

Rôles, responsabilités et tâches lors de l'admission d'usager en hébergement en provenance d'un centre hospitalier

Contexte

Cet aide-mémoire a été réalisé à la suite d'un événement traceur survenu lors du transfert d'un usager d'un centre hospitalier vers une ressource d'hébergement. Il s'inscrit en continuité avec le document sur *l'admission en CHSLD, MDA et MDAA en situations cliniques complexes et collaboration inter direction*¹, précisant la façon de déterminer les cas complexes. Le présent document présente les rôles, responsabilités et tâches (RRT) attendus par les intervenants impliqués dans la préadmission et l'admission d'usagers en hébergement. Il est à préciser que d'autres RRT doivent s'inscrire en amont et en aval de ceux définis dans ce document. Celui-ci se concentre sur une partie du processus seulement.

Rôles, responsabilités et tâches (RRT) : Préadmission d'un usager en hébergement

1. Mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH)

1.1 Dépôt de demande d'hébergement au MAH par l'intervenant SAD ou CH. Documents requis :

- Outil de cheminement clinique et informatisé (OCCI) à jour
- Lettre d'engagement signée selon la provenance de l'usager
- Histoire de vie complétée par la famille
- Fiche de l'usager complétée
- Note de validation clinique
- Profil pharmacologique
- Grilles Cohen-Mansfield si -2 ou -3 au comportement
- Documents supplémentaires si requis et applicable:
 - Notes infirmières
 - Notes médicales
 - Notes professionnelles
 - Niveau de soin
 - Sommaire médical

1.2 Traitement de la demande au MAH

- S'assurer que la demande soit complète
- Analyser la demande
- Remettre un avis de décision

Orientation et priorisation selon :

- Besoins de l'usager (CHSLD, RI, type de milieu (ex: UP, micromilieu, etc.))
- Préférences de milieux

- Incrire l'usager en liste d'attente

**Rôles, responsabilités et tâches
lors de la préadmission et de l'admission de l'usager
entre centres hospitaliers et ressources d'hébergement**

1.3 Gestion du parc de lits post-aiguë et d'hébergement

Déclaration de lit vacant:

- Formulaire FORMS acheminé par le milieu au MAH (type de lit, de milieu, etc.)

Envoi de dossier:

- Prémouvement: information qu'un lit sera libre dans les prochains jours. Par exemple, fin de vie (FDV) mouvement anticipé.
- Processus d'admission: lit libre, dossier soumis, admission dans 24-72 heures
- Préadmission: Usager avec condition particulière qui requiert un milieu spécifique

1.4 Planification de l'admission

- Une mise à jour du résumé de dossier peut être demandée si l'usager attend depuis un certain temps. Il est important de réviser les besoins de l'usager en attente afin de s'assurer que son portrait d'autonomie demeure représentatif et qu'il soit orienté au bon endroit.
- Le dossier est accepté par le milieu receveur et une date d'admission est transmise au MAH.
- L'intervenant du MAH communique la date et l'heure de l'admission à l'intervenant demandeur;
- Lorsque pertinent, certaines clarifications ou demandes peuvent être faites par le milieu receveur via l'intervenant du MAH.
- Le MAH confirme l'admission au centre receveur.

2. Intervenant responsable de la demande

Les tâches attendues une fois que la demande est envoyée et l'usager accepté en CHSLD (en attente dans le bon milieu)

En semaine

- Une place se libère, donc le MAH avise l'intervenant demandeur;
- Le MAH nomme le jour, l'heure et le CHSLD où l'usager sera admis;
- L'intervenant responsable de la demande parle au médecin traitant ou à l'AIC afin de faire le lien avec eux, de préparer les documents médicaux de congé et de résERVER un transport; Si le médecin ou l'AIC indisponible l'intervenant a la responsabilité de solliciter l'infirmière de l'usager;
- L'intervenant avise l'usager et sa famille de la date, l'heure et le lieu d'admission;
- L'intervenant demandeur confirme au MAH l'admission ou rapporte tout enjeu la compromettant;

La fin de semaine

- Si mouvement prévu en semaine, les étapes ci-haut se font en amont;
- Si un mouvement est imprévu la fin de semaine et qu'aucun dossier n'a été ciblé en préadmission, le coordonnateur à l'hébergement appelle la personne de garde au MAH pour cibler un dossier d'admission, il fait le lien avec le CH et le milieu d'hébergement. L'infirmière de l'usager ou l'AIC doit communiquer avec la famille de l'usager pour les aviser du transfert à venir.

* En tout temps, il est de la responsabilité de l'intervenant responsable de la demande d'aviser le MAH de tous changements significatifs dans la situation de l'usager. (Changement dans l'état de l'usager, modification des comportements SCPD, diminution ou amélioration de l'autonomie, tous changements significatifs qui affectent l'autonomie, l'orientation, etc.).

3. Le gestionnaire désigné du CHSLD

En cas de dossiers complexes¹

Il devra déterminer les besoins d'arrimage avant l'admission selon le profil du cas jugé complexe, tel que :

- Implication des différents intervenants pertinents du CHSLD/MDA selon le profil de l'usager;
- Assurer la communication fluide entre les équipes des 2 milieux (CH-CHSLD/MDA); Il est possible qu'un intervenant ou que le chef d'unité du milieu, au moment de l'analyse du dossier de l'usager, contacte l'intervenant au dossier afin de clarifier ou compléter certaines informations. Celui-ci pourra lui désigner, à sa demande, les intervenants pertinents pour répondre à ses questions en cas de besoin.
- Demander la contribution d'une conseillère en soins ou une personne-ressource au besoin (ex. : santé mentale, inhalo, etc.);
- Planifier la formation des équipes;
- Organiser des rencontres de planification de congé/admission de l'usager;
- Déterminer le matériel et les équipements requis si besoin en collaboration avec les intervenants de l'hôpital, etc.

4. Médecin traitant CH

En amont du départ de l'usager et à la demande du milieu receveur, il se rendra disponible pour répondre aux questions d'ordre médical (du médecin ou de l'équipe du milieu receveur).

**Rôles, responsabilités et tâches
lors de la préadmission et de l'admission de l'usager
entre centres hospitaliers et ressources d'hébergement**

Si l'usager est toujours stable médicalement, il signera le congé médical en temps opportun avant le départ lorsque le lit de la ressource est disponible. Si l'usager devient instable avant son admission, le médecin peut tenter d'en aviser l'ASI ou, si celle-ci est absente, l'intervenant responsable de la gestion de cas de l'unité afin que le NSA soit retiré et que l'intervenant demandeur en soit informé. Le médecin peut également consigner ce changement d'état de l'usager via une prescription dans les ordonnances médicales, mais cette option demeure optionnelle pour le moment.

L'intervenant ayant fait la demande doit ensuite informer le MAH afin que la demande adressée au MAH soit mise en suspens jusqu'au retour à la stabilité de l'usager

5. Médecin receveur de la ressource en hébergement

Une fois l'usager arrivé dans la ressource d'hébergement, il procède à son admission.

Si cas complexe¹

À la demande de la gestionnaire de site, le médecin en cogestion de l'hébergement prendra connaissance du dossier en préadmission pour valider les besoins de transfert d'information entre médecins avant le transfert de l'usager. Il s'assurera que lui ou un collègue médecin du centre soit ciblé pour prendre l'admission et contacte le médecin du centre hospitalier s'il le juge requis.

6. Infirmière de l'usager ou l'assistante-infirmière chef (AIC)

L'infirmière ou l'AIC (si infirmière indisponible) fournit les mises à jour ou les documents demandés par le MAH (ex. : grille de Cohen-Mansfield).

Si cas complexe :

Dans les cas jugés complexes, l'infirmière ou l'AIC se rend disponible pour répondre aux questions du milieu receveur le cas échéant

Rôles, responsabilités et tâches (RRT) : Transition d'un usager en CH vers l'hébergement

Infirmière

Transfert d'un usager depuis un CH³ → Vers un CHSLD, MDA, MDAA, RI, RTF, milieu de réadaptation post-hospitalier ou en lit de soins post-aigus

La veille du congé prévu ou dès que le congé est en planification

L'infirmière assignée à l'usager de l'unité ou de l'urgence :

1. S'assure que l'usager/représentant légal/proche aidant est informé du transfert;

**Rôles, responsabilités et tâches
lors de la préadmission et de l'admission de l'usager
entre centres hospitaliers et ressources d'hébergement**

2. Complète formulaire FP-CISSL-6589 ; [Formulaire FP-CISSL-6589](#)
3. Prépare les documents pertinents, les insère dans l'enveloppe et complète la liste à cocher de l'enveloppe de transmission d'informations [Enveloppe transmission d'informations - FP-CISSL-6589](#)
4. Remet l'enveloppe à l'agente administrative qui termine la préparation;
5. Prépare le matériel requis pour le transfert, s'il y a lieu;
6. Communication lors du congé selon les normes établies;³
7. Rédige une note au dossier de l'usager.



Toujours conserver une copie du formulaire complété au dossier de l'usager.



Le professionnel ou l'infirmière responsable de l'usager du milieu receveur doit prendre connaissance des documents de l'enveloppe et les verser au dossier.

*Se référer aux notions de transferts d'informations au point de transition² et à la note de service sur le transfert verbal en surplus des notes écrites³

Pour les cas complexes¹

L'attendu :

Lorsqu'un usager est admis en CHSLD, le milieu receveur doit, en fonction de la complexité du cas, communiquer avec le centre hospitalier (CH) afin d'obtenir des précisions sur le futur résident le plus rapidement possible. Cela doit être fait en amont de l'admission. Le pilotage du cas complexe se fera pour le milieu receveur par le gestionnaire désigné.

En CH, le suivi et les réponses aux questions du milieu receveur seront assurés par l'infirmière de l'usager, si non disponible, par l'AIC avec le soutien de son gestionnaire si enjeux. Évidemment, le médecin traitant du CH devra être disponible afin de discuter avec son homologue de l'hébergement si requis.

Conditions gagnantes pour les admissions de cas complexes en CHSLD

Afin d'assurer une prise en charge sécuritaire et optimale des usagers présentant des besoins amenant une complexité¹ dans les soins, les conditions gagnantes suivantes doivent être respectées dans le cadre de ces admissions :

1. Évaluation et orientation

- Tout cas présentant un niveau de complexité élevé doit être soumis à la direction adjointe SAPA-Hébergement du secteur.
- Cette dernière est responsable de déterminer le milieu d'hébergement le plus approprié en fonction des besoins spécifiques de l'usager et en informe le MAH et la ressource ciblée.
- Concernant l'orientation, si un cas est jugé complexe, on devrait viser à favoriser qu'il soit admis dans une ressource de façon permanente pour éviter les transitions inutiles et favoriser son adaptation dans son milieu permanent.

2. Moment de l'admission

- Les admissions de cas complexes doivent, dans la mesure du possible, être planifiées durant les jours ouvrables, entre 8 h et 16 h.
- Cette planification vise à maximiser les ressources disponibles et à assurer une intégration harmonieuse du résident dans son nouveau milieu de vie.

3. Délai de préadmission

- Pour les cas jugés complexes, un délai de préadmission **48 à 72 heures** avant l'admission est requis pour :
 - Permettre la planification sécuritaire du congé de l'établissement
 - Assurer une admission sécuritaire du résident; (ex. : disponibilité du matériel et de l'équipement requis, formation du personnel, etc.)
 - Faciliter la communication et les échanges entre les intervenants impliqués du milieu receveur et du CH

4. Bloqueur

- C'est la responsabilité de chaque intervenant impliqué de remonter tout bloqueur à son gestionnaire afin que ceux-ci puissent le dénouer. Il y a d'ailleurs une escalade prévue pour les enjeux à remonter⁵

5. Audit

**Rôles, responsabilités et tâches
lors de la préadmission et de l'admission de l'usager
entre centres hospitaliers et ressources d'hébergement**

- Comme le veulent les bonnes pratiques, chaque direction visée doit réaliser des audits de suivi pour les différentes POR. La transmission de l'information aux points de transition en fait partie et devrait être suivie de près afin d'assurer l'application optimale des recommandations. Les dossiers considérés comme complexes devraient obligatoirement être inclus dans ces audits.

6. Établir un leader dans le milieu receveur

- Selon notre évaluation de la situation, un leader doit être nommé au niveau du milieu receveur (généralement un gestionnaire) afin de mener à bien les suivis des cas et les rencontres d'arrimage si nécessaire. Au niveau médical, le médecin du milieu receveur devrait communiquer avec celui du milieu hospitalier afin d'arrimer les cas jugés complexes.

Références

¹ DOC 2025-09-24 Admission Cas Complexes VT02

²http://cisslaurentides.intranet.reg15.rtss.qc.ca/fileadmin/intranet/cisss_laurentides/Mon_CISSS/Politiques_lois_et_reglements/Politiques/DSM/PROC_DSM_Transfert_information.pdf

³http://cisslaurentides.intranet.reg15.rtss.qc.ca/fileadmin/intranet/cisss_laurentides/Portail_clinique/SAPA/Transmission/AIM_2024-06-28_Transfert_depuis_CH_VT02.pdf

⁴ [Note de service 2023-10-05 \\regional.reg15.rtss.qc.ca\CISSS15\Interdirections\Espace-Gestionnaires-C55\Notes\2023\2023-10-05_Transfert_de_l_information.pdf](http://cisslaurentides.intranet.reg15.rtss.qc.ca\CISSS15\Interdirections\Espace-Gestionnaires-C55\Notes\2023\2023-10-05_Transfert_de_l_information.pdf)

⁵ PR 2025-12-09_Escalade lors d'enjeux d'admission en milieux de vie