client/fichiers/File/NSA%20-%20Guide%20de%20soutien%20aux%20%C3%A9tablissements%20pour%20pr%C3%A9venir%20et%20r%C3%A9soudre%20le%20ph%C3%A9nom%C3%A8ne.pdf].
[13] *Ibid.*, p. 10.
[14] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Balises pour l'admission des personnes aînées en CHSLD*, décembre 2012, p. 13.

3) **Les usagers orientés en CHSLD présentent habituellement des profils ISO-SMAF de 10 à 14[15], et ceux orientés en RI-RTF ont des profils ISO-SMAF de 6 à 12[16].**

- Des usagers présentant un profil ISO-SMAF en dehors de ces balises peuvent également être hébergés en CHSLD ou en RI-RTF. Toutefois, l'orientation vers le CHSLD devrait être réservée aux personnes qui présentent une perte d'autonomie modérée à sévère, donc généralement des profils d'autonomie fonctionnelle de 10 et plus. « En toutes circonstances, ce choix doit être fondé sur un argumentaire étoffé, rigoureux et validé par une équipe interdisciplinaire[17]. » Ce sont généralement les personnes en plus grande perte d'autonomie ou qui ont une condition de santé complexe qui ont besoin d'un encadrement humain, technique ou environnemental plus important qui seront dirigées vers les CHSLD.

- La personne présentant un diagnostic de trouble mental présent ou passé est admissible si elle répond à l'un des critères énoncés ci-haut et si :

    - ses besoins peuvent être répondus par les services en place ou en collaboration avec les services du réseau de la santé et des services sociaux et de la communauté ;
    - l'application d'une approche adaptée permet d'éviter ou d'encadrer la présence d'un TC, en partenariat avec une équipe spécialisée, au besoin.

- De façon générale, l'orientation d'un usager dans une RI ou une RTF atteint sa limite quand il s'expose ou expose d'autres personnes vivant dans ce milieu de vie à des risques jugés inacceptables au regard du seuil déterminé par l'établissement, et ce, en conformité avec sa politique de gestion intégrée des risques, ses critères d'accès et les modalités d'accès de sa région.

4) **De manière complémentaire à l'évaluation globale, les situations suivantes pourraient être documentées et considérées pour l'admissibilité, la priorisation ou pour l'orientation, dont :**

- une condition médicale complexe (ex. : gavage naso-gastrique, soins respiratoires nécessitant du personnel qualifié, etc.);
- un stade avancé de la maladie, une détérioration rapide, un pronostic médical sombre (moins de 6 mois);

---

[15] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée : document d'introduction*, 2016, p. 2.
[16] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, mars 2016, p. 121.
[17] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée : document d'introduction*, 2016, p. 2.

- un usager en soins palliatifs non admissible dans les lits dédiés (lits de soins palliatifs communautaires);
- des comportements avec défis d'intervention et nécessitant un encadrement particulier, sans amélioration malgré les interventions effectuées;
- une situation de maltraitance qui requiert que la personne soit retirée de son milieu de vie;
- l'admission d'un couple.

5) Les usagers orientés vers les maisons des aînés

- Bien que sur le plan légal les maisons des aînés sont considérées comme des CHSLD, elles pourront accueillir des usagers en perte d'autonomie modérée, dans la mesure où cette orientation convient davantage à leurs besoins et capacités compte tenu de l'évolution prévisible de leur état.

- Il ne s'agit pas d'héberger en MDA des aînés dont les besoins peuvent être répondus en ressources intermédiaires, et ce, à moyen ou long terme, mais d'éviter des transitions rapprochées lorsque cela est possible, par exemple dans un contexte où l'évolution du profil clinique est hautement prévisible. Les usagers dont la perte d'autonomie modérée est à évolution très lente ou imprévisible devraient être orientés vers les ressources intermédiaires ou de type familial.

- Considérant l'architecture et le concept clinique des maisons des aînés, celles-ci devraient accueillir majoritairement des personnes qui :
    - présentent un profil ISO-SMAF 10-14;
    - présentent une perte d'autonomie modérée à sévère;
    - vivent avec un trouble neurocognitif majeur;
    - n'ont pas de SCPD ou ont des SCPD légers ou modérés avec lesquels il y a présence d'errance;
    - présentent une agressivité légère à modérée qui répond positivement à un environnement et à une approche adaptée;
    - ont une histoire de vie démontrant une capacité à vivre en collectivité : présence et augmentation des interactions sociales et proximité par l'architecture des maisonnées (notion de territorialité à prendre en considération).

- Si la personne présente des SCPD liés à un environnement et à une approche non adaptée, il est souhaitable de considérer l'histoire des comportements sur les 12 à 24 derniers mois.

À noter que les personnes proches aidantes des personnes hébergées en MDA devraient connaître les pratiques de respect de l'autodétermination et d'autonomie de la personne ainsi que

celles associées à la flexibilité de l'organisation du travail (ex. : respect du sommeil et des heures de repas, considération des habitudes et de l'histoire de vie, etc.).

5.3 Traitement des demandes

Toutes les demandes d'hébergement **doivent être présentées à une personne désignée et responsable d'assurer l'admissibilité et la conformité de la demande avant son envoi au MAH** dans chaque direction concernée. Pour soutenir la réflexion, un algorithme est proposé en annexe 2. Afin de bien déterminer l'urgence d'héberger un usager, des critères de priorisation se retrouvent en annexe 3. Par la suite, l'ensemble des documents exigés et dûment remplis sera acheminé au MAH.

Les demandes de réorientation en provenance d'une RI-RTF ou d'un CHSLD sont présumées admissibles à l'hébergement, mais seront considérées comme une nouvelle demande, puisque le besoin initial a été comblé. Elles devront être présentées à la personne désignée responsable avant d'être acheminées au MAH. L'ancienneté sera calculée à partir de la date de réception de la réorientation.

5.4 Documents exigés

Pour faire une demande au MAH, certains documents sont exigés et d'autres sont complémentaires et peuvent être joints à la demande d'hébergement.

Pour toute nouvelle demande ou pour une réévaluation de la demande, les documents suivants sont requis :

- Fiche de transmission (un modèle provincial sera proposé ultérieurement)
- Formulaire de consentement[18]
- OEMC complet et fiche d'identification RSIPA (réseau de services intégrés pour les personnes âgées)
- Profil ISO-SMAF
- Profil pharmacologique

Pour les demandes dirigées vers une RI ou une RTF, s'assurer d'inclure les informations du profil de l'usager à l'accueil, comme précisé dans le cadre de référence RI-RTF[19].

[18] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier*, [En ligne]. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/a5a82c24f10972e885256ec2004499be/$FILE/AH-216_DT9060(2004-10)D.pdf].

[19] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, 2016, p. 118. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf].

Pour toute nouvelle demande ou pour une réévaluation de la demande, les documents suivants peuvent être joints à la demande :

- Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation (annexe 2)
- Sommaire médical (un modèle provincial sera proposé ultérieurement, alors **la Classification par types en milieu de soins et services prolongés [CTMSP] médicale n'est plus requise**)
- Demande de services interétablissements
- Grille d'évaluation du trouble de comportement[20]
- Plan d'intervention
- Rapports d'évaluation et recommandations professionnelles
- Autres rapports : documents pertinents (services gériatriques spécialisés, unité de réadaptation fonctionnelle intensive, etc.)

6. ORIENTATION

L'orientation d'un usager consiste à déterminer le type de milieu de vie substitut le plus adéquat pour répondre à ses besoins en fonction de son profil d'autonomie actuel. Seront également pris en considération pour l'orientation :

- le choix d'installation exprimé par l'usager ou ses proches, le cas échéant;
- la proximité de sa communauté et de ses proches;
- la ressource dont les délais d'accès sont les plus courts;
- le jumelage-pairage[21].

[20] M.A. Bruneau et P. Voyer, *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2014. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-08W.pdf].

À noter qu'une cote de -2 et -3 à la question du comportement dans l'OEMC peut être envisagée pour remplir une grille d'évaluation du trouble de comportement, mais il faut s'assurer d'une compréhension de l'origine du trouble de comportement et de son contexte avant de conclure qu'un hébergement de longue durée est requis.

[21] Le **jumelage** est un processus qui consiste à sélectionner une ressource ayant un portrait qui la rend susceptible de répondre adéquatement aux besoins d'un usager et à jumeler cette ressource avec cet usager. Le **pairage** fait partie intégrante du processus de jumelage et consiste, quant à lui, à vérifier l'homogénéité ou la compatibilité entre le profil de l'usager visé par le jumelage et le profil des usagers déjà présents dans la ressource. Le **jumelage-pairage** est réalisé par l'établissement en conformité avec les orientations ministérielles ainsi qu'avec le processus clinique de l'établissement, l'entente spécifique ou particulière et l'entente collective ou nationale qui s'appliquent à la ressource. Extrait du cadre de référence RI-RTF, p. 141-142.

6.1 Choix d'installations

Lorsqu'une demande est considérée admissible, une personne pourra exprimer plus d'un choix d'installation, d'un même type de ressource, à l'intervenant qui formule la demande d'hébergement avant de soumettre la demande au MAH. Lors de la transmission de la demande au MAH, l'usager ou ses proches (en collaboration avec l'intervenant responsable de la demande) pourront mentionner ses deux ou trois préférences de milieu d'hébergement correspondant à ses besoins.

En fonction de ce qui précède, le MAH l'inscrira sur une liste d'attente pour le ou les milieux désignés en considérant :

- le ou les choix formulés par l'usager ou ses proches;
- les besoins de l'usager, les services offerts;
- la disponibilité des places d'hébergement;
- le type d'usagers prévus dans les ententes (RI-RTF);
- l'adaptation physique des lieux;
- les listes d'attente ainsi que les meilleurs délais pour l'admission.

Il se peut que les milieux inscrits en attente diffèrent des préférences formulées par l'usager si ceux-ci ne permettent pas de répondre aux besoins spécifiques de l'usager.

Le MAH formulera la ou les propositions retenues dans l'avis de décision proposé en annexe, qui sera transmis à l'usager par l'intervenant responsable de la demande et consigné à son dossier. L'usager sera alors inscrit sur la liste d'attente selon la date de réception de la demande[22].

Advenant le cas où l'usager refuserait les différentes propositions d'orientation pour lesquelles ses préférences ont été prises en considération au préalable, la pertinence de sa demande d'accès à l'hébergement pourrait être reconsidérée. La demande pourrait être fermée si l'hébergement n'est plus requis à court terme (3 à 6 mois environ). Une telle situation doit être évaluée au cas par cas et se justifie en fonction des faits spécifiques, d'une situation précise et de l'utilisation efficace des diverses ressources.

6.2 Choix sur plus d'un réseau territorial de services

Un usager admissible peut faire une demande sur plus d'un réseau territorial de services. Dans un tel cas, la demande sera d'abord analysée par le MAH du territoire d'origine[23] de l'usager et transmise au MAH de l'autre territoire concerné avec l'orientation ainsi que le niveau de priorisation. Lorsqu'une place se libère sur l'un ou l'autre des territoires, l'usager sera contacté par l'intervenant responsable de la demande pour lui offrir la place disponible en fonction de ses préférences préalablement déterminées.

---

[22] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Gouvernement du Québec, 2016, p. 139.

[23] On entend par *territoire d'origine* l'adresse permanente où habite l'usager au moment de la demande d'hébergement.

6.3 Modalités d'orientation

Pour une demande complète reçue par le MAH, le délai pour rendre et communiquer la décision d'orientation, lors d'une première demande ainsi que pour des réévaluations, **est d'un maximum de 48 heure ouvrable**. Un délai supplémentaire peut être nécessaire pour les situations complexes.

Le MAH tiendra compte des besoins de l'usager et de la disponibilité de ses ressources, mais la réponse aux besoins spécifiques de l'usager devrait prévaloir sur le choix du milieu, particulièrement lorsque la sécurité est compromise.

Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du MAH pour les usagers qui y sont orientés. Le milieu retenu doit procéder à l'hébergement de manière à favoriser un jumelage adéquat, permettant l'adaptation et la sécurité de l'usager sur les unités.

6.4 Types d'hébergements

Hébergement permanent

Un hébergement dans un CHSLD ou une RI-RTF (tant que l'état de santé de la personne le permet) est dit permanent lorsque le milieu d'accueil correspond au milieu désigné par le MAH dans l'avis de décision, pour le type de ressource que requiert l'usager.

Hébergement transitoire

Un hébergement est dit transitoire[24] lorsque le lieu d'hébergement ne correspond pas au milieu désigné (et convenu avec l'usager) dans la décision d'orientation de la demande d'hébergement. La personne y demeure en attente du milieu d'hébergement ciblé, soit un CHSLD ou une RI-RTF. L'hébergement transitoire permet de répondre aux besoins immédiats de la personne et devrait être utilisé uniquement s'il n'est pas possible d'admettre la personne dans le milieu désigné selon ses préférences dans un délai approprié.

Une personne orientée de manière transitoire demeure en liste d'attente selon son ancienneté, pour la RI, la RTF ou le CHSLD désigné au préalable. L'usager devrait être questionné dans un délai de 3 mois suivant son admission sur son désir de maintenir ou d'annuler sa demande dans l'installation désignée dans l'avis de décision d'orientation. Il sera par la suite questionné de nouveau tous les 3 mois, tant et aussi longtemps que l'usager ne sera pas admis dans le milieu choisi du territoire ou hors territoire. Dans ce cas, l'usager doit être considéré comme une priorité de niveau 2, en fonction des éléments de vulnérabilité sans égard à son lieu de provenance.

[24] Il est important de ne pas confondre **hébergement transitoire avec hébergement temporaire** puisque, dans le cas **de l'hébergement transitoire, l'usager est admis**, alors qu'en hébergement temporaire on parle plutôt d'une modalité de répit ou de convalescence de soutien à domicile.

Dans l'éventualité où le milieu transitoire lui conviendrait, l'usager pourra décider d'y demeurer. Son dossier sera fermé et retiré de la liste d'attente et son statut d'hébergement deviendra permanent. **Le milieu d'hébergement doit alors aviser le MAH pour annuler la demande initiale et s'assurer que la liste d'attente est à jour.**

Dans les cas exceptionnels où un usager est en transition dans un CHSLD, mais que l'orientation en est une vers une RI ou une RTF, il devrait y être relogé et l'évaluation de l'intervenant et la décision du MAH documentées en ce sens. Dans le cas où un usager refuserait cette transition, il est possible de l'obliger à y être relogé. Cependant, il revient au MAH de justifier une telle décision, en fonction des faits spécifiques de chaque dossier. Chaque situation doit être évaluée au cas par cas, en pondérant les droits des usagers de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats et de pouvoir choisir l'établissement de leur choix, en fonction de la gestion efficace des ressources disponibles. Si une impasse subsiste, l'établissement peut consulter ses conseillers juridiques pour déterminer quelles sont les options existantes pour choisir la solution la plus appropriée.

6.5 Refus d'une place en hébergement

Afin de permettre un accès équitable et en temps opportun à l'hébergement de longue durée, certaines règles de fonctionnement en cas de refus de la part de l'usager doivent être précisées.

- Lors d'un hébergement permanent, l'usager (ou ses proches) devrait accepter la place offerte, puisqu'il s'agit du milieu désigné par le MAH à partir de l'évaluation clinique et convenu avec l'usager lors de la demande d'hébergement. Un refus de sa part pourrait mener à douter de la pertinence de la demande ou à l'annulation de celle-ci. Ces situations devront être évaluées au cas par cas et justifiées selon les faits spécifiques de chaque dossier. Elles devront aussi être portées à l'attention d'un gestionnaire responsable.

- Compte tenu du volume de demandes, il est important d'éviter de créer des listes d'attente qui ne reflètent pas la réalité, c'est-à-dire qui incluent des personnes ne souhaitant pas être hébergées à court ou à moyen terme. Les personnes responsables des listes d'attente dans leur établissement doivent s'assurer de faire périodiquement une validation de la pertinence des demandes avec les intervenants responsables de celles-ci. Les demandes en attente depuis plus de 2 ans devraient faire l'objet de réévaluation.

- Bien qu'il soit souhaitable qu'un usager demeure le plus longtemps possible dans son milieu de vie, il arrive que la RI ou la RTF ne puisse assurer une réponse optimale et sécuritaire à l'usager qui y réside. Dans un tel cas où une transition vers le CHSLD serait requise, l'usager et ses proches seront accompagnés pour être préparés à ce changement nécessaire pour lui assurer les soins et les services requis par son état.

- Pour un usager en NSA occupant un lit de courte durée en CH ou en institut ou un lit de soins postaigus ne pouvant plus retourner dans la communauté, et après arrimage avec le SAD pour s'assurer qu'il n'y a pas d'alternative à l'hébergement, l'établissement peut l'obliger à quitter ce lit vers l'hébergement de longue durée (transitoire ou permanent), conditionnellement à ce que l'établissement lui offre une place adaptée aux services que son état requiert[25].

  Cependant, il revient à l'établissement de justifier une telle décision en fonction des faits propres à chaque dossier. Chaque situation doit être évaluée au cas par cas. La décision revient à l'établissement de pondérer les droits des usagers de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats et de pouvoir choisir l'établissement de leur choix, en fonction de la gestion efficace des ressources disponibles. Si une impasse subsiste, l'établissement peut consulter ses conseillers juridiques pour déterminer quelles sont les options existantes pour choisir la solution la plus appropriée.

7. PRIORISATION

La gestion des listes d'attente se fera en considérant d'abord les critères de priorisation ainsi que l'ordre chronologique des demandes reçues au MAH.

Bien que la notion d'ancienneté des demandes soit importante pour traiter des besoins d'intensité égale, certaines considérations telles que les besoins biopsychosociaux de l'usager, les urgences sociales ainsi que des situations particulières exigent l'utilisation de critères de priorisation des demandes afin de déterminer l'ordre dans lequel les usagers seront hébergés.

L'urgence d'héberger un usager sera déterminée notamment en fonction de la fréquence ainsi que des conséquences des facteurs de risque décelés à domicile (p. ex. : déconditionnement, risques de détérioration de l'état de santé et de perte d'autonomie accrue, épuisement ou absence des personnes proches aidantes, etc.), des facteurs de protection en place et de la gestion possible de ces risques. La priorisation doit aussi tenir compte de certaines situations exceptionnelles ou ayant des répercussions sur la fluidité du parcours de soins et de services des usagers, comme :

- les urgences sociales (maltraitance, rupture du réseau d'aide, etc.);
- la compromission importante de la sécurité et de l'intégrité de l'usager ou de ses proches et le risque d'hospitalisation;
- le dépassement de l'offre de service à domicile ou en RI-RTF sans possibilité d'intensification;
- les usagers en niveau de soins alternatif occupant un lit de courte durée en CH ou en institut ou un lit de soins postaigus ne pouvant plus retourner dans la communauté;
- les usagers hébergés qui nécessitent une réorientation.

---

[25] Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 14.

Afin de hiérarchiser les demandes et d'établir un ordre de priorisation, quatre niveaux de priorité sont utilisés et sont détaillés dans l'annexe 3 « Niveaux de priorité de la demande d'hébergement ». Cet outil servira de base commune aux différents MAH régionaux et sera utile lors des transferts interterritoriaux[26].

8. GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE

Guidé par le principe d'accessibilité et afin d'assurer une régulation de l'accès à l'hébergement la plus fluide possible, le MAH a la responsabilité de coordonner l'accès à un milieu d'hébergement en temps opportun et ainsi d'éviter que des usagers aient recours à l'urgence et à l'hospitalisation pour accéder à l'hébergement de longue durée. Les critères suivants guideront les MAH dans la gestion de la liste d'attente :

- le niveau de priorité est le premier facteur à considérer pour réguler la liste d'attente;
- l'ancienneté de la demande d'hébergement permet de déterminer la priorité d'admission lorsque deux demandes d'hébergement se retrouvent au même niveau de priorité sur la liste d'attente;
- un usager en attente d'hébergement peut accéder à un hébergement transitoire de son territoire d'origine en tout temps, et ce, indépendamment du type d'hébergement requis (RI-RTF ou CHSLD, etc.);
- le jumelage-pairage des demandes d'hébergement doit se faire dans les meilleurs délais à partir du moment où un lit se libère, tout en considérant les situations psychosociales particulières. Préférablement, l'intégration de l'usager en CHSLD devrait se faire dans un délai inférieur à 48 heures, et dans les meilleurs délais en RI-RTF;
- l'intégration de l'usager dans le milieu visé s'effectue 7 jours par semaine, y compris durant les jours fériés et les vacances. Pour l'usager confié à une RI ou à une RTF, l'établissement doit accompagner l'usager le jour de son arrivée dans la ressource, comme le prévoit le cadre de référence RI-RTF (activité 5).

Bien que ces critères doivent être appliqués par les RTS, la gestion des listes d'attente doit également prendre en compte les considérations suivantes :

- les réalités territoriales (services en langue anglaise, communautés culturelles, etc.);
- la procédure d'hébergement des couples (voir la section 10);

[26] « Le territoire d'un centre intégré constitue le RTS de l'établissement (art. 6, LMRSSS). Les RTS sont au nombre de 22 et visent à assurer des services de proximité et leur continuité à la population (art. 1, LMRSSS). Une région sociosanitaire peut compter plusieurs ou un seul RTS. » Extrait de ministère de la Santé et des Services sociaux, *Glossaire : définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*, [En ligne], 2017. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf].

- le niveau d'urgence de la demande;
- les besoins particuliers de l'usager et les risques associés à sa condition de santé dans le milieu actuel;
- les occasions qui favorisent un mouvement des usagers;
- le taux d'occupation des lits de courte durée en CH ou en institut et des lits de soins postaigus par des usagers NSA ne pouvant plus retourner dans la communauté en considérant les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) priorisés dans certains territoires.

À noter : Bien que l'application de critères de priorisation[27] puisse aider à hiérarchiser les demandes urgentes et à déterminer l'ordre des usagers à admettre, il s'avère nécessaire de tenir compte également de toutes les occasions favorisant le mouvement des usagers lors de l'application de tels critères.

9. ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS

Afin d'assurer la fluidité de l'information entre les différentes étapes du processus menant à l'hébergement, les rôles et les responsabilités des acteurs concernés par le MAH sont précisés dans le présent cadre de référence. La complémentarité de leurs rôles et la convergence de leurs actions seront essentielles à la continuité et à l'efficience du processus.

Les principaux acteurs, dont les rôles et responsabilités sont précisés en annexe 1, sont les suivants :

- Direction du programme SAPA;
- gestionnaire responsable du mécanisme d'accès SAPA;
- gestionnaires responsables locaux :
  - gestionnaire SAPA – SAD,
  - gestionnaire RI-RTF et CHSLD;
- personnel du MAH;
- intervenant responsable de la demande – DSAPA;
- intervenant responsable de la demande – autres directions;
- intervenant responsable de la demande à partir des CHSGS;
- usagers et leurs proches;
- médecins de famille;
- médecins traitants et consultants en CHSGS;
- milieux d'hébergement publics et privés conventionnés (RI-RTF et CHSLD).

[27] Voir les annexes 2 « Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation » et 3 « Niveaux de priorité de la demande d'hébergement ».

10. DEMANDE D'HÉBERGEMENT POUR LES COUPLES

10.1 Définition de couple

Pour le MAH, la notion de couple fait référence à des personnes entretenant une relation significative, et ce, peu importe leur orientation sexuelle. Elle est également élargie aux membres d'une même famille (père, mère et enfant en sévère perte d'autonomie), ainsi qu'aux personnes présentant une relation fusionnelle de codépendance.

Afin de limiter les répercussions psychologiques liées à une séparation, et ce, pour des considérations humanitaires, l'orientation des couples vers une ressource d'hébergement public doit faire l'objet d'un traitement particulier.

10.2 Critères d'admissibilité des couples

L'hébergement en couple ne peut être le critère qui justifie l'accès à l'hébergement à lui seul. En effet, la demande d'hébergement en CHSLD, en RI ou en RTF des personnes qui entretiennent une relation significative repose sur les critères généraux d'admissibilité prévus dans le cadre de référence, ainsi que sur les critères suivants :

- l'admissibilité de chaque demande d'hébergement est considérée individuellement selon les profils d'autonomie et les besoins spécifiques de chacun ;
- l'évaluation de la volonté des personnes concernées de demeurer ensemble;
- les demandes devront bien documenter les éléments psychosociaux permettant de déterminer la nature significative de la relation;
- bien qu'il soit souhaité de ne pas séparer le couple, lorsque les deux personnes du couple ne correspondent pas à une orientation similaire, il faudra préciser les raisons justifiant les bénéfices ou les risques pour chacun de se retrouver dans un même milieu d'hébergement;
- l'orientation devra tenir compte du milieu le mieux adapté pour recevoir le couple, particulièrement lorsque les deux personnes ne correspondent pas à une orientation similaire, soit CHSLD, soit RTF ou RI, ou lorsqu'une des deux personnes a des besoins particuliers;
- les établissements sont invités à favoriser la réunification des couples lorsque cela est possible.

10.3 Critères d'orientation des couples

- Dans la situation où les deux conjoints sont reconnus admissibles à l'hébergement, le MAH traitera les demandes de façon simultanée et les orientera vers le même milieu.
- Advenant que les demandes d'hébergement pour un couple soient acheminées au MAH à des moments différents, la seconde demande sera traitée en fonction de l'ancienneté de la première demande, tout en considérant les facteurs de priorisation de la demande.

- Lorsqu'un des deux conjoints requiert un traitement prioritaire en lien avec l'urgence de la demande, s'il est hébergé de manière transitoire, le deuxième conjoint aura le choix de l'être lui aussi ou de maintenir sa demande en attente pour le milieu désigné dans l'avis de décision.
- Lorsque la demande d'hébergement d'un des deux conjoints est formulée alors que le premier conjoint est déjà hébergé dans un CHSLD, une RI ou une RTF, elle sera priorisée (niveau 2) pour une intégration au même endroit si la personne requiert le même type de ressource.

10.4 Hébergement du couple

- Les couples en attente d'hébergement sont admis dans l'installation désignée par le MAH dans l'avis de décision dès qu'une place se libère en fonction de leur priorité sur la liste d'attente.
- Les milieux d'hébergement doivent, lorsque cela est possible, favoriser l'admission des couples simultanément et, le cas échéant, minimiser les délais entre les deux admissions.
- Les demandes en provenance d'un autre territoire seront traitées en fonction des mêmes critères.

Lorsque les couples ne peuvent être admis dans le même milieu selon les critères énoncés, l'établissement doit favoriser les visites du conjoint ou de la conjointe sur une base régulière, notamment en référant vers des organismes du milieu pour l'organisation du transport pour les visites ou en collaborant avec les familles et les proches des usagers concernés.

11. DEMANDES D'HÉBERGEMENT INTERTERRITORIALES

Soucieux de favoriser une prestation de soins et de services continue et équitable pour les usagers, les règles suivantes doivent s'appliquer pour les demandes entre deux RTS. Les pratiques seront ainsi uniformisées lorsqu'une personne demande une place d'hébergement dans un territoire autre que celui d'origine.

11.1 Principes directeurs

- Toute demande d'hébergement à un établissement d'un territoire doit être traitée sur un pied d'égalité, sans égard au territoire de provenance de la demande ou de l'usager.

- Si l'usager occupe un lit de courte durée ou un lit de soins post aigus en attente d'hébergement et demande une place dans un autre territoire que son territoire d'origine, il doit être pris en charge par son établissement d'origine pendant la durée de l'attente. Toutefois des exceptions peuvent s'appliquer, notamment dans le contexte où des usagers peuvent demeurer en RI-RTF située à l'extérieur de leur territoire d'origine. Si les besoins de l'usager font en sorte qu'il doit être orienté en RI SAPA ou en CHSLD, il est

attendu que la demande d'hébergement soit rédigée par l'intervenant responsable de son suivi professionnel et soit dirigée au MAH du territoire d'origine concerné. Par contre, dans le cas où l'usager exprime un choix d'hébergement dans un CHSLD du territoire de la ressource RI-RTF où il demeure actuellement, la responsabilité de l'hébergement transitoire et permanent incombera au MAH de la région concernée.

- Le MAH prend la décision de l'orientation et la communique à l'intervenant responsable de la demande afin que l'usager soit informé dans les meilleurs délais, qui ne doivent pas dépasser une semaine.

- La priorisation des admissions doit notamment être basée sur les niveaux de priorité provinciaux (annexe 3), sur des notions d'urgence sociale ou clinique et selon l'ordre chronologique des demandes.

- Les établissements doivent s'assurer que les demandes soumises au MAH sont traitées de façon continue et qu'un suivi régulier des demandes interterritoriales est assuré.

11.2 Règles d'application

En plus d'orienter les demandes et de coordonner l'accès à l'hébergement pour les usagers sous sa responsabilité, le MAH doit également assurer des liens avec les MAH des autres territoires, notamment en favorisant le partage des informations pertinentes, telles que les demandes d'hébergement prioritaires, les changements d'orientation, la fermeture d'une demande, etc. Il doit aussi veiller à l'application des règles suivantes :

- toute demande de transfert d'hébergement entre les territoires doit transiter par les MAH;
- l'ensemble des documents exigés dûment remplis doit être acheminé au MAH d'accueil;
- les réévaluations annuelles des demandes, ainsi que les mises à jour, doivent être acheminées par l'intervenant responsable de la demande au MAH référant;
- pour les situations requérant un hébergement urgent à partir de la communauté, le niveau de priorité[28] doit être communiqué au MAH d'accueil afin de vérifier si l'usager peut être hébergé de façon permanente dans le milieu retenu. Si cette option n'est pas possible, l'usager sera pris en charge par son territoire d'origine durant la période d'attente. Il est recommandé toutefois de vérifier si l'usager peut être hébergé de façon transitoire dans le territoire d'accueil, si tel est son désir. Les territoires doivent favoriser des échanges de places d'hébergement, c'est-à-dire des transferts réciproques d'usagers lorsque cela est possible, permettant ainsi de répondre aux besoins des usagers;
- lors de la fermeture d'un dossier, le MAH référant doit s'assurer de transmettre l'information au MAH d'accueil dans les meilleurs délais.

[28] Voir l'annexe 3 « Niveaux de priorité de la demande d'hébergement ».

12. ESCALADE DECISIONNELLE

12.1 Litiges

Le MAH SAPA vise à assurer aux personnes en perte d'autonomie, en fonction de leurs besoins et des ressources disponibles, un accès équitable en temps opportun, tant en RI ou en RTF qu'en CHSLD.

Dans le contexte de l'hébergement, les litiges font référence à des désaccords généralement en lien avec le processus d'évaluation, les critères d'admissibilité, la priorisation des demandes ainsi que l'orientation des demandes d'accès à l'hébergement.

Différents niveaux d'intervention sont prévus par le MAH dans les situations où l'usager ou son représentant légal exprime des insatisfactions. Il y a un litige notamment lorsque l'usager refuse l'orientation retenue ou le lieu de transition désigné par le MAH.

1) L'usager ou ses proches, le cas échéant, doivent s'adresser **à l'intervenant responsable de la demande** afin de discuter de la situation amenant un litige. Par la suite, l'intervenant responsable de la demande d'hébergement consultera son gestionnaire responsable afin que celui-ci puisse comprendre les insatisfactions et donner les informations pertinentes en lien avec le processus pour accéder à une place d'hébergement. Dans la mesure où ils ne parviennent pas à s'entendre, le gestionnaire de l'équipe clinique pourra s'adresser au gestionnaire responsable du MAH en vue de préciser les étapes à venir pour le traitement de la demande litigieuse. En aucun cas, l'usager ou ses proches ne doivent communiquer avec le MAH; l'interlocuteur privilégié est toujours l'intervenant de référence de l'usager.

2) Le gestionnaire responsable du MAH doit s'assurer du respect des règles et des critères entourant l'accès à l'hébergement ainsi que de l'adéquation entre les besoins de l'usager, les services offerts par les CHSLD ou les RI et RTF. Il doit également tenir compte des principes directeurs qui guident les décisions du MAH ainsi que des ententes spécifiques et particulières conclues entre les RI et les RTF et l'établissement. À la suite de son analyse, il peut maintenir ou réviser la décision initialement rendue.

3) Dans l'éventualité où le litige demeure, l'usager sera orienté vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément aux dispositions légales en vigueur dans l'établissement. Le gestionnaire responsable du MAH avise la Direction du programme SAPA afin qu'un suivi soit assuré s'il y a lieu.

12.2 Situations cliniques complexes et collaboration-interdiction

Dans certaines situations, il arrive qu'un usager présente une problématique complexe ou des besoins pouvant relever de plusieurs programmes-services dans son parcours de soins et de services.

Lorsqu'une demande d'accès à l'hébergement présente un certain niveau de complexité, le MAH doit faire un traitement particulier de la demande. Une approche de collaboration entre les

différents acteurs et les directions de programme concernées doit être faite afin de soutenir une organisation de services orientée vers la réponse aux besoins particuliers de l'usager. Le gestionnaire responsable du MAH s'assurera de la gestion des situations complexes, en collaboration avec le personnel du MAH, l'intervenant responsable de la demande et son gestionnaire[29].

Les niveaux d'intervention suivants sont prévus par le MAH :

1) Les professionnels du MAH échangent entre eux sur les particularités de la demande et contactent l'intervenant responsable de la demande d'hébergement afin de valider l'orientation envisagée.

2) Dans l'éventualité où des préoccupations demeureraient présentes et que des précisions s'avéreraient nécessaires selon la spécificité de la situation clinique, ils feraient appel au gestionnaire responsable du MAH. Une concertation s'ensuivrait avec le gestionnaire responsable de l'intervenant afin de statuer sur l'orientation pouvant le mieux répondre aux besoins particuliers de l'usager en fonction des ressources disponibles. Des arrimages-interdictions sont possibles, notamment avec les mécanismes d'accès autres que ceux réservés aux aînés.

3) Si des ententes particulières sont nécessaires entre les directions, le gestionnaire responsable de l'intervenant convoquera la tenue d'une rencontre à laquelle participeront le gestionnaire responsable du MAH, les directions concernées ainsi que toute autre personne requise. Le gestionnaire responsable du MAH assurera par la suite les suivis nécessaires liés à son secteur.

13. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

13.1 Confidentialité des renseignements

Tout au long du cheminement d'une demande d'accès à l'hébergement public, les différents acteurs impliqués sont tenus de respecter les lois et les règlements qui touchent à la protection des renseignements personnels et d'appliquer les procédures et les directives découlant des politiques en vigueur dans l'établissement.

13.2 Demande de renseignements et d'accès au dossier

Pour toute information en lien avec le statut d'une demande d'hébergement, l'usager ou son représentant sera dirigé vers l'intervenant responsable désigné dans son dossier.

[29] Pour l'ensemble des rôles et des responsabilités, consulter l'annexe 2.

Si l'usager ou son représentant désire consulter son dossier, il sera orienté vers le Service des archives ou la personne responsable de l'accès à l'information de l'établissement selon les procédures en application.

14. INDICATEURS DE SUIVI

Chaque MAH doit être en mesure de suivre les indicateurs suivants afin de répondre aux attentes précisées dans le présent cadre de référence. Ces indicateurs permettront de valider notamment la fluidité de l'accès à l'hébergement, les usagers hébergés ainsi que les modifications à apporter :

- nombre de demandes d'hébergement permanent;
- nombre de demandes d'hébergement transitoire;
- localisation de l'usager au moment de la demande;
- pourcentage d'admission en CHSLD pour les profils ISO-SMAF de 10 et plus;
- pourcentage d'admission en CHSLD pour les profils ISO-SMAF inférieurs à 10;
- délai de traitement de la demande pour l'orientation par le MAH;
- délai d'accès à l'hébergement (transitoire et permanent).

Conclusion

Le cadre de référence provincial du mécanisme d'accès à l'hébergement en CHSLD, en RI et en RTF pour aînés vise à orienter les CISSS et les CIUSSS dans les différentes étapes du processus entourant la gestion de l'accès à un hébergement de longue durée.

Bien que la réponse aux besoins par le biais de l'hébergement de longue durée soit nécessaire, le soutien à domicile doit toujours être envisagé comme la première option pour répondre aux besoins de l'usager dans son parcours de soins et de services. Les principes qui sous-tendent l'application de ce cadre de référence reposent sur le fait que l'usager puisse demeurer le plus longtemps possible dans son domicile.

Par conséquent, l'hébergement demeure une solution retenue seulement s'il est clairement démontré que cette option est le meilleur choix possible pour la santé, la sécurité et le bien-être de la personne concernée.

La mise en œuvre de ce cadre permet de revoir les façons de faire et d'aborder ces changements comme une occasion d'harmoniser le fonctionnement des mécanismes d'accès à l'hébergement territoriaux. Il permettra également de se doter de balises communes, mais surtout d'améliorer la fluidité et l'accessibilité à l'hébergement de longue durée.

ANNEXE 1

ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS

À noter : Bien que certains rôles et responsabilités puissent être délégués en fonction des réalités territoriales, l'imputabilité doit toutefois demeurer au niveau du gestionnaire désigné.

Direction du programme SAPA

La Direction du programme SAPA (volet SAD) doit :

- coordonner la mise en œuvre du cadre de référence du MAH en assurant sa diffusion ainsi que son application dans son établissement et les établissements privés et privés conventionnés de son territoire;
- attribuer les ressources requises au bon fonctionnement du MAH;
- assurer le suivi des situations complexes et des litiges relatifs au processus d'accès à l'hébergement.

Gestionnaire responsable du MAH

Le gestionnaire doit :

- s'assurer de l'application du cadre de référence provincial ainsi que des procédures régionales qui en découlent;
- assumer un rôle de vigie et de soutien auprès des gestionnaires responsables locaux;
- soutenir les gestionnaires des autres directions dans la démarche clinique menant à une demande d'hébergement;
- assurer une collaboration avec les mécanismes d'accès pour les usagers autres qu'aînés;
- assurer la supervision du personnel, des activités du MAH ainsi que des ressources informationnelles (ex. : base de données, portail, répertoire des dossiers des usagers);
- analyser et assurer le suivi des indicateurs de performance ainsi que de l'atteinte des cibles;
- collaborer à la gestion des litiges et des situations complexes;
- s'assurer de l'application des principes de régulation du MAH, dont l'application des règles et des critères d'hébergement des couples et des demandes interterritoriales;
- s'assurer de la saisie d'informations relatives aux demandes d'hébergement, à leur traitement et à leurs délais.

Gestionnaires responsables locaux ou personne responsable désignée

Le gestionnaire SAD-SAPA ou la personne responsable désignée a la responsabilité de s'assurer de l'admissibilité des demandes d'hébergement[30] des usagers domiciliés dans les réseaux locaux de services sous sa responsabilité. Il doit notamment :

[30] Voir l'annexe 2 « Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation »

- s'assurer que le processus clinique menant à une demande d'hébergement a été respecté, et que tous les services, y compris l'intensification, ont été pris en considération ou tentés afin de permettre le maintien dans la communauté dans des conditions sécuritaires;
- vérifier que toutes les démarches appropriées ont été effectuées et que l'ensemble des documents exigés ont été dûment remplis;
- proposer un niveau de priorité pour une demande d'hébergement;
- s'assurer de la transmission de la demande d'hébergement au MAH par courriel par l'entremise de l'intervenant responsable de la demande;
- collaborer avec le MAH, entre autres lors de situations cliniques complexes ainsi que pour les demandes urgentes.

Le gestionnaire responsable de l'hébergement (RI-RTF, CHSLD et MDA-MA) (personne responsable des admissions) a la responsabilité de s'assurer que l'usager hébergé correspond aux services disponibles dans le milieu. L'état de l'usager hébergé pouvant s'améliorer ou se détériorer au point où le milieu actuel ne serait plus le mieux adapté à ses besoins, il doit :

- s'assurer de l'évaluation de l'usager à partir de l'OEMC en RI-RTF et du SMAF en CHSLD annuellement ou s'il y a un changement significatif dans le profil de l'usager;
- vérifier que toutes les démarches appropriées ont été effectuées et que l'ensemble des documents exigés ont été dûment remplis lors d'une demande de réorientation vers une autre ressource d'hébergement ou vers une ressource dans la communauté;
- s'assurer de l'intégration des usagers lorsqu'un lit se libère, préférablement dans un délai de 48 heures en CHSLD[31], bien que les situations particulières puissent être prises en considération, et dans les meilleurs délais en RI-RTF, et ce, 7 jours par semaine.

Équipe de soins en centre hospitalier

Lorsque les demandes d'hébergement se font au cours ou à la suite d'une hospitalisation, la personne responsable de la demande et l'équipe interdisciplinaire qui soutient la décision doivent collaborer avec le SAD afin de :

- s'assurer que le processus clinique menant à une demande d'hébergement a été respecté et que tous les services ont été pris en considération ou tentés afin de permettre le maintien dans la communauté dans des conditions sécuritaires;
- vérifier que toutes les démarches appropriées ont été effectuées et que l'ensemble des documents exigés ont été dûment remplis;
- s'assurer de la transmission de la demande d'hébergement au MAH par courriel par l'entremise de l'intervenant responsable de la demande;
- collaborer avec le MAH, entre autres lors de situations cliniques complexes ainsi que pour les demandes urgentes. (S'assurer que l'information relative aux variables de NSA est accessible en temps réel dans le Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier.)

---

[31] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Annexe à la circulaire 2012-033 (01.02.10.09) : moyens privilégiés par le MSSS à mettre en place dans les établissements présentant un encombrement de l'urgence.*

Personnel du MAH

S'appuyant sur les principes directeurs, le personnel du MAH doit :

- s'assurer que tous les documents (complets et conformes) exigés sont présents;
- confirmer l'admissibilité de la demande d'hébergement;
- confirmer le niveau de priorité de la demande;
- déterminer l'orientation de l'usager selon les délais établis;
- rendre et communiquer la décision d'admissibilité et d'orientation à l'intervenant responsable de la demande;
- s'assurer de mettre à jour les dossiers à partir des réévaluations annuelles ainsi que les mises à jour des demandes d'hébergement qui lui sont transmises par les intervenants;
- s'assurer du suivi des demandes interterritoriales et de transmettre les documents relatifs à celles-ci;
- appliquer les règles établies de régulation de l'hébergement en fonction de la réalité territoriale;
- recevoir les avis de départ et de décès de la part des milieux d'hébergement;
- acheminer au milieu d'hébergement les dossiers des usagers afin de les intégrer en fonction des règles de régulation;
- maintenir à jour les listes d'attente;
- s'assurer que les délais de traitement des demandes sont conformes aux cibles établies;
- porter à l'attention du gestionnaire responsable du MAH les difficultés ou les problématiques rencontrées.

Intervenant responsable de la demande – Direction SAPA-SAD

L'intervenant a la responsabilité d'accompagner l'usager dans son parcours de soins et de services et d'appliquer la démarche clinique en SAD de même que les dix activités du suivi professionnel en RI-RTF afin que l'usager puisse demeurer dans la communauté[32].

Il doit s'assurer que l'évaluation de l'usager à l'aide de l'outil standardisé OEMC est complété et à jour, c'est-à-dire qu'elle reflète l'état actuel de l'usager. Avant d'acheminer sa demande au MAH, **l'intervenant devra obtenir l'approbation de son gestionnaire ou de la personne désignée afin de s'assurer de l'admissibilité de l'usager.** De plus, l'intervenant doit :

- informer l'usager et ses proches des étapes à venir;
- établir une concertation avec l'intervenant du CH si l'usager est hospitalisé (pour s'assurer que le retour à domicile n'est plus possible);

[32] Voir les documents *Processus décisionnel : organisation de services en Soutien à domicile*, *Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation*.

- soutenir la concertation avec les autres intervenants au dossier de l'usager (p. ex. : intervenant en santé mentale, infirmières, éducateur spécialisé, intervenant du SAD, etc.);
- renseigner l'usager sur les différents milieux offerts en fonction des particularités de sa demande;
- valider auprès de l'usager et de ses proches le milieu souhaité;
- remplir l'ensemble des documents exigés pour la demande d'hébergement et les transmettre au MAH;
- aviser l'usager et ses proches de la décision d'orientation retenue par le MAH :
  - Pour les usagers en NSA, rendre et communiquer la décision d'admissibilité et d'orientation à l'intervenant responsable au CHSGS;
- assurer la mise à jour de l'ensemble des documents exigés et les transmettre au MAH lorsqu'il y a un changement significatif dans la situation clinique, biopsychosociale de l'usager, ou au plus tard un an suivant la demande d'hébergement. Collaborer avec le personnel du MAH, entre autres lors de situations cliniques complexes ainsi que pour les demandes urgentes de transition;
- assurer un suivi auprès de l'usager en attente d'hébergement et revoir si nécessaire le niveau de priorité de la demande;
- communiquer avec l'usager afin de planifier l'admission à l'hébergement;
- assurer le suivi de l'usager durant les quatre premières semaines, ou plus selon les besoins identifiés, suivant son intégration en milieu d'hébergement. Un appel avec le milieu d'accueil durant la première semaine sera effectué afin de discuter de l'adaptation de l'usager à son nouveau milieu de vie. Une attention particulière doit être portée à la personne proche aidante afin de lui assurer le soutien requis dans cette transition. Au besoin, l'intervenant se déplacera dans le nouveau milieu de vie;
- accompagner l'usager pour l'intégration dans la RI ou la RTF;
- soutenir la postintégration de l'usager confié à la ressource en évaluant rapidement la qualité de l'adéquation du jumelage-pairage de l'usager confié à la ressource afin de confirmer ou non le placement de celui-ci dans cette ressource;
- s'assurer en continu que l'adéquation du jumelage-pairage de l'usager avec la ressource est adéquate, en conformité avec le processus clinique de l'établissement et les balises prévues dans le présent cadre de référence;
- aviser le MAH en cas de décès de l'usager, de tout changement d'orientation ou de localisation de celui-ci durant la période d'attente d'hébergement.

Intervenant responsable de la demande – autres directions[33]

L'intervenant doit effectuer les démarches cliniques pertinentes afin de soutenir le maintien de l'usager dans la communauté, en collaboration avec sa direction. Préalablement à la demande d'hébergement, l'intervenant doit présenter à son gestionnaire ou à la personne désignée les démarches réalisées. Au besoin, celui-ci communiquera avec le gestionnaire responsable du

[33] Voir les documents *Processus décisionnel : organisation de services en Soutien à domicile*, *Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation*.

SAD-SAPA afin de s’assurer de l’admissibilité de la demande. Lorsque l’intervenant a reçu son approbation, il doit :

- informer l’usager et ses proches des étapes à venir;
- renseigner l’usager sur les différents milieux offerts, en fonction des particularités de sa demande;
- valider auprès de l’usager et de ses proches le milieu souhaité;
- remplir l’ensemble des documents exigés pour la demande d’hébergement et les transmettre au MAH;
- aviser l’usager et ses proches de la décision d’orientation retenue par le MAH;
- soutenir la concertation avec les autres intervenants au dossier de l’usager (p. ex. : intervenant en santé mentale, infirmières, éducateur spécialisé, intervenant du SAD, etc.);
- assurer la mise à jour de l’ensemble des documents exigés et les transmettre au MAH lorsqu’il y a un changement significatif dans la situation clinique ou biopsychosociale de l’usager, ou au plus tard un an suivant la demande d’hébergement. Après ce délai, un avis sera envoyé par le gestionnaire responsable du MAH au gestionnaire responsable de l’intervenant;
- collaborer avec le personnel du MAH, entre autres lors de situations cliniques complexes ainsi que pour les demandes urgentes de transition;
- assurer un suivi auprès de l’usager en attente d’hébergement et revoir si nécessaire le niveau de priorité de la demande d’hébergement en fonction de la situation de l’usager et aviser le MAH;
- communiquer avec l’usager afin de planifier l’hébergement;
- accompagner l’usager lors de son admission le jour de son arrivée;
- assurer le suivi de l’usager durant les quatre premières semaines de son admission, ou selon les besoins identifiés, notamment en ayant accès à l’expertise du programme-service référent de manière continue ou ponctuelle selon les besoins spécifiques de l’usager ;
- porter une attention particulière à la personne proche aidante afin de lui assurer le soutien requis dans cette transition ;
- aviser le MAH en cas de décès de l’usager, de tout changement d’orientation ou de localisation de celui-ci.

Intervenant responsable de la demande – Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

Bien que les demandes provenant du centre hospitalier devraient être des mesures d'exception, il peut arriver que le retour à domicile d'un usager connu ou non des services de proximité soit compromis. L'intervenant doit donc :

- effectuer les démarches nécessaires avec l'équipe SAD-SAPA afin de favoriser le retour de l'usager dans la communauté;
- lorsque le retour dans la communauté s'avère impossible, valider l'admissibilité avec l'équipe SAD-SAPA ou avec la personne désignée à cette fin;
- en tout temps, soutenir la concertation avec les autres intervenants au dossier de l'usager (p. ex. : intervenant en santé mentale, infirmières, éducateur spécialisé, intervenant du SAD, etc.);
- collaborer avec le SAD pour compléter la demande d'hébergement et la transmettre au MAH;
- collaborer avec le personnel du MAH, entre autres lors de situations cliniques complexes.

Usager (ou ses proches)

La décision de quitter son domicile, pour une personne généralement âgée ou une personne présentant une perte d'autonomie significative, est une étape de vie importante. C'est pourquoi cette personne doit être accompagnée pour lui permettre, ainsi qu'à ses proches, de disposer de toutes les informations nécessaires pour une prise de décision éclairée. Conséquemment, l'usager (ou ses proches) a la responsabilité de :

- participer activement à la démarche liée à sa demande d'hébergement lorsque son état de santé lui permet;
- informer l'intervenant de tout changement significatif relatif à son autonomie ou à ses préférences d'installation;
- accepter la place d'hébergement qui lui est offerte en fonction de son état et de l'évaluation de ses besoins;
- intégrer la place d'hébergement dans les délais prévus suivant l'avis de disponibilité d'une place.

Médecins de famille

Les médecins qui assurent le suivi d'un patient pour lequel une demande d'hébergement est requise doivent :

- participer activement aux discussions avec l'équipe interdisciplinaire de SAD et les infirmières et intervenants sociaux des groupes de médecine de famille ou, si pertinent, de santé mentale, ou avec l'équipe soignante en milieu hospitalier menant à la décision

d'héberger ou non un usager, ainsi que soutenir l'équipe afin d'obtenir la collaboration de l'usager et de ses proches lorsque nécessaire;
- fournir à l'intervenant responsable de la demande les analyses ou les évaluations récentes et pertinentes pour documenter la demande d'hébergement (p. ex. : évaluations des services gériatriques spécialisés, évaluations cognitives récentes Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assesment, etc.);

- fournir à l'intervenant responsable de la demande un sommaire médical faisant état des diagnostics récents de l'usager (sommaire d'hospitalisation ou autre).

À noter que puisque le formulaire CTMSP médical[34] est désuet et qu'une majorité de son contenu se trouve dans l'OEMC, le formulaire **n'est plus requis** pour faire la demande d'hébergement.

Médecins traitants et consultants en CHSGS

Les médecins traitants et consultants qui assurent le suivi d'un patient pour lequel une demande d'hébergement est requise doivent :

- participer activement aux discussions avec l'équipe interdisciplinaire de l'unité concernée menant à la décision d'héberger ou non un usager, en collaboration avec les équipes de première ligne. Si nécessaire, le médecin traitant ou consultant soutiendra l'équipe dans l'obtention de la collaboration de l'usager et des proches;
- fournir à l'intervenant responsable de la demande les analyses ou les évaluations récentes et pertinentes pour documenter la demande d'hébergement (p. ex. : évaluations gériatriques, évaluations cognitives récentes *Mini-Mental State Examination*, *Montreal Cognitive Assesment*, etc.);
- fournir à l'intervenant responsable de la demande un sommaire médical faisant état des diagnostics récents de l'usager ou le sommaire d'hospitalisation.

À noter que puisque le formulaire CTMSP médical[35] est désuet et qu'une majorité de son contenu se trouve dans l'OEMC, le formulaire n'est plus requis pour faire la demande d'hébergement.

[34] Voir la Classification par types en milieu de soin et de services prolongés – Formulaire d'évaluation médicale AS-528 (07-85).
[35] Voir la Classification par types en milieu de soin et de services prolongés – Formulaire d'évaluation médicale AS-528 (07-85).

Milieux d'hébergement (RI-RTF et CHSLD)

Les responsables de l'hébergement dans les milieux doivent :

- aviser dans les meilleurs délais (7 jours/7) le MAH lorsqu'une place se libère à la suite du départ ou du décès d'un usager;
- s'assurer de l'intégration des usagers lorsqu'un lit se libère, préférablement dans un délai de 48 heures en CHSLD[36], bien que les situations particulières puissent être considérées, et dans les meilleurs délais en RI-RTF, et ce, 7 jours par semaine;
- prendre connaissance de l'OEMC, du profil de l'usager ou du sommaire des renseignements sur l'usager à admettre ainsi que des grilles de description du comportement afin de personnaliser son accueil et de favoriser son adaptation au nouveau milieu de vie;
- communiquer avec l'intervenant afin de planifier l'heure de l'accueil;
- acheminer l'avis d'admission ou d'hébergement au MAH, ou l'informer de tout refus de la place proposée, le cas échéant;
- pour les usagers en transition qui souhaitent demeurer dans le milieu, aviser le MAH de leur choix de se retirer de la liste d'attente.

[36] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Annexe à la circulaire 2012-033 (01.02.10.09) : moyens privilégiés par le MSSS à mettre en place dans les établissements présentant un encombrement de l'urgence.*

Annexe 2

Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation

Cet outil facultatif vise à soutenir la réflexion et à s'assurer que les étapes menant à une demande d'hébergement sont respectées.

L'INTERVENANT **Nom :** **Date :**	
1. Identifie l'usager et précise sa situation actuelle	**Nom de l'usager :** **Date de naissance :** **Localisation de l'usager :** ☐ Résidence personnelle ☐ RPA avec services ☐ RPA sans services ☐ RI-RTF ☐ CHSLD ☐ MDA-MA ☐ Centre hospitalier ☐ Postaigu ☐ Présence de proches aidants
2. Présente sa demande au gestionnaire ou à la personne désignée	**À la lumière de son évaluation** à l'aide de l'OEMC et compte tenu des facteurs de risque et de protection en présence, l'intervenant valide l'admissibilité de l'usager avec la personne désignée.
LE GESTIONNAIRE OU LA PERSONNE DÉSIGNÉE, POUR CONFIRMER L'ADMISSIBILITE **Nom : _____ Titre : _____**	
3. S'assure que toutes les possibilités contribuant au maintien dans le milieu actuel dans des conditions sécuritaires sont considérées	Décrire sommairement les services proposés : Décrire sommairement les services mis en place (aide à domicile, chèque emploi-service, etc.) : ☐ Refus de l'usager le cas échéant
4. Si la demande est admissible, s'assure que tous les documents sont remplis et à jour	☐ Algorithme décisionnel relatif à une demande d'hébergement ou à une réorientation (facultatif pour l'envoi au MAH) ☐ OEMC ☐ Profil ISO-SMAF ☐ Profil pharmacologique ☐ Sommaire médical ☐ Formulaire de consentement ☐ Fiche de transmission au MAH A noter si *SCPD (compréhension de son origine et de l'approche en place)*
5. Détermine si la demande est admissible	☐ Transmission de la demande autorisée au MAH
PRIORITE SUGGEREE	**ORIENTATION D'EXCEPTION**
☐ Niveau 1 ☐ Niveau 3 **☐ Niveau 2 ☐ Niveau 4**	**Indiquer le motif qui justifie cette décision :**

Annexe 3

Niveaux de priorité de la demande d'hébergement

Niveau 1	• Facteurs de risque majeurs à domicile ou en RI-RTF. • Usager en attente d'hébergement à partir des lits de réadaptation ou de soins postaigus. • Situations exceptionnelles, telles qu'une fermeture de ressources ou une ordonnance d'hébergement à partir de la communauté.
Niveau 2	• Usager en transition depuis plus de 3 mois ou qui éprouve des difficultés majeures d'adaptation. • Usager qui présente des facteurs de risque importants que les ressources à domicile et l'entourage de l'usager peuvent compenser dans l'immédiat, mais de façon temporaire, et qui nécessitera un hébergement à très court terme. • Usager hébergé en RI-RTF qui nécessite une réorientation en CHSLD (ex. : favorise le mouvement d'un usager avec un besoin prioritaire d'hébergement orienté en RI-RTF).
Niveau 3	• Usager admis en CHSLD présentant un besoin de réorientation dans une unité spécifique ou prothétique ou un milieu spécialisé non disponible dans le milieu actuel. • Détérioration de l'état de santé qui requiert un milieu de vie avec des soins intensifiés et adaptés. • Usager admis dans une unité spécifique ou spécialisée qui ne nécessite plus ce type d'encadrement et qui doit être réorienté dans un autre CHSLD.
Niveau 4	• Usager à son domicile pour lequel les services en place permettent l'attente de l'hébergement à court ou à moyen terme (3 à 6 mois environ). • Usager en RI-RTF pour lequel les soins et les services offerts répondent à ses besoins à court terme.

Annexe 4

Information à l'usager pour une demande d'hébergement et avis de décision du MAH

Dans le contexte d'une demande d'hébergement, beaucoup d'informations doivent être transmises à l'usager et à ses proches. Or, il arrive que celle-ci ne soit pas toujours transmise ou comprise de la même façon. C'est pourquoi la présente **lettre type** sera un soutien important à la démarche d'hébergement. Elle pourra même être adaptée aux réalités territoriales, mais doit comporter les objectifs suivants :

- informer l'usager et ses proches de la démarche en cours;
- confirmer son engagement à la démarche d'hébergement;
- confirmer l'orientation par le MAH.

Que cette lettre (inspirée des travaux de la Direction SAPA du CISSS des Laurentides.) soit utilisée dans la forme présentée ou dans une autre, vous devez dans tous les cas vous assurer que l'usager et ses proches sont clairement informés, par l'intervenant responsable de la demande, de la démarche en cours et **que le ou les milieux de vie pour lesquels ils sont en attente leur sont confirmés par écrit**.

Objet : *Information relative à votre demande d'hébergement de longue durée*

Madame, Monsieur,

À la suite des échanges que vous avez eus avec les intervenants de l'équipe de soutien à domicile, nous constatons que le maintien dans votre milieu de vie actuel est plus difficile. Bien que toutes les options aient été envisagées pour vous garder à domicile, nous avons discuté avec vous de la possibilité d'être hébergé[e] dans une ressource d'hébergement de longue durée.

Pour vous soutenir dans cette démarche, votre intervenant effectuera avec vous une demande d'hébergement en tenant compte de vos besoins actuels en soins et services afin de déterminer le type de ressource requise.

Vous devrez préciser le ou les endroits où vous souhaitez être hébergé[e] ***en indiquant jusqu'à trois (3) choix au maximum pour lesquels vous serez inscrit[e] sur une liste d'attente****. Pour vous aider dans la décision, nous vous invitons à visiter le ou les milieux d'hébergement envisagés (ou à consulter les sites Web). Votre intervenant pourra vous fournir les informations et vous guider afin de planifier cette visite, qui vous permettra de mieux connaître votre futur milieu de vie et de vous préparer à ce changement important.*

Il est primordial de faire un choix éclairé, car advenant le cas où vous refuseriez une place d'hébergement pour laquelle vous êtes en attente, la pertinence de votre demande pourrait être reconsidérée.

Votre contribution à cette démarche est importante. En recevant cette lettre, vous vous engagez à :

- *participer activement à la démarche de votre demande d'hébergement;*
- *informer l'intervenant de tout changement significatif relatif à votre autonomie ou à votre préférence d'installation;*
- *accepter la place d'hébergement offerte dans l'installation que vous avez choisie;*
- *intégrer la place d'hébergement dans les heures suivant l'avis de disponibilité.*

De son côté, le CISSS ou CIUSSS s'engage à :

- *vous accompagner, ainsi que vos proches, dans vos démarches de changement de milieu de vie;*
- *selon les besoins identifiés et la disponibilité des ressources, rehausser les services de soutien à domicile lorsqu'une place d'hébergement n'est pas disponible, et ce, afin d'assurer votre sécurité à domicile, en attendant la libération d'une place d'hébergement;*
- *assurer un accès équitable et fluide aux places d'hébergement sur son territoire;*
- *vous offrir un milieu de vie adapté à vos besoins.*

Hébergement transitoire

Considérant le nombre important de demandes d'hébergement et le fait que certains milieux peuvent présenter des délais d'attente plus importants pour vous accueillir, il est possible qu'une place transitoire répondant à vos besoins vous soit offerte dans un milieu qui diffère de vos préférences. Cette décision sera prise en fonction de l'urgence de la situation, des délais d'attente pour le milieu pour lequel vous êtes en attente et de la disponibilité des lits.

Il importe également de mentionner que, durant un hébergement transitoire, vous demeurez sur la liste d'attente du milieu choisi pour votre hébergement à long terme. Dans l'éventualité où le milieu transitoire vous conviendrait, vous pouvez décider d'y demeurer.

Priorisation des admissions en hébergement

La priorité est attribuée à chacune des demandes d'hébergement en fonction de l'évaluation globale de la situation, mais également :

- *de la disponibilité des ressources pour répondre à vos besoins;*
- *de la vulnérabilité et des risques de détérioration de votre situation;*
- *du risque à court terme que votre sécurité soit compromise;*
- *de la disponibilité des lits dans l'ensemble du territoire du CISSS ou du CIUSSS.*

Délais pour l'admission

Bien qu'il existe des listes d'attente pour accéder aux lits d'hébergement, vous devez savoir ***que le délai pour déménager vers votre nouveau milieu de vie pourrait être assez court****. L'intégration de l'usager en CHSLD devrait se faire préférablement dans un délai de 48 heures, et dans les meilleurs délais en RI-RTF. Afin de bien vous préparer à cette étape, l'intervenant responsable de votre demande vous tiendra informé[e] des délais moyens pour accéder à l'hébergement.*

Pour toute question durant la période d'attente de votre hébergement, vous pouvez en tout temps communiquer avec l'intervenant responsable de votre demande si vous avez des questions.

Avis de décision

Nom de l'usager :	
Numéro de référence :	
Milieu(x) d'hébergement choisi(s) :	
Date d'inscription sur la liste d'attente :	
Intervenant responsable de la demande :	
• *Coordonnées de l'intervenant :*	
Nom du proche à informer :	
• *Coordonnées du proche*	

Nous vous remercions pour votre collaboration. Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

[Signature à déterminer par l'établissement]

ANNEXE 5

Cadre législatif

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Les articles ci-dessous issus de la LSSSS précisent les orientations et les obligations relatives à l'hébergement public.

Article 5

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »

Article 6

« Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé et de services sociaux. »

Article 13

« Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. »

Article 14

« Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° du premier alinéa de l'article 505. »

Article 15

« Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348. »

Article 303

« Afin de favoriser un encadrement adéquat et la mise en place rationnelle des ressources intermédiaires et d'assurer la flexibilité nécessaire à l'émergence de nouvelles ressources, le ministre établit une classification des services offerts par les ressources intermédiaires qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers.

Le ministre identifie également les orientations que les agences doivent suivre dans la détermination des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires dont les critères généraux d'admission dans ces ressources. […] »

Article 354

« En outre des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires et des ressources de type familial qu'elle établit conformément aux articles 303, 304 et 314, l'agence détermine également, en tenant compte des orientations identifiées à cette fin par le ministre, les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région.

Elle favorise par ailleurs la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers. »

Article 355

« L'agence détermine les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres de réadaptation d'une classe qu'elle indique, des ressources intermédiaires rattachées aux établissements et des ressources de type familial de sa région.

Elle doit également s'assurer que ces mécanismes d'accès aux services tiennent compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers. »

Article 356

« Les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services établis en application de l'article 355 doivent soumettre à l'approbation de l'agence leurs critères d'accès aux services, notamment pour l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert de ces derniers. »

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Article 7

« Sous réserve des dispositions particulières de la présente loi, un centre intégré de santé et de services sociaux succède de plein droit et sans aucune autre formalité aux établissements publics et, le cas échéant, à l'agence fusionnés. Il jouit de tous les droits, acquiert tous les biens et assume toutes les obligations de ces établissements et, le cas échéant, de l'agence et les procédures où ceux-ci sont parties peuvent être continuées par le nouvel établissement sans reprise d'instance. »

Article 46

« Sous réserve des dispositions particulières de la présente loi, les dispositions de tout texte applicables à un établissement public s'appliquent également à un centre intégré de santé et de services sociaux ou à un établissement non fusionné, compte tenu des adaptations nécessaires et à moins que le contexte ne s'y oppose.

Selon les mêmes réserves, dans les dispositions de tout texte, une référence à une agence de la santé et des services sociaux est une référence à un centre intégré de santé et de services sociaux, sauf lorsque la disposition porte sur des fonctions, des pouvoirs ou des responsabilités qu'une agence exerce à l'égard des établissements, auquel cas il s'agit d'une référence au ministre.

Pour l'application du deuxième alinéa, fait notamment partie des fonctions et pouvoirs qu'une agence exerce à l'égard d'un établissement toute approbation, autorisation, recommandation, indication, identification, désignation ou avis. »

Article 48

« Sous réserve des dispositions particulières de la présente loi, pour l'application des dispositions de tout texte, les demandes, documents, renseignements, avis, informations, précisions ou propositions indiqués

comme devant être transmis à une agence de la santé et des services sociaux doivent être transmis au ministre. Toute indication d'une obligation de consulter une agence ne s'applique pas.

Par ailleurs, lorsqu'il est prévu dans un texte qu'un pouvoir peut être exercé par le ministre et par une agence ou qu'une demande peut être faite par l'un et par l'autre, seul le ministre peut agir. »

Article 76

« Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu'il indique qui sont exploités par ces établissements.

Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Il doit, de plus, prévoir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel nécessaires à la dispensation de tels services.

Un établissement public peut, avec l'accord d'un établissement privé conventionné, indiquer dans son programme d'accès des services pouvant être dispensés par cet établissement à ses usagers en vertu d'une entente.

Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. Il doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans. »

Article 83

« Tout établissement public ou privé conventionné doit soumettre à l'approbation du centre intégré de santé et de services sociaux ses critères d'accès aux services, notamment en ce qui concerne l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert de ces derniers. Dans les régions comptant plus d'un centre intégré, celui issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements est responsable de l'approbation des critères d'accès.

Le ministre peut exiger qu'un établissement public ou privé conventionné, compte tenu de sa vocation particulière, lui soumette directement ses critères d'accès aux services pour approbation. Le ministre prend alors l'avis du centre intégré concerné. »

Article 84

« Un centre intégré de santé et de services sociaux ou, dans les régions comptant plus d'un centre intégré, celui issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements doit mettre en place et gérer un mécanisme régional d'accès aux services déterminés par le ministre.

Un établissement public ou privé conventionné doit recevoir une personne qui a été dirigée vers ses services conformément au mécanisme régional d'accès aux services. »

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

Article 30

« Dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou le dentiste traitant. »

Article 38

« Dans un centre hospitalier offrant des soins de longue durée, le congé d'un bénéficiaire recevant de tels soins doit être signé par le médecin traitant.

Dans un centre d'hébergement, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le directeur général ou son représentant, et par le médecin traitant si le bénéficiaire y reçoit des soins médicaux.

Le bénéficiaire recevant des soins de longue durée ou des services d'hébergement doit être avisé par l'établissement lui donnant de tels services de la date de sa sortie définitive au moins 72 heures à l'avance. Le conseil régional doit aussi être informé au préalable de la date de la sortie définitive d'un bénéficiaire recevant des soins de longue durée ou des services d'hébergement. »

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Cadre de référence régional – Mécanisme d'accès à l'hébergement : pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, Direction générale adjointe, Sainte-Marie, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, novembre 2004 – révisé en novembre 2013, 67 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Politique régionale – Mécanisme d'accès à l'hébergement public de la Capitale-Nationale*, Direction régionale des programmes clientèles, Québec, 28 mai 2015, 96 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Cadre de référence régional : mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes et les aînés en perte d'autonomie*, Direction de l'organisation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, adopté par la Table des directrices générales et des directeurs généraux le 26 juin 2013, 41 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Cadre de référence régional : l'hébergement et ses mécanismes d'accès pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement*, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, Rimouski, novembre 2011, 62 p. [Adopté par la Table régionale PPALV le 30 septembre 2011].

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.)*, [En ligne], Paris, Elsevier Masson SAS, 2015, p. 22. [https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf].

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD*, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins longue durée, Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires, Montréal, 18 février 2014, 48 p.

BRUNEAU, M.A., ET P. VOYER. *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence,* [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2014. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-08W.pdf].

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Mécanisme d'accès à l'hébergement*, Système régional d'admission, Laval, Réseau de services intégrés – Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPPALV), Adopté le 27 novembre 2008, 32 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES. *Cadre de référence pour le soutien à domicile*, Présenté au conseil d'administration le 15 mars 2011, 59 p.

CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE. *Les profils ISO-SMAF*, [En ligne]. [https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/profils-iso-smaf/].

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Cadre de gestion : mécanisme d'accès à l'hébergement permanent,* Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, septembre 2016, 37 p. [Document de travail, non publié à ce jour].

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Procédure de gestion des congés pour la clientèle en niveaux de soins alternatifs*, Direction des soins infirmiers et éthique clinique et Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, 4 novembre 2016, 19 p.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *PO - 22 — Politique relative à la tenue du dossier de l'usager et la protection des renseignements personnels*, Direction des services multidisciplinaires, Adoptée le 25 avril 2017, Entrée en vigueur le 25 avril 2017, 29 p.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *R-04 — Règlement relatif à la procédure d'examen des plaintes des usagers du CIUSSS de la Capitale-Nationale*, Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Adopté le 8 mars 2016, Entré en vigueur le 8 mars 2016, 24 p.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC. *PRO-07-001 — Procédure relative au refus d'un usager pour un transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou en ressource non institutionnelle (RNI)*, 2 mai 2016, 6 p.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC. *PRO-07C-002 — Procédure relative aux mécanismes d'accès à l'hébergement : soutien à l'autonomie de la personne âgée et déficience physique*, 16 juin 2016, 24 p.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST. *Ressources non institutionnelles*, [En ligne]. [http://www.crditedme.ca/ressources/ressources-non-institutionnelle/].

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL. *Cadre de référence : mécanismes d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie*, janvier 2017, 53 p. [Document de travail, non publié à ce jour].

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. *Cadre de référence pour les unités spécifiques*, Montréal, Service régional d'admission, juin 2011, 36 p. [Document de travail mis à jour le 23 octobre 2015, non publié à ce jour].

COMITÉ PATRONAL DE NÉGOCIATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET LES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL. Ententes collectives et nationales, [En ligne]. [https://cpnsss-ri-rtf.gouv.qc.ca/index.php?orientations-matieres-et-ententes].

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*, 2011-2012, Ottawa, ICIS, 2012, chap. 10, p. 1-7.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066, Édition 2019*, [En ligne], 2019. [https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf].

MURPHY, Daniel. *Le profil ISO-SMAF : aide à la décision pour définir le nouveau « Chez moi »*, [En ligne], Ottiti (habitation, hébergement, service), 17 février 2015.

DELLI-COLLI, Nathalie. *Présentation : utilisation des profils ISO-SMAF*, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 20 avril 2007.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2.*

QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).*

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier*, [En ligne]. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/a5a82c24f10972e885256ec2004499be/$FILE/AH-216_DT9060(2004-10)D.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Niveaux de soins alternatifs : guide pour soutenir les établissements pour prévenir et résoudre le phénomène,* en collaboration avec la Table nationale de coordination clinique, février 2017, 12 p. [Document de travail, non publié à ce jour].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence en soutien à domicile,* Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 58 p. [Document de travail, non publié à ce jour].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Demandes d'hébergement interrégionales*, Comité de coordination des services sociaux du 29 mars 2006, Adopté à l'unanimité par le Comité de gestion du réseau (CGR) le 30 mai 2006, Mis à jour le 29 novembre 2016, 1 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée : document d'introduction*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 2016, 8 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-11W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 2016, 23 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, Bibliothèque nationale du Québec, mars 2016, 214 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Glossaire : définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, janvier 2016, 14 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide de l'utilisateur et lexique des variables : relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH)*. Version de septembre 2015.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014, 31 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : les paramètres organisationnels*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014, 34 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-03W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014, 15 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises pour l'admission des personnes aînées en CHSLD*, décembre 2012, p. 13. [Document diffusé, non édité].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de Soutien à domicile*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 2004, 43 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-704-01.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 2003, section 1.4.1, 45 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Annexe à la circulaire 2012-033 (01.02.10.09) : moyens privilégiés par le MSSS à mettre en place dans les établissements présentant un encombrement de l'urgence*, 2 p.

VOYER, Philippe. *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : aide-mémoire à la prise de décision*, Regroupement des médecins œuvrant dans la région 03 (RMG3). Collaboration Catherine Gagnon, M.D. et Judith Germain, M.D., février 2009, 15 p.

VOYER, P. (dir.). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie,* 2e éd., Saint-Laurent, ERPI, 2013, 753 p.

VOYER, P., ET E. ALLAIRE. Critères d'inclusion et d'exclusion appliqués dans le projet vitrine du CHSLD Alzheimer : rapport du volet expertise. CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2019.

VOYER, P., ET AUTRES. « Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: How Long Does Every Behavior Last, and Are Particular Behaviors Associated With PRN Antipsychotic Agent Use? », *Journal of Gerontological Nursing,* vol. 41, nº 1, 2015, p. 22-37.

VOYER, P. *Choisir l'environnement des milieux de vie pour la clientèle Alzheimer et déterminer l'intensité des services : l'éclairage du triangle de Brodaty*, 2021.

22-814-08W

Santé
et Services sociaux
Québec