# MÉCANISME RÉGIONAL D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT

JANVIER 2013

Québec

Adopté par le conseil d'administration le 20 mars 2013

**Édition produite par :**
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947

**Rédaction**
Josée Coderre, Agente de planification et de recherche

**En collaboration avec :**
CSSS de la Vallée-de-l'Or : Maurice Veillet, Pascale Pelletier et Sylvie Roy;
CSSS de Rouyn-Noranda : Annie Audet, Carole Denis, Francine Lacasse et Pierre Laferté;
CSSS des Aurores-Boréales : Annick Côté et Suzie Domingue ;
CSSS du Témiscamingue : Rosane Beaulé, Renelle Lessard et Josée Marquis;
CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Gilles Bellemare, Marie-Pier Dubois-Langlois et Marie-Claude Lacombe;
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue : Alain Couture et Sylvie Routhier.

**Mise en page**
Liette Bergeron, agente administrative
Direction de l'organisation des services

ISBN : 978-2-89391-602-6 (version imprimée)
978-2-89391-603-3 (version pdf)

Prix : 11,00 $

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal - Bibliothèque et archives Canada, 2012

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substituts, sur demande.

© Gouvernement du Québec

# Remerciements

Le présent document est inspiré de ceux d'autres agences de la santé et des services sociaux ainsi que par un centre de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, des remerciements particuliers sont adressés aux répondants des agences du Saguenay-Lac-Saint-Jean, des Laurentides, de la Montérégie et du CSSS des Aurores-Boréales pour avoir accepté de partager le fruit de leur travail.

Des remerciements sont aussi adressés aux différents comités de travail et au commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services pour leur grande contribution à l'élaboration de ce mécanisme d'accès.

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... i
TABLE DES MATIÈRES ..... iii
LISTE DES ACRONYMES ..... vi

INTRODUCTION ..... 1

1. CADRE DE RÉFÉRENCE ..... 2
1.1 Cadre législatif ..... 2
1.2 Cadre normatif ..... 2

2. OBJECTIFS ..... 4

3. CLIENTÈLE VISÉE ..... 5

4. TYPE DE RESSOURCES D'HÉBERGEMENT ..... 6
4.1 Ressources de type familial (RTF) ..... 6
4.2 Ressources intermédiaires (RI) ..... 6
4.3 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ..... 7
4.4 CHSLD privés non conventionnés ..... 7
4.5 Ressources d'habitation en partenariat public-privé ..... 7
4.6 Services de psychogériatrie ..... 8

5. RESPONSABILITÉS DES DIVERSES INSTANCES ..... 9
5.1 Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ..... 9
5.2 Centre de santé et de services sociaux (CSSS) ..... 9
5.3 Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) ..... 10
5.4 Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) ..... 10

6. RESPONSABILITÉS DES ACTEURS ASSURANT L'APPLICATION ET LA COORDINATION DU MÉCANISME D'ACCÈS ..... 11
6.1. Coordonnateur local ..... 11
6.2. Comité local de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement ..... 11
6.3. Coordonnateur régional ..... 12
6.4. Comité régional de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement ..... 12

7. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU MÉCANISME D'ACCÈS ..... 13
7.1. Accueil de la demande ..... 13
7.2. Évaluation de la demande ..... 13
7.3. Critères d'accès aux ressources d'hébergement ..... 15
7.4. Critères de priorisation ..... 16
7.5. Liste d'attente ..... 17
7.6. Fermeture d'une demande d'hébergement ..... 18

8. PROCESSUS DE TRANSFERT ..... 19
8.1. Intrarégional ..... 19
8.2. Interrégional ..... 19



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

9. TRAITEMENT DES LITIGES ET PLAINTES .....21
9.1 Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement..... 21
9.2 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'Agence..... 21

10. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS .....22

11. DEMANDES D'HÉBERGEMENT PROVENANT D'UN COUPLE.....22

Annexe 1 Documents législatifs .....23
Annexe 2 Mécanisme de référence au CHSLD privé non conventionné.....37
Annexe 3 Programmation clinique - Unité de psychogériatrie régionale.....41
Annexe 4 Formulaire IMAGES .....53
Annexe 5 Profils Iso-SMAF .....59
Annexe 6 Consentement à la communication des renseignements personnels dans le cadre du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) ...63
Annexe 7 Description des différents types d'hébergement.....69

Figure 1 Modélisation des étapes du mécanisme d'accès à l'hébergement ..... 14

BIBLIOGRAPHIE .....73



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## LISTE DES ACRONYMES

| | |
|---|---|
| AVD | Activités de la vie domestique |
| AVQ | Activités de la vie quotidienne |
| CH | Centre hospitalier |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CR | Centre de réadaptation |
| CRDI | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle |
| CRDIAT | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Abitibi-Témiscamingue |
| CRDP | Centre de réadaptation en déficience physique |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CTMSP | Classification par type en milieu de soins et services prolongés |
| Iso-SMAF | Système de mesure d'autonomie fonctionnelle |
| LSSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OÉMC | Outil d'évaluation multiclientèle |
| PALV | Perte d'autonomie liée au vieillissement |
| PI | Plan d'intervention |
| PSI | Plan de services individualisé |
| RI | Ressource intermédiaire |
| RPA | Résidence privée pour ainés |
| RNI | Ressource non institutionnelle |
| RSIPA | Réseau de services intégré pour les personnes âgées |
| RTF | Ressource de type familial |
| SAD | Soutien à domicile |

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## INTRODUCTION

D'importantes transformations se sont opérées dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) au cours de la dernière décennie, notamment le développement de nouveaux types de ressources d'hébergement et l'implantation de la solution informatique du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et des profils de besoins (profils Iso-SMAF). En 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux confère aux centres de santé et de services sociaux (CSSS), nés de la fusion des différentes missions des établissements de santé et services sociaux, le mandat de responsabilité populationnelle et introduit la hiérarchisation des services. De plus, la population vieillissante en Abitibi-Témiscamingue, tout comme dans le reste du Québec, ajoute une pression supplémentaire sur le réseau d'hébergement. La révision et l'arrimage du mécanisme d'accès à l'hébergement et à l'organisation des services sont déterminants afin d'ajuster les services aux besoins de la population en regard des principes d'accessibilité, de continuité et de complémentarité des services à toutes les clientèles. C'est pourquoi une mise à jour du mécanisme d'accès à l'hébergement, lequel remonte à 1998, s'avère justifiée[1].

Dans ce contexte, la révision du mécanisme d'accès à l'hébergement doit permettre :

- l'allégement du système actuel d'évaluation, d'orientation et d'admission à l'hébergement;
- la prise de décision immédiate par les intervenants pour assurer les services de base à la personne;
- le partenariat interétablissements, interprogrammes et avec les organismes communautaires;
- la complémentarité et la continuité des services;
- l'utilisation d'un outil unique d'évaluation des demandes de services de soutien à domicile et d'hébergement;
- l'arrimage des mécanismes d'accès existants sur le territoire;
- une réponse rapide aux besoins de la clientèle.

Ce document présente le résultat de la démarche de révision du mécanisme d'accès à l'hébergement dont les assises reposent sur les orientations ministérielles en lien avec les composantes du RSIPA, tout en prenant en compte les réalités régionales. Il se réfère également aux grands objectifs et principes contenus dans le Cadre de référence pour l'ensemble des mécanismes d'accès, adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue le 20 février 1997, notamment d'assurer l'arrimage entre les programmes-clientèles[2].

C'est en vertu de l'article 355 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) que l'Agence se voit confier la responsabilité de déterminer 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 (CHSLD), des centres de réadaptation (CR), des ressources intermédiaires (RI) rattachées aux établissements et des ressources de type familial (RTF) de sa région. Elle a également pour responsabilité de s'assurer que ces mécanismes d'accès aux services tiennent compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers[3].

1. Régie régionale de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Mécanisme régional d'accès aux services pour les adultes et personnes âgées, Direction* des programmes et services, 20 février 1997.
2 Régie régionale de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Cadre de référence pour l'ensemble des mécanismes d'accès*, Direction des programmes et services, 20 février 1997.
3. Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q, c. S-4.2), dernière modification 28 février 2011, à jour au 1er mars 2011. Les publications du Québec.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# 1. CADRE DE RÉFÉRENCE

Comme mentionnée précédemment, la LSSSS confère aux agences de la santé et des services sociaux le mandat de veiller à la création de mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des différentes ressources d'hébergement de la région. Ce cadre de référence reprend les articles sur les orientations et obligations à tenir compte lors de la conception et la mise en place d'un mécanisme d'accès et définit les principes directeurs, les objectifs, les modalités d'accès et les étapes permettant la détermination de la ressource d'hébergement requise pouvant le mieux répondre à la situation de la personne.

## 1.1 Cadre législatif

Les dispositions prévues par la LSSSS quant à l'élaboration du mécanisme d'accès à l'hébergement ont servi d'assises au présent document. Les articles de loi spécifiques à l'élaboration du mécanisme d'accès sont contenus à l'annexe 1.

## 1.2 Cadre normatif

Tout mécanisme d'accès aux services de santé et services sociaux doit assurer à la personne d'être accueillie et accompagnée dans sa démarche, peu importe l'établissement où elle se présente[4].

Elle pourra alors bénéficier des services qu'elle requiert et être orientée vers la ressource appropriée, sans avoir à reformuler sa demande.

L'admissibilité d'une personne à l'hébergement est examinée seulement lorsque, malgré le soutien de son entourage et des services offerts dans la communauté, le maintien de la personne dans son milieu de vie naturel n'est plus envisageable et compromet la sécurité et l'intégrité de la personne ou de son entourage.

*Principes directeurs*

Les principes directeurs suivants doivent guider la réflexion et l'action, aussi bien dans l'élaboration du mécanisme d'accès que dans son fonctionnement.

- L'équité dans l'accès aux services d'hébergement pour tout usager ayant des besoins équivalents.
- La raison d'être des services est la personne qui les requiert. L'étude de la demande doit donc être centrée sur les besoins de la personne.
- L'accessibilité à un programme de services adapté aux besoins de chaque personne nécessitant un hébergement permanent, et ce, dans les meilleurs délais.
- L'utilisation efficace et efficiente des ressources d'hébergement permanent et correspondant aux besoins évalués des personnes.
- La transparence des critères, règles et procédures utilisés pour l'accès aux différentes ressources d'hébergement.
- La confidentialité dans l'utilisation et la transmission des informations personnalisées concernant la personne.
- L'imputabilité des personnes et des instances impliquées dans le processus d'accès à l'hébergement permanent.

4 Régie régionale de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Cadre de référence pour l'ensemble des mécanismes d'accès,* Direction des programmes et des services, 20 février 1997



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

- Le consensus et la prise de décision sont essentiels dans l'ensemble de la démarche du mécanisme d'accès.
- La neutralité, à l'abri de toute pression externe.
- L'accessibilité géographique aux services d'hébergement, le plus près possible du réseau naturel de l'usager, compte tenu des places disponibles.
- La continuité et la complémentarité font appel à un ensemble d'actions et de services où les intervenants et les organisations coordonnent leurs efforts cliniques et administratifs pour offrir une accessibilité continue à une gamme complète de soins et de services de haute qualité. Le mécanisme d'accès permet l'accessibilité et la continuité des services sans que le demandeur ait à refaire une nouvelle demande.

L'hébergement dans les ressources du réseau sera envisagé lorsque le maintien de la personne dans son milieu de vie naturel n'est plus possible.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 2. OBJECTIFS

*Objectifs généraux :*

- S'assurer que les personnes desservies aient accès aux services que requiert leur état de santé.
- Orienter la personne, de façon optimale, vers la ressource d'hébergement offrant les services pouvant répondre à ses besoins.
- Viser une utilisation optimale de l'ensemble des ressources d'hébergement du territoire.
- Permettre l'arrimage des mécanismes d'accès existants sur le territoire de même que le partenariat interétablissements, interprogrammes et avec les organismes communautaires.

*Objectifs spécifiques :*

- S'assurer que toutes les options de maintien dans le milieu de vie naturel de la personne ont été explorées.
- Uniformiser le processus d'évaluation pour orienter les personnes vers les ressources d'hébergement correspondant à leurs besoins.
- Orienter la personne vers la ressource d'hébergement pouvant le mieux répondre à ses besoins biopsychosociaux.
- S'assurer de l'accessibilité aux services de soutien à domicile et d'hébergement.
- Favoriser l'utilisation optimale des ressources disponibles en respectant l'équité dans l'accès.
- Déterminer l'ordre de priorité des personnes en attente d'hébergement.
- Contribuer au rapatriement de la clientèle hors territoire afin de répondre à la responsabilité populationnelle des CSSS.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 3. CLIENTÈLE VISÉE

La clientèle visée par le présent mécanisme comprend les personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement ou les personnes adultes ayant un profil gériatrique (pluripathologie, pluripharmacologie, fragilité, etc.) pour lequel un changement de situation est observé. Un changement de milieu de vie peut être justifié autant par une condition qui s'est améliorée que par une condition qui s'est détériorée[5].

Caractéristiques des personnes ayant un profil gériatrique :

- Maladies : présence de plusieurs maladies chroniques ou de séquelles de maladies antérieures.
- Incapacités : lourde perte d'autonomie tant au plan fonctionnel qu'au plan cognitif, soit diminution des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou activités de la vie domestique (AVD).
- Médicaments : souvent multiples médications.
- Utilisation de services : plusieurs services par différents intervenants issus de divers établissements. Visites aux urgences ou hospitalisations fréquentes.
- Réseau social : habituellement isolement ou proches aidants présentant des signes d'épuisement.

Le mécanisme d'accès à l'hébergement peut traiter exceptionnellement des demandes d'hébergement pour des adultes présentant des problématiques autres qu'une perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), lorsque toutes les mesures de maintien dans le milieu de vie et de recours possibles aux ressources, identifiées dans les continuums de services spécifiques à ces clientèles, ont été appliquées. Il est essentiel que ces personnes puissent être orientées selon les balises en vigueur (profils de besoins Iso-SMAF) pour des ressources de type CHSLD ou ressources non institutionnelles (RNI). Pour ce faire, une collaboration des partenaires des programmes concernés (santé mentale et autres) est primordiale.

5. Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales, *Mécanisme d'accès à l'hébergement institutionnel et non institutionnel*, Document de travail, 16 mars 2011.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 4. TYPE DE RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

Préalablement à l'hébergement, tout intervenant doit s'assurer que la personne a bénéficié de l'ensemble des mesures possibles offertes par les services de soutien à domicile, soit :

- les soins et services professionnels (médicaux, infirmiers, psychosociaux, etc.) offerts à domicile;
- les services d'aide à domicile (aide domestique, soins d'hygiène, etc.);
- les services aux proches aidants (répit, dépannage, etc.);
- le support technique requis à domicile (équipements, fournitures et aides techniques),

Ces mesures visent le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu.

### 4.1 Ressources de type familial (RTF)

Les RTF se composent de familles d'accueil (pour les enfants en difficulté) et de résidences d'accueil (pour les adultes ou personnes âgées).

L'article 312 de la LSSSS définit les résidences d'accueil comme étant une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence un maximum de 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. La résidence d'accueil est destinée à des personnes pour qui toutes les possibilités de soutien à domicile ont été épuisées.

### 4.2 Ressources intermédiaires (RI)

Les RI sont définies à l'article 302 de la LSSSS comme étant 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 en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien et d'assistance requis par leur condition.

La ressource intermédiaire est destinée à des personnes pour qui le maintien dans le milieu naturel n'est plus envisageable.

À titre indicatif, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) établissait, en 2012, à un minimum de 0,8 % de la population de 65 ans et plus[6], le nombre de lits dressés requis.

6. Ministère de la Santé et des Services sociaux, DGAPA, *Tableau de bord PALV*, section Notes, à jour au 2 mars 2012.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### 4.3 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Depuis juin 2004, les services d'hébergement et de soins de longue durée en Abitibi-Témiscamingue, relèvent des CSSS. Pour assurer ces services, les CSSS doivent, selon l'article 83 de la LSSSS : offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et 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 support de l'entourage.

Le recours aux services d'hébergement et de soins de longue durée est déterminé à partir du portrait biopsychosocial lorsque les services alternatifs à l'hébergement ou l'hébergement dans une ressource dont le niveau d'intensité de services est moins élevé ne peuvent répondre à la situation de la personne.

À titre indicatif, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) établissait, en 2012, à un maximum de 2,8 % de la population de 65 ans et plus[7], le nombre de lits dressés requis.

### 4.4 CHSLD privés non conventionnés

En Abitibi-Témiscamingue, Anishnabe Long Term Care Center est un CHSLD privé non conventionné, soit une entreprise privée ayant un permis du MSSS, mais ne recevant aucune subvention directement de ce dernier[8]. Afin de répondre aux différents besoins de la clientèle du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue, trois lits régionaux sont réservés par l'Agence, par le biais d'une entente. Ces lits sont spécifiquement dédiés à la clientèle autochtone non conventionnée vivant hors réserve (annexe 2).

Les modalités de fonctionnement de cette ressource sont entièrement à la discrétion du CHSLD privé non conventionné, Anishnabe Long Term Care Center.

### 4.5 Ressources d'habitation en partenariat public-privé

Il s'agit de formules d'hébergement visant à diversifier les choix de type d'habitation pour les personnes. En vertu de l'article 108 de la LSSSS, l'établissement public peut conclure une entente avec un organisme ou toute autre personne pour la dispensation, pour le compte de l'établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par des usagers de cet établissement. La ressource dispense les services de gîte, de couvert, d'assistance et d'accompagnement, tout en favorisant le maintien de liens significatifs avec les proches et la communauté. En général, l'établissement y dispense les services professionnels requis par la condition de la personne.

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, DGAPA, Tableau de bord PALV, section Notes, à jour au 2 mars 2012
8. Association des établissements privés conventionnés, *Question et réponses*, en ligne [http://www.acpc.qc.ca/ questions-réponses.php#10] consultées le 18 juin 2012



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### 4.6 Services de psychogériatrie

Les services de psychogériatrie sont définis par le MSSS comme étant des services gériatriques offerts aux personnes âgées ou aux adultes présentant un profil gériatrique qui souffrent de troubles mentaux (troubles de comportement ou de désordres émotionnels)[9].

Le CSSS des Aurores-Boréales s'est vu confier un mandat régional en ce qui a trait à l'unité spécifique en psychogériatrie. Cette unité, située au CHSLD de Macamic, est accessible à l'ensemble de la clientèle de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle offre un milieu de vie le plus normalisant possible qui permet d'optimiser le fonctionnement des personnes avec déficits cognitifs et de retarder le plus possible la dégradation de leur état, de favoriser l'orientation à la réalité par des interrelations stables, significatives et prévisibles. Le service permet aussi de favoriser les contacts avec d'autres usagers et de prévenir l'isolement par une intégration, chaque fois que c'est possible, à des activités spéciales.

Cette unité regroupe douze lits, dont un nombre réservé par territoire de CSSS. Une diminution d'agressivité et un retour à un comportement plus paisible ou une perte de capacité importante sont les éléments justifiant le retour au territoire d'origine (annexe 3).

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La psychogériatrie, Éléments de réflexion,* Direction générale de la santé, Service de la coordination des ressources, mai 1987, p.46.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 5. RESPONSABILITÉS DES DIVERSES INSTANCES

### 5.1 Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

L'Agence a comme mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population.

L'article 355 de la LSSSS stipule que l'Agence détermine les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des CHSLD, des CR d'une classe indiquée à ce règlement, des RI rattachées aux établissements et des RTF de sa région.

Elle favorise la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaires pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers (article 354).

De plus, l'Agence :

- assure la coordination régionale du mécanisme d'accès;
- identifie les établissements publics de la région pouvant recourir aux services de RI et de RTF et qui doivent assurer le suivi professionnel des usagers confié à ces ressources (article 304);
- précise les critères de reconnaissance des RI et des RTF, les reconnaît et maintient un fichier des ressources reconnues par type de clientèle (article 304);
- approuve les critères d'accès aux services établis par les établissements en application de l'article 355, notamment pour l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert des usagers (article 356);
- s'assure de la mise en place du fonctionnement des mécanismes de concertation entre les établissements et leurs RI (article 304);
- examine, sur demande de toute personne responsable d'une RI, une décision que l'établissement public auquel la ressource est rattachée a prise pour mettre fin à une mésentente les concernant (article 307).

### 5.2 Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire local. En Abitibi-Témiscamingue, les CSSS sont composés de la fusion d'au moins un centre hospitalier (CH), d'un CHSLD et d'au moins un centre local de services communautaires (CLSC). Chaque territoire de la région a son propre CSSS, soit le CSSS des Aurores-Boréales, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi, le CSSS de Rouyn-Noranda, le CSSS du Témiscamingue et le CSSS de la Vallée-de-l'Or.

En vertu de la LSSSS, les fonctions des CSSS sont d'assurer la prestation des services de santé et de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de population (article 100).

Selon l'article 101 de la LSSSS, le CSSS a pour responsabilités de :

- recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;
- dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services;



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

- veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir et diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

L'article 356 de la LSSSS stipule que les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services établi 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 transferts de ces derniers.

### 5.3 Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)

La LSSSS spécifie que le mandat d'un CRDP ou d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage.

En Abitibi-Témiscamingue, le Centre de réadaptation La Maison est l'établissement mandaté pour la clientèle présentant une déficience physique (auditive, du langage et de la parole, motrice ou visuelle).

### 5.4 Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue (CRDIAT) Clair Foyer est un centre régional qui a pour mission d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

Au plan régional, la gestion des RTF est assurée par le CRDIAT Clair Foyer. Le mandat, qui lui a été confié par l'Agence en 1993, comprend la gestion des budgets, la supervision des intervenants aux ressources, le recrutement, l'évaluation, le suivi et le paiement des RTF. De plus, en conformité avec les mécanismes d'accès régissant l'accès aux RTF, le CRDIAT Clair Foyer a la responsabilité d'établir l'éligibilité des usagers et d'effectuer les pairages appropriés[10].

10. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Réseau de services : centre de réadaptation [*http://www.santé-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/cr_clair foyer.html], consulté le 18 juin 2012.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 6. RESPONSABILITÉS DES ACTEURS ASSURANT L'APPLICATION ET LA COORDINATION DU MÉCANISME D'ACCÈS

### 6.1. Coordonnateur local

La coordination locale des admissions est assurée par l'instance locale, soit le CSSS. La personne attitrée à ce travail a pour responsabilités :

- de s'assurer de l'application du mécanisme d'accès aux services d'hébergement et, plus particulièrement, de la procédure permettant l'étude et l'analyse des demandes;
- d'assurer les activités pour les transferts et les demandes intra et interrégionales;
- de procéder à l'étude et à l'orientation des demandes d'hébergement pour les situations pouvant être clairement établies à partir des profils de besoins et des balises reconnues régionalement et de faire entériner l'orientation par les instances décisionnelles locales;
- de s'assurer du suivi des demandes d'hébergement;
- d'acheminer à l'Agence toutes les informations requises au suivi et à la gestion des demandes d'hébergement;
- de produire les données requises sur le traitement des demandes d'hébergement pour leur informatisation dans le système d'information sur la coordination des admissions (IMAGES) (annexe 4);
- de s'assurer de la qualité des données produites sur le traitement et le suivi des demandes d'hébergement.

### 6.2. Comité local de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement

Le comité de coordination local devrait idéalement être composé d'un médecin, d'un infirmier, d'un intervenant social et de la personne responsable de la coordination locale des admissions. De manière particulière, seront invités un ou des professionnels de la réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) ou établissements du réseau pour l'étude de demandes d'hébergement qui nécessitent des expertises relevant de leur champ de compétences. Lorsque des dossiers d'usagers provenant d'un autre programme-service que PALV sont présentés, un représentant du programme-service concerné doit se joindre au comité afin d'apporter l'expertise nécessaire à l'étude de la demande d'hébergement.

Le rôle principal du comité est d'analyser la situation de la personne à partir des évaluations professionnelles et médicales afin d'orienter cette dernière vers le milieu de vie répondant le mieux à ses besoins, et ce, en fonction des ressources disponibles sur le territoire. La détermination de l'orientation ne peut s'appuyer uniquement sur le profil de besoins Iso-SMAF, **le jugement professionnel doit toujours s'exercer afin de tenir compte de l'ensemble de la situation de la personne et de ses proches.**

Selon les modalités locales, le comité pourrait aussi agir uniquement lorsque des situations de demandes d'hébergement sont complexes. Les autres situations seront alors traitées par le coordonnateur local.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les principales fonctions du comité de coordination local sont :

- d'analyser les services requis à partir des documents exigés lors d'une demande d'hébergement;
- de faire des recommandations visant à maintenir le plus possible l'autonomie de l'usager;
- d'identifier la ressource offrant les services pouvant le mieux répondre aux besoins de la personne et de l'orienter vers cette ressource en respectant le mécanisme d'accès à ce type de milieu établi et accepté par l'Agence;
- de déterminer un ordre de priorité par catégorie de ressources pour le territoire;
- de constituer et tenir à jour la liste d'attente;
- d'étudier les demandes en provenance du territoire, d'un autre territoire ou d'une autre région;
- d'acheminer toute décision, prise antérieurement par le comité local de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement, contestée par la personne, sa famille ou un professionnel d'un établissement, l'instance territoriale pour le règlement des litiges;
- de voir à l'exécution des décisions de l'instance territoriale concernant les situations de litige;
- de participer à l'élaboration de règles et procédures de fonctionnement territorial et les acheminer à l'Agence;
- d'agir à titre consultatif.

### 6.3. Coordonnateur régional

La coordination régionale du mécanisme d'accès à l'hébergement est assurée par un professionnel de l'Agence.

Les activités relevant de la coordination régionale sont les suivantes :

- de s'assurer de la mise en place et de l'application du mécanisme d'accès tel que déterminé;
- de voir à la régulation régionale en conseillant les coordinations locales;
- de fournir les informations statistiques requises au MSSS et à la coordination locale;
- de rendre disponibles les informations contenues dans le système régional sur les activités en lien avec les orientations, admissions, transferts;
- de s'assurer de la qualité des données produites au MSSS sur les listes d'attente et délais d'attente;
- d'acheminer les demandes, dûment complétées, en provenance d'autres régions ou dirigées vers une autre région.

### 6.4. Comité régional de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement

La table régionale des coordonnateurs locaux et de la coordinatrice régionale permet d'assurer une cohésion et une uniformité régionale, de faire le point sur le fonctionnement du système, de proposer les adaptations nécessaires et d'identifier des besoins communs de formation.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 7. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU MÉCANISME D'ACCÈS

Le processus de détermination de la ressource d'hébergement offrant les services requis par la condition de l'usager (figure 1) comprend les étapes suivantes :

- l'accueil de la demande et l'accompagnement;
- l'évaluation de la demande de la personne ou son représentant;
- les critères d'accès aux ressources d'hébergement;
- les critères de priorisation;
- la liste d'attente.

Pour des fins de compréhension, chaque étape est décrite dans les sections suivantes.

### 7.1. Accueil de la demande

Les services de première ligne sont la porte d'entrée aux personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie requérant des services de santé et des services sociaux.

L'accueil de la personne ou son représentant doit être assuré par tous les établissements conformément au cadre de référence pour l'ensemble des mécanismes d'accès. Chacun des établissements du réseau doit recueillir les informations requises permettant l'orientation et la référence de la personne vers les services de première ligne. Pour ce faire, chacun des établissements doit disposer d'une procédure d'accueil et d'accompagnement pour recevoir la demande de la personne ou son représentant. Cette procédure évite à la personne ou son représentant de reformuler la demande à plusieurs reprises.

La personne qui amorce la demande peut être la personne elle-même, son représentant, un intervenant en lien avec la personne, ses proches ou un médecin.

### 7.2. Évaluation de la demande

En se référant au principe que l'hébergement dans les ressources du réseau doit être envisagé en dernier recours, les membres du comité de coordination local doivent s'assurer que **toutes les options de maintien dans le milieu de vie (domicile, résidence privée pour aînés) de la personne ont été envisagées avant d'évaluer une demande d'hébergement.**

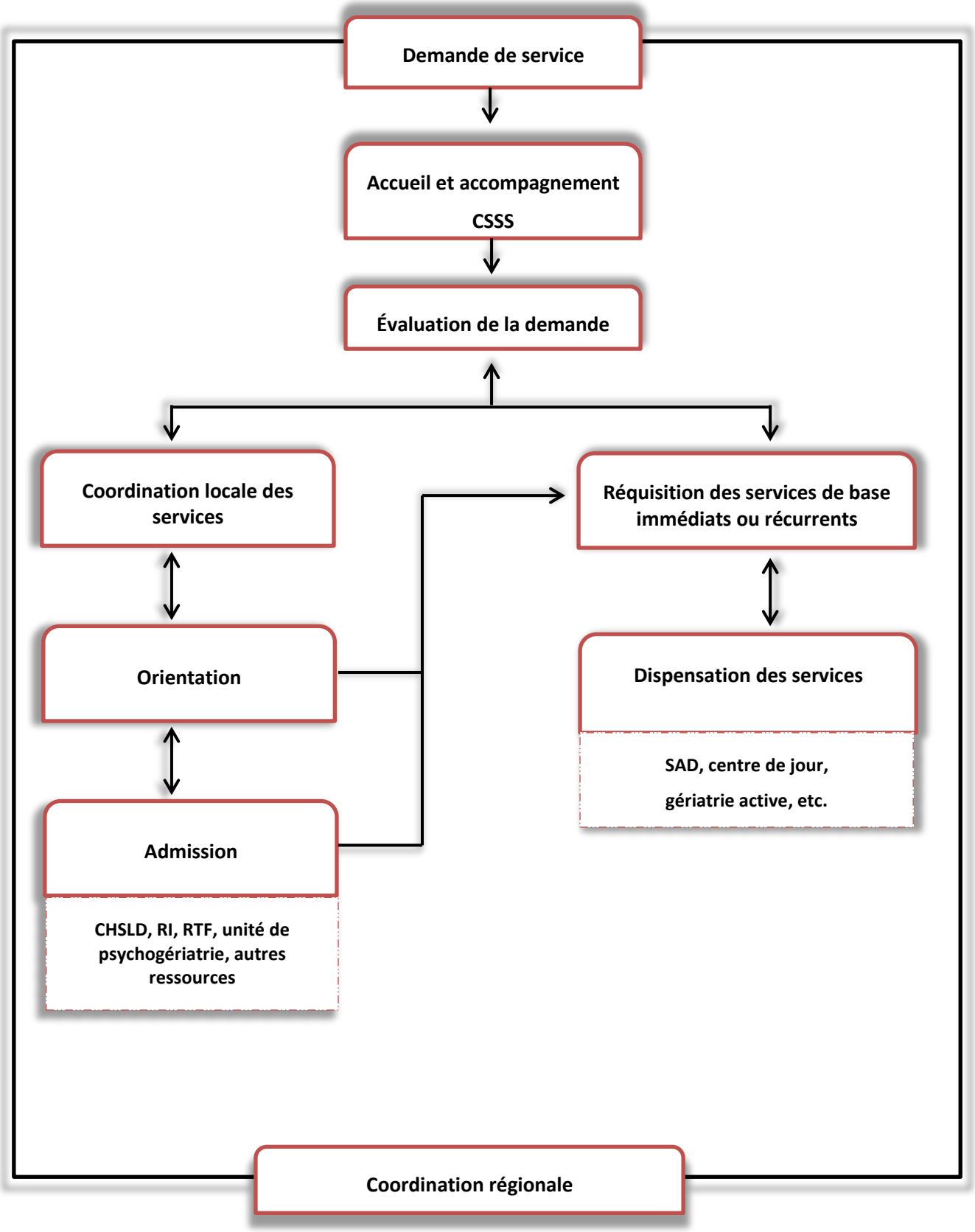
L'OÉMC est l'outil de référence pour évaluer l'autonomie d'une personne. L'évaluation de l'autonomie permet d'identifier les besoins biopsychosociaux de l'usager afin de l'orienter vers des services de santé ou de réadaptation visant soit son maintien, son retour à domicile ou vers des services d'hébergement.

L'évaluateur s'assure que **la condition de la personne est stable** avant de procéder à l'évaluation de la situation biopsychosociale de la personne. Les documents sont acheminés au coordonnateur local du comité de coordination local à des fins de validation.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

**Figure 1 Modélisation des étapes du mécanisme d'accès à l'hébergement**






Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Le comité de coordination local prend en considération le besoin de surveillance, la capacité du milieu, l'engagement volontaire manifesté par les proches aidants, les ressources disponibles et les situations d'urgence.

Les documents obligatoires pour procéder à l'évaluation d'une demande d'hébergement sont :

- **L'OÉMC :** Lors d'une demande d'hébergement, une évaluation récente et complète qui reflète l'état actuel de la personne doit être effectuée à l'aide de l'OÉMC. L'outil doit être complété par l'intervenant désigné en collaboration avec le client ou son représentant lorsque **l'état du client est stable** et selon les balises d'utilisation de l'OÉMC.[11]

- **Le profil de besoins Iso-SMAF :** Le profil de besoins Iso-SMAF définit des groupes de personnes ayant un profil d'incapacité semblable et qui nécessitent, dans l'ensemble, des services similaires. Il s'agit d'un système de gestion qui est **un outil d'aide à la prise de décision, mais qui ne doit pas se substituer au jugement clinique des intervenants impliqués dans l'évaluation et l'orientation (annexe 5)**.

- **L'évaluation Classification par type en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) :** Une évaluation médicale récente est requise pour toute problématique physique ou mentale.

- **L'Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier :** Elle doit être dûment signée par la personne elle-même ou son représentant et être incluse lors d'une demande d'hébergement. En cette matière, l'intervenant doit suivre la politique interne de son établissement et les lois en vigueur (annexe 6).

Les documents complémentaires pouvant être utiles pour procéder à l'évaluation d'une demande d'hébergement sont :

- **Le plan d'intervention (PI) ou le plan de services individualisés (PSI) :** Le PI et le PSI sont des instruments cliniques faisant partie du dossier de la personne. Ils impliquent la participation active de la personne ou de son représentant, d'autres intervenants (le cas échéant) et de proches aidants, s'il y a lieu. Il permet l'intégration des services sur le plan clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires.

- **Les évaluations complémentaires :** Toute autre évaluation complémentaire susceptible d'éclairer la prise de décision d'orientation ou la priorisation doit être incluse lors d'une demande d'hébergement.

### 7.3. Critères d'accès aux ressources d'hébergement

Lorsque le milieu de vie de la personne n'est plus envisageable, le choix d'une ressource d'hébergement s'établit en fonction des orientations provinciales et régionales qui déterminent les critères d'accès. La ressource la plus légère doit toujours être envisagée en premier lieu lors d'une orientation. Il importe que la personne reçoive les services que requiert son état. En ce qui concerne les critères d'admission, l'article 356 de la LSSSS indique que les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services 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 transferts de ces derniers.

11 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Lignes directrices concernant l'utilisation de l'évaluation globale (OÉMC) ou du SMAF seul.* Direction des personnes âgées en perte d'autonomie. 21 septembre 2011

En se basant sur les meilleures pratiques et la recherche, notamment menée par l'Estrie et la Montérégie, ainsi que sur les travaux du MSSS[12], le profil de besoins Iso-SMAF est un des outils pouvant servir à la prise de décision. Il informe sur les besoins de la personne et permet d'orienter dans le milieu de vie le plus adéquat. **Il ne doit toutefois pas se substituer au jugement clinique des intervenants impliqués dans l'évaluation et l'orientation.** Pour des situations particulières, certains éléments doivent être considérés lors de l'orientation dans une ressource d'hébergement, notamment la vitesse d'évolution de la maladie, l'espérance de vie et les équipements requis.

- L'accès à la résidence d'accueil est en général réservé aux clients présentant suffisamment d'autonomie fonctionnelle, mais qui, malgré des services de soutien à domicile, ne peuvent demeurer dans leur milieu naturel. En région, le CRDIAT Clair Foyer est responsable de la gestion, l'évaluation et de l'encadrement professionnel des RTF. La clientèle visée pour ce type de ressources comprend les personnes dont le profil Iso-SMAF peut varier de 4 à 9 selon la capacité d'accueil de la ressource.
- L'accès à la RI est destiné aux clients ayant besoin de services d'encadrement, de soutien et d'assistance dont l'intensité est supérieure à ce que le milieu naturel peut assurer. Les critères d'accès à une RI sont en fonction de la reconnaissance par l'Agence du type d'organisation résidentielle, de la durée et du niveau des services de soutien et d'assistance à être assumés par la ressource. Pour ce type de ressources, le profil Iso-SMAF peut varier de 5 à 11.
- L'accès au CHSLD est réservé à la clientèle ayant besoin de soins, d'encadrement, de soutien et d'assistance de grande intensité. Les disponibilités en CHSLD sont autant que possible affectées aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Par contre, les places peuvent aussi être occupées par toute classe de clientèle adulte dont les besoins correspondent aux services offerts en CHSLD. La clientèle visée par ce type de ressources comprend les personnes dont le profil Iso-SMAF varie de 9 à 14.

  Les admissions doivent s'effectuer sept jours par semaine et dans un délai maximal de quarante-huit heures, sauf lors de situations exceptionnelles.

### 7.4. Critères de priorisation

Les critères permettant de guider la priorisation des personnes en attente d'hébergement tiennent compte des risques encourus, de l'urgence de la situation, de l'ampleur des soins et services requis et du délai d'attente. Le jugement clinique des évaluateurs de la demande d'hébergement est prioritaire.

- L'urgence de la situation :
  - l'absence ou l'insuffisance de ressources;
  - l'incapacité de la ressource à répondre aux besoins de la personne;
  - la surveillance continue;
  - l'épuisement de l'entourage;
  - les situations d'abus, de négligence et de violence;
  - des conditions de vie constituant un danger pour la sécurité physique ou psychologique de la personne ou de son entourage.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Unité de coordination de la trajectoire des clientèles gériatriques, *Balises concernant les admissions en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Document de travail, 11 mai 2011.

- Les soins et les services requis :
  - l'intensité de soins et services requis;
  - les risques encourus;
  - la détérioration de l'état de santé;
  - les situations d'abus, de négligence et de violence.
- Le délai d'attente depuis la date d'orientation :
  - l'ancienneté de la demande.

Plus spécifiquement :

Priorité A - Urgence élevée pour la personne ou son milieu : La priorité A est accordée à une personne ayant une incapacité physique ou mentale permanente de satisfaire de façon totale ses besoins primaires. L'incapacité ne peut être compensée par le milieu ou les proches. L'admission doit se faire dans les plus brefs délais. La personne demeure à domicile, en résidence privée pour aînés, en RTF ou en RI. Exceptionnellement, la personne peut se trouver en CH et présenter un danger de risque très élevé pour la clientèle de cet établissement.

Cette cote de priorité peut être attribuée à des usagers en fin de soins actifs qui attendent une admission dans une ressource d'hébergement lorsque les cibles de l'entente de gestion sont dépassées (trois personnes et moins en attente d'une place en CHSLD et trois personnes et moins en attente d'une place en RNI). La fin des soins actifs représente le moment ou les soins et les services requis par la condition de l'usager pourraient être dispensés ailleurs qu'en centre hospitalier.

Priorité B – Urgence modérée pour la personne ou son milieu : La priorité B est accordée à une personne ayant une incapacité physique ou mentale permanente de satisfaire de façon partielle ses besoins primaires. L'incapacité peut être compensée par les ressources du milieu de façon temporaire puisque ces dernières sont en voie d'épuisement. Une admission à court terme doit être envisagée. La personne demeure à domicile, en résidence privée pour aînés (RPA), en RTF ou en RI.

Priorité C – Peu urgente : La priorité C est accordée à une personne ayant une incapacité physique ou mentale permanente de satisfaire de façon partielle ses besoins primaires. L'incapacité peut être compensée par les ressources du milieu pour un certain temps. La personne présente une probabilité élevée de détérioration de son état à moyen terme. À ce moment, les ressources du milieu ne pourront plus compenser ses incapacités. La priorité C fait aussi référence à un usager en fin de soins actifs qui attend une admission dans une ressource d'hébergement.

### 7.5. Liste d'attente

Les CSSS tiennent à jour la liste d'attente pour les ressources d'hébergement et sont responsables de s'assurer que les services aux usagers en attente d'hébergement permanent sont rendus disponibles, lorsque requis, durant toute la période d'attente, compte tenu de leurs ressources, tout en s'assurant du maintien du potentiel résiduel de ces personnes.

Les CSSS s'assurent de la mise à jour ou de la réévaluation du dossier de l'usager si la situation de celui-ci s'est modifiée et peut influencer l'orientation et la priorisation retenues ou lorsque l'évaluation excède un an. **Une demande d'hébergement dont l'attente atteint un an devient une priorité A ou B, que ce soit une demande de la région ou à l'extérieur de la région.**



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### 7.6. Fermeture d'une demande d'hébergement

La fermeture d'une demande d'hébergement a lieu lorsque :

- l'usager retire sa demande d'hébergement permanent;
- l'usager décède;
- l'usager refuse une admission en hébergement permanent, dans la ressource correspondant à ses besoins. Si le refus s'exerce dans des circonstances exceptionnelles, la demande peut être maintenue active selon l'opinion du CSSS.

Lors de la demande de réouverture d'un dossier de demande d'hébergement permanent, une réévaluation complète des besoins de l'usager doit être effectuée.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 8. PROCESSUS DE TRANSFERT

### 8.1. Intrarégional

Le CSSS offrant des services à une personne, pour laquelle un transfert vers un autre CSSS de la région est demandé, procède à l'évaluation de l'autonomie de la personne et complète la demande d'hébergement. Le dossier est par la suite acheminé au coordonnateur local du CSSS visé par le transfert, et ce, à des fins d'orientation.

Les principes directeurs à respecter sont les suivants :

1. Toute demande d'hébergement dans la région doit être traitée sur un pied d'égalité, sans égard au territoire de provenance de la demande ou de l'usager.
2. Le CSSS qui reçoit la demande détermine lui-même l'admissibilité et, le cas échéant, l'orientation de l'usager dans la ressource appropriée à ses besoins.
3. La décision de l'orientation doit être rendue et communiquée au demandeur dans les meilleurs délais, idéalement sept jours suivant la tenue de la rencontre du comité local de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement.
4. Toute nouvelle information concernant l'usager doit être communiquée au CSSS qui la reçoit.

### 8.2. Interrégional

Le CSSS transmet toute demande d'hébergement hors région à la personne responsable de la coordination régionale des admissions, laquelle s'assure de l'envoi de la documentation complète à la personne responsable de la réception, l'étude et l'analyse des demandes d'hébergement pour la région ciblée. La responsable de la coordination régionale des admissions est également responsable du suivi des demandes d'hébergement en provenance d'autres régions.

Les principes directeurs suivants ont été adoptés par le comité de gestion du réseau, le 30 mai 2006[13] :

1. Toute demande d'hébergement à un CSSS d'une région doit être traitée sur un pied d'égalité, sans égard à la région de provenance de la demande ou de l'usager.
2. Le CSSS qui reçoit la demande détermine lui-même l'admissibilité et, le cas échéant, l'orientation de l'usager dans la ressource appropriée à ses besoins.
3. La décision de l'orientation doit être rendue et communiquée au demandeur dans les meilleurs délais, mais sans dépasser quatre semaines.
4. La priorité des admissions doit notamment être basée sur des notions d'urgence sociale ou clinique.
5. Les régions et leurs CSSS doivent mettre en place un mécanisme régulier de suivi des demandes afin de procéder, lorsque cela est possible, à des échanges de places lorsqu'il y a coïncidence de certaines demandes.
6. Un usager en attente d'une place d'hébergement dans un lit de courte durée d'un CH d'une autre région doit être pris en charge dans les meilleurs délais par son CSSS d'origine.

13. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, bureau de la sous-ministre adjointe, *Demandes d'hébergement interrégionales, Principes directeurs*, 30 mai 2006.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

7. Toutefois, si l'usager occupe un lit de courte durée en attente d'hébergement dans un CH et demande une place dans une autre région que sa région d'origine, il doit être pris en charge dans les meilleurs délais par son CSSS d'origine pendant la durée de l'attente.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 9. TRAITEMENT DES LITIGES ET PLAINTES

Conformément à la LSSSS, l'usager ou son représentant peut contester toute décision du comité local de coordination du mécanisme d'accès à l'hébergement. La personne peut bénéficier de l'assistance d'un organisme communautaire ou du centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, pour formuler sa réquisition.

Découlant des responsabilités confiées à l'Agence par la LSSSS, chaque CSSS est responsable de mettre en place une procédure formelle pour assurer le règlement de litiges concernant toute problématique reliée à l'accès aux services d'hébergement. La procédure doit s'appliquer à toute demande d'hébergement qui ne répond pas aux critères d'admissibilité des différents programmes des CSSS. La collaboration de tous les partenaires impliqués est essentielle afin de régler les litiges reliés à l'accès aux services d'hébergement. Les directions des CSSS ont la responsabilité de rendre une décision. Tout au long du processus, la personne ou ses représentants doivent être impliqués dans la démarche. L'Agence intervient lorsqu'il n'y a plus d'entente possible.

### 9.1 Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement

Toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir ou qui requiert des services d'un établissement ou son représentant au sens de l'article 12 de la LSSSS, ainsi qu'un héritier ou un représentant légal peut porter plainte auprès du commissaire local. Selon la procédure d'examen des plaintes de l'établissement, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services reçoit et examine les plaintes mettant en cause la prestation des services offerts par le personnel impliqué auprès de la personne concernée par la demande d'hébergement. S'il y a lieu, le commissaire local peut formuler, à l'instance concernée de l'établissement, une ou plusieurs recommandations pour que les services offerts ou ceux que requiert l'usager respectent ses droits. En cas d'insatisfaction ou de désaccord avec les conclusions du commissaire local, l'usager peut s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance pour l'examen de sa plainte.

### 9.2 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'Agence

Toute personne physique peut directement porter plainte relativement à l'exercice d'une fonction ou activité de l'Agence qui l'affecte personnellement ou aurait dû recevoir des établissements dans le cadre du présent règlement au sens de l'article 60 de la LSSSS. Selon la procédure d'examen des plaintes de l'Agence, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services reçoit et examine les plaintes mettant en cause les modalités relatives à la création des mécanismes et critères d'accès aux services des CHSLD, des RI et RTF, conformément à l'article 355 de la LSSSS. S'il y a lieu, le commissaire régional peut formuler, à l'instance concernée de l'Agence, une ou plusieurs recommandations pour que les modalités et critères d'accès prévus au mécanisme de coordination adopté par l'Agence respectent les droits des personnes. En cas d'insatisfaction ou de désaccord avec les conclusions du commissaire régional, la personne peut s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance pour demander l'examen de sa plainte.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## 10. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Compte tenu des aspects légaux relatifs à la protection du dossier de l'usager et dans le but de préserver la confidentialité des informations qui y sont contenues, le mécanisme d'accès aux services d'hébergement prévoit les dispositions suivantes :

- Le CSSS est responsable de la protection des renseignements contenus au dossier de l'usager dès la réception de ce dossier.
- Les documents originaux du dossier d'évaluation de l'usager doivent être conservés par l'établissement d'origine.
- Tout au long du processus relié à la demande d'hébergement de l'usager, le dossier d'évaluation de ce dernier est sous la responsabilité de la coordination locale des admissions jusqu'au moment de l'entrée.

## 11. DEMANDES D'HÉBERGEMENT PROVENANT D'UN COUPLE

Dans l'objectif de respecter les liens intimes unissant les couples de personnes âgées, d'offrir un hébergement le plus près possible du lieu de résidence du conjoint et de gérer les ressources d'hébergement de façon optimale en fonction des besoins spécifiques de la clientèle en perte d'autonomie, l'Agence détermine les modalités suivantes (inspirées du document du CSSS de la Vallée-de-l'Or)[14] :

1. Les services sont octroyés en fonction des besoins spécifiques de chaque personne du couple et des liens qui unissent le couple.
2. Le personnel respecte la confidentialité pour chaque membre du couple.
3. Si les deux conjoints ont besoin du même type de ressources d'hébergement, la même priorité sera attribuée aux deux demandes, soit la plus élevée des deux.
4. Lorsque les deux conjoints ont besoin de la même catégorie de ressources d'hébergement, l'admission dans le même site sera favorisée.
5. Pour un couple hébergé dans un même site, le partage de lieux intimes, si tel est le souhait exprimé, sera permis lorsque possible.
6. Si une ressource permet la cohabitation de différents types de ressources d'hébergement (RTF, RI, RNI, CHLSD), ce mode de cohabitation sera privilégié.

14. CSSS de la Vallée-de-l'Or, *Philosophie de coup*le. Document de travail, 20 mars 2012



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# ANNEXE 1

## Documents législatifs

## Loi sur les services de santé et les services sociaux

### Objet de la loi

**Art. 2** 2° « Favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être; »

4° « Rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social; »

6° « Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes; »

7° « Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec; »

8° « Favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services; »

**Art. 3** Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1° « La raison d'être des services est la personne qui les requiert; »

2° « Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit; »

3° « L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité; »

4° « L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant; »

5° « L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

**Art. 4** « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. »

**Art. 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. »

**Art. 6** « Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne. »

**Art. 7** « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsqu'une demande lui est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. »

**Art. 8** « Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant. »

**Art. 9** « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévue aux articles 10 et suivant du Code civil. »

**Art. 10** « Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »

**Art. 11** « Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement. »

**Art. 12** « Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Sont présumées être des représentants, les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

1° le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;

2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;

3° la personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude;

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

**Art. 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. »

**Art. 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° de l'article 505. »

**Art. 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. »

**Art. 19** « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. »

**Art. 33** « Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. »

**Art. 34** « La procédure d'examen des plaintes doit permettre à l'usager de formuler une plainte écrite ou verbale auprès du commissaire local sur les services de santé ou les services sociaux qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert de l'établissement, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ou de tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt, notamment par entente visée à l'article 108 ou 108.1, pour la prestation de ces services, sauf s'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, qui exerce sa profession au sein d'un tel organisme, d'une telle société ou d'une telle personne. »

**Art. 60** Peut directement formuler une plainte à l'agence :

1° Toute personne qui utilise les services d'un organisme communautaire visé à l'article 334 ou celle qui est hébergée dans une résidence privée d'hébergement ou par un organisme communautaire visés à l'article 454, par une ressource offrant de l'hébergement, visée à l'article 346.0.21 ou dans une résidence pour personnes âgées, visée à l'article 346.0.1, relativement aux services qu'elle a reçus ou aurait dû recevoir de l'organisme, de la résidence ou de la ressource;

2° (paragraphe abrogé);



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

3° Toute personne physique relativement à l'exercice d'une fonction ou d'une activité de l'agence qui l'affecte personnellement parce qu'elle reçoit ou aurait dû recevoir des services offerts par les établissements, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, les organismes communautaires, les résidences privées d'hébergement ou les organismes communautaires visés à l'article 454, les ressources offrant de l'hébergement, visées à l'article 346.0.21 ou les résidences pour personnes âgées visées à l'article 346.0.1;

4° Toute personne physique relativement à tout service d'aide à la clientèle, dont la prestation est assurée par l'agence elle-même dans le cadre de ses fonctions à l'égard de la population et des droits des usagers;

**Art. 66** Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui dans le cadre de la présente section et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

1° Il applique la procédure d'examen des plaintes établie par règlement du conseil d'administration dans le respect des droits des personnes; au besoin, il recommande au conseil d'administration toute mesure susceptible d'en améliorer le traitement, y compris la révision de la procédure;

2° Il assure la promotion de l'indépendance de son rôle à l'agence ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes et assure également la publication de la procédure visée à l'article 62 pour la population de la région;

3° Il prête assistance ou s'assure que soit prêtée assistance à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou, pour toute démarche relative à sa plainte; il l'informe de la possibilité pour elle d'être assistée et accompagnée par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en application des dispositions de l'article 76.6; il fournit enfin tout renseignement demandé sur l'application de la procédure d'examen des plaintes de l'agence ainsi que sur les autres recours prévus au présent chapitre et l'informe de la protection que la loi reconnaît à toute personne qui collabore à l'examen d'une plainte en application de l'article 76.2;

4° À la réception d'une plainte, il l'examine avec diligence;

5° En cours d'examen, lorsque les procédés ou la conduite d'un membre du personnel soulèvent des questions d'ordre disciplinaire, il en saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'agence ou, selon le cas, la plus haute autorité de la ressource, de l'organisme ou de la société ou encore la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte ou d'une intervention, pour étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées, s'il y a lieu; il peut également formuler une recommandation à cet effet dans ses conclusions;

6° Au plus tard dans les 45 jours, suivant la réception de la plainte, il informe le plaignant des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations au conseil d'administration de même qu'à la direction ou au responsable des services en cause de l'Agence ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité de la ressource, de l'organisme ou de la société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte, et indique les modalités du recours que le plaignant peut exercer auprès du Protecteur des usagers; il communique, par la même occasion, ces

mêmes conclusions motivées au conseil d'administration de même qu'à la direction ou au responsable des services en cause de l'agence ainsi qu'à la plus haute autorité concernée, le cas échéant. Si la plainte est écrite, il transmet ces informations par écrit;

7° Il intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés; il fait alors rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable d'un service de l'agence ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services concernés et peut leur recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;

8° Il donne son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé en application de l'article 407 ou 412.1 ainsi que toute direction, tout département ou autre conseil ou comité de l'agence;

9° Il dresse, au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ses activités, accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction de la clientèle et favoriser le respect de ses droits;

10° Il s'assure que chaque conseil d'administration de tout établissement de la région produise et transmette à l'agence le rapport visé à l'article 76.10;

11° Il prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.12, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités ainsi que l'ensemble des rapports visé à l'article 76.10;

12° (paragraphe abrogé)

**Art. 76.7** Un organisme communautaire mandaté en vertu de l'article 76.6 a pour fonctions, sur demande, d'assister l'usager dans toute démarche qu'il entreprend en vue de porter plainte auprès d'un établissement, d'une Agence ou du Protecteur des usagers et de l'accompagner pendant la durée du recours, y compris lorsque la plainte est acheminée vers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement. Il informe l'usager sur le fonctionnement du régime de plaintes, l'aide à clarifier l'objet de la plainte, la rédige au besoin, l'assiste et l'accompagne, sur demande, à chaque étape du recours, facilite la conciliation avec toute instance concernée et contribue, par le soutien qu'il assure, à la satisfaction de l'usager ainsi qu'au respect de ses droits.

**Art. 83** « La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et 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.

**Art. 100** Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

**Art.101** L'établissement doit notamment :

1° Recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;

2° Dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lesquels il a conclu une entente de services visée à l'article 108;

3° Veiller à ce que les services qu'il dispense soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;

4° Diriger les personnes, à qui il ne peut dispenser certains services, vers un autre établissement, organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

**Art. 102** Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.

**Art. 103** Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

**Art. 104** Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que le prévoit l'article 10.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

**Art. 105** L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles.

L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de l'agence.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. »



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

**Art. 108** Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes :

1° l'administration, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;

2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

**Art. 302** Est une ressource intermédiaire, 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 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.

**Art. 304** En outre d'établir, pour sa région, les modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires, l'agence doit :

1° préciser les critères de reconnaissance des ressources intermédiaires, les reconnaître et maintenir un fichier des ressources reconnues par type de clientèle;

2° identifier les établissements publics de sa région qui peuvent recourir aux services de ressources intermédiaires et qui doivent assurer le suivi professionnel des usagers confiés à ces ressources;

3° (paragraphe abrogé);

4° s'assurer de la mise en place et du fonctionnement des mécanismes de concertation entre les établissements et leurs ressources intermédiaires, notamment pour l'application des dispositions d'une entente collective conclue en vertu de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2) ou en vertu de l'article 303.1, selon le cas.

**Art. 307** Toute personne responsable d'une ressource intermédiaire peut demander à l'agence d'examiner une décision que l'établissement public auquel la ressource est rattachée a prise pour mettre fin à une mésentente les concernant.

**Art. 310** « Un établissement public identifié par l'agence peut recourir aux services d'une ressource de type familial aux fins de placement d'adultes ou de personnes âgées. »

**Art. 312** 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.

**Art. 340** L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

À cette fin, l'agence a pour objet :

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

1.1 de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

5.1 d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

7.1 d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services pré hospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

7.2 d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

7.3 de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

7.4 de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

7.5 de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;

7.6 de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

7.7 de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;

7.8 de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;

8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

**Art. 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.

**Art. 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. »

**Art. 356** « Les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services établi 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. Le ministre peut toutefois exiger qu'un établissement, compte tenu de sa vocation particulière, les lui soumette directement pour son approbation. Le ministre prend alors l'avis de l'agence. »

**Art. 358** « L'agence s'assure que les établissements de la région exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers et que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial se développent en harmonie avec la capacité d'accueil de la population concernée. »

5° Toute personne physique qui requiert ou utilise des services d'un organisme, d'une société ou d'une personne, dont les services ou les activités sont reliés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lequel une entente de services aux fins de leur prestation a été conclue par l'agence et qui ne peut autrement se prévaloir auprès d'un établissement du recours prévu à la section I, sauf s'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, qui exerce sa profession au sein d'un tel organisme, d'une telle société ou d'une telle personne.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

**CODE CIVIL DU QUÉBEC**[15]
***DISPOSITION PRÉLIMINAIRE***

Le Code civil du Québec régit, en harmonie avec la Charte des droits et libertés de la personne (chapitre C-12) et les principes généraux du droit, les personnes, les rapports entre les personnes, ainsi que les biens.

Le code est constitué d'un ensemble de règles qui, en toutes matières auxquelles se rapportent la lettre, l'esprit ou l'objet de ses dispositions, établit, en termes exprès ou de façon implicite, le droit commun. En ces matières, il constitue le fondement des autres lois qui peuvent elles-mêmes ajouter au code ou y déroger.

**TITRE**
DE CERTAINS DROITS DE LA PERSONNALITÉ

**CHAPITRE**
DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE

**Art. 10** Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

15 Code civil du Québec. Publications du Québec. À jour au 1er janvier 2011 http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=CCQ/CCQ.html, consulté le 20 août 2012.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE[16]

CONSIDÉRANT que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement;

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi;

Considérant que le respect de la dignité de l'être humain, l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance des droits et libertés dont ils sont titulaires constituent le fondement de la justice, de la liberté et de la paix;

Considérant que les droits et libertés de la personne humaine sont inséparables des droits et libertés d'autrui et du bien-être général;

Considérant qu'il y a lieu d'affirmer solennellement dans une Charte les libertés et droits fondamentaux de la personne afin que ceux-ci soient garantis par la volonté collective et mieux protégés contre toute violation;

À ces causes, Sa Majesté, de l'avis et du consentement de l'Assemblée nationale du Québec, décrète ce qui suit :

**Art. 48** « Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu. »

16 Code civil du Québec. Publications du Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=CCQ/CCQ.html, consulté le 20 août 2012.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# ANNEXE 2

## Mécanisme de référence au CHSLD privé non conventionné

# Mécanisme de référence aux services du CHSLD privé non conventionné Anishnabe Long Term Care Center

1. La demande d'hébergement, incluant l'OÉMC, le profil Iso SMAF, l'évaluation médicale, les évaluations complémentaires et l'autorisation de communiquer les renseignements contenus au dossier, doit être acheminée au coordonnateur régional du mécanisme d'accès à l'hébergement avec tous les documents supports.

2. Le coordonnateur régional du mécanisme d'accès à l'hébergement prend contact avec la personne responsable du CHSLD privé non conventionné Anishnabe Long Term Care Center pour présenter brièvement le dossier si l'usager répond aux critères d'admission.

3. Les modalités d'accès à la ressource seront définies de façon spécifique à chaque demande d'hébergement et seront communiquées au coordonnateur local du mécanisme d'accès à l'hébergement par la personne responsable du CHSLD privé non conventionné Anishnabe Long Term Care Center.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# Annexe 3

## Programmation clinique - Unité de psychogériatrie régionale

Centre de santé et de services sociaux
des Aurores-Boréales

# PROGRAMMATION CLINIQUE

## Unité de psychogériatrie régionale

Le 7 novembre 2008

Révisé le : 2 avril 2010



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Conception et réalisation : Suzie Domingue, coordonnatrice clinique — programme personnes vieillissantes en perte d'autonomie (PVPA)

Révision : Suzie Domingue

Mise en page : Nathalie Audet, agente administrative/2 avril 2010



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# PROGRAMMATION CLINIQUE

## UNITÉ DE PSYCHOGÉRIATRIE RÉGIONALE

### 1. DESCRIPTION

L'unité de psychogériatrie, à mandat régional, compte 13 lits répartis de la façon suivante :

- Territoire Val-d'Or : 3 lits
- Territoire Rouyn : 3 lits
- Territoire Amos : 2 lits
- Territoire Témiscamingue : 2 lits
- Territoire La Sarre : 2 lits

Un (1) lit d'évaluation est aussi disponible pour tous les territoires. Chaque territoire peut également profiter d'un service de support, d'évaluation et de formation offert par l'infirmière pivot de l'unité de psychogériatrie à mandat régional.

### 2. OBJECTIFS

- Optimiser le fonctionnement des personnes avec déficits cognitifs et retarder le plus possible la dégradation de leur état.
- Offrir une approche centrée sur les besoins biopsychosociaux individuels et respecter les capacités de chacun afin de maintenir au maximum leur indépendance.
- Favoriser les contacts avec les autres usagers et prévenir l'isolement par une intégration sociale, chaque fois que c'est possible, par des activités spéciales.
- Offrir un milieu de vie le plus normalisant possible.
- Éviter la mesure de contentions tant physique que chimique.
- Travailler étroitement avec les familles.

L'unité de psychogériatrie régionale offre un service ambulatoire auprès des autres territoires de la région. Les objectifs de ce service sont :

- Offrir de la formation aux intervenants en vue de mieux répondre aux besoins de la clientèle présentant des problèmes cognitifs perturbateurs.
- Participer à l'évaluation de la clientèle dans son milieu et apporter une expertise en psychogériatrie lors de l'élaboration du plan d'intervention.
- Éviter un changement de milieu de vie et de conditions environnementales en évaluant le client dans son milieu de vie.
- Fournir à la personne âgée, à sa famille et aux intervenants les éléments d'une approche psychogériatrique adaptée et pluridisciplinaire (expertise et support).



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

- Éviter ou retarder l'institutionnalisation en utilisant divers moyens et ressources du milieu susceptibles de venir en aide au client, à sa famille et aux intervenants.
- Contribuer au développement des ressources humaines en fournissant aux intervenants et aux proches un enseignement adapté.

## 3. CRITÈRES DE GESTION DES LITS

Le comité d'orientation d'admission (COA) de chacun des territoires est responsable des admissions dans leurs lits respectifs.

L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) est l'outil de base pour identifier les besoins du client et est commun à chacun des territoires.

Lorsque le COA oriente un client vers l'unité de psychogériatrie, la procédure suivante s'applique :

1) Le territoire demandeur effectue un contact téléphonique auprès du chef de programme de l'unité de psychogériatrie à mandat régional qui fait le relais auprès de l'infirmière pivot de l'unité.
2) Prise de contact dans le milieu d'origine du résidant par l'infirmière pivot de l'unité de psychogériatrie.
3) Évaluation du client dans son milieu de vie naturel (domicile, résidence pour personnes âgées, ressource intermédiaire, hébergement public) par l'infirmière pivot de l'unité de psychogériatrie.
4) Suite à l'évaluation :
    a) Utilisation du lit d'évaluation à l'unité de psychogériatrie et retour dans le milieu d'origine après stabilisation de l'état du client.

    Ou admission à l'unité de psychogériatrie et évaluation bisannuelle et au besoin, selon la complexité du cas au COA du territoire concerné par l'infirmière pivot, en vue de réajuster le plan d'intervention interdisciplinaire ou pour le retour de l'usager dans son territoire d'origine.

Les intervenants de l'unité de psychogériatrie contactent deux fois l'an, ou plus selon les besoins, les responsables du COA du territoire afin de donner le portrait de chacun de leur client ainsi que des objectifs poursuivis. Le retour du client dans son territoire se fait pour les raisons suivantes :

- Les capacités de la personne ont déclinées et ne requièrent plus de soins et services particuliers en psychogériatrie, elle peut donc réintégrer les unités conventionnelles de longue durée.
- Une personne du territoire profiterait davantage d'être à l'unité de psychogériatrie, nous effectuons donc l'admission du nouveau client et procédons au transfert de celui qui était à l'unité. En général, la clientèle effectue alors un retour vers le territoire d'origine et est orientée sur des unités de vie pour personnes atteintes de déficits cognitifs en CHSLD ou dans un milieu de vie substitut.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Lorsqu'un territoire n'occupe pas tous ses lits, il est possible, par entente, qu'un autre territoire l'utilise. Toutefois, lorsque le territoire prêteur en a besoin, le lit doit se libérer dans les deux semaines qui suivent. Les demandes sont faites d'un COA à l'autre puisque c'est cette entité qui gère leurs lits. Cette façon de faire permet de satisfaire les besoins de la clientèle régionale et assure une meilleure utilisation des lits.

## 4. CLIENTÈLE CIBLE

Adultes habituellement âgés qui présentent des déficits cognitifs accompagnés de problèmes de comportement. Le problème de comportement le plus souvent rencontré est l'agressivité. Les clients agressifs sont susceptibles de provoquer une désorganisation importante sur une unité de vie, un programme d'intervention adapté est donc nécessaire.

## 5. MODALITÉS DU PROGRAMME

### *5.1 Origine des demandes pour les lits réservés de chaque territoire*

- Les demandes parviennent des COA de chacun des territoires de CSSS.

### *5.2 Origine des demandes pour les services ambulatoires et le lit d'évaluation*

- Des intervenants de première ligne.
- Les demandes parviennent des COA de chacun des secteurs.
- Des intervenants des CHSLD des autres territoires peuvent demander du support lors de situations problématiques fréquentes de la part d'un ou plusieurs clients.
- Des demandes de formation pour outiller les intervenants tant de première ligne que de soins de longue durée sont présentes. Ces types de formation se dispensent principalement dans les territoires de Témiscamingue, Rouyn-Noranda, Abitibi-Est et Abitibi-Ouest. La fréquence de ces formations est variable et se situe entre une et quatre par année.

### *5.3 Soins et services appropriés*

L'organisation des services est sous la responsabilité du chef de programme de l'unité :

- Services de soins infirmiers. L'infirmière pivot occupe un poste à temps plein sur l'unité.
- Services de soutien aux activités de la vie quotidienne. Des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires sont aussi présents sur une base quotidienne.
- Services médicaux à raison d'une visite par semaine.
- Services pharmaceutiques au besoin.
- Services psychiatriques. Deux psychiatres se partagent la responsabilité des suivis psychiatriques des résidents à raison d'une visite par mois chacun, ce qui offre une présence du psychiatre une fois aux deux semaines. Il supporte les médecins omnipraticiens et le personnel de l'équipe à titre de consultant.
- Services d'ergothérapie sur référence de l'infirmière pivot.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

- Services sociaux, une travailleuse sociale est disponible de façon régulière selon les besoins spécifiques des résidents et assure une liaison avec les intervenants sociaux des autres territoires. Elle s'implique aussi dans le développement de liens de collaboration avec des organismes de la communauté, facilitant au besoin l'intégration des résidents de l'unité à des activités régulières de ces organismes.
- Services nutritionnels sur référence de l'infirmière pivot.
- Services de pastorale sur une base hebdomadaire.
- Services d'animation-loisirs. Les techniciennes du service d'animation supportent le personnel de l'unité dans la planification d'activités sociorécréatives telles que jeux de société adaptés aux capacités des usagers et sorties extérieures. Pour un minimum d'une activité par semaine.
- Services d'autres professionnels sur demande.

### *5.4 Formation du personnel*

1) L'infirmière pivot de l'unité compte une expérience de plus de vingt ans auprès de la clientèle avec déficits cognitifs, et de plus de dix ans auprès des personnes avec problèmes de comportement importants, majoritairement d'agressivité. Elle a suivi des formations par le centre de consultation et de formation en psychogériatrie de Montréal : « Stratégie dans la prise en charge de la personne âgée atteinte d'un syndrome démentiel ». « État des connaissances et nouvelles approches d'intervention auprès des personnes âgées atteintes de démence ». Actualisation des connaissances sur une base régulière.

   Elle est formée pour les évaluations du programme d'examen cognitif pour personne âgée (PECPA). Elle maîtrise l'approche prothétique publicisée par Anne Monat. La formation reçue portait le titre « Répondre aux besoins spécifiques de la clientèle atteinte de déficits cognitifs : un défi réalisable ». Elle utilise l'approche « Gineste-Marescotti » connue sous le principe d'humanitude.

   Elle agit à titre de formatrice pour l'ensemble du personnel en ce qui concerne les interventions à préconiser avec les personnes présentant des déficits cognitifs et troubles de comportement associés.

   Elle agit à titre d'experte-conseil auprès des médecins et des psychiatres quant aux questionnements concernant différents comportements spécifiques à la clientèle visée.

   Elle est responsable d'effectuer les évaluations provenant des différents territoires de la région. Évaluation PECPA ainsi que des évaluations plus approfondies selon l'approche de Virginia Henderson.

   Elle est le pivot de l'unité et tous les plans d'interventions interdisciplinaires sont sous sa responsabilité.

   Elle est l'un des chargés de projet pour l'implantation de l'approche milieu de vie dans les centres de soins de longue durée de notre CSSS.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Pour des besoins d'expertise, elle se réfère au centre de consultation et de formation en psychogériatrie de Montréal.

2) Les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, en plus de leur formation de base, ont reçu de la formation par l'infirmière pivot sur les interventions à préconiser avec les personnes présentant des déficits cognitifs et troubles de comportement associés.

   De par les problèmes présentés par l'ensemble des résidents de l'unité, ils sont habiletés à faire face à ces comportements et même à décoder les indicateurs précédant une crise. Ils sont ouverts aux méthodes de travail présentées à l'unité et appliquent les plans d'interventions, car ils connaissent l'importance de la constance des interventions interdisciplinaires.

3) L'ensemble du personnel régulier a reçu la formation PPCT (Techniques de contrôle par point de pression).

4) La présence régulière de l'infirmière formatrice favorise l'utilisation des bonnes attitudes et interventions à l'ensemble du personnel de l'unité (formation continue).

### *5.5 Fonctionnement sur l'unité*

- Chaque résident possède un plan d'intervention disciplinaire (PID), un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et au besoin un plan de services individualisés (PSI) avec l'accord de l'usager ou de son représentant.

- Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont les éléments de base pour le maintien des capacités, pour favoriser l'autonomie et respecter leur rythme.

- Utilisation de l'approche prothétique dans toutes les activités du résident. Cela signifie que les activités de la vie quotidienne sont considérées comme des activités que le résident peut accomplir. L'intervenant doit ajuster son niveau d'aide pour permettre au résident d'actualiser son autonomie.

- Implication des familles ou des personnes de l'entourage qui connaissent le mieux le résident afin d'amasser le plus de renseignements concernant celui-ci et adapter les interventions à sa personnalité, à son vécu.

### *5.6 Particularités de l'unité*

- L'unité de psychogériatrie à mandat régional est en fonction depuis 1998. Au fil des années, la création de cette unité spécialisée a démontré la pertinence de ce choix. En effet, le nombre de lits affecté par territoire convient aux besoins populationnels de chaque CSSS (2 à 3 lits par MRC). Le fait de regrouper dans une même entité la clientèle présentant des troubles sévères de comportement de l'Abitibi-Témiscamingue a permis de développer une équipe qualifiée répondant spécifiquement aux particularités de ces usagers.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

- **La dynamique d'admission** : avant d'accepter la personne à l'unité, des démarches sont faites dans le territoire d'origine pour s'assurer que tout a été mis en place pour répondre aux besoins de la personne et si le tableau problématique perdure l'admission se fait.

- **L'équipe ambulatoire** : L'infirmière pivot répond aux différents appels d'aide régionaux tant téléphoniques que sur les lieux. Elle donne des conseils et encourage le personnel à intégrer de nouvelles méthodes d'interventions, une question ne reste pas sans réponse. La fréquence des appels est plus prononcée durant les périodes où les comportements d'un résident sont exacerbés. D'une année à l'autre, il y a fluctuation du nombre de ces appels directement reliés au nombre de résidents avec des problèmes de comportement.

### *5.7 Les retours dans le territoire d'origine ou dans une unité conventionnelle en Abitibi-Ouest*

- Suite à l'admission d'un usager à l'unité, l'infirmière pivot effectue des contacts avec la responsable du COA du territoire qui a référé cet usager, et ce, minimalement 2 fois par année. L'évaluation et la révision du plan d'intervention sont faites de même que la mise à jour du portrait de la situation du résident. La décision du retour dans le territoire d'origine revient au COA de ce dernier. La diminution des capacités, de même que la diminution des problèmes de comportement favorise l'intégration ou la réintégration du résident aux unités conventionnelles. Cela motive généralement son retour dans son territoire d'origine. La moyenne de séjour d'un usager à l'unité régionale de psychogériatrie est de deux ans. Tous les résidents hébergés à l'unité retournent dans leur territoire d'origine.

- Le lit d'évaluation peut être utilisé pour différentes demandes :

  a) Évaluation des capacités de la personne afin d'aider les équipes COA à bien cerner les besoins de l'usager dans le but d'orienter adéquatement le client (placement) : hébergement public, hébergement privé.

  b) Évaluation des capacités de la personne et ajustement de la médication avec la collaboration des psychiatres desservant l'unité.

  c) Évaluation des capacités de la personne et mise en place d'un plan d'intervention interdisciplinaire adapté aux besoins de la personne.

  Dans tous ces cas, les personnes demeurent environ un mois dans le lit d'évaluation et si l'équipe juge qu'il faut étendre la durée, nous pouvons aller jusqu'à 2 ou 3 mois.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### *5.8 Fonctionnement inter-unité*

L'unité de psychogériatrie régionale travaille en étroite collaboration avec l'unité de déficits cognitifs située au CHSLD de Macamic. Ce jumelage a pour fonction d'établir un partage de connaissances afin d'assurer une relève en cas de besoin.

## 6. PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DEMANDES

- Assurer l'accessibilité des services de l'unité par des demandes téléphoniques au chef de programme de l'unité ou directement à l'infirmière pivot de l'unité pour des besoins d'informations, de formation et d'évaluation des personnes dans leur territoire.
- Garantir le respect du nombre de lits de chacun des territoires sous la responsabilité du COA.
- Permettre les échanges de lits entre territoires avec l'accord du COA responsable.

## 7. DURÉE DE SÉJOUR

Selon l'évaluation bisannuelle, une décision est prise par le COA du territoire soit le maintien à l'unité ou le retour dans le secteur d'origine.

La durée de séjour varie d'un mois à quelques années selon le portrait.

## 8. LES INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de lits utilisés par territoire
- Nombre d'évaluations faites à l'unité
- Nombre d'évaluations faites dans les territoires
- Nombre de PID, PII et PSI
- Nombre de demandes de formation ou de support

## 9. RESSOURCES HUMAINES

| **Effectifs** | **Nuit** | **Jour** | **Soir** |
|---|---|---|---|
| Infirmière | .36 | 1.4 | .36 |
| Infirmière auxiliaire | 1.4 | -- — | 1.4 |
| Préposé aux bénéficiaires | -- — | 2.4 | 1 |
| Travailleur social | -- — | 1 X semaine | -- — |
| Médecin | -- — | 1 X par semaine | -- — |
| Psychiatre | -- — | 2 X par mois | -- — |
| Physiothérapeute | -- — | Sur demande | -- — |



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ergothérapeute | -- — | 1 partagé avec autres unités | -- — |
| Nutritionniste | -- — | Sur demande | -- — |
| Inhalothérapeute | -- — | Sur demande | -- — |
| Technicien en loisirs | -- — | 1 X semaine | -- — |

En plus de ces ressources professionnelles, l'unité à mandat régional entretient des liens de collaboration avec les organismes communautaires du territoire comme Le Trait d'union, le Club de l'amitié des personnes handicapées, organismes qui réalisent des activités de jour favorisant l'intégration sociale. Les usagers pouvant participer à ces activités sont ceux qui ont les capacités de s'intégrer dans un groupe externe.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# ANNEXE 4

## Formulaire IMAGES

# I M A G E S

## **I**nformatisation des **M**écanismes d'**A**dmission pour fin de **GES**tion

DONNÉES POUR « SAISIE DE DOSSIER EN ATTENTE »

Nouveau numéro du bénéficiaire : _____ Première demande : _____

Nouvelle demande : _____ # IMAGES _____

| **DONNÉES** | |
|---|---|
| ***ID - Identification du bénéficiaire (partie 1)*** | |
| 1. Nom légal du bénéficiaire (3 premières lettres) | |
| 2. Prénom légal du bénéficiaire (3 premières lettres) | |
| 3. Année de naissance (Année – Mois – Jour) | |
| 4. Sexe | |
| 5. Municipalité de la résidence permanente | |

| ***ID - Identification du bénéficiaire (partie 2)*** | |
|---|---|
| 6. Date de demande d'hébergement (Année/mois/jour) | **20** |
| 7. Installation requérante (évaluateur) | |
| 8. Localisation lors de la demande du bénéficiaire (à domicile avec aide, à domicile sans aide, au CH (**sauf si transitoire ou en dépannage**), en RTF (avec ou sans aide), Ressources privées (avec ou sans aide), **si hors-région**, nom de l'établissement et type de ressource) | |
| 9. Préférence du bénéficiaire (possibilité de 3 installations) | |
| 10. Sous-région ou région désirée (possibilité de 3 choix) | |

| ***Évaluation*** | |
|---|---|
| 11. Date de l'évaluation de l'autonomie (Année/mois/jour) | **20** |
| 12. Nom de l'évaluateur responsable | |
| 13. Installation responsable de l'évaluation | |
| 14. Date de l'évaluation médicale (Année/mois/jour) | **20** |
| 15. Date de la réception de la demande (Année/mois/jour) | **20** |
| 16. PROFIL Iso-SMAF : _____ | DISTANCE EUCLÉDIENNE :_____ |



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# DONNÉES POUR « SAISIE DE DOSSIER EN ATTENTE »

## **DONNÉES POUR** « SAISIE DE DOSSIER EN ATTENTE »

| | |
|---|---|
| 14. Date d'acheminement de la demande au COA (Année/mois/jour) | **20** |

| ***OR – Orientation*** | |
|---|---|
| 15. Date du COA | **20** (Année/mois/jour) |
| 16. Décision du COA (1 : acceptée; 2 : refusée; 3 : jugée incomplète) | |
| Si refus *motif* | |
| *17. PRIORISATION* Dangerosité (À : élevé; B : risque; C aucun) | |
| 18. Installations recommandées (possibilité de trois) (Nom de l'établissement) | |
| | |



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# I M A G E S

## **I**nformatisation des **M**écanismes d'**A**dmission pour fin de **Gestion**

DONNÉES POUR « SAISIE DE DOSSIER EN ATTENTE »

| **DONNÉES** | |
|---|---|
| ***ID — Identification du bénéficiaire*_____** | ***No IMAGES :* _____** |
| 19. **Nom légal du bénéficiaire (3 premières lettres)** | |
| 20. **Prénom légal du bénéficiaire (3 premières lettres)** | |
| 21. **Date de naissance (Année, mois, jour)** | |
| 22. **Sexe** | |
| 23. **Municipalité de la résidence permanente** | |

| ***MO – Modification de la demande*** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 24. Changement de localisation pour : | | | | Date : 20 |
| 25. Réévaluation d'un dossier : (inclure la nouvelle fiche) | Oui ❒ | Non ❒ | Profil : _____ | Distance :_____ Date : 20 |

| ***AD – Admission*** | |
|---|---|
| 26. Date d'admission (Année/mois/jour) | 20 |
| 27. Type d'admission (40 : long terme; 41 : transitoire) | |
| 28. Nom de l'installation d'admission | |
| 29. Indicateur d'admission pour urgence sociale (Oui, Non) | |
| 30. Indicateur de ratification d'admission (Oui, Non) | 20 |

| ***FE – Fermeture*** | |
|---|---|
| 31. Date de fermeture (Année/mois/jour) | 20 |
| 32. Motif de fermeture (1 non admissible, 2 décès, 3 refus du placement proposé, 4 retraits de la demande, 5 placements en ressources privées, 6 retours à domicile, 7 admissions autres sous-région/région, 8 admissions long terme, 9 autres). | |

*AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI TÉMISCAMINGUE*
*Direction de l'organisation des services n*
*MPT/2012-06-13*



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# ANNEXE 5

## Profils Iso-SMAF

# Profils ISO-SMAF

| GROUPE 1<br>Atteinte aux tâches domestiques | GROUPE 2<br>Atteinte motrice prédominante | GROUPE 3<br>Atteinte mentale prédominante | GROUPE 4<br>Atteinte mixte + mentale<br>aide à la mobilité | GROUPE 5<br>Atteinte mixte + mentale<br>alité et dépendant AVQ |
|---|---|---|---|---|
| Profil ISO-SMAF 1<br>**AVQ**: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale<br>**Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers<br>**Comm :** sans particularité<br>**FM :** très légers problèmes de mémoire<br>**AVD** : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget. | Profil ISO-SMAF 4<br>**AVQ** : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne<br>**Mob :** difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers<br>**Comm :** sans particularité<br>**FM :** légers problèmes de mémoire des faits récents<br>**AVD** : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport. | Profil ISO-SMAF 5<br>**AVQ**: stimulation : se laver et entretien de la personne. Difficulté pour les autres items<br>**Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur<br>**Comm :** sans particularité<br>**FM :** problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement<br>**AVD** : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport | Profil ISO-SMAF 11<br>**AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes<br>**Mob :** aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers<br>**Comm :** diminution : vision, audition langage<br>**FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs<br>**AVD**: aide complète. Aide pour le transport | Profil ISO-SMAF 13<br>**AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes<br>**Mob :** aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant<br>**Comm :** diminution : vision, audition et langage<br>**FM :** atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs<br>**AVD** : aide complète. aide pour le transport ou ambulance |
| Profil ISO-SMAF 2<br>**AVQ** : difficulté : entretien de la personne<br>**Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers<br>**Comm :** sans particularité<br>**FM :** très légers problèmes de mémoire<br>**AVD** : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget. | Profil ISO-SMAF 6<br>**AVQ**: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté, ou stimulation dans les autres items<br>**Mob :** aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier<br>**Comm :** difficulté à voir et à entendre<br>**FM :** problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace<br>**AVD** : aide totale. Supervision: téléphone et transport | Profil ISO-SMAF 7<br>**AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items<br>**Mob :** difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur<br>**Comm :** un peu d'atteinte à la vision et à l'audition<br>**FM :** atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs<br>**AVD** : aide totale. Aide partielle pour le transport. | Profil ISO-SMAF 12<br>**AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus.<br>**Mob :** surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers<br>**Comm :** diminution : audition et langage mais exprime sa pensée<br>**FM** : atteintes graves, troubles de comportement importants<br>**AVD** : aide totale. Aide transport | Profil ISO-SMAF 14<br>**AVQ** : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale)<br>**Mob :** grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements<br>**Comm :** fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus<br>**FM :** déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistants ou mineurs comme des jérémiades<br>**AVD** : aide totale |
| Profil ISO-SMAF 3<br>**AVQ**: difficulté : se laver ou entretien de la personne<br>**Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers<br>**Comm :** sans particularité<br>**FM :** légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision<br>**AVD** : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport | Profil ISO-SMAF 9<br>**AVQ**: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette<br>**Mob :** aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers.<br>**Comm :** difficultés<br>**FM :** légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement.<br>**AVD**: aide totale. Aide partielle téléphone et transport. | Profil ISO-SMAF 8<br>**AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement<br>**Mob :** surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers<br>**Comm :** voir et entendre diminués<br>**FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier<br>**AVD** : aide totale sauf pour le transport : aide partielle. | **Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil.** | |
| | | Profil ISO-SMAF 10<br>**AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale ; se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes<br>**Mob :** surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur<br>**Comm :** difficulté, défaut langage<br>**FM :** toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportement importants qui nécessitent une surveillance plus intensive<br>**AVD** : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport. | | |

**Définitions**

**AVQ : Activités de la vie quotidienne**
**Mob : Mobilité**
**Comm : Communication**
**FM : Fonctions mentales**
**AVD : Activités de la vie domestique**

**Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale**

***Version corrigée Janvier 2011***

(CESS, Beaudry, D. Delli-ColliN.)



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

## ANNEXE 6

# Consentement à la communication des renseignements personnels dans le cadre du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Santé et Services sociaux Québec

DT9184

# CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA)

**Je soussigné(e), _____ , comprends :**

- ce qu'est le *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées* (RSIPA) du territoire du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) _____ et quels en sont les partenaires (mentionnés à la page suivante);
- qu'il peut être nécessaire de communiquer des renseignements me concernant (mentionnés à la page suivante) pour orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux;
- que ces renseignements peuvent avoir été recueillis avant mon arrivée dans le RSIPA (il pourrait s'agir, par exemple, de résultats médicaux versés à mon dossier il y a quelques mois s'ils sont pertinents aux soins et aux services que je pourrais recevoir);
- que les renseignements me concernant sont conservés de façon sécuritaire et peuvent être consultés par les intervenants qui s'occupent de moi dans le cadre du RSIPA. Ces intervenants peuvent aussi verser des renseignements à mon dossier RSIPA;
- que seul le personnel autorisé, c'est-à-dire le médecin traitant ainsi que les intervenants des établissements et organismes membres ou partenaires du RSIPA de ma région, a accès aux renseignements me concernant;
- que je peux en tout temps demander à consulter mon dossier RSIPA pour en vérifier les renseignements me concernant, en m'adressant au CSSS _____ ;
- que je peux en tout temps demander la rectification d'un renseignement me concernant qui m'apparaîtrait inexact, incomplet ou équivoque;
- que mon consentement à la communication des renseignements me concernant est valide pour une durée de deux (2) ans à partir de la date de signature;
- que je peux en tout temps retirer mon consentement à la communication des renseignements me concernant, et ce, verbalement ou par écrit. Le fait que je retire mon consentement ne m'empêchera aucunement de recevoir des soins, des interventions et des services des différents partenaires du RSIPA.

**Je certifie :**

- avoir lu (seul ou avec aide) et compris le présent formulaire de consentement;
- avoir reçu le dépliant explicatif sur le RSIPA et en avoir pris connaissance;
- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes;
- avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision;
- être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant entre les partenaires du RSIPA.

**Je confirme que toute l'information contenue dans ce formulaire a été inscrite avant que je signe.**

AS-812 DT9184 (rév. 2010-09)

☐ **Copie du CSSS** ☐ **Copie de l'usager ou de son représentant**



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

| N° de dossier | |
|---|---|

**Par ma signature, j'autorise** la communication de renseignements me concernant dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux.
Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire

CSSS _____ et sera révisée le _____ (année/mois/jour).

Signature _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date _____ Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ Ind. rég. _____ N° de téléphone _____

**OU**

**Par ma signature, j'autorise** la communication de renseignements

concernant _____, que je représente, dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par son état de santé et ses besoins psychosociaux.
Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire

CSSS _____ et sera révisée le _____ (année/mois/jour).

Signature _____ Nom (en lettres moulées) _____ Date _____ Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ Ind. rég. _____ N° de téléphone _____

**J'ai expliqué le présent formulaire de consentement et j'ai répondu aux questions qu'on m'a posées.**

Signature de la personne qui obtient le consentement _____ Nom de la personne qui obtient le consentement _____

**Renseignements personnels nécessaires au RSIPA :**

- Données sociodémographiques (p. ex. nom, adresse)
- Antécédents médicaux (p. ex. diagnostics, maladies)
- Résultats d'examens diagnostiques (p. ex. radiographies)
- Profil pharmacologique (p. ex. tous les médicaments)
- Demandes de services (p. ex. services de soutien à domicile)
- Rapports d'évaluation et de consultation (p. ex. rapport de physiothérapie, rapport de l'orthopédiste)
- Plan de services (document énonçant les besoins, les orientations, les services prodigués, etc.)
- Notes d'évolution (notes permettant de suivre l'état de la personne)

**Partenaires du RSIPA :**

Le RSIPA de ma région a pour partenaires l'ensemble des établissements et organismes établis dans ma région qui ont conclu une entente avec le CSSS _____ ou qui en concluront une pendant la durée de validité de mon consentement, soit :

- Centres hospitaliers;
- Hôpital (H);
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre d'hébergement (CH);
- Centres de réadaptation (CR);
- Cliniques médicales;
- Groupes de médecine familiale (GMF);
- Pharmacies d'officine **(nommer tous les partenaires potentiels)**: _____
- Organisme communautaire;
- Autres : _____

En raison de leur proximité géographique, les établissements ou organismes suivants ont aussi conclu des ententes avec le CSSS _____ : **(nommer tous les partenaires « spéciaux » d'une autre région)**.

_____

_____

AS-812 DT9184 (rév. 2010-09)

**CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA)**



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Santé et Services sociaux Québec

DT9185

**Communication des renseignements personnels dans le cadre du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)**

## RÉVOCATION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e), _____ , révoque le consentement que j'ai antérieurement donné relativement à la communication de renseignements me concernant dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux aux partenaires du *Réseau de services intégrés pour les personnes âgées* (RSIPA) du territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) _____ . Je comprends que, à partir de ___année/mois/jour___ , aucun des renseignements me concernant (mentionnés à la page suivante) ne sera communiqué à l'extérieur de l'établissement où je fais l'objet de soins, d'interventions et de services.

Je comprends que les renseignements me concernant qui ont déjà été communiqués avec mon consentement aux partenaires du Réseau m'ayant rendu des services de santé ou des services sociaux à la date de révocation de mon consentement continueront d'être accessibles à ces mêmes partenaires, mais seulement à ceux-ci.

Je comprends que seul un nouveau consentement écrit de ma part pourra annuler cette révocation.

Je confirme avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.

| Signature | Nom (en lettres moulées) | Date | Heure |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Adresse du signataire | Code postal | Ind. rég. | Nº de téléphone |
|---|---|---|---|
| | | | |

**J'ai expliqué le présent formulaire de révocation du consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées.**

| Signature de la personne qui obtient la révocation du consentement | Nom de la personne qui obtient la révocation du consentement |
|---|---|
| | |

**Renseignements personnels nécessaires au RSIPA :**

- Données sociodémographiques (p. ex. nom, adresse)
- Antécédents médicaux (p. ex. diagnostics, maladies)
- Résultats d'examens diagnostiques (p. ex. radiographies)
- Profil pharmacologique (p. ex. tous les médicaments)
- Demandes de services (p. ex. services de soutien à domicile)
- Rapports d'évaluation et de consultation (p. ex. rapport de physiothérapie, rapport de l'orthopédiste)
- Plan de services (document énonçant les besoins, les orientations, les services prodigués, etc.)
- Notes d'évolution (notes permettant de suivre l'état de la personne)

**Partenaires du RSIPA :**

Le RSIPA de ma région a pour partenaires l'ensemble des établissements et organismes établis dans ma région qui ont conclu une entente avec le CSSS _____ ou qui en concluront une pendant la durée de validité de mon consentement, soit :

- Centres hospitaliers;
- Hôpital (H);
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre d'hébergement (CH);
- Centres de réadaptation (CR);
- Cliniques médicales;
- Groupes de médecine familiale (GMF);
- Pharmacies d'officine **(nommer tous les partenaires potentiels)**; _____
- Organisme communautaire;
- Autres : _____

En raison de leur proximité géographique, les établissements ou organismes suivants ont aussi conclu des ententes avec le CSSS _____ :

**(nommer tous les partenaires « spéciaux » d'une autre région).**

_____

_____

AS-813 DT9185 (rév. 2010-09)

☐ **Copie du CSSS** ☐ **Copie de l'usager ou de son représentant**



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# ANNEXE 7
## Description des différents types d'hébergement

## DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS TYPES D'HÉBERGEMENT

- Hébergement permanent :

  L'hébergement permanent fait référence à une admission définitive dans une ressource d'hébergement. La personne n'est plus en liste d'attente pour une autre ressource.

- Hébergement transitoire :

  L'hébergement transitoire fait référence à toute admission qui n'a pas de caractère définitif. La personne est admise transitoirement en attendant d'être transférée ou admise de façon permanente dans une ressource mieux adaptée à ses besoins. Aucun retour à domicile ne peut être envisagé. Elle demeure donc sur la liste d'attente.

- Hébergement temporaire :

  L'hébergement temporaire fait référence à de l'hébergement pour une période de temps déterminé. Un retour à domicile est prévu. La personne n'est pas admise définitivement dans la ressource d'hébergement et demeure en liste d'attente.

- Hébergement par ratification :

  L'hébergement par ratification fait référence à une admission dans une ressource d'hébergement sans que le comité local de coordination de l'accès à l'hébergement ait pris connaissance du dossier et ait rendu une décision d'orientation.

- Hébergement pour urgence sociale :

  L'hébergement pour urgence sociale fait référence à une admission dans une ressource d'hébergement afin d'assurer la protection à un usager victime de comportements abusifs ou qui se sent menacé dans son intégrité physique ou son bien-être psychologique.



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# BIBLIOGRAPHIE

# BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE. *Réseau de services : centre de réadaptation.* http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/cr_clairfoyer.html, consulté le 18 juin 2012.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS. *Questions et réponses, http : //www.acpc.qc.ca/questions-reponses.php#10, consulté le 18 juin 2012.*

CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE. Publications du Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=C12/C12.HTM, consulté le 20 août 2012.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VALLÉE-DE-L'OR, *Philosophie de couple*, Document de travail 20 mars 2012.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES AURORES-BORÉALES, *Mécanisme d'accès à l'hébergement institutionnel et non institutionnel,* Document de travail, 16 mars 2011.

CSSS DES AURORES-BORÉALES, Programme clinique – Unité psychogériatrie-(Annexe 5)

CODE CIVIL DU QUÉBEC. Publications du Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=CCQ/CCQ.html, consulté le 20 août 2012.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES SOCIAUX, Bureau de la sous-ministre adjointe, *Demandes d'hébergement interrégionales. Principes directeurs. 30 mai 2006.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DGAPA *Tableau de bord PALV* Section notes, à jour au 2 mars 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La psychogériatrie, Éléments de réflexion*, Direction générale de la Santé, Service de la coordination des ressources, mai 1987, p. 46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX*, Loi sur les services de santé et les services sociaux, (L.R.Q., c.S-4.2)*, dernière modification 28 février 2011, à jour au 1er mars 2011. Les publications du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Unité de coordination de la trajectoire des clientèles gériatriques, *Balises concernant les admissions en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Document de travail, 11 mai 2011.

RÉGIE RÉGIONALE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, *Cadre de référence pour l'ensemble des mécanismes d'accès*, Direction des programmes et services, 20 février 1997.[17] [18]

[17] Régie régionale de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Mécanisme régional d'accès aux services pour les adultes et personnes âgée*, Direction des programmes et services, 20 février 1997.

[18] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Lignes directrices concernant l'utilisation de l'évaluation globale (OEMC) ou du SMAF seul.* Direction des personnes âgées en perte d'autonomie. 21 septembre 2011



Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue