

# L'implantation d'un programme de planification du congé



À l'Hôpital Charles LeMoine, en Montérégie, planifier le congé d'un patient est une responsabilité que les infirmières prennent à cœur. Le programme qu'elles ont mis en place en fournit la preuve. Voici l'expérience qu'elles ont vécue et le modèle qu'elles en ont dégagé.

PAR JOCELYNE CHAMPAGNE, INF., DESS, ODETTE ROY, INF., PH.D. ET CÉCILE MICHAUD, INF., PH.D.

**T**out au cours de la période de soins, chaque infirmière doit contribuer à la planification du congé de ses patients (article de Michaud *et al.*, à la page 22 du présent numéro). En effet, elle est souvent la professionnelle la mieux placée pour connaître leurs besoins, leur proposer des interventions adaptées et faire le lien avec le milieu afin d'assurer le suivi. Cependant, les initiatives individuelles doivent être soutenues par des éléments organisationnels qui permettent d'en assurer la cohérence (OIIQ, 1996). L'un de ces éléments est un programme de planification du congé qui dépasse les simples structures de l'unité de soins; il doit être mis sur pied par une personne, souvent une infirmière de pratique avancée, chargée d'exercer la coordination clinique (D'Amour, 2002) et la coordination d'équipe (Pittman *et al.*, 1992).

Le présent article fournit des outils pour concevoir un tel programme et aborde successivement les éléments suivants:

- description du cadre politique, juridique et institutionnel existant afin de dégager les principes de base sur lesquels reposera le programme et d'en justifier la légitimité et la pertinence sur le plan social;
- présentation d'un modèle dit «intégré», parce qu'il permet de rassembler tous les éléments d'un programme efficace de planification du congé et qu'il inclut les principaux acteurs (client/famille et équipe de soins);
- présentation d'une expérience vécue dans un centre hospitalier de la Montérégie qui servira d'illustration et mettra en évidence la contribution de l'infirmière de pratique avancée à ce projet d'envergure.

## Cadre politique, juridique et institutionnel

En 1999, la direction de l'Hôpital Charles LeMoine (HCLM) exprimait sa volonté de mettre en œuvre un programme de planification du congé reposant sur le principe de «performance», c'est-à-dire que les soins appropriés soient donnés au meilleur moment et par la meilleure ressource. Il faut se rappeler que le principe de performance, lié à la durée du séjour, s'est développé au Québec au début des années 90 et qu'il sera suivi, avec un certain retard, par la stratégie *Défi* «Qualité-Performance» proposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque.

Déjà, en 1992, la réforme mise en place par l'ex-ministre Marc-Yvan Côté visait à réduire la pression exercée par les dépenses de santé sur les finances publiques et à maximiser l'efficacité des interventions. Ainsi, selon la politique de la santé et du bien-être, «l'adoption d'objectifs de résultat inscrit la recherche de l'efficacité au cœur même de toutes les activités du système» (MSSS, 1992, p. 179). Le monitoring des activités et de leur évolution, à l'aide d'indicateurs comme la durée du séjour, qui commence au service de l'urgence, permet de vérifier la réalisation des objectifs (MSSS, 1998). Par conséquent, les hôpitaux doivent prendre des mesures concrètes pour atteindre les objectifs visés et éviter de se voir imposer des sanctions en cas de non-respect des normes de durée du séjour à l'urgence. Un guide (AHQ-MSSS, 2000) définit d'ailleurs les indicateurs de qualité en fonction de la durée du séjour et du temps de réponse aux besoins des clients qui se présentent à l'urgence. La publication du *Bulletin de santé* des centres hospitaliers,

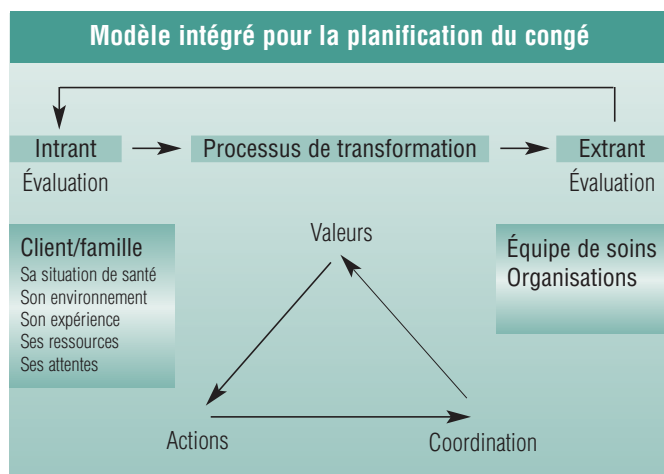
en septembre 2002, concrétise l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Par ailleurs, d'autres obligations s'ajoutent à la nécessité d'élaborer et d'implanter un programme de planification du congé. En effet, les établissements qui souhaitent obtenir l'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) doivent satisfaire à la norme qui s'applique aux différents aspects de cette planification. Cette norme stipule que le congé doit être planifié avec la pleine participation du patient, en tenant compte de l'orientation déterminée. En effet, la continuité des soins peut être assurée par d'autres prestataires de services, tant dans le milieu que dans un autre établissement (CCASS, 2002).

À ces diverses raisons s'ajoute le besoin d'offrir plus de soutien aux équipes de soins pour qu'elles puissent remplir leur rôle et s'acquitter des activités qui se rattachent à la planification du congé. Un programme structuré en la matière devient un moyen pour l'hôpital d'améliorer sa performance, d'éviter des sanctions et de recevoir une cote d'appréciation acceptable de la part du CCASS, tout en fournissant les services de qualité auxquels le patient et sa famille sont en droit de s'attendre.

### Un modèle intégré

Le modèle intégré<sup>1</sup>, illustré à la figure ci-dessous, a été élaboré par les auteures à partir de concepts divers relevés au cours de la recension des écrits. Il rassemble les éléments jugés nécessaires pour créer un programme de planification du congé. Le modèle se compose d'un intrant, d'un processus de transformation et d'un extrant.



### L'intrant

La personne qui se rend à l'urgence ou qui est hospitalisée, ainsi que les membres de sa famille, font partie de l'intrant puisqu'ils se trouvent à la porte d'entrée du système qu'est le milieu de soins. Le programme de planification du congé doit s'appuyer sur une évaluation approfondie de la situa-



tion de santé, de l'environnement et de l'expérience de la personne qui consulte. L'infirmière recueille donc les données biopsychosociales et cognitives du client afin d'établir sa situation de santé actuelle et son évolution future. Cette évaluation initiale prend en compte l'état fonctionnel et émotionnel de la personne, son estime d'elle-même, les ressources dont elle dispose et celles de son réseau de soutien. Le sens qu'elle accorde à l'expérience qu'elle vit constitue également un élément important, de même que sa perception des soins et des services reçus avant l'hospitalisation et de ceux dont elle pourrait avoir besoin après son congé. Cette évaluation doit commencer à l'urgence et se poursuivre tout au long du traitement.

### Le processus de transformation

Le deuxième élément du modèle est un processus dynamique de transformation (illustré par des flèches dans la figure), puisque l'interaction de phénomènes complexes y est vue comme le point de départ d'une nouvelle dynamique encore plus complexe (Kérouac *et al.*, 1994). Un groupe coordonné de personnes détenant des responsabilités différentes participe à ce processus qui repose sur des valeurs communes et des actions concertées, axées vers la réalisation d'un même objectif: un congé d'hôpital préparé de façon adéquate.

### Les valeurs

Le modèle intégré s'appuie sur une philosophie des soins qui reconnaît l'unicité de chaque patient/famille. Il repose sur une approche interdisciplinaire et interétablissements visant à assurer une continuité des soins sans faille. Grâce aux valeurs véhiculées par la collaboration et la communication, on respecte les compétences des patients/famille, des membres des équipes intra et interdisciplinaires ainsi que intra et extrahospitaliers.

Un programme de planification du congé efficace et efficient exige donc qu'on dispose d'excellents moyens de communiquer tant avec le patient et sa famille qu'avec les

professionnels de la santé, car cela a pour effet de favoriser la continuité des soins (Anderson et Helms, 1993; Naylor *et al.*, 1994). Une bonne communication entre l'équipe de soins, le patient et sa famille augmente la satisfaction de la clientèle, ce qui, en retour, facilite la communication à court et à moyen terme avec les professionnels du système de santé (Haddock, 1991). Certains déplorent toutefois que cet aspect soit souvent négligé (McKeehan et Coulton, dans Anthony et Hudson-Barr, 1998).

Le programme de planification du congé doit privilégier une approche interdisciplinaire dont l'importance est largement reconnue (Nixon *et al.*, 1998; Anthony et Hudson-Barr, 1998). Chaque membre de l'équipe de soins évalue le nouveau patient (« l'intrant ») à la lumière de sa discipline. Il s'assure de la qualité des interventions pendant l'hospitalisation, de la préparation de la famille et de sa participation aux soins du patient (Anthony et Hudson-Barr, 1998). Il veille à ce que celui-ci soit prêt pour son congé (Naylor *et al.*, 1994). Ainsi, grâce à la collaboration interdisciplinaire, il est possible d'effectuer une évaluation complète du patient et de sa famille, de proposer des interventions mieux ciblées et d'opter pour des mécanismes de suivi axés davantage sur les besoins et les attentes exprimés.

Enfin, le programme de planification du congé doit s'inscrire à l'intérieur d'un *continuum* de soins et de services au sein duquel l'hospitalisation est considérée comme l'une des ressources parmi la gamme de services offerts. Ces services sont répartis en six catégories (MSSS, 2001): prévention et promotion destinées aux personnes âgées, aide à la personne, aide aux proches, services professionnels de base, services spécialisés et soins palliatifs (voir le tableau ci-après). Il est donc nécessaire d'inclure les partenaires des autres établissements dans les discussions sur l'implantation du programme concerté de planification du congé, lequel s'adresse à toutes les clientèles, y compris celle des personnes âgées, confrontée à plusieurs difficultés: polypathologie, réseau social restreint ou épuisé, etc. ▶

Gamme de services adaptés aux besoins (inspiré du MSSS, 1991)

Services	Exemples	Objectifs	Fournisseurs
Prévention et promotion destinées aux personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités pour prévenir, entre autres :</li> <li>• l'usage inadéquat des médicaments</li> <li>• la dépression</li> <li>• la malnutrition</li> <li>• etc.</li> </ul>	Agir de façon précoce sur les problèmes afin de retarder l'invalidité ou de l'empêcher de se développer.	CLSC <sup>2</sup> Médecins de famille Programme d'éducation publique
Aide à la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins pour les activités personnelles et l'assistance à la personne (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, etc.)</li> <li>• Aide pour les activités domestiques</li> <li>• Aide pour les activités civiques</li> </ul>	Répondre aux besoins quotidiens des personnes en perte d'autonomie et compenser leurs incapacités.	Famille, parfois soutenue par le CLSC
Aide aux proches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gardiennage (heures régulières)</li> <li>• Répit (jours planifiés)</li> <li>• Dépannage (urgence)</li> </ul>	Faire preuve de solidarité et prévenir la fatigue, le stress et l'épuisement des proches.	CLSC en association avec les CHSLD
Services professionnels de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins infirmiers</li> <li>• Services médicaux</li> <li>• Services de réadaptation et d'adaptation</li> <li>• Services psychosociaux</li> <li>• Services de pharmacie</li> <li>• Services de nutrition</li> </ul>	<p>Prévenir, dépister, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé.</p> <p>Restaurer et préserver les capacités ou minimiser les conséquences d'un problème.</p>	CLSC CHCD CHSLD CR Institut gériatrique
Services spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gériatrie active</li> <li>• Psychogériatrie</li> <li>• Réadaptation</li> </ul>	<p>Effectuer les évaluations et les diagnostics.</p> <p>Traiter les incapacités de façon ponctuelle.</p>	Centre hospitalier Institut gériatrique CR
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de fin de vie</li> <li>• Contrôle de la douleur</li> </ul>	Accompagner la personne en fin de vie afin de maintenir la qualité de vie jusque dans les derniers instants.	Variés

*Les actions*

Les valeurs proposées dans ce modèle intégré se traduisent par des actions qui sont expliquées dans le plan d'intervention individualisé. Celui-ci comprend divers outils tels que le plan de soins infirmiers et le plan d'intervention interdisciplinaire, des mécanismes de collecte et de transmission des données ainsi que des grilles de dépistage des situations à risque. Ces outils permettent de recueillir l'information pertinente dès l'admission et de la transmettre le plus rapidement possible afin de planifier les interventions qui conviennent le mieux aux objectifs de l'ensemble des partenaires: patient, famille, équipe de soins intra et extra-hospitaliers. Les outils utilisés par le personnel des soins infirmiers sont décrits dans l'article publié à la page 39 du présent numéro.

*La coordination*

Plus la situation est complexe, plus il est nécessaire de coordonner l'effort des partenaires. On sait que l'absence de coordination occasionne des retards, réduit l'efficacité des interventions et a des répercussions sur les coûts et la qualité des soins (Anthony et Hudson-Barr, 1998 ; Charlesworth et McKenzie, 1996) ainsi que sur la dynamique émotionnelle du patient et de sa famille (Nazarko, 1998). Cet effet, néfaste à plusieurs égards, peut être évité en désignant une coordonnatrice de programme qui devient garante du projet organisationnel et des valeurs de l'équipe tout en assurant le lien de cohérence entre les différents éléments du processus.

L'utilité de nommer une personne responsable de la coordination est confirmée dans de nombreux ouvrages. Cette coordination des membres de l'équipe interdisci-

plinaire permet de circonscrire rapidement les problèmes existants et prévisibles du patient ou de sa famille et de favoriser leur résolution, idéalement par le professionnel le plus approprié (Pittman *et al.*, 1992). À cette coordination interdisciplinaire s'ajoute la coordination interétablissements (Charlesworth et McKenzie, 1996 ; Roy *et al.*, 1996-1997). Les intervenants doivent en effet établir les contacts nécessaires avec les ressources extérieures sollicitées dans le processus de planification du congé, tels les organismes communautaires, les responsables des soins à domicile et des soins infirmiers courants. Cette coordination s'amorce au moment où s'établit le contact avec les diverses ressources, idéalement le plus rapidement possible afin que celles-ci puissent à leur tour se préparer à l'arrivée du patient à domicile (Roy *et al.*, 1996-1997).

La coordination entourant les préparatifs du congé rend possible l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intervention individualisé décrivant à la fois les soins et le traitement à effectuer, les médicaments à prendre, les rendez-vous de suivi à assurer et les ressources communautaires à prévoir (Roy *et al.*, 1996-1997 ; Charlesworth et McKenzie, 1996 ; Haddock, 1991 ; Pittman *et al.*, 1992). Quand la démarche a été bien planifiée et communiquée et que de bons mécanismes de coordination ont été établis, il devient possible par la suite, si le besoin s'en fait sentir, de mettre en place des mesures correctives qui permettront de s'adapter à de nouveaux développements tout au long de la période de soins (Schneider, 1992).

Lorsqu'on a pris connaissance des objectifs de la coordination et décrit certains de ses éléments, on comprend pourquoi Parsons et McMurtry (1997) et Schneider (1992) suggèrent qu'elle soit assurée par une infirmière possédant un diplôme de cycle supérieur. Plusieurs facteurs militent en faveur d'une telle décision sur le plan organisationnel. D'une part, les connaissances et l'expertise de l'infirmière de pratique avancée lui permettent d'occuper une place privilégiée dans la coordination d'un programme de planification du congé, particulièrement quand il s'agit de clientèles vulnérables, atteintes de maladies chroniques ou confrontées à une situation complexe de soins. D'autre part, grâce à sa formation de deuxième cycle, elle maîtrise un ensemble de connaissances sur le système de santé, les principes d'enseignement, la dynamique du changement et la recherche; elle peut aussi déterminer les implications économiques et juridiques des choix effectués, le niveau pertinent des soins de santé ainsi que le rôle et les responsabilités de chacun des collaborateurs. De plus, il faut ajouter les champs de compétence inhérents à la pratique infirmière avancée tels que la collaboration, l'expertise clinique, la planification du changement et la compétence de consultation, qui permettent d'atteindre les résultats souhaités (Nazarko, 1998).

### **L'extrant**

L'extrant, c'est-à-dire l'évaluation des résultats, représente le dernier élément du modèle intégré. En principe, un processus de transformation réussi aura un impact favorable sur le patient et sa famille ainsi que sur l'organisation (Bull et Roberts, 2001 ; Charlesworth et McKenzie, 1996 ; Haddock, 1991 ; Nazarko, 1998 ; Parsons et McMurtry, 1997 ; Roy *et al.*, 1996-1997). La phase de l'extrant permet d'évaluer les ressources disponibles et de recentrer le processus sur l'autonomie du patient et de sa famille; les intervenants peuvent alors vérifier le degré de satisfaction de ces derniers ainsi que leur capacité à prendre en charge le traitement au retour à la maison, le cas échéant. L'évaluation peut aussi porter sur la réduction des risques liés à l'hospitalisation (perte d'autonomie, chutes, etc.) et sur l'harmonie de la transition entre l'hôpital et le milieu.

Il est possible que l'équipe de soins constate d'autres retombées. Les résultats peuvent être évalués en fonction de critères tels que le degré de satisfaction, l'amélioration de la communication, l'autonomie et le respect inter et intradisciplinaire. Enfin, sur le plan organisationnel, un programme de planification du congé diminuera la durée du

séjour ainsi que le taux des visites à l'urgence et des réadmissions. Il permettra aussi d'éviter le chevauchement des services ou les retards occasionnés par une réévaluation complète d'une situation et réduira d'autant les coûts des services de santé.



### L'expérience de l'Hôpital Charles LeMoine

L'expérience de la planification du congé à l'HCLM découle du mandat formulé par la direction. Elle a été rendue possible grâce à la supervision instaurée dans le cadre d'un stage de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières. Le projet a pu se réaliser avec le concours de la coordonnatrice du programme de planification du congé qui a réussi à mobiliser les infirmières et les autres intervenants. Elle a mis en œuvre un processus de transformation et amené les professionnels de la santé à partager les mêmes principes (valeurs) et à se concerter pour planifier le congé du patient (actions). En faisant circuler l'information, elle a réussi à conjuguer (coordination) les efforts de tous les intervenants de manière qu'ils puissent offrir des soins holistiques aux patients (Nazarko, 1998). L'aspect clinique de l'intrant et de l'extrant est abordé dans la rubrique « Testez vos connaissances », à la page 22 du présent numéro. Considérons maintenant comment la coordonnatrice a assumé son rôle au sein de l'HCLM et en collaboration avec les autres établissements.

### La coordination intraétablissement

La coordonnatrice du programme a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe soignante de chaque unité de soins afin de mettre en place un processus individualisé de plani-

fication du congé. Dans des situations complexes de soins, son expertise a permis d'analyser les problèmes en profondeur et d'offrir davantage de choix pour le soin du patient. Par exemple, elle a participé à des rencontres avec le patient et sa famille et les membres de l'équipe interdisciplinaire afin de préciser l'orientation du patient et d'expliquer les services disponibles (voir le tableau p. 14). Le patient peut en effet recevoir des services publics ou privés, dans le milieu ou par l'entremise d'une ressource institutionnelle.

Grâce à sa participation aux activités des unités de soins, la coordonnatrice est devenue un modèle pour l'équipe de soins. En plus d'encourager l'infirmière soignante à participer à la planification du congé de chaque patient, elle l'a conseillée sur l'évaluation des besoins du patient et la planification des interventions nécessaires (Charlesworth et McKenzie, 1996). Ce soutien apporté aux infirmières soignantes les aide non seulement à développer leur autonomie (Charlesworth et McKenzie, 1996), mais aussi à atteindre les normes de qualité du programme de planification du congé (Schneider, 1992).

### La tournée clinique des unités de soins

La tournée clinique des unités de soins, effectuée par la coordonnatrice, a permis de faire ressortir plus rapidement les situations complexes et les complications, d'effectuer des interventions rapides et de planifier le congé en conséquence. Plusieurs facteurs entrent en jeu dans une situation complexe: complications qui s'additionnent, problèmes cognitifs, de mobilité ou d'incontinence qui se développent, réseau d'aide épuisé dont les membres tombent malade, insatisfaction du patient ou de sa famille, planification de départ inadéquate ou comportant plusieurs démarches, douleur difficilement contrôlable, potentiel de violence accru, comportement perturbateur, difficulté d'adaptation à une situation ou d'acceptation d'un diagnostic. Cette situation complexe de soins se traduit par une durée de séjour prolongée.

Comme elle avait également pour objectif d'augmenter la compétence et de favoriser l'autonomie de l'équipe soignante, la tournée des unités de soins s'est effectuée dans un esprit de collaboration. De plus, elle a permis à la coordonnatrice de tenir compte des fausses perceptions et des préjugés de l'équipe pouvant entraver la planification du congé. Elle a pu en discuter et arriver à les modifier. Enfin, la tournée est le moyen le plus efficace pour acquérir une vision globale de la complexité des soins.

Étant donné le rôle qu'elle joue auprès des infirmières et des équipes interdisciplinaires, la coordonnatrice devient en fin de compte un agent de changement. Comme elle est à même de suivre « l'état de diagnostic », elle règle plus facilement ses actions selon les circonstances (Collerette *et al.*, 1997). La tournée des unités de soins a contribué à plani-

mouvoir le changement et à mettre en place une organisation commune. Elle a permis de faire circuler l'information, de mettre l'accent sur une gestion proactive et quotidienne de la période de soins sans attendre que la situation devienne critique. En ce sens, elle a modifié les valeurs et l'attitude des professionnels. De plus, la présence de l'infirmière de pratique avancée dans les unités de soins a facilité les demandes de consultation qui portaient sur des situations complexes.

### ***La coordination interétablissements***

La coordonnatrice du programme de planification du congé a participé à des tables de concertation entre deux centres hospitaliers et cinq CLSC. Ces rencontres ont permis de connaître les forces et les limites de chacun, de créer un consensus sur un mode de fonctionnement et de développer un climat de confiance interétablissements. La coordonnatrice a également accompagné l'infirmière du CLSC lors de la visite des patients du service du maintien à domicile. Elle souhaitait se renseigner sur la nature des soins et des services que le CLSC est en mesure d'offrir à la clientèle. Le partage d'information peut se faire dans les deux sens puisque des intervenants pivots du CLSC (infirmière et travailleur social) ont été sollicités pour participer à l'évaluation des patients dans le centre hospitalier lorsque la situation de soins s'est avérée particulièrement complexe. Un premier pas a ainsi été fait vers le développement d'un réseau intégré de services. En outre, l'auteure principale du présent article a contribué à la formation des infirmières des CLSC de la sous-région afin de garantir la congruence et l'uniformité des techniques de soins entre les établissements et d'en assurer la continuité. Enfin, une démarche similaire a été effectuée auprès des ressources privées du programme d'achat de places pour les patients en attente d'hébergement et pour les centres de réadaptation et de convalescence de la région.

La coordination intra et interétablissements permet de faire circuler l'information et facilite la communication. La coordonnatrice joue en quelque sorte un rôle de négociatrice entre les différents partenaires. Chaque partie lui fait part de ses insatisfactions et elle tente de trouver un terrain d'entente qui réponde aux besoins de l'ensemble de la clientèle. Pour ce faire, elle reste centrée sur son but premier, c'est-à-dire orienter le client vers la ressource la plus appropriée pour la prestation des soins.

### ***L'avenir du programme***

Le programme de planification du congé est maintenant implanté à l'HCLM et il n'est plus nécessaire de demander à une infirmière de pratique avancée d'assurer une coordination centralisée. Celle-ci demeure une «consultante». L'infirmière pivot de l'unité de soins est maintenant la ►

principale intervenante dans le processus de planification du congé. Des outils ont été conçus afin de rendre accessibles à l'ensemble de l'équipe soignante les renseignements pertinents au sujet de la période de soins du patient et de son orientation lors du congé. Toutefois, il faut aider l'infirmière soignante à développer son autonomie afin qu'elle se sente davantage concernée par le processus. De plus, l'ensemble des partenaires doit continuer à être sensibilisé à l'importance d'individualiser et d'intégrer les divers plans d'intervention et d'y associer le patient et sa famille. Compte tenu de l'instabilité des équipes, ce processus représente un véritable défi. Cependant, il est soutenu par les équipes d'amélioration continue de la qualité qui veillent à l'intégration des services, particulièrement ceux qui s'adressent aux personnes âgées, qui représentent 28 % de la clientèle hospitalisée en courte durée.

Un programme de planification du congé est en constante évolution. Ses éléments de base ont été présentés dans le cadre d'un modèle intégré prometteur. Ils doivent toutefois être replacés dans le contexte de chaque établissement. L'important, c'est de se rappeler que ce programme est d'abord et avant tout un processus de transformation centré sur le patient et sa famille. ☺

1. Un modèle intégré est une organisation conceptuelle alors qu'un système intégré est une organisation structurelle. Ainsi, il n'y a pas de structure prévue dans un modèle intégré, mais plutôt une invitation à modifier la conception et la prestation des soins.
2. Une période de soins peut débuter dans un centre hospitalier et se poursuivre à domicile ou en établissement. La personne âgée peut retourner à domicile en recevant des soins courants ou spécialisés du CLSC. Par ailleurs, elle peut bénéficier, selon les besoins, d'une convalescence ou d'une réadaptation en CHSLD.

## Références

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ) et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, Québec, MSSS, 2000.

ANDERSON, M.A. et L. HELMS. « An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care », *Orthopaedic Nursing*, vol. 12, n° 4, juil./août 1993, p. 41-49.

ANTHONY, M.K. et D.C. HUDSON-BARR. « Successful patient discharge. A comprehensive model of facilitators and barriers », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 28, n° 3, mars 1998, p. 48-55.

BULL, M.J. et J. ROBERTS. « Components of a proper hospital discharge for elders », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, n° 4, août 2001, p. 571-581.

CHARLESWORTH, G.A. et P.A. MCKENZIE. « Unit discharge planning model », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 10, n° 2, mars 1996, p. 102-105.

COLLERETTE, P. *et al.* *Le changement organisationnel: théorie et pratique*, Sainte-Foy (QC), Presses de l'Université du Québec, 1997.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ (CCASS). *Le Programme d'agrément MIRE*, Ottawa, CCASS, 2002.

D'AMOUR, D. « La collaboration, un choix obligé », in O. GOULET et C. DALLAIRE, *Les soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 2002, p. 339-364.

HADDOCK, K.S. « Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 17, n° 7, juil. 1991, p. 10-14.

KÉROUAC, S. *et al.* *La pensée infirmière*, Laval (QC), Études Vivantes, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992.

*Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, Québec, MSSS, 1998.

*Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 2001.

NAYLOR, M. *et al.* « Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly », *Annals of Internal Medicine*, vol. 120, n° 12, 15 juin 1994, p. 999-1006.

NAZARKO, L. « Improving discharge: the role of the discharge co-ordinator », *Nursing Standard*, vol. 12, n° 49, 26 août-1<sup>er</sup> sept. 1998, p. 35-37.

NIXON, A. *et al.* « Audit in practice: planning for discharge from hospital », *Nursing Standard*, vol. 12, n° 26, 18-24 mars 1998, p. 35-38. [En ligne], 2002. [<http://www.nursing-standard.co.uk/archives/vol12-26/research.htm>] (Page consultée le 6 août 2002)

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière*, Montréal, OIIQ, 1996.

PARSONS, P.L. et C.T. McMURTRY. « NP care/discharge planning saves money », *The Nurse Practitioner*, vol. 22, n° 3, mars 1997, p. 238-240.

PITTMAN, L. *et al.* « Patient discharge planning documentation in an Australian multidisciplinary rehabilitation setting », *Rehabilitation Nursing*, vol. 17, n° 6, nov./déc. 1992, p. 327-331.

ROY, O. *et al.* « La planification du congé: une question de priorité », *Les cahiers des mardis-cliniques en soins infirmiers du CUSE*, Université de Sherbrooke, n° 8, 1996-1997, p. 105-115.

SCHNEIDER, J.K. « Clinical nurse specialist: role definition as discharge planning coordinator », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 6, n° 1, printemps 1992, p. 36-39.

JOCELYNE CHAMPAGNE est conseillère en soins spécialisés, personnes âgées, gestion des risques, techniques et procédés de soins à l'Hôpital Charles LeMoine.

ODETTE ROY est actuellement infirmière clinicienne spécialisée au Programme clientèle personnes âgées à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

CÉCILE MICHAUD est professeure adjointe au Département des sciences infirmières de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et conseillère en soins spécialisés, recherche et évaluation de la qualité à l'Hôpital Charles LeMoine.