

Ligne directrice sur l'évaluation et le rétablissement

Octobre 2014

Ministry of Health
and Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée



Table des matières

1. ÉNONCÉ CONCERNANT LA LIGNE DIRECTRICE.....	1
2. PORTÉE DE LA LIGNE DIRECTRICE.....	4
3. ÉLÉMENTS D'UNE DÉMARCHE AXÉE SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSEMENT EN MATIÈRE DE SOINS.....	4
4. CRITÈRES CIBLÉS POUR LES INTERVENTIONS AXÉES SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSEMENT .	8
5. TYPES D'INTERVENTIONS AXÉES SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSEMENT EN ÉTABLISSEMENT.....	9
5.1 TYPE 1 : INTERVENTIONS COMPLEXES SUBAIGUËS	10
5.2 TYPE 2 : INTERVENTIONS DE RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE.....	11
5.3 TYPE 3 : INTERVENTIONS DE CONVALESCENCE ACTIVE	12
6. INDICATEURS DE TRANSITION	14
7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS LIÉE À LA PRESTATION DES SERVICES	14
7.1 DÉPISTAGE (DÉTECTION PRÉCOCE DES RISQUES)	14
7.2 ÉVALUATION	15
7.3 ORIENTATION ET PLACEMENT	16
7.4 INTERVENTIONS AXÉES SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSEMENT (EN ÉTABLISSEMENT).....	17
7.5 TRANSITION VERS LE DOMICILE	20
8. HARMONISATION AVEC LES AUTRES POLITIQUES ET INITIATIVES.....	20
8.1 PROGRAMME DE SOINS TRANSITOIRES	20
8.2 STRATÉGIE ET CADRE D'ADAPTATION DES HÔPITAUX AUX BESOINS DES AINÉS	21
8.3 MAILLONS SANTÉ COMMUNAUTAIRES	22
8.4 PROGRAMME DE SOINS DE CONVALESCENCE	23
8.5 DIRECTIVE STRATÉGIQUE DE 2014 RELATIVE À LA COLLABORATION ENTRE LES CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES ET LES ORGANISMES DE SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE CONCERNANT LA COORDINATION DES SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE	23
9. RESPONSABILISATION ET MESURE DU RENDEMENT.....	24
9.1 RESPONSABILISATION	24
9.2 MESURE DU RENDEMENT	24
10. MESURES DE PROTECTION	25
11. ANNEXE A.....	26
12. ANNEXE B.....	27

1 ÉNONCÉ CONCERNANT LA LIGNE DIRECTRICE

La Ligne directrice sur l'évaluation et le rétablissement définit les éléments d'une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins et énonce les attentes du ministère à l'égard des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et des fournisseurs de services de santé (FSS) en ce qui a trait à la planification, à l'établissement, à la mise en œuvre, à la surveillance et à l'évaluation des initiatives axées sur l'évaluation et le rétablissement¹.

La présente ligne directrice vise à améliorer l'accès aux interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement, qui sont des groupes personnalisés de services de soins de réadaptation et d'autres services de soins de rétablissement qui sont :

- offerts par des équipes intégrées composées de professionnels de la santé réglementés ayant une expertise en soins gériatriques;
- axés sur l'amélioration de la force, de la mobilité et de la capacité fonctionnelle².

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement ciblent les personnes âgées fragiles et les autres personnes³ qui :

- ont récemment subi une perte de leurs capacités fonctionnelles après un incident médical ou un déclin de la santé;
- présentent un risque élevé d'hospitalisation imminente ou d'admission pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de soins de longue durée (SLD) à la suite de cette perte fonctionnelle (« risque élevé »);
- ont la possibilité de récupérer cette perte fonctionnelle de sorte qu'elles ne présenteraient plus un risque élevé (« potentiel de rétablissement »)⁴.

L'évaluation et le rétablissement représentent un volet d'un modèle de soins intégré pour les personnes âgées fragiles qui s'étend à l'ensemble du continuum. On reconnaît que les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement peuvent être offertes dans l'ensemble du continuum de soins. Plus particulièrement, la présente ligne directrice vise à améliorer l'accès aux interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement « *en établissement* », lesquelles ciblent les personnes âgées fragiles à risque élevé et les autres personnes présentant un potentiel de rétablissement qui ont besoin

¹ La présente ligne directrice n'aborde pas les rôles et les responsabilités des personnes qui ont besoin de soins ni ceux de leurs personnes soignantes non rémunérées et de leurs familles. Le ministère reconnaît néanmoins que toutes ces personnes contribuent de façon cruciale à l'autonomie des personnes âgées.

² La capacité fonctionnelle est la capacité d'accomplir au moins une des activités de la vie quotidienne, comme marcher, faire sa toilette ou prendre un bain.

³ Les personnes âgées fragiles sont les personnes âgées qui présentent un risque de dépendance accrue ou de mortalité lorsqu'elles sont confrontées à un facteur de stress lié à la santé (source : adapté de Heckman et coll. « Addressing health care needs for frail seniors in Canada: the role of interRAI instruments » [en anglais] *CGS Journal of CME* 3, no. 1, 2013, 2013). Voir la section 4 pour obtenir une description plus détaillée des personnes ciblées.

⁴ Adapté de la Rehabilitative Care Alliance, 2013.

d'un niveau de soins qui est uniquement offert dans un hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée avec soins de convalescence.

La mise en œuvre de la présente ligne directrice vise à :

- prolonger le plus possible l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité et des autres personnes;
- réduire le fardeau des personnes soignantes en améliorant les résultats psychosociaux et les résultats en santé des personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité et des autres personnes;
- favoriser l'adoption des processus et des interventions cliniques fondés sur des données probantes qui se sont avérés efficaces pour ce qui est d'améliorer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant dans la collectivité et des autres personnes.

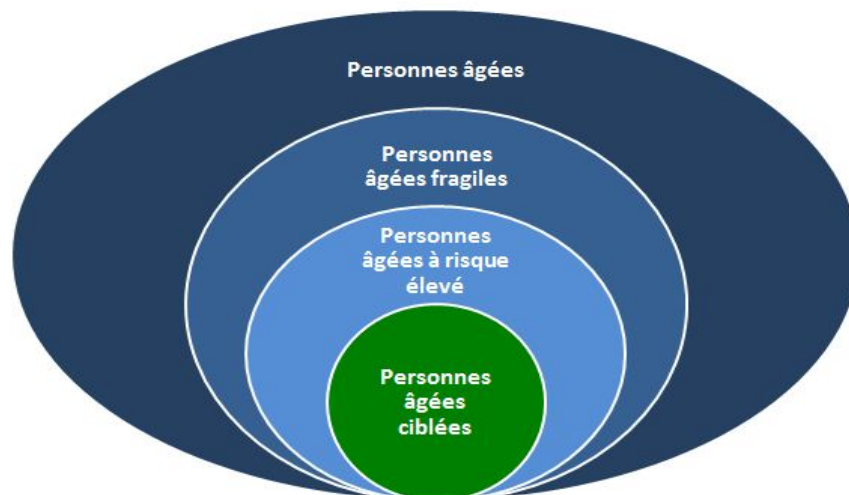
L'évaluation et le rétablissement *ne visent pas* :

- les personnes subissant une perte fonctionnelle qui est mineure ou qui ne peut pas être rétablie au moyen d'une série d'interventions thérapeutiques à durée limitée (c.-à-d., les personnes qui ne présentent pas de potentiel de rétablissement);
- à remplacer les cheminements cliniques établis en vertu d'un acte médical fondé sur la qualité (p. ex., pour les personnes qui subissent une arthroplastie de la hanche ou du genou ou qui subissent une fracture de la hanche ou un AVC)⁵;
- à offrir des soins continus, des soins préventifs ou des soins d'entretien.

Figure 1 : L'évaluation et le rétablissement ciblent un petit sous-groupe de personnes âgées et d'autres personnes, afin de les aider à retrouver leurs capacités fonctionnelles et à rester autonomes le plus longtemps possible dans la collectivité⁶.

⁵ Les actes médicaux fondés sur la qualité, un volet de la Réforme du financement du système de santé, sont des groupes précis de services aux patients qui sont remboursés aux fournisseurs de soins de santé selon les types et le nombre de traitements hospitaliers des patients, en se fondant sur des taux cliniques rajustés en fonction de la qualité des soins offerts aux patients. Les actes médicaux fondés sur la qualité établissent des taux de paiement pour chaque fournisseur de soins de santé qui contribue au parcours de soins du patient. Des manuels cliniques ont été rédigés pour aider les cliniciens à faire la transition vers les actes médicaux fondés sur la santé.

⁶ Voir la section 4 pour obtenir une description plus détaillée des personnes ciblées par l'évaluation et le rétablissement.



L'évaluation et le rétablissement ciblent un petit sous-groupe de la population des personnes âgées. Il n'y a pas beaucoup de personnes âgées fragiles, et peu d'entre elles présentent un risque élevé. Les personnes âgées à risque élevé se distinguent par le fait qu'elles ont commencé à connaître un déclin fonctionnel grave et qu'elles atteignent un stade où ce déclin menace de devenir soudainement permanent. Les personnes âgées fragiles à risque élevé présentent généralement des besoins psychosociaux complexes, de multiples affections chroniques et des antécédents d'utilisation fréquente et intensive des soins primaires, des soins à domicile, des soins communautaires ou des ressources hospitalières. Un diagnostic de « déficit staturo-pondéral » ou de « débilité » est également posé dans bien des cas. Une perte fonctionnelle représente une source de préoccupation pour toutes les personnes âgées fragiles, mais cette préoccupation devient plus importante lorsque la perte est grave et qu'elle pourrait devenir permanente si une intervention n'est pas pratiquée en temps opportun. Généralement, une perte fonctionnelle grave qui devient permanente augmente de beaucoup les risques d'hospitalisation ou d'admission pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD pour les personnes âgées fragiles.

Une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins englobe un éventail de programmes et d'établissements, et se veut multidisciplinaire et intersectorielle. L'évaluation et le rétablissement ne constituent pas un programme provincial. Il ne s'agit pas non plus d'une désignation d'un lit, de « services de réadaptation » ou de soins de convalescence. Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement sont pratiquées à l'intérieur d'un éventail de programmes et de désignations de lit⁷.

⁷ Par exemple, les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement peuvent être effectuées dans les lits de soins de convalescence, mais une personne ne doit pas nécessairement faire partie de la population ciblée par l'évaluation et le rétablissement pour satisfaire aux critères d'admission dans un lit de soins de convalescence. À tout moment, seulement un sous-groupe de personnes occupant un lit de soins de convalescence peut faire partie de la population cible. Les critères d'admissibilité aux lits de soins de convalescence sont énoncés dans le règlement pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, et ils sont plus vastes que ceux utilisés pour l'évaluation et le rétablissement qui sont décrits dans la présente ligne directrice. Les lits de soins de convalescence ne peuvent pas être désignés comme des lits d'évaluation et de rétablissement ni réservés ou laissés en priorité aux personnes faisant partie de la population cible par l'évaluation et le rétablissement.

2. PORTÉE DE LA LIGNE DIRECTRICE

La présente ligne directrice décrit ce qui suit :

- les éléments d'une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins;
- les critères permettant de déterminer les personnes âgées et les autres personnes pour lesquelles des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement s'avèrent appropriées;
- les trois types d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement;
- les rôles et les responsabilités partagés et individuels des fournisseurs de soins primaires, des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), des organismes agréés, y compris les organismes de services communautaires de soutien, des hôpitaux et des foyers de SLD à l'égard de l'évaluation et du rétablissement;
- les attentes en matière de responsabilisation et de mesure du rendement en ce qui a trait à l'évaluation et au rétablissement.

3. ÉLÉMENTS D'UNE DÉMARCHE AXÉE SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSMENT EN MATIÈRE DE SOINS

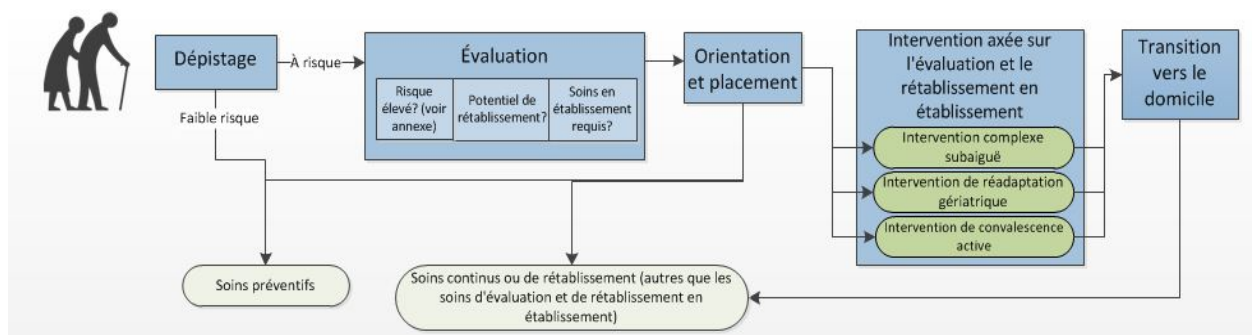
Une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins est composée des volets suivants :

- **Dépistage** : utilisation active d'outils de dépistage normalisés dans la collectivité et les hôpitaux pour déterminer les personnes âgées et les autres personnes qui ont commencé à connaître une incapacité fonctionnelle ou qui présentent un risque d'incapacité fonctionnelle susceptible de mener à une hospitalisation ou à une perte d'autonomie (« personnes âgées et autres personnes à risque »);
- **Évaluation** : évaluation rapide des personnes âgées et des autres personnes à risque par des employés dûment qualifiés, au moyen d'outils d'évaluation normalisés, dans le but d'aider à déterminer si une intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement en établissement s'avère appropriée;
- **Orientation et placement** : orientation efficace des personnes âgées et des autres personnes ayant fait l'objet d'une évaluation vers les fournisseurs, les établissements et les types d'intervention les plus appropriés;

De même, bien que les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement puissent être pratiquées dans les lits réservés aux soins de réadaptation ou de convalescence en milieu hospitalier, seulement un sous-groupe des personnes admissibles à ces lits en vertu des critères d'admission définis dans la *Loi sur les hôpitaux publics* fait partie de la population ciblée par l'évaluation et le rétablissement. Cependant, contrairement aux foyers de SLD où l'on retrouve des lits de soins de convalescence, les hôpitaux peuvent choisir d'accorder en priorité l'accès à leurs lits réservés aux soins de réadaptation ou de convalescence aux personnes qui font partie de la population ciblée par la démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement. Cette décision devrait être prise de concert avec le RLISS en tenant compte des besoins généraux de la collectivité locale, de la région et de la province.

- **Intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement en établissement** : exécution fondée sur des données probantes des évaluations, des traitements et des thérapies conformément aux pratiques de pointe;
- **Transition vers le domicile** : intégration et liens avec les fournisseurs de soins primaires et communautaires et les personnes soignantes pour s'assurer que les progrès réalisés sont maintenus.

Figure 2 : Les cinq volets d'une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins



Le cheminement du patient dans le cadre d'une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins commence par le **dépistage** des risques de perte d'autonomie liée à une incapacité fonctionnelle. Les personnes âgées et les autres personnes ayant été désignées comme étant à faible risque devraient être orientées vers des programmes et des services préventifs dans la collectivité (p. ex., des séances d'exercice et de prévention des chutes) afin de les aider à maintenir et à améliorer leur force et leurs capacités fonctionnelles.

Les personnes âgées et les autres personnes ayant été désignées comme présentant un risque de perte d'autonomie devraient être aiguillées vers une **évaluation** de leur niveau de risque, de leur potentiel de rétablissement et de leurs besoins en matière de soins de réadaptation et d'autres soins de rétablissement en établissement (par rapport aux soins à domicile et aux soins ambulatoires).⁸

Les personnes âgées et les autres personnes ayant fait l'objet d'une évaluation devraient ensuite être aiguillées en vue d'une **orientation et d'un placement** vers les fournisseurs, les établissements et les types d'intervention les plus appropriés (voir le tableau 1 à la page suivante).

⁸ Les personnes âgées et les autres personnes à risque ne présentent pas toutes un risque élevé. Les personnes âgées et les autres personnes à risque sont celles qui ont été désignées comme pouvant présenter un risque élevé par une personne sans formation, au moyen d'un simple outil de dépistage. Le fait qu'une personne présente ou non un risque élevé d'hospitalisation ou d'admission pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD doit être déterminé par un employé d'un hôpital ou d'un CASC qui a reçu une formation. De plus, cette décision doit reposer sur les résultats d'au moins une évaluation effectuée par une personne dûment qualifiée au moyen d'un outil d'évaluation normalisé. Seuls les CASC peuvent déterminer l'admissibilité d'une personne à une admission dans un foyer de SLD.

Tableau 1 : Les décisions en matière d'orientation et de placement devraient être éclairées par les évaluations faites en vue des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement (et les autres types d'évaluation).

Évaluation			Orientation et placement
Risque élevé d'hospitalisation ou d'admission dans un foyer de SLD?	Potentiel de rétablissement?	Intervention en établissement nécessaire?	Services appropriés / type de fournisseur
Oui	Oui	Oui	Intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement en établissement
« Non » à l'une des questions ci-dessus			Autres types de soins préventifs, de soins continus ou de soins de rétablissement, notamment par l'intermédiaire de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital (lit de soins de réadaptation ou de SCC) (intervention non axée sur l'évaluation et le rétablissement) • Foyer de SLD – lit de court séjour (lit de soins de convalescence – intervention non axée sur l'évaluation et le rétablissement, lit de soins de relève) • Programme de soins gériatriques de jour • Programme de sensibilisation aux soins gériatriques • Soins cliniques • Services d'aide à la vie autonome à l'intention des personnes âgées à risque élevé • Soins à domicile • Services communautaires de soutien • Foyer de soins de longue durée (lit de long séjour)

Les personnes qui ont été évaluées comme étant à risque élevé, comme présentant un potentiel de rétablissement et comme nécessitant des interventions en établissement devraient être orientées vers un programme comprenant des **interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement** et placées dans un tel programme. Ces interventions doivent être :

- pratiquées par des équipes interprofessionnelles dont les membres possèdent une expertise en soins gériatriques⁹, notamment :
 - spécialistes en gériatrie et en psychiatrie,

⁹ Le degré d'expertise en soins gériatriques des fournisseurs de soins et le niveau d'accès d'un patient à une équipe interprofessionnelle spécialisée, coordonnée et intégrée peuvent varier selon le type de programme qui fournit les soins d'évaluation et de rétablissement auxquels la personne a été admise.

- physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmiers en réadaptation et assistants en thérapie,
- éventail de professionnels de la santé et de professionnels des soins infirmiers, pharmaceutiques, diététiques et psychiatriques,
- autres adjoints d'équipe;
- conçues pour inclure les personnes soignantes non rémunérées dans le processus de soins, au moyen de discussions sur les objectifs, les plans et les principales décisions de traitement¹⁰;
- pratiquées en vertu d'un modèle de soins spécialisé, coordonné et intégré¹¹ qui comprend des protocoles et la surveillance des services, notamment :
 - services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie offerts directement par un professionnel de la santé réglementé ou par une personne qui agit sous la supervision directe d'un tel professionnel¹²,
 - soins des plaies et soins préventifs des plaies,
 - soins de l'incontinence,
 - bilan comparatif et gestion des médicaments,
 - gestion de la douleur,
 - gestion de l'alimentation, de la nutrition et de l'hydratation,
 - gestion des cas,
 - soutien psychosocial et comportemental,
 - soutien aux personnes soignantes.¹³

Les RLISS devraient travailler en collaboration avec les hôpitaux et les CASC pour s'assurer que les personnes qui ne satisfont pas aux critères relatifs à l'évaluation et au rétablissement (p. ex., celles qui ne courent pas un risque élevé d'hospitalisation ou d'admission pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD ou ne présentent pas de potentiel de rétablissement, conformément aux

¹⁰ Les fournisseurs doivent bien sûr se conformer aux exigences applicables, y compris la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

¹¹ Les hôpitaux devraient également consulter la Stratégie et le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés.

¹² Aux fins de la présente ligne directrice, le terme « supervision directe » doit être interprété d'une manière libérale, en faisant référence aux acceptations courantes de ces termes de même qu'aux conseils et aux directives sur les types ou les formes de supervision qui sont émis par l'ordre de la profession de la santé applicable. Par exemple, l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario a défini la supervision indirecte et la supervision directe, cette dernière faisant référence à une observation et à une orientation visuelles sur place par un professionnel de la santé réglementé pendant qu'il supervise une activité pratiquée par un assistant (OAOO, Position Statement: Use of Supportive Personnel, 1997). La présente ligne directrice ne prétend pas définir à quel moment des soins directs ou une supervision directe s'avèrent appropriés. Elle ne précise pas non plus les types ou les formes de supervision ni les éléments nécessaires ou autres caractéristiques de la supervision. L'utilisation du terme dans la présente ligne directrice vise uniquement à indiquer que la fragilité de la population ciblée par l'évaluation et le rétablissement suggère généralement que, dans une intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement, les normes professionnelles définies par chaque ordre exigeront probablement une supervision relativement active des services de réadaptation prodigués par un assistant en thérapie ou par une autre personne agissant sous la supervision d'un professionnel de la santé réglementé.

¹³ Le soutien aux personnes soignantes comprend montrer à ces personnes comment aider à offrir les soins ou comment superviser les soins après un congé de l'hôpital et fournir des renseignements sur les services de répit, de transport et de livraison auxquels une personne peut accéder dans la collectivité après avoir reçu son congé.

définitions fournies dans la présente ligne directrice), mais qui pourraient tout de même tirer profit de soins de réadaptation, reçoivent le soutien approprié leur permettant d'accéder aux fournisseurs, aux établissements et aux types d'intervention les plus appropriés.

Pour assurer la continuité des soins et maintenir l'autonomie fonctionnelle des personnes après une série d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement, les établissements, les CASC et les autres FSS d'origine devraient coordonner une **transition vers le domicile** sécuritaire en veillant à la mise en place de processus responsables de coordination des soins primaires et communautaires et des soins à domicile¹⁴. Ces processus devraient comprendre ce qui suit :

- le processus de collaboration permettant d'évaluer, de planifier, de faciliter et de déterminer les options et les services avec les membres de la famille ou la personne soignante non rémunérée afin de répondre aux besoins de la personne en matière de soins à domicile et de soins communautaires;
- l'organisation délibérée des activités liées aux soins du client afin de favoriser la prestation appropriée des soins à domicile et des soins communautaires;
- l'organisation des interventions et l'établissement de l'horaire des employés et des autres ressources, y compris l'accès aux services de soins primaires, qui s'avèrent nécessaires pour exécuter toutes les activités requises liées aux soins à domicile et aux soins communautaires afin de répondre aux besoins de la personne.

4. CRITÈRES CIBLÉS POUR LES INTERVENTIONS AXÉES SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSEMENT

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement devraient cibler les personnes qui :

- ont fait l'objet d'une évaluation par des personnes dûment qualifiées au moyen d'outils d'évaluation normalisés fondés sur des données probantes;
- ont été désignées, selon ces évaluations, comme ayant satisfait aux critères suivants :
 - ont subi récemment une perte des capacités fonctionnelles liée à une affection médicale ou à un incident de la vie;
 - présentent un risque élevé d'admission imminente pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD (voir l'annexe A) ou d'hospitalisation (voir l'annexe B), en raison de cette perte fonctionnelle (personnes « à risque élevé »);
 - ont la possibilité de récupérer cette capacité fonctionnelle en participant à des groupes personnalisés de services de soins de réadaptation à court terme et d'autres services de soins de rétablissement de sorte qu'elles ne présenteraient plus un risque élevé (personnes ayant un « potentiel de rétablissement »).

¹⁴ Qualité des services de santé Ontario fournit des directives sur les soins transitoires dans le document « [Adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires : Aider les maillons santé à améliorer les transitions et la coordination des soins](#) » (Gouvernement de l'Ontario, Toronto, 2014).

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement devraient cibler les personnes qui satisfont aux critères ci-dessus et qui nécessitent également, pour être en sécurité ou pour réaliser leur potentiel de rétablissement, des services d'une intensité et d'une fréquence qui ne sont pas offertes, ou qui ne pourraient pas être offertes de façon rentable, dans le cadre de soins à domicile ou de soins ambulatoires (personnes nécessitant une « intervention en établissement »).

5. TYPES D'INTERVENTIONS AXÉES SUR L'ÉVALUATION ET LE RÉTABLISSMENT EN ÉTABLISSMENT

Il existe trois types d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement. Les descriptions de ces trois types d'interventions fournies dans la présente ligne directrice visent à aider les RLISS, les hôpitaux et les CASC à définir les attentes en matière de services et à aider les hôpitaux et les CASC à orienter et à placer les personnes âgées et les autres personnes ciblées auprès des fournisseurs d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement.

Chaque type d'intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement en établissement se distingue par ce qui suit :

- les sous-groupes de population cibles pour ce type d'intervention, tel que défini par le besoin relatif de prise en charge médicale active¹⁵ et le besoin de soins de réadaptation fournis par des professionnels ayant des compétences en gériatrie (voir le tableau 2);
- le type de services, ainsi que leur durée et leur fréquence;
- le type d'établissements où ces interventions seraient habituellement pratiquées.

¹⁵ Les personnes qui ont besoin d'une prise en charge médicale active présentent au moins une des caractéristiques suivantes :

- les problèmes de santé aigus ne sont pas tous réglés, mais la personne se porte assez bien pour participer à une intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement;
- les principaux tests diagnostiques et traitements dans le cadre des soins actifs ont été effectués, mais il se peut que certains résultats mineurs ou de soutien soient en attente;
- les besoins en médicaments n'ont pas été entièrement établis;
- les principaux besoins en matière de santé ont été cernés, même si un diagnostic clair des problèmes mineurs et des comorbidités n'a peut-être pas été posé;
- un plan de traitement définitif qui aborde les besoins en matière de soins non critiques n'a pas été établi.

Le ministère reconnaît que ce sera un médecin ou un clinicien qui déterminera, en fin de compte, si les besoins d'un patient en matière de prise en charge médicale active excluent le recours à des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement.

Tableau 2 : Caractéristiques des personnes âgées ciblées en fonction des trois types d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement

Caractéristiques des patients	Type 1 : Intervention complexe subaiguë	Type 2 : Intervention de réadaptation gériatrique	Type 3 : Intervention de convalescence active
Besoin d'une prise médicale active			
Besoin de services de réadaptation intensifs	Minimum	Maximum	Minimum

5.1 Type 1 : Interventions complexes subaiguës

5.1.1 Sous-groupes de population cibles

Ce type d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement vise les personnes qui nécessitent au moins une prise en charge active médicale modérée (p. ex., dont l'état de santé est stable ou non)¹⁶ et, par conséquent, peuvent présenter une capacité physique ou cognitive relativement faible pour participer à des activités de réadaptation.

Ces personnes peuvent être en transition entre un traitement médical aigu ou une chirurgie, exiger un traitement pour une exacerbation aiguë d'au moins un trouble médical chronique, ou nécessiter une brève période de stabilisation pour remédier à des problèmes de santé, p. ex., délire ou autres symptômes associés à la polypharmacie.

Ces personnes nécessitent une prise en charge médicale active qui rend la pratique d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement à domicile ou en milieu ambulatoire non sécuritaire.

5.1.2 Types d'interventions et fréquences

Les personnes âgées ciblées et autres personnes nécessitant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 1 doivent être aiguillées vers des FSS qui peuvent fournir les services suivants :

- Services de médecin quotidiens prévus

¹⁶ L'état de santé d'une personne est stable dans les cas suivants : il existe un diagnostic clair; les comorbidités ont été établies; il n'existe aucun problème de santé indéterminé (p. ex., essoufflement excessif, chutes, insuffisance cardiaque congestive); les signes vitaux sont stables; les besoins en médicaments ont été déterminés; et un programme de soins a été établi (Inpatient Rehab/LTLC Referral Guidelines, GTA Rehab Network, 2009).

- Médecin sur appel et services de soins infirmiers sur place disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept
- Soins infirmiers quotidiens courants et réguliers prévus
- Soins professionnels axés sur la technologie qui ne sont pas offerts à domicile ou dans des foyers de soins de longue durée.
- Une certaine thérapie de réadaptation quotidienne visant le rétablissement, l'acquisition d'habiletés d'adaptation et la mobilité, et administrée ou supervisée par un professionnel de la santé réglementé.
- Services offerts par des professionnels ayant des compétences en gériatrie de manière optimale dans un milieu hospitalier.

5.1.3 Types d'établissements

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 1 peuvent être pratiquées dans des établissements où des services médicaux (médecins et soins infirmiers) et des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) sont offerts par des équipes, et où il est possible de prendre rapidement et efficacement en charge des patients dont l'état de santé peut varier de manière imprévisible.

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 1 peuvent être pratiquées dans des lits réservés aux soins actifs ou aux soins de réadaptation ou des lits de SCC en milieu hospitalier, pourvu que les services appropriés soient offerts aux patients occupant ces lits. Par exemple, les lits réservés aux soins de réadaptation ou des lits de SCC peuvent être utilisés pour pratiquer des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 1, pourvu que les médecins, les diagnostics et les autres services médicaux appropriés soient offerts, au besoin, de manière à assurer que les patients de ce sous-groupe de population cible reçoivent des soins sécuritaires et efficaces. Lorsque les services sont fournis dans des lits réservés aux soins actifs, des soins de réadaptation appropriés doivent être offerts aux patients occupant ces lits.

En raison de l'ampleur de la prise en charge médicale active et des soins fournis par des professionnels ayant des compétences en gériatrie requis, ce type d'interventions ne pourrait pas, dans la plupart des cas, être pratiqué adéquatement dans un foyer de SLD.

5.2 Type 2 : Interventions de réadaptation gériatrique

5.2.1 Sous-groupes de population cibles

Ce type d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement est destiné aux personnes qui nécessitent une prise en charge médicale active moins importante que les patients subissant des interventions de type 1 (mais plus importante que les patients subissant des interventions de type 3) et qui présentent actuellement, ou qui pourraient présenter, l'énergie, la capacité cognitive et

l'endurance nécessaires pour participer, sous surveillance médicale, à une thérapie de réadaptation quotidienne, intensive et axée vers les objectifs.

5.2.2 Types d'interventions et fréquences

Les personnes âgées ciblées et autres personnes nécessitant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 2 doivent être aiguillées vers des FSS qui peuvent fournir les services suivants :

- Médecin sur appel et services de soins infirmiers sur place disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept
- Certains soins infirmiers quotidiens prévus axés surtout sur la réadaptation
- Une thérapie de réadaptation intense administrée ou supervisée par un professionnel de la santé réglementé

5.2.3 Types d'établissements

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 2 peuvent être pratiquées dans un milieu disposant des ressources nécessaires pour fournir du soutien médical et des soins infirmiers continus, avec une accessibilité à un médecin sur appel 24 heures sur 24, sept jours sur sept ainsi qu'à des services de réadaptation intensive offerts par des professionnels de la santé réglementés.

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 2 peuvent être pratiquées dans des lits réservés aux soins actifs ou aux soins de réadaptation ou des lits de SCC en milieu hospitalier, pourvu que les services appropriés soient offerts aux patients occupant ces lits. Par exemple, dans les petites collectivités, les collectivités rurales et celles du Nord, ce type d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement pourrait être pratiqué adéquatement dans des lits réservés aux soins actifs lorsqu'il n'y a pas de lits réservés aux soins de réadaptation ou de lits de SCC disponibles. Lorsque les services sont fournis dans des lits réservés aux soins actifs, des soins de réadaptation appropriés doivent être offerts aux patients occupant ces lits.

En raison de l'intensité des soins de réadaptation offerts par des équipes requise, ce type d'interventions ne serait pas, dans la plupart des cas, pratiqué dans un foyer de SLD.

5.3 Type 3 : Interventions de convalescence active

5.3.1 Sous-groupes de population cibles

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 sont destinées aux personnes qui nécessitent une prise en charge médicale active moins importante que les patients subissant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 1 et de type 2. Il est reconnu que les

établissements qui offrent des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 (p. ex., les foyers de SLD ayant des lits de soins de convalescence et les hôpitaux) peuvent, selon la disponibilité des ressources requises au sein de l'établissement, occasionnellement offrir des soins aux personnes qui nécessitent une prise en charge médicale active relativement modérée. Les personnes ciblées pour faire l'objet d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 devraient être au moins en mesure de participer activement à des soins de rétablissement de faible intensité et d'une durée limitée, mais il se peut que ces personnes n'aient pas la capacité physique ou cognitive pour participer à un programme de soins de réadaptation rigoureux.

5.3.2 Types d'interventions et fréquences

Les personnes âgées ciblées ou autres personnes nécessitant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 doivent être aiguillées vers des FSS qui peuvent fournir les services suivants :

- Services de soins infirmiers sur place disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept
- Certains soins infirmiers quotidiens prévus
- Beaucoup d'activités quotidiennes ou presque quotidiennes visant l'activation, la mobilité, le renforcement et la réadaptation de faible intensité, menées ou supervisées par un professionnel de la santé réglementé.
- Autres services, comme l'exigent la LFSLD et le Règlement de l'Ontario 79/10 lorsque les soins sont prodigués dans un lit de soins de convalescence.

5.3.3 Types d'établissements

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 peuvent être pratiquées dans un milieu disposant des ressources nécessaires pour fournir une surveillance médicale et des services de réadaptation.

Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 peuvent être pratiquées dans des lits de SCC en milieu hospitalier et des lits de soins de convalescence en foyers de SLD, mais pourraient aussi être pratiquées dans des lits réservés aux soins actifs et aux soins de réadaptation. Par exemple, dans les petites collectivités, les collectivités rurales et celles du Nord qui ne disposent que d'un nombre limité de lits de SCC ou de lits de soins de convalescence, ou qui n'en ont pas du tout, ce type d'interventions pourrait être pratiqué adéquatement dans des lits réservés aux soins actifs.

6. INDICATEURS DE TRANSITION

La transition suivant une série d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement¹⁷ est généralement recommandée lorsque l'équipe de soins détermine ce qui suit :

- l'état de santé de la personne est stable et sa capacité d'effectuer des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne s'est améliorée de manière à atteindre un niveau permettant une transition vers son domicile, avec ou sans services de soutien;
- l'état de santé de la personne ou sa capacité de participer à des soins de réadaptation s'est détérioré et un autre type d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement s'avère désormais plus approprié; ou
- la personne ne présente plus le potentiel pour contrer les pertes fonctionnelles qu'elle a subies récemment pour être en mesure de retourner à la maison en toute sécurité, ou les progrès du patient ont plafonné.

Ces indicateurs de transition ne remplacent pas les critères de congé pour les soins de convalescence énoncés dans les règlements pris en application de la LFSLD ou les critères de congé pour les lits d'hôpitaux énoncés dans les règlements pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Une personne ne peut obtenir son congé d'un foyer de SLD ou d'un hôpital qu'en conformité avec ces règlements.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS LIÉE À LA PRESTATION DES SERVICES

7.1 Dépistage (détection précoce des risques)

- Les RLIS devraient soutenir leurs FSS dans la mise en œuvre coopérative d'un ensemble d'outils provinciaux de dépistage normalisés, validés et fiables permettant de détecter les personnes âgées et les autres personnes à risque, conformément aux exigences de la présente ligne directrice.
 - Ces outils devraient être simples à utiliser et mis en œuvre dans de nombreux établissements au sein de la collectivité de manière à permettre le dépistage précoce des personnes âgées et des autres personnes qui commencent à présenter des déficiences fonctionnelles ou qui sont à risque d'en développer.

¹⁷ Il est à noter que cette section fait référence à la transition entre une série d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement (p. ex., l'achèvement d'une étape de soins englobant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement), et non pas à l'obtention d'un congé de l'hôpital ou d'un foyer de SLD. Une personne peut faire l'objet d'une transition à la suite d'une série d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement tout en continuant de recevoir des soins dépassant la portée des activités d'évaluation et de rétablissement à titre de patient admis à l'hôpital ou de pensionnaire d'un foyer de SLD admis pour un long ou un court séjour. L'obtention d'un congé de l'hôpital ou d'un foyer de SLD doit respecter la législation et la réglementation pertinentes.

- Chaque RLISS devrait soutenir ses FSS de manière à assurer que ces outils sont mis à la disposition des médecins de soins primaires, des CASC, des hôpitaux, des organismes approuvés, incluant les organismes de services communautaires de soutien (SCS), et des personnes soignantes non rémunérées ainsi que les personnes âgées vivant dans la collectivité du RLISS.
- Les RLISS devraient soutenir leurs FSS afin d'assurer que les renseignements sur les établissements vers lesquels sont aiguillées les personnes âgées et autres personnes identifiées comme étant à risque sont mis à la disposition des personnes responsables de prendre des mesures en fonction des résultats de dépistage.
- Les médecins de soins primaires, les CASC et les hôpitaux devraient aiguiller les personnes âgées et les autres personnes à risque vers les personnes et les organismes appropriés afin qu'elles subissent des évaluations normalisées et pour déterminer s'il est approprié de les aiguiller vers un FSS offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement.
 - Les personnes âgées et les autres personnes à risque identifiées au sein d'un établissement de soins primaires ou à domicile devraient être aiguillées vers le CASC en vue d'une évaluation, ou vers un autre évaluateur qualifié approuvé par le RLISS.
 - Les personnes âgées et les autres personnes à risque identifiées dans un service des urgences ou un autre milieu hospitalier devraient être aiguillées vers une évaluation par un membre du personnel désigné et qualifié de l'établissement hospitalier ou du CASC, selon l'entente entre l'hôpital et le CASC, et avec l'autorisation du RLISS.

7.2 Évaluation

- Les RLISS devraient soutenir leurs FSS dans la détermination coopérative des instruments, outils et protocoles d'évaluation normalisés, validés et efficaces qui doivent être utilisés par les hôpitaux et les CASC pour déterminer s'il convient de recommander qu'une personne subisse des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement en vertu de la section 4 de la présente ligne directrice.
- Chaque RLISS devrait soutenir ses FSS de manière à assurer que ces instruments, outils et protocoles d'évaluation sont mis à la disposition des hôpitaux, des CASC et des autres évaluateurs qualifiés au sein du RLISS.
- Les hôpitaux, les CASC et les autres évaluateurs qualifiés approuvés par le RLISS devraient utiliser des instruments et des applications normalisés et validés lorsqu'ils évaluent si une personne présente un risque élevé et un potentiel de rétablissement en vertu de la présente ligne directrice.
- Les CASC devraient évaluer le potentiel de rétablissement des personnes prises en considération en vue de leur admission pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD.
- Des symptômes légers ou modérés de déficience cognitive, de dépression ou de délire, et la présence d'affections complexes chroniques ou de besoins médicaux complexes ne devraient

pas être utilisés comme critères d'exclusions pour décider si une personne âgée ou une autre personne à risque présente un potentiel de rétablissement.

- Les hôpitaux, les CASC ou les autres évaluateurs qualifiés approuvés par le RLISS devraient effectuer leurs propres évaluations, comme l'exigent le RLISS ou les politiques/directives du ministère, ou encore, les normes professionnelles. Toutefois, pour éviter le dédoublement du travail, ils devraient également se consulter et, lorsque nécessaire, utiliser les résultats des récentes évaluations effectuées par des professionnels de la santé réglementés ayant suivi une formation en gériatrie, incluant les médecins de soins primaires formés en gériatrie, les gériatres et le personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques.
- Un CASC, un hôpital ou un autre évaluateur qualifié approuvé par le RLISS qui reçoit une demande d'une évaluation faite en vue des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement pour une personne âgée ou une autre personne à risque doit rapidement :
 - procéder à l'évaluation;
 - déterminer si une intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement en établissement est appropriée, et si c'est le cas, quel type d'interventions convient le mieux;
 - prendre les mesures adéquates pour commencer le processus d'orientation et de placement et pour faciliter un accès opportun aux interventions appropriées.

7.3 Orientation et placement

- Les RLISS devraient travailler de concert avec les CASC et les hôpitaux pour élaborer les critères d'admission opérationnels et les descriptions des services à l'échelle de la province pour les programmes hospitaliers fournissant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement.
- Les RLISS devraient travailler de concert avec les CASC et les hôpitaux offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement afin d'établir des protocoles partagés pour gérer le placement des personnes, incluant les personnes âgées et les autres personnes ciblées, dans des lits réservés à la réadaptation et les lits de SCC depuis les services des urgences, d'autres hôpitaux et de la collectivité.
- Les RLISS devraient travailler de concert avec les CASC et les hôpitaux offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement afin de favoriser l'acceptation par les hôpitaux disposant de lits réservés à la réadaptation et de lits de SCC des personnes aiguillées directement depuis la collectivité, ainsi que de favoriser l'admission des personnes âgées et des autres personnes ciblées présentant des besoins médicaux complexes, mais stables, dans des lits réservés à la réadaptation.
- Les RLISS devraient travailler de concert avec les hôpitaux pour élaborer des processus de priorisation des patients qui ne désavantagent pas arbitrairement les gens en fonction de leur emplacement actuel ou de la source de l'aiguillage (p. ex., depuis la collectivité, un autre hôpital, un autre réseau hospitalier, un lit de soins actifs ou un service des urgences).

- Dans leurs décisions concernant le placement, les hôpitaux et les CASC doivent se conformer aux exigences législatives applicables. Les hôpitaux devraient (et les CASC doivent en ce qui a trait aux lits de soins de convalescence) prendre en considération l'état de la personne, les circonstances et les préférences, notamment les préférences de la personne par rapport à la proximité du programme à sa famille, à son domicile et à sa collectivité et à ses réseaux de soutien, ainsi que les exigences par rapport au consentement de la personne¹⁸.
- Dans leurs décisions relatives à la priorisation en ce qui a trait aux lits où des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement peuvent être pratiquées, les hôpitaux doivent prendre en considération les meilleures données probantes disponibles de la valeur relative d'une période ciblée d'interventions en établissement (comparativement à des soins à domicile, au sein de la collectivité ou dans des établissements de soins ambulatoires) pour améliorer l'autonomie fonctionnelle des patients présentant des besoins en matière de soins.
- Les hôpitaux, les CASC et les autres coordonnateurs de soins approuvés par le RLISS devraient s'assurer que les aiguillages vers des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement sont effectués en prenant soin de réduire l'incidence des déplacements sur la personne, notamment en ce qui concerne le besoin anticipé de la personne à accéder à différents types d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement à mesure que ses besoins changent.
- Les personnes qui choisissent de ne pas participer au processus d'aiguillage devraient, sur demande, être aiguillées vers d'autres types de services et obtenir du soutien pour organiser d'autres soins ou services, selon ce qui est approprié dans les circonstances.

7.4 Interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement (en établissement)

- Les RLISS devraient déterminer l'éventail de ressources et les exigences en matière de capacité optimales pour offrir des services d'évaluation et de rétablissement à l'intérieur de leurs limites, avec comme objectif de fournir les interventions les plus appropriées de la manière la plus économique possible.
- Les RLISS devraient s'efforcer de s'assurer que l'utilisation des ressources des hôpitaux et des foyers de SLD visant à fournir des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement est planifiée et coordonnée entre les établissements et les fournisseurs de manière à minimiser les transferts et à favoriser la continuité des soins.
- Les RLISS devraient soutenir leurs FSS dans la mise en œuvre coopérative d'autres normes et pratiques exemplaires provinciales pour planifier, offrir et évaluer les soins dans les hôpitaux et les foyers de SLD offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement¹⁹.

¹⁸ Les CASC doivent prendre des décisions concernant l'admissibilité, l'autorisation et la priorisation à l'égard des lits de soins de convalescence où des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement peuvent être pratiquées conformément aux exigences de la LFSLD et de ses règlements.

¹⁹ Chaque foyer de SLD offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement doit se conformer aux exigences en matière d'outils d'évaluation et de plans de soins applicables aux soins de convalescence, incluant toutes les exigences en vertu de la LFSLD et de ses règlements et en vertu de l'entente de responsabilisation du foyer de SLD avec son RLISS. Plus

- Les foyers de SLD offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement doivent se conformer aux exigences de la LFSLD et de ses règlements en ce qui concerne les évaluations, les plans de soins et la prestation de services.
- Les foyers de SLD et les hôpitaux offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement doivent se conformer aux exigences de leurs ententes de responsabilisation en ce qui concerne les évaluations, les plans de soins et la prestation de service.
 - Les foyers de SLD offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement doivent utiliser l'outil d'évaluation RAI-MDS 2.0 pour tous les pensionnaires recevant des soins de convalescence, y compris les personnes qui sont considérées comme faisant partie de la population cible pour l'évaluation et le rétablissement.
 - Les hôpitaux offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement doivent utiliser les outils d'évaluation FIM et RAI-MDS 2.0 pour tous les patients des lits réservés aux soins de réadaptation ou des lits de SCC, respectivement, y compris les patients qui sont considérés comme faisant partie de la population cible pour l'évaluation et le rétablissement.
- Les foyers de SLD et les hôpitaux doivent utiliser les outils d'évaluation requis et doivent utiliser les outils et les méthodes d'évaluation appropriés pour déterminer sur une base continue si une personne qui reçoit des soins fait présentement partie de la population cible pour l'évaluation et le rétablissement. Les hôpitaux et les foyers de SLD devraient s'efforcer de s'assurer qu'une évaluation de l'état clinique et fonctionnel, ainsi que des besoins en matière de soins est effectuée au moins à l'admission et immédiatement avant le congé pour toutes les personnes faisant partie de la population cible pour l'évaluation et le rétablissement.
- Les hôpitaux et les foyers de SLD devraient s'efforcer de s'assurer que la planification des soins pour toutes les personnes faisant partie de la population cible pour l'évaluation et le rétablissement est :
 - basée sur des outils d'évaluation normalisés, valides et fiables;
 - effectuée en tenant compte du plan de soins coordonnés du maillon santé ou du plan de coordination des soins à domicile et dans la collectivité de la personne, s'il en existe un;
 - conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et toute pratique exemplaire applicable définie au niveau provincial pour les procédures axées sur la qualité pertinentes;
 - fondée sur les meilleures données probantes existantes.

précisément, les foyers de SLD doivent utiliser l'outil d'évaluation RAI-MDS 2.0 pour élaborer ou réviser les plans de soins, mais en vertu de la présente ligne directrice, ils doivent tenir compte de l'utilisation simultanée d'autres outils d'évaluation venant compléter le RAI-MDS pour évaluer les exigences en matière de soins et élaborer les plans de soins.

- Les hôpitaux et les foyers de SLD²⁰ devraient s'efforcer de s'assurer que les plans de soins pour toutes les personnes faisant partie de la population cible pour les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement sont fondés sur des évaluations interdisciplinaires qui abordent au moins les éléments suivants :
 - déficience cognitive
 - état nutritionnel
 - gestion de la douleur
 - polypharmacie
 - autosuffisance pour la gestion des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne
 - mobilité
 - risques de chutes
 - risques de fractures
 - dépression
 - incontinence
- Les hôpitaux et les foyers de SLD²¹ devraient s'assurer que les plans de soins pour toutes les personnes faisant partie de la population cible pour les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement définissent à tout le moins ce qui suit :
 - les objectifs de traitement de la personne;
 - le type, la fréquence et la durée des services qui seront fournis;
 - les directives claires au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne.
- Les hôpitaux et les foyers de SLD²² devraient s'efforcer de s'assurer que pour toutes les personnes faisant partie de la population cible pour les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement, les équipes de soins examinent régulièrement les progrès de la personne en fonction de son plan de soins au moins :
 - quotidiennement pour les personnes qui reçoivent des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 1 (interventions complexes subaiguës);
 - deux fois par semaine pour les personnes qui reçoivent des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 2 (interventions de réadaptation gériatrique);
 - une fois par semaine pour les personnes qui reçoivent des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement de type 3 (interventions de convalescence actives).

²⁰ Les hôpitaux devraient suivre les lignes directrices énoncées dans la Stratégie et le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés. Les exploitants de foyers de SLD doivent se conformer à toutes les exigences en matière de planification des soins prévues par la LFSLD.

²¹ Les exploitants de foyers de SLD doivent se conformer à toutes les exigences en matière de planification des soins prévues par la LFSLD;

²² Les exploitants de foyers de SLD doivent se conformer à toutes les exigences en matière de planification des soins prévues par la LFSLD.

7.5 Transition vers le domicile

- Les RLISS devraient soutenir leurs FSS de manière à assurer que des processus rigoureux sont en place afin d'anticiper les besoins après le congé des personnes qui obtiendront leur congé des programmes offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement.
- Dans le cadre d'un modèle de soins axé sur le patient, les hôpitaux et les FSLD devraient solliciter la participation de la personne qui a reçu une intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement, de sa famille ou des personnes soignantes non rémunérées, ou, lorsque la personne est incapable de participer, de son mandataire spécial, pour l'élaboration d'un plan de transition personnalisé.
- Les hôpitaux et les foyers de SLD devraient partager les renseignements médicaux des personnes qui obtiendront leur congé des programmes offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement avec les autres fournisseurs du cercle de soins de la personne, à moins que l'hôpital ou le foyer de SLD sache que la personne a refusé ou retiré son consentement à la communication de ces renseignements, de manière à promouvoir la continuité des soins et à réduire la répétition des évaluations.
- Les CASC devraient s'assurer, dès que cela est raisonnablement possible avant le congé de la personne d'un programme offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement, que cette personne est évaluée pour déterminer si elle est admissible aux services offerts selon un modèle de coordination des soins partagé et intégré qui comprend :
 - le processus de collaboration permettant d'évaluer, de planifier, de faciliter et de déterminer les options et les services avec les membres de la famille ou la personne soignante non rémunérée afin de répondre aux besoins de la personne en matière de soins à domicile et de soins communautaires (y compris avec le fournisseur de soins primaires de la personne et l'équipe du maillon santé, le cas échéant);
 - l'organisation délibérée des activités liées aux soins du client afin de favoriser la prestation appropriée des soins à domicile et des soins communautaires;
 - l'organisation des interventions et l'établissement de l'horaire des employés et des autres ressources, y compris l'accès aux services de soins primaires et (ou) aux services de soutien communautaire qui s'avèrent nécessaires pour exécuter toutes les activités requises liées aux soins à domicile et aux soins communautaires afin de répondre aux besoins de la personne.

8. HARMONISATION AVEC LES AUTRES POLITIQUES ET INITIATIVES

8.1 Programme de soins transitoires

La présente ligne directrice met à jour le cadre du Programme de soins transitoires (août 2010).

Plus particulièrement, la présente ligne directrice met à jour le cadre en ce qui a trait aux programmes de rétablissement en milieu hospitalier du Programme de soins transitoires, notamment en définissant

plus en détail l'exigence du cadre du Programme de soins transitoires selon laquelle les lits de soins transitoires dans un milieu hospitalier doivent avoir :

[...] des critères d'admission précis, un objectif de durée du séjour, un plan de soins clairement établi contenant des objectifs précis et un plan de congé dans lequel le domicile est le premier emplacement envisagé. Ces lits doivent permettre d'atteindre et de maintenir des niveaux optimaux de fonctionnement et d'autonomie, ceux-ci étant les principaux résultats à mesurer et à déclarer [traduction].

Les hôpitaux qui offrent des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement peuvent avoir recours aux lits financés en vertu du cadre du Programme de soins transitoires, mais dans un tel cas, l'objectif doit être de retourner le patient chez lui après son congé.

Les lits dans les foyers de SLD, les maisons de retraite et les hôpitaux qui font l'objet d'un permis ou d'une approbation aux termes de la LFSLD et qui sont financés en vertu du cadre du Programme de soins transitoires en tant que lits de SLD provisoires communautaires ne conviennent pas aux interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement. Ces lits ne sont pas conçus pour la prestation de soins de rétablissement lorsque l'objectif en matière de congé est le domicile.

Si un RLISS souhaite utiliser les lits des foyers de SLD et des maisons de retraite pour pratiquer des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement, il devrait travailler en collaboration avec les foyers et les maisons qui sont intéressés afin d'assurer la conformité aux exigences relatives à l'obtention des permis et au caractère adéquat de l'établissement. Les demandes visant l'obtention d'un permis ou d'une approbation pour que ces lits soient considérés comme des lits de soins de convalescence en vertu de la LFSLD peuvent être envoyées au ministère de la Santé et des Soins de longue durée²³.

8.2 Stratégie et Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés

La présente ligne directrice s'inspire de la Stratégie et le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés en normalisant les interventions spécialisées pour les personnes âgées fragiles et en établissant la priorité de ces interventions, afin de réduire au minimum les conséquences négatives et les complications de l'état de santé souvent associées à l'hospitalisation.

Les hôpitaux qui offrent des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement devraient avoir en place les principaux domaines du cadre, ou travailler en vue de leur mise en œuvre, relativement aux processus de soins, au milieu émotionnel et comportemental, à l'éthique dans les soins et la recherche cliniques, au soutien organisationnel et au milieu physique. La mise en œuvre de la stratégie et du cadre de travail des hôpitaux adaptés aux personnes âgées est un catalyseur essentiel

²³ Les exemptions relatives aux lieux de rechange qui sont énoncées à l'article 318 du Règlement de l'Ontario 79/10 pris en application de la LFSLD s'appliquent aux lits dans les maisons de retraite qui sont approuvés comme des lits de court séjour en vertu d'un permis délivré aux termes de la LFSLD. Toutefois, ces exemptions s'appliquent uniquement si la maison de retraite en question n'offre pas de lits de long séjour.

de l'évaluation et du rétablissement, puisque ces éléments du cadre de travail constituent la base de la prestation des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement spécialisées et améliorées qui sont décrites dans la présente ligne directrice.

La mise en œuvre de la présente ligne directrice par les hôpitaux devrait avoir des répercussions positives sur leur rendement à l'égard des indicateurs liés aux hôpitaux adaptés aux personnes âgées, notamment :

- pourcentage de patients (65 ans et plus) subissant un dépistage du délire au moyen d'un outil validé à l'admission à l'hôpital;
- incidence chez les patients (65 ans et plus) du délire survenu au cours de l'hospitalisation;
- pourcentage de patients hospitalisés (65 ans et plus) faisant l'objet d'une évaluation des AVQ fonctionnelles au moyen d'un outil validé à l'admission et au congé;
- pourcentage de patients (65 ans et plus) ne présentant aucun déclin des activités de la vie quotidienne fonctionnelles de l'admission à l'hôpital jusqu'au congé, tel que mesuré par un outil validé.

8.3 Maillons santé communautaires

La réussite des maillons santé repose sur un accès rapide aux ressources communautaires et aux ressources en établissement qui répondent aux besoins des patients en temps réel et, plus particulièrement, aux services et aux interventions qui peuvent freiner les pertes fonctionnelles prématurées. Une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins est un catalyseur des maillons santé puisqu'elle offre, à l'intérieur d'un plan de soins personnalisé, des options pour les patients ayant des besoins complexes afin de les relier immédiatement aux interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement. La présente ligne directrice prévoit également une plateforme normalisée pour l'offre de ces interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement aux patients des maillons santé.

La présente ligne directrice vise également à assurer que les patients ayant des besoins complexes dont les besoins en matière de soins ont été gérés à l'intérieur du secteur des soins primaires et communautaires peuvent continuer à vivre dans la collectivité, même après avoir subi une perte fonctionnelle réversible qui les expose à un risque élevé d'admission imminente pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD. Par conséquent, cette ligne directrice renforce la capacité du secteur des soins primaires et communautaires à améliorer les résultats pour les patients.

Une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins est une stratégie qui permet de réaliser des progrès à l'égard des paramètres qui sont mesurés en vertu des maillons santé, notamment :

- coordonner les plans de soins pour tous les patients ayant des besoins complexes;
- réduire le nombre de visites évitables aux services des urgences pour les patients qui seraient mieux pris en charge ailleurs;
- réduire les admissions à l'hôpital non nécessaires;
- assurer un suivi des soins primaires dans les sept jours suivant l'obtention d'un congé d'un établissement de soins actifs;
- améliorer l'expérience au sein du système de santé pour les patients ayant les plus grands besoins en matière de soins de santé;
- réduire le coût moyen de la prestation de services de santé aux patients sans nuire à la qualité des soins.

8.4 Programme de soins de convalescence

La présente ligne directrice doit être mise en œuvre conformément aux exigences prévues par la LFSLD et ses règlements, ainsi qu'aux politiques qui s'appliquent au Programme de soins de convalescence, y compris la Politique sur l'exploitation des lits pour l'hébergement de courte durée. Plus particulièrement, les exigences relatives aux programmes de soins de courte durée (PSCD) et au Programme de soins de convalescence qui sont décrites dans la Politique sur l'exploitation des lits pour l'hébergement de courte durée s'appliquent.

Les lits exploités en vertu du Programme de soins de courte durée provisoires qui est décrit dans la Politique sur l'exploitation des lits pour l'hébergement de courte durée ne conviennent pas à la pratique d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement. Le Programme de soins de courte durée provisoires vise à « constituer un milieu sûr et approprié pour les personnes qui veulent être traitées dans des FSLD, en attendant qu'un lit de soins de longue durée soit libre ». Les interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement sont conçues pour offrir des services de soins de rétablissement qui permettent à une personne de retourner chez elle, évitant ainsi une admission pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD.

8.5 Directive stratégique de 2014 relative à la collaboration entre les centres d'accès aux soins communautaires et les organismes de services de soutien communautaire concernant la coordination des soins à domicile et en milieu communautaire

La Ligne directrice sur l'évaluation et le rétablissement devrait être mise en œuvre de concert avec les politiques qui s'appliquent aux services de soins à domicile et de soins communautaires. En particulier, les fournisseurs d'interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement et les CASC

devraient mettre en œuvre la section de la ligne directrice portant sur les transitions vers le domicile conformément à la directive stratégique.

En augmentant la capacité des FSS de fournir un soutien aux personnes relativement autonomes, et en améliorant ainsi la capacité des CASC de mettre l'accent sur les clients ayant des besoins complexes et postactifs, cette démarche de soins partagés repose sur un modèle de soins intégré pour les personnes âgées fragiles et les autres personnes en milieu communautaire. La mise en œuvre réussie de la directive stratégique permettra aux CASC de s'acquitter des rôles et des responsabilités qui leur sont assignés en vertu de la Ligne directrice sur l'évaluation et le rétablissement.

9. RESPONSABILISATION ET MESURE DU RENDEMENT

9.1 Responsabilisation

- Conformément à sa Convention de performance MSSLD-RLISS, chaque RLISS devrait s'assurer que la prestation des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement par ses FSS se fait conformément à la présente ligne directrice.

9.2 Mesure du rendement

- Les RLISS devraient chercher à travailler en collaboration pour définir un ensemble provincial d'indicateurs de rendement pour une démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement en matière de soins et pour la prestation des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement.
- L'ensemble provincial d'indicateurs de rendement devrait reposer sur les données déclarées par les organismes des maillons santé et par les hôpitaux qui mettent en œuvre l'initiative relative aux hôpitaux adaptés aux besoins des aînés. Ces indicateurs devraient comprendre ce qui suit :
 - les mesures dérivées des données financières;
 - les mesures du système, y compris les temps d'attente et les taux d'admission et de réadmission;
 - les mesures des résultats, y compris la comparaison des résultats cliniques et fonctionnels et de l'autonomie avant l'admission et après le congé.
- Jusqu'à ce qu'un ensemble provincial d'indicateurs de rendement soit établi, les RLISS devraient chercher à recueillir des renseignements sur les volumes de services et les destinations après un congé pour les personnes qui sont aiguillées vers des programmes offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement.

10.MESURES DE PROTECTION

- La présente ligne directrice n'a aucune incidence sur le droit des personnes, en vertu de la LFSLD, de présenter une demande de placement dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD. Une personne n'est pas tenue de participer à une intervention axée sur l'évaluation et le rétablissement en établissement pour avoir le droit de présenter une demande pour être placée dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD ou pour être jugée admissible à une telle admission.
- Même si un CASC détermine qu'une personne est admissible pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD, cette personne peut tout de même être jugée admissible à un programme hospitalier offrant des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement en établissement.

11. ANNEXE A

Une personne présente un risque élevé d'admission imminente pour un séjour dans un lit de long séjour dans un foyer de SLD si elle correspond à l'un des trois profils ci-dessous. (Source : Politique des services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé)

Profil n° 1

- La personne a une personne soignante non rémunérée (qu'elle vive ou non avec elle) qui est en mesure de lui procurer le soutien dont elle a besoin (p. ex., fournir une orientation aux autres fournisseurs et gérer les comportements difficiles et les dangers à la maison).
- La personne présente au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - a besoin d'aide pour l'habillement, la toilette, le transfert, les déplacements ou l'hygiène;
 - erre, fait preuve de violence verbale ou physique, adopte un comportement socialement inapproprié ou s'oppose aux soins;
 - a des problèmes de mémoire ou de la difficulté à prendre des décisions ou à se faire comprendre;
 - a déjà fait une chute;
 - a de la difficulté à gérer ses médicaments;
 - a de la difficulté à préparer ses repas;
 - a des escarres de décubitus ou des ulcères variqueux;
 - a de la difficulté à avaler;
 - ne fonctionne pas de façon sécuritaire dans son milieu actuel.

Profil n° 2

- La personne n'a pas de personne soignante non rémunérée capable de lui fournir le soutien dont elle a besoin.
- La personne présente au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - capacités cognitives intactes ou presque intactes;
 - aucune difficulté ou presque avec la mémoire à court terme;
 - aucune difficulté ou presque avec les habiletés cognitives dans la prise de décisions quotidiennes;
 - aucune difficulté ou presque à se faire comprendre.
- La personne a de la difficulté à manger.
- La personne présente au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - a besoin d'aide pour préparer ses repas;
 - a besoin d'aide pour l'entretien général de sa résidence;
 - a besoin d'aide pour utiliser le téléphone.

Profil n° 3

- La personne n'a pas de personne soignante non rémunérée capable de lui fournir le soutien dont elle a besoin.
- La personne présente au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - déficience cognitive faible à modérée;
 - difficulté faible à modérée avec la mémoire à court terme;
 - difficulté faible à modérée avec les habiletés cognitives dans la prise de décisions quotidiennes;
 - difficulté faible à modérée à se faire comprendre;
 - difficulté faible à modérée à manger;
 - incontinence occasionnelle²⁴.

²⁴ Le terme « occasionnel » signifie moins qu'une fois par jour pour l'incontinence urinaire et pas plus d'une fois par semaine pour l'incontinence fécale.

12. ANNEXE B

Une personne est davantage à risque d'une hospitalisation future, selon l'outil de prévision des risques d'hospitalisation (HARP)²⁵, si elle obtient les notes ci-dessous.

1. Sur l'algorithme du modèle simple, selon les variables suivantes :

- l'âge de la personne;
- le lieu où la personne a obtenu son congé;
- le nombre d'admissions aux soins actifs au cours des six derniers mois;
- le nombre de visites au service des urgences au cours des six derniers mois;
- la présence des six conditions principales, classées par prévalence et par force prévisionnelle.

	90 ^e percentile
Risque à court terme (30 jours)	Note de 16, sur un maximum de 41
Risque à long terme (15 mois)	Note de 7, sur un maximum de 15

Ou

2. Sur l'algorithme du modèle complexe, selon les facteurs pris en compte dans le modèle simple, en plus des variables suivantes :

- le niveau d'intensité des ressources;
- le fait qu'il y ait eu ou non une admission au service des urgences;
- l'indice de Charlson;
- certaines interventions pratiquées à l'hôpital;
- la durée du séjour;
- la présence des 18 conditions principales, avec les ratios d'incidence les plus élevés.

	90 ^e percentile
Risque à court terme (30 jours)	Note de 18, sur un maximum de 44
Risque à long terme (15 mois)	Note de 30, sur un maximum de 59

²⁵ L'outil HARP a été conçu en partenariat avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et d'autres experts dans le but de déterminer les risques d'hospitalisation à court et à long termes d'un patient. Le modèle simple tient compte de cinq facteurs et le modèle complexe, de dix. Le modèle complexe offre un rendement légèrement supérieur, mais le modèle simple peut très bien être utilisé dans les milieux de soins qui n'ont pas accès aux sources de données des hôpitaux. (Source : www.hqontario.ca/accueil)

