

NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS

Guide de soutien aux établissements pour prévenir et résoudre le phénomène

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

avec la collaboration de la

TABLE NATIONALE DE COORDINATION CLINIQUE

MARS 2017

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACCRONYMES	1
I. Introduction	2
II. Principaux constats issus du suivi de la cohorte provinciale	3
III. Objectifs généraux.....	5
IV. Quatre grandes priorités	5
PRIORITÉ 1 : Augmenter le repérage des usagers vulnérables et améliorer l'efficacité des pratiques de suivi	6
PRIORITÉ 2 : Améliorer l'accès aux soins et adapter l'offre, les services et les modalités de dispensation	7
PRIORITÉ 3 : Cibler les usagers à risque de devenir NSA dès l'urgence et mettre en place les interventions requises.....	10
PRIORITÉ 4 : Mettre en place les mesures pertinentes, les conditions de réalisation et en assurer le suivi	13
V. Conclusion	14

LISTE DES ACCRONYMES

AAPA :	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	RAC :	Résidence à assistance continue
AVC :	Accident vasculaire cérébral	RI :	Ressource intermédiaire
AVQ :	Activité de la vie quotidienne	RLS :	Réseau local de services
AVD :	Activité de la vie domestique	RPA :	Résidence privée pour aînés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux
CH :	Centre hospitalier	RSI :	Réseau de services intégrés
CLSC :	Centre local de services communautaires	RTF :	Ressource de type familial
DMS :	Durée moyenne de séjour	RTS :	Réseau territorial de services
EÉSAD :	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile	SAD :	Soutien à domicile
GAMF :	Guichet d'accès à un médecin de famille	SAPA :	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
GMF :	Groupe de médecine de famille	SCPD :	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé	SM :	Santé mentale
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée	SMAF :	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux	TNCC :	Table nationale de coordination clinique
NSA :	Niveau de soins alternatif	TNC-SAPA :	Table nationale de coordination Soutien à l'autonomie des personnes âgées
RQSUCH :	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	TRP :	Thérapeute en réadaptation physique

I. Introduction

L'attente d'usagers requérant un niveau de soins alternatif en centre hospitalier est la résultante d'un **problème complexe, systémique, récurrent et coûteux**, dont la résolution constitue **une priorité** du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Table nationale de coordination clinique (TNCC) et de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : « Le terme niveau de soins alternatifs (NSA) est utilisé dans les milieux 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 fournis¹ ». Dans une publication plus récente, l'ICIS stipule que « [...] lorsqu'un patient occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve (soins de courte durée, soins continus complexes [chroniques], soins de santé mentale ou de réadaptation), un médecin ou la personne déléguée doit lui attribuer le statut de niveau de soins alternatifs (NSA).² »

En réponse à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux de documenter le parcours des usagers ayant un statut de niveau de soins alternatifs, le formulaire *GESTRED no 30 000-Niveau de soins alternatifs-Portrait* a été créé. Ce dernier, complété par les établissements depuis le 26 septembre 2016, visait à :

- dresser un portrait des usagers ayant un statut de NSA et identifier les facteurs y prédisposant;
- cerner les principaux éléments ayant altéré la fluidité du parcours de soins et services des usagers au cours de la dernière année (en amont, en aval et à l'intérieur du centre hospitalier);
- connaître les bonnes pratiques ayant cours dans les établissements et les pistes de solution pouvant améliorer la fluidité des trajectoires.

En cohérence et en continuité avec les orientations ministérielles, le présent guide a été élaboré à partir :

- de l'analyse des données issues du suivi de la cohorte du 26 septembre 2016;
- des réflexions et des échanges de la TNCC, lors de la rencontre du 13 octobre 2016;
- des préoccupations des intervenants du RSSS, transmises au MSSS par le biais des répondants pour le relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH) ou de la Table nationale de coordination Soutien à l'autonomie des personnes âgées (TNC-SAPA);
- des bonnes pratiques cliniques et administratives connues par le biais des recensions d'écrits, de pratiques et de consensus d'experts.

À travers quatre grandes priorités, le guide propose plusieurs actions structurantes, assorties d'un ensemble (non exhaustif) de moyens, de mesures concrètes et d'exemples d'application, devant permettre aux établissements de prévenir et de résoudre le phénomène des NSA. Le texte des encadrés précédant chacune des priorités fournit de l'information importante sur le sens des changements à apporter.

¹ ICIS, *Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances*, novembre 2012, p. 4.

² ICIS, *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*, édition 2015-2016, p. 1 à 4.

II. Principaux constats issus du suivi de la cohorte provinciale

Rappel

Le formulaire *GESTRED-NSA* comportait trois parties distinctes :

- Une première partie permettait de dresser le portrait et de suivre les usagers qui étaient en statut NSA en date du 26 septembre 2016, jusqu'à leur départ du centre hospitalier.
- Une seconde partie permettait à l'ensemble des installations hospitalières (ayant ou non des usagers NSA dans la cohorte du 26 septembre) d'identifier les facteurs ayant altéré la fluidité des services des usagers (en amont, à l'intérieur et en aval du centre hospitalier) au cours de la dernière année.
- Une troisième partie permettait d'identifier des mesures et bonnes pratiques mises en place pour améliorer la fluidité de la trajectoire de services ainsi que les pistes de solution identifiées, dans l'ensemble des installations hospitalières.

Constats

- La majorité des 2 445 usagers NSA de la cohorte étaient des personnes âgées (âge moyen : 74 ans, âge médian : 79 ans).
- Les diagnostics d'admission les plus fréquemment cités touchent d'ailleurs majoritairement la clientèle ou lui sont spécifiques : perte d'autonomie, maladie d'Alzheimer/maladies connexes, chutes, fracture de hanche et délirium³.
- Les troubles mentaux constituent toutefois le diagnostic d'admission le plus fréquent chez les usagers de la cohorte (18 % des usagers suivis, tous groupes d'âge confondus).
- En dépit de ces motifs d'admission, une proportion importante des usagers (soit 38,3 %) ne recevait pas de services de soutien à domicile (SAD) avant l'hospitalisation.
- La très grande majorité des usagers de la cohorte (90,5 %) a transité par l'urgence avant d'être hospitalisée. De ceux-ci, 40 % y sont demeurés entre 24 et 72 heures, alors que la cible provinciale visée pour les durées moyennes de séjour (DMS) à l'urgence est de 12 h.
- Les situations donnant lieu aux plus longues DMS en statut NSA sont : les réorientations en ressource d'hébergement en santé mentale, les réorientations en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), les retours en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les réorientations en CHSLD. À noter que certains usagers NSA sont, depuis plusieurs années, en attente du milieu approprié pouvant leur dispenser le niveau de services requis, notamment en santé mentale, mais également pour des clientèles mixtes ou complexes.

³ Ces diagnostics cumulent à eux seuls 35 % des motifs d'admission. À noter que des personnes âgées se retrouvent évidemment dans l'ensemble des catégories de diagnostics identifiés dans le formulaire, même si elles ne leur sont pas spécifiques (AVC, cancer, troubles mentaux, etc.).

Synthèse des principaux facteurs ayant altéré la fluidité des trajectoires des usagers⁴	
En amont du centre hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité de l'état de l'utilisateur ou grande perte d'autonomie • Écart entre les services SAD requis et les services SAD rendus ou non-disponibilité des ressources correspondant aux besoins de l'utilisateur (SAD, services dans la communauté, hébergement, etc.) et des proches (ex. : situations d'épuisement) • Problèmes au niveau de la collaboration (utilisateurs, proches, professionnels, etc.)
En centre hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité de l'état de l'utilisateur, grande perte d'autonomie ou changement de condition de l'utilisateur au point de modifier l'orientation initiale • Délais pour les consultations ou l'obtention d'une confirmation de l'orientation • Problèmes au niveau de la collaboration et de la concertation entre les directions et les services, ainsi qu'avec l'utilisateur et ses proches
En aval du centre hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité de l'état de l'utilisateur, sécurité de l'utilisateur compromise, proche aidant épuisé ou à risque de l'être • Non-disponibilité de la main-d'œuvre ayant des compétences spécifiques en lien avec la problématique de l'utilisateur au SAD, dans la communauté ou en ressources d'hébergement (RI-RTF, résidence à assistance continue et CHSLD) • Délais dans la mise en place des services post-aigus (incluant la réadaptation) ou pour l'admission en RI-RTF ou en CHSLD

⁴ Pour les 2 445 usagers NSA de la cohorte du 26 septembre 2016 (Partie 1 du formulaire GESTRED), ainsi que pour toutes les clientèles, dans l'ensemble des installations hospitalières (Partie 2 du formulaire GESTRED).

III. Objectifs généraux

Le présent guide a pour objectif de soutenir les établissements dans l'élaboration de leur plan de transformation. Sans être exhaustif, il fournit des repères et des moyens concrets pour permettre à l'établissement de **prévenir et résoudre**, lorsqu'elles n'ont pu être évitées, **les situations d'usagers⁵ en attente d'un niveau de soins alternatifs** dans les lits de courte durée :

- En offrant le niveau de soins et de services requis aux usagers vulnérables, dans un milieu et selon une modalité (domicile, communauté, RI, CHSLD, etc.) permettant d'éviter les recours inappropriés à l'urgence et à l'hospitalisation, de faciliter les sorties du centre hospitalier et d'éviter les ré-hospitalisations à court terme ou l'hébergement précoce;
- En adoptant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles permettant d'améliorer la fluidité des épisodes de soins et de soutenir l'autonomie des usagers dans l'ensemble de leur parcours (intra et extra centre hospitalier).

IV. Quatre grandes priorités

Le plan de transformation de l'établissement devrait être articulé autour des quatre grandes priorités suivantes :

1. Augmenter le repérage des usagers vulnérables dans l'ensemble des lieux qu'ils fréquentent et améliorer l'efficacité des pratiques de suivi des usagers repérés au sein de l'établissement
2. Déterminer des trajectoires efficaces permettant d'améliorer l'accès et de fournir les soins et services nécessaires pour répondre de façon efficace et sécuritaire aux besoins des clientèles vulnérables ou présentant des besoins complexes (toutes clientèles : SAPA, santé mentale, déficience, maladies chroniques, grands consommateurs, etc.) et adapter en conséquence l'offre de soins et services et les modalités de dispensation
3. Optimiser la gestion de l'épisode en milieu hospitalier : cibler les usagers à risque de devenir NSA dès l'urgence (toutes clientèles vulnérables ou présentant des besoins complexes [SAPA, SM, etc.]) et mettre en place les interventions requises pour fournir les soins et services nécessaires, éviter leur déconditionnement, ne pas prolonger la durée de leur séjour hospitalier au-delà du requis et favoriser le retour dans le milieu de vie antérieur
4. Mettre en place les mesures pertinentes, les conditions de réalisation et en assurer le suivi, dans une perspective d'amélioration continue

⁵ À moins d'une mention contraire explicite, les actions proposées par le guide de soutien ne se limitent pas à une clientèle particulière. Elles visent toutes les clientèles vulnérables ou présentant des besoins complexes, potentiellement plus à risque d'avoir recours aux services du centre hospitalier et de se retrouver en attente d'un NSA advenant une hospitalisation. Cela n'exclut aucunement que certaines actions se retrouvant dans les plans des établissements pourront, quant à elles, viser des clientèles spécifiques. Ce choix appartient à l'établissement, qui fera suite au diagnostic organisationnel et à la priorisation, établie en conséquence, au niveau local.

PRIORITÉ 1 : Augmenter le repérage des usagers vulnérables et améliorer l'efficacité des pratiques de suivi

Connaître les usagers vulnérables, les suivre et agir de façon préventive

En conformité avec leur responsabilité populationnelle, les établissements doivent connaître les besoins de la population de leur territoire pour pouvoir y répondre adéquatement. Faute de la capacité du RSSS à y répondre efficacement et en temps opportun, les usagers aux prises avec des besoins sociaux ou de santé se dirigent ou sont dirigés vers l'urgence, pour des conditions qui auraient pu et auraient dû être évaluées ou bien traitées autrement. Par exemple, le centre hospitalier ne devrait pas être utilisé pour fournir du répit à un proche aidant épuisé, pour attendre une place en soins de longue durée ou comme moyen de consulter un médecin, pour une situation exigeant un suivi médical, mais qui pourrait être traitée ou suivie selon une modalité plus légère, plus adaptée, dans la communauté. Ces recours constituent des utilisations inappropriées ou inefficaces du centre hospitalier, en plus d'offrir une réponse sous-optimale aux besoins des usagers vulnérables ou présentant des besoins complexes (toutes clientèles : SAPA, santé mentale, déficience, maladies chroniques, grands consommateurs, etc.) et de comporter certains risques pour leur santé et leur autonomie.

Pour prévenir le phénomène des usagers, en situation de NSA, il nous faut d'abord prévenir les recours non nécessaires à l'urgence et à l'hospitalisation. Cela est vrai pour l'ensemble de la population, mais prend une importance particulière dans le cas des clientèles les plus vulnérables ou présentant des besoins complexes, puisqu'elles sont le plus à risque de voir leur condition se détériorer lors d'un séjour en centre hospitalier et de se retrouver, à terme, en attente d'un niveau de soins alternatif. Pour cela, l'établissement doit d'abord connaître et suivre ces usagers.

Augmenter le repérage des usagers vulnérables ou présentant des besoins complexes dans l'ensemble des lieux qu'ils fréquentent et améliorer l'efficacité des pratiques de suivi des usagers repérés au sein de l'établissement

Actions	Exemples d'application/mesures/pratiques
Repérer les personnes à risque d'avoir recours à l'urgence hospitalière pour répondre à des besoins pouvant être comblés dans la communauté (besoins sociaux, médicaux, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des outils de repérages communs (outils validés lorsque disponibles ou à défaut, grilles standardisées) • convenir de protocoles pour le suivi des cas repérés et des mesures de relance (qui? quand? comment? délais? critères de priorisation? etc.) • Informer les médecins de famille des usagers repérés positifs (convenir des moyens préconisés avec les GMF) • Valider, à l'aide du GAMF, l'inscription de l'utilisateur à un médecin de famille (dans le cas contraire, enregistrer une demande) et le cas échéant, prioriser la demande
Élaborer des ententes concernant le repérage avec les partenaires du RLS/RTS (ex. : GMF, RPA, EÉSSAD, pharmacies communautaires, etc.)	
Convenir d'un processus clair et efficace pour assurer le suivi des cas repérés en temps opportun, dans l'établissement et avec les partenaires (incluant les établissements des territoires limitrophes ou les établissements non fusionnés)	

PRIORITÉ 2 : Améliorer l'accès aux soins et adapter l'offre, les services et les modalités de dispensation

Développer des mesures alternatives accessibles, efficaces et sécuritaires à l'extérieur du centre hospitalier

Pour agir de façon préventive, tous les efforts doivent être déployés par l'établissement pour répondre autrement que par l'urgence aux besoins des usagers vulnérables ou présentant des besoins complexes, chaque fois que cela est évitable. Pour ce faire, des solutions alternatives efficaces et sécuritaires doivent être accessibles et connues : le panier de services doit être complet et diversifié et les modalités d'accès ou de dispensations, souples et efficaces.

Il faut être en mesure d'offrir, dans des milieux et selon des modalités accessibles et variées, le niveau de soins et services requis par les usagers (nature, intensité, durée, etc.) leur permettant non seulement d'éviter les recours inappropriés à l'urgence et à l'hospitalisation, mais également de faciliter les sorties du centre hospitalier après un épisode de soins aigus, d'éviter les ré-hospitalisations à court terme ou de recourir précocement à l'hébergement. Il faut mettre à contribution les équipes interdisciplinaires pour toute situation complexe, utiliser des approches adaptées aux spécificités des clientèles et s'assurer au quotidien de la pertinence des interventions. Le recours aux ressources plus lourdes, notamment à l'hébergement de longue durée (CHSLD, santé mentale, etc.), ne devrait survenir que lorsque toutes les options ont été évaluées, considérées, tentées ou mises en œuvre pour permettre à l'utilisateur de demeurer à domicile ou dans le milieu de vie antérieur.

L'implication des usagers et des proches est essentielle à toutes les étapes du parcours de soins et services. En ce sens, elle doit être stimulée et soutenue par des approches cliniques et des outils collaboratifs, dans l'ensemble des trajectoires.

Déterminer des trajectoires efficaces permettant d'améliorer l'accès et de fournir les soins et services nécessaires pour répondre de façon efficace et sécuritaire aux besoins des clientèles vulnérables ou présentant des besoins complexes (toutes clientèles : SAPA, santé mentale, déficience, maladies chroniques, grands consommateurs, etc.) et adapter en conséquence l'offre de soins et services et les modalités de dispensation

Actions	Exemples d'application/mesures/pratiques
<p>Déterminer des trajectoires de soins et services efficaces (ciblées en fonction du diagnostic local) et les faire connaître au sein de l'établissement et à l'ensemble des partenaires (partenaires du RLS/RTS [GMF, RPA, etc.] et autres établissements) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui • Quand • Où • Mécanismes d'accès 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter les profils et les besoins de la clientèle du territoire afin d'assurer une correspondance au niveau des services offerts • Réévaluer systématiquement les usagers suivis et ajuster les plans d'intervention de façon régulière (pertinence : nature, intensité, durée) • Établir des plans d'intervention axée sur le rétablissement, en se basant notamment sur l'approche axée sur les forces et en impliquant les équipes de soutien dans la communauté, pour des usagers actuellement hébergés dans des ressources d'hébergement en santé mentale afin de favoriser leur intégration dans des ressources d'hébergement de

<ul style="list-style-type: none"> • Délais • Approches • Etc. 	<p>moins intense, des logements sociaux avec soutien communautaire ou des logements autonomes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des modèles de soins en étapes (<i>Integrated Care Pathways</i>) et favoriser l'utilisation des outils de cheminement cliniques • Identifier les délais pour l'accès et les transitions entre les services, au sein d'une trajectoire donnée • Développer des trajectoires ou des « programmations » de services adaptées ou adaptables aux clientèles présentant des profils dits mixtes (i.e. présentant plusieurs conditions ou problèmes majeurs concomitants [ex : déficience intellectuelle/santé mentale, etc.])
<p>Adapter l'offre de soins et services de proximité et le continuum d'hébergement dans le RLS/RTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamme de soins et services : <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins infirmiers, services médicaux, AVD/AVQ, services psychosociaux, réadaptation, mesures de soutien aux proches aidants, services de suivi dans la communauté, etc. • Variété de ressources, souplesse et efficacité dans les modalités (accès et dispensation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les balises pour assurer un filet de sécurité aux usagers vulnérables à domicile et évaluer l'écart (main d'œuvre, équipement, formation, etc.) avec la situation actuelle sur le territoire • Suivre de manière très rapprochée les usagers à domicile en attente d'hébergement de longue durée ou ceux qui sont à risque de le devenir, ainsi que leurs proches • Intensifier les services (courte ou longue durée) dans le milieu de vie de l'utilisateur, notamment pour éviter une hospitalisation en cas de changement ou d'instabilité dans sa condition : <ul style="list-style-type: none"> ○ Services de soutien à domicile (AVD-AVQ, services professionnels, etc.), services de suivi dans la communauté, etc. ○ Soutien aux RPA, RI-RTF ou autres ressources d'accueil (coaching, ententes formalisées, appel de liaison avant tout recours aux urgences ne nécessitant pas des soins urgents immédiats, etc.) ○ Soutien aux proches (notamment ceux en situation d'épuisement ou à risque de le devenir)
<p>S'assurer en continu de la pertinence des services dispensés aux usagers (nature, intensité, durée, approche, etc.) et de l'efficacité des modalités retenues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des outils collaboratifs pour soutenir et partager la gestion des risques et la prise de décision dans les parcours de soins et services • Développer et/ou consolider des modalités 24/7 de gestion des épisodes critiques pour les usagers vulnérables : <ul style="list-style-type: none"> ○ Garde médicale SAD 24/7, implication d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ○ Ententes avec RPA et les centres de crises, ligne téléphonique 24/7 pour les proches des usagers vulnérables connus du SAD pour soutien/décision avant d'aller à l'urgence ○ Prévoir, avec les usagers les plus à risque d'hospitalisation, leurs proches et les intervenants du milieu de vie, une gradation d'action ou de recours (« plans A-B-C ») permettant de prévenir les hospitalisations évitables • Revoir les modalités de dispensation et l'attribution des ressources de façon à optimiser, bonifier, prioriser et promouvoir l'offre de service de proximité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer les mesures de soutien aux médecins de famille prenant en charge des clientèles vulnérables (ex :

	<p>dyades infirmières-travailleurs sociaux, etc.), faciliter les consultations médicales pour les clientèles avec problèmes de mobilité (tous milieux)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Développer et/ou promouvoir la fonction de médecin spécialiste « répondant », lorsque requis dans le suivi et la prise en charge de certaines problématiques○ Développer et/ou améliorer l'accès à la réadaptation à domicile ou en mode externe○ Mettre en place ou clarifier la contribution des équipes interdisciplinaires en maladies chroniques, des équipes ambulatoires de gérontopsychiatrie et des équipes spécialisées en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), dans le contexte de la prévention des NSA
--	---

PRIORITÉ 3 : Cibler les usagers à risque de devenir NSA dès l'urgence et mettre en place les interventions requises

Optimiser la gestion de l'épisode en milieu hospitalier

Pour prévenir l'attente d'un usager ayant un statut de NSA ou la diminuer le plus possible lorsqu'elle n'a pu être évitée, il faut questionner et revoir les pratiques cliniques et organisationnelles à l'urgence et en centre hospitalier. Les situations de débordement à l'urgence et en centre hospitalier doivent être le plus possible évitées, au profit d'alternatives développées dans la communauté (ces situations sont, en partie, le résultat d'un manque de fluidité causé par les NSA, mais également à haut risque de générer des NSA). Lors de consultations à l'urgence, éviter toute hospitalisation pour un usager qui ne requiert pas de soins de courte durée. Un échange d'information, dès l'arrivée à l'urgence et en continu, avec les équipes qui connaissent et suivent l'usager vulnérable à l'extérieur du centre hospitalier, permet de s'assurer de la pertinence, de l'efficacité et de la continuité des interventions (éviter les réévaluations inutiles, les ruptures de services, etc.). À cette étape, le délai d'intervention d'une équipe de soutien ou d'un professionnel qualifié est crucial pour éviter toute hospitalisation pouvant l'être.

L'organisation du travail à l'urgence ne devrait pas faire en sorte de retarder le congé de l'usager (et sa référence vers des services plus appropriés au regard de sa condition) ou retarder la décision d'hospitalisation et le transfert effectif de l'usager vers les unités de soins (ex. : attente de consultation, accès aux spécialistes, attente d'un lit sur une unité, etc.). De la même façon, l'organisation du travail dans l'ensemble de centre hospitalier devrait tenir compte de cet objectif (heures des tournées médicales, etc.). Le congé ne devrait pas être retardé en raison d'une mauvaise planification ou d'une planification amorcée trop tardivement. Pour éviter les ré hospitalisations à court terme, le congé hospitalier ne devrait pas non plus être donné hâtivement, en l'absence de planification (pour répondre, par exemple, à des exigences administratives). Commencer à planifier le congé dès l'admission, en impliquant tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, les intervenants suivant l'usager à l'extérieur de l'hôpital (équipes SAD, services ambulatoires spécifiques ou spécialisés, médecins de famille, équipes de la RPA ou du milieu de vie [RI-RTF, CHSLD, etc.]), ainsi que les proches et l'usager lui-même, favorise l'obtention du congé au moment opportun, en fonction de sa condition et de ses besoins. Les soins et services offerts à l'usager et son orientation à la sortie du centre hospitalier doivent être déterminés à partir des besoins évalués. L'intensité requise en réadaptation, le niveau de complexité des soins médicaux-infirmiers tout comme le niveau d'autonomie fonctionnelle de l'usager contribuent à déterminer l'orientation au congé. L'origine des besoins ou l'âge de l'usager, les critères d'admission très restrictifs en soins post aigus ou la complexité de l'organisation des services sur un territoire ne devraient pas compliquer ou retarder indûment la sortie du centre hospitalier pour un usager, ni d'ailleurs compromettre son accès aux services.

Tout doit être mis en œuvre pour favoriser dès que possible le retour sécuritaire de l'usager dans le milieu de vie antérieur (domicile, RI, CHSLD, etc.), avec des services intensifiés sur une base temporaire ou permanente, au besoin. Toute transition imposée à un usager vulnérable comporte des risques : celles qui se font sans valeur ajoutée pour l'usager devraient être éliminées (ex. : transition dans un lit « d'attente » pour accéder à un tiers service) puisqu'elles ne font que déplacer le problème. Les transitions multiples devraient d'ailleurs être limitées le plus possible, au profit de plus de souplesse et de polyvalence dans les modalités de dispensation de soins et services. Toute place dans un milieu de soins devrait être assortie d'une offre de service permettant d'offrir aux usagers le niveau de récupération qu'ils requièrent. 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 conjointement par les équipes de première et deuxième ligne qui connaissent et suivent l'usager, avec l'usager et son proche. Favoriser une période de récupération active dans un milieu approprié est d'ailleurs recommandé avant toute décision de relocalisation d'un usager en ressource d'hébergement. Les délais de prise de décision clinique et de mise en œuvre d'actions concrètes en vue de l'orientation sont des éléments cruciaux pour assurer la pertinence et la continuité des soins et services dans le parcours de l'usager.

Cibler les usagers à risque de devenir NSA dès l'urgence (usagers vulnérables/besoins complexes toutes clientèles : SAPA, santé mentale, déficience, maladies chroniques, grands consommateurs, etc.) et mettre en place les interventions requises pour fournir les soins et services nécessaires, éviter leur déconditionnement, ne pas prolonger la durée de leur séjour hospitalier au-delà du requis et favoriser le retour dans le milieu de vie antérieur

Actions	Exemples d'application/mesures/pratiques
Adapter les soins et services aux spécificités des usagers à risque de devenir NSA en s'appuyant sur les données probantes et les meilleures pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mécanismes de réacheminement pour les usagers qui se présentent à l'urgence, mais dont la condition ne nécessite pas d'emblée une hospitalisation (recours au médecin de famille auprès duquel l'utilisateur est inscrit et aux équipes interprofessionnelles en GMF, référence au GMF-Réseau (superclinique) du territoire et liaison avec le GAMF si le patient n'est pas inscrit auprès d'un médecin de famille, etc.). • Mettre en place des mécanismes de collaboration et de communication formels, efficaces et systématiques entre les différentes équipes impliquées dans la gestion de l'épisode hospitalier d'un usager présentant des besoins complexes (équipes hospitalières et équipes de proximité) <ul style="list-style-type: none"> ○ Échanger (transmettre et recevoir) au moment opportun (dès l'arrivée à l'urgence et en continu) l'information nécessaire avec les équipes qui connaissent et suivent l'utilisateur vulnérable à l'extérieur de l'hôpital (intervenant-pivot et/ou équipe interdisciplinaire du SAD, des services ambulatoires spécifiques ou spécialisés concernés, équipes de suivi dans la communauté, médecins de famille, équipes de la RPA ou du milieu de vie [RI-RTF, CHSLD, etc.] ○ Optimiser les modalités et le délai d'intervention médicale, ainsi que celui des différents professionnels en centre hospitalier (pour éviter les doublons et assurer la continuité avec les interventions en amont de l'hospitalisation)
Éviter les doublons (évaluations, interventions, etc.) et réduire les délais (évaluation, consultation, transfert aux unités lors d'hospitalisations, retour dans le milieu de vie, accès aux mesures alternatives, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir préventivement (approches adaptées aux différentes clientèles, implication de physio/ TRP/ etc.) pour éviter le déconditionnement et les effets potentiellement iatrogéniques en milieu hospitalier (de l'arrivée à l'urgence jusqu'au congé)
Planifier le congé hospitalier conjointement et précocement pour pouvoir orienter rapidement les usagers ne nécessitant plus de soins aigus	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre et accroître l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) : prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées par l'évaluation de la condition physique et mentale en continu (ex. : grille Profil AINÉES), la mise en place d'un environnement favorable et d'activités de stimulation et ajuster le plan de traitement en fonction de l'évolution de la condition (ex. : perte de poids, délirium, etc.)
Suivre et analyser au quotidien les usagers ayant un statut NSA au sein de l'installation hospitalière et mettre en place toutes les interventions requises pour éviter leur déconditionnement et résoudre les impasses rencontrées au niveau du congé hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier le congé dès la salle d'urgence et l'admission sur les unités : <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir un mécanisme de suivi des séjours hospitaliers des usagers vulnérables (ex. : attirer une personne

	<p>responsable, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Impliquer, dès l'admission, l'utilisateur, ses proches et les intervenants qui connaissent et suivent l'utilisateur à l'extérieur de l'hôpital, dans l'élaboration du plan de congé ○ Identifier les usagers ayant des impasses au niveau du congé (cas complexes, multiproblématiques), les suivre quotidiennement et tenter de résoudre rapidement les impasses, en impliquant l'ensemble des parties prenantes ● Déterminer des moyens pour s'assurer que l'équipe médicale et les professionnels de liaison en milieu hospitalier connaissent l'offre de services de proximité (SAD, services disponibles dans la communauté, etc.) et les trajectoires de soins et services convenus pour pouvoir référer l'utilisateur au milieu le plus approprié pour la suite de l'épisode de soins, en fonction du niveau de récupération requis (réadaptation intensive, convalescence, etc.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ex. : planifier des rencontres entre les équipes intra et extra hospitalières de chaque territoire (ou entre territoires au besoin), etc. ● Développer des indicateurs de gestion pour les usagers vulnérables lors de l'admission par l'urgence (DMS maximum, etc.) ● Fixer les délais et s'assurer qu'ils soient respectés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour obtenir la confirmation d'admissibilité/orientation dans les ressources posthospitalières ○ Pour l'admission/la transition vers les ressources visées
--	---

PRIORITÉ 4 : Mettre en place les mesures pertinentes, les conditions de réalisation et en assurer le suivi

Actions transversales : des conditions essentielles pour prévenir et résoudre les situations d'usagers NSA

Le phénomène des usagers en attente d'un NSA touche l'ensemble RSSS. Il s'agit d'un symptôme « visible » qui révèle la présence de différents problèmes au sein du continuum. Les causes sont multiples, les solutions doivent l'être également. Pour prévenir le phénomène, des actions transversales doivent être posées au niveau de l'organisation des services, à la fois dans la communauté (en amont et en aval de l'hospitalisation), dans le centre hospitalier et dans les points de jonction entre les deux. La responsabilité ultime revient d'ailleurs à l'établissement : sa mission globale, axée sur l'utilisateur et sa responsabilité populationnelle, doivent primer sur les missions spécifiques de chacune des directions (éviter les trous de services et le « pas dans ma cour »). Les ressources doivent s'adapter pour répondre aux besoins des usagers, dans un milieu et selon des modalités qui leur conviennent, et non l'inverse. Cette adaptation nécessite une vision globale de la trajectoire et un leadership clair, à tous les niveaux. Les décideurs doivent travailler de façon transversale avec leurs équipes.

Mettre en place les mesures pertinentes, les conditions de réalisation et en assurer le suivi, dans une perspective d'amélioration continue	
Actions	Exemples d'application/mesures/pratiques
Favoriser une compréhension commune du phénomène des NSA	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et faire connaître, au sein de l'établissement, les causes du phénomène ainsi que les solutions mises en place • Impliquer l'ensemble des acteurs qui seront mis à contribution
Définir clairement l'imputabilité et le partage des responsabilités (cliniques et organisationnelles)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier un hors cadre ou cadre supérieur responsable de coordonner la mise en œuvre du plan : <ul style="list-style-type: none"> ○ déterminer les rôles et responsabilités des cadres responsables des différents programmes services ○ identifier et dénouer les points bloquants dans la mise en place des mesures ○ s'assurer de l'atteinte des résultats
Favoriser le travail en collaboration sur l'ensemble du continuum (transdisciplinaire / interdirections / interprogrammes / interétablissements, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer d'une utilisation efficiente des champs d'expertise professionnels • Former le personnel à l'utilisation des outils favorisant la collaboration interprofessionnelle
Développer des canaux de communications efficaces, clairs et fluides (intra et inter établissements)	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place les outils permettant une continuité informationnelle • Élaborer un plan de communication pour l'ensemble des partenaires, incluant la notion de gestion des risques (notamment pour un maintien ou un retour à domicile)
Suivre les actions mises en place et les indicateurs de mesure	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des tableaux de bord et suivre les indicateurs au quotidien • Évaluer la faisabilité d'adapter les modalités de financement afin d'offrir, au moment opportun, la meilleure réponse aux besoins des usagers

V. Conclusion

Préparé afin de soutenir les établissements dans les changements à entreprendre dans la foulée de l'annonce récente des investissements de 100 M\$ pour diminuer l'attente dans les hôpitaux⁶, la diffusion de ce guide s'inscrit pour le MSSS dans la cadre d'une vaste démarche collaborative visant la résolution durable du problème des NSA. Il se veut un outil pour questionner, réfléchir et s'inspirer. Il indique le sens du changement, tout en laissant aux établissements la marge de manœuvre nécessaire pour planifier l'action et atteindre les résultats attendus, en fonction des réalités locales. Le rôle du MSSS s'inscrit dans l'optique d'une vigie nationale, soutenant la résolution durable de ce problème systémique.

Les suites de la démarche se veulent elles aussi dans cet esprit, c'est-à-dire axées sur le soutien au changement et l'accompagnement des établissements. Un document plus opérationnel, actuellement en cours de préparation, viendra préciser le mécanisme de suivi ainsi que les indicateurs de résultats.

⁶ *Le ministre Gaétan Barrette annonce 100 M\$ pour diminuer l'attente dans les hôpitaux*, Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux, 7 décembre 2016 [accessible en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca>].