

SOINS ET SERVICES AUX ÂÎNÉS EN PHASE DE SOINS POSTAIGUS

SYNTHÈSE DE LA RECENSION DE PRATIQUES ET DE LA CONSULTATION D'EXPERTS

Isabelle Tardif
Arinka-Sabina Jancarik
Courtières de connaissances

Direction de la planification, de la performance et
des connaissances

Novembre 2014



Gestion des connaissances
Courtage

RÉDACTION

Isabelle Tardif, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

Arinka-Sabina Jancarik, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

COORDINATION DES TRAVAUX

Claire Harrison, chef d'équipe, courtage de connaissances, ASSS de la Montérégie

Jacques Fortin, directeur de la planification, de la performance et des connaissances, ASSS de la Montérégie

Danielle Benoit, directrice, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

Sylvie Greco Le May, conseillère, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

Liliane Foisy, technicienne en recherche psychosociale, ASSS de la Montérégie

Citation suggérée :

Tardif, I. et Jancarik, A. (2014). Soins et services aux aînés en phase de soins postaguts : Synthèse de la recension de pratiques et de la consultation d'experts. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 165 pages.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances/Produits de courtage. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. De plus, les auteurs ne peuvent être tenus responsables de l'évolution des contextes d'organisation des services, des lois et des règlements qui pourraient influencer la transférabilité de ce produit de courtage de connaissances.



Ce document peut être reproduit pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

©Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2014)

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-89342-670-9 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	7
MESSAGES CLÉS	9
MISE EN CONTEXTE.....	13
1. PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES GÉNÉRAUX	15
2. RECENSION DE PRATIQUES.....	17
2.1 MÉTHODOLOGIE	17
2.2 RÉSULTATS	18
3. CONSULTATIONS D'EXPERTS	21
3.1 FORUMS DE DISCUSSION	22
3.1.1 MÉTHODOLOGIE	22
3.1.2 RÉSULTATS	23
3.2 SONDAGE ÉLECTRONIQUE	23
3.2.1 MÉTHODOLOGIE	23
3.2.2 RÉSULTATS	24
4. ANALYSE	25
4.1 ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS.....	26
4.2 ORIENTATION.....	29
4.3 ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS.....	34
4.4 CONTINUITÉ	36
4.5 AMÉLIORATION CONTINUE ET PERFORMANCE	39
4.6 PERSPECTIVES D'AVENIR.....	40
RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXE 1 : LISTE DES QUESTIONS POUR LA CAPTATION DES PRATIQUES.....	45
ANNEXE 2 : MODÈLE D'ORDRE DU JOUR D'UN FORUM DE DISCUSSION	49
ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX FORUMS DE DISCUSSION	51
ANNEXE 4 : CONVENTION DE DÉROULEMENT DU FORUM DE DISCUSSION.....	53
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	55
ANNEXE 6 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX CAPTATIONS POUR LA RECENSION DE PRATIQUES	109
ANNEXE 7 :.....	111
FICHES DES PRATIQUES RECENSÉES	111
CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	113
CSSS INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE.....	125
CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE.....	139
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	147
ANNEXE 8 : RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	159

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - PORTRAIT GLOBAL DES THÈMES ABORDÉS	15
TABLEAU 2 - PORTRAIT SOMMAIRE DES QUATRE PRATIQUES RECENSÉES.....	19
TABLEAU 3 - ÉVALUATION DES BESOINS POUR LA DÉTERMINATION DU SUIVI REQUIS EN SOINS POSTAIGUS.....	28
TABLEAU 4 - COMPARAISON ENTRE DEUX MODALITÉS D'ORIENTATION VERS UN SERVICE DE SOINS POSTAIGUS.....	31
TABLEAU 5 - CONDITIONS PRÉALABLES AU TRANSFERT D'UN USAGER MANIFESTANT UNE CERTAINE INSTABILITÉ MÉDICALE.....	33

LISTE DES ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
ACIS	Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires
AINÉES	A utonomie fonctionnelle, I ntégrité de la peau et des téguments, N utrition, É tat cognitif, capacités d' É limination, S ommeil
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVQ/AVD	Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique
CEVQ	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
CH	Centre hospitalier
CHRD	Centre hospitalier régional De Lanaudière
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS DLL	Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
CSSS NL	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
CSSS VC	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficiences physiques
DSASA	Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie
DSIE	Demande de services interétablissements
E/O	Évaluation/orientation
ETC	Équivalent temps complet
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficiences physiques de Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

LISTE DES ACRONYMES

OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PHPE	Programme d'hébergement pour évaluation
REPAIR	Ressource externe pour personnes âgées impliquées dans leur reconditionnement
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RIV	Réadaptation d'intensité variable
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RQRV	Réseau québécois de recherche sur le vieillissement
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SAGES	Soutien et accompagnement en gériopsychiatrie : Équipe réseau surspécialisée
SAPA¹	Soutien à l'autonomie de la personne âgée
SARCA	Services ambulatoires de réadaptation pour clientèle adulte
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TRP	Technicien en réadaptation physique
TS	Travailleur social
TSR	Travailleur social réseau
TTS	Technicien en travail social
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UJEG	Unité de jour d'évaluation gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

¹ Nouvelle appellation du programme PALV

MESSAGES CLÉS

RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES POSTAIGUS

1. Les soins post-aigus comprennent une combinaison intégrée de soins infirmiers, de réadaptation, de services psychosociaux et de soins d'assistance, qui sont modulés selon l'évolution des besoins de la personne âgée.
2. La disponibilité des services médicaux varie à l'intérieur des services de soins post-aigus d'un même établissement et se présente différemment d'une région à l'autre.
3. Dans plusieurs réseaux, l'offre de service actuelle ne répond pas toujours adéquatement à l'ensemble des besoins des usagers. Il en est notamment ainsi pour les usagers n'ayant pas besoin de services de réadaptation spécifiques et ne nécessitant plus le plateau technique ou l'intensité du suivi médical de l'hôpital, mais pour lesquels un retour à domicile ne peut être envisagé à court-terme.

PROCESSUS DE PLANIFICATION DU CONGÉ

Général

4. Le processus de planification du congé dans sa globalité fait référence au repérage des besoins de soins post-aigus, l'évaluation des capacités et des besoins, l'orientation vers le service optimal de soins post-aigus et la transition. Ce processus débute dès l'admission en soins aigus et même dès la phase préopératoire lors d'une chirurgie électorale.
5. La formalisation du processus de planification de congé, que ce soit pour l'évaluation des besoins ou pour le choix du service post-aigu le plus approprié pour la personne, constitue un élément clé d'une transition efficace.
6. Un processus de planification du congé réussi se réalise en interdisciplinarité et en collaboration avec les intervenants des services de première ligne impliqués dans le suivi de l'utilisateur.
7. Le processus de planification du congé et la détermination du pronostic de récupération se fondent sur la complexité de la situation clinique plutôt qu'en fonction de l'âge de la personne.

Évaluation

8. L'évaluation des besoins de la personne en matière de soins post-aigus permet de planifier les suivis médicaux, infirmiers et de réadaptation requis, tant pour ce qui est de leur fréquence que de leur intensité.
9. Les cinq dimensions les plus importantes pour établir un pronostic de récupération en phase de soins post-aigus sont : 1) l'état de santé actuel et les diagnostics associés, 2) le profil antérieur de la personne, 3) l'état cognitif, 4) l'autonomie fonctionnelle et 5) la motivation de la personne à participer aux traitements.

Orientation

10. Les mécanismes de prise de décisions observés se regroupent selon deux modes de fonctionnement. Ainsi l'orientation de l'utilisateur à l'issue du congé hospitalier est déterminée par :
 - Les intervenants ayant procédé à l'évaluation des besoins;
 - Un intervenant œuvrant au sein d'un guichet d'accès centralisé qui analyse les évaluations ou leur synthèse en fonction des ressources disponibles dans le réseau.
11. Le choix de l'un ou l'autre de ces fonctionnements dépend de plusieurs facteurs organisationnels, et chacun possède ses forces et ses limites. Nonobstant le choix du mécanisme d'orientation, les conditions suivantes sont garantes de succès :
 - Une vision partagée afin que l'objectif central soit d'établir une concordance optimale entre le profil de besoins de la personne et le milieu de soins;
 - Une compréhension commune du concept de potentiel de récupération et de la façon de l'évaluer;
 - Une orientation réalisée conjointement avec les intervenants du soutien à domicile (SAD) lorsque l'utilisateur est connu du programme.

STABILITÉ MÉDICALE

12. De manière générale, l'atteinte de la stabilité médicale constitue un prérequis au processus d'orientation. Ce concept s'opérationnalise par : 1) la stabilité des signes vitaux, 2) le contrôle de la douleur, 3) la présence d'un plan de traitement établi et 4) l'intensité des interventions médicales requises.

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

13. De manière générale, l'accès aux services de soins postaigus se réalise selon la chronologie des demandes d'admission, et ce, sans regard aux profils de clientèle.
14. Lors d'un accès compromis au service convoité, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour éviter des transferts répétitifs.
15. Si un transfert temporaire a lieu, il doit y avoir ajustement ou intensification de services en fonction des besoins de la personne.
16. Lors d'attente en milieu hospitalier, des interventions en réadaptation doivent être amorcées ou poursuivies pour éviter un déconditionnement et promouvoir une récupération optimale de l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur, comme recommandé dans le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.
17. L'accès aux services de soins postaigus à l'interne directement depuis le domicile s'effectue occasionnellement lorsqu'il y a une recommandation par le médecin de famille ou de l'équipe du SAD. Le succès d'une telle pratique repose sur une évaluation clinique complète.

COORDINATION & CONTINUITÉ

18. Dans la plupart des régions, il existe peu de mécanismes de coordination entre chacun des épisodes de soins pour guider l'utilisateur dans sa trajectoire de services.
19. L'utilisation de stratégies convenues pour faciliter un éventuel retour de l'utilisateur en soins aigus assure une meilleure coordination des services.
20. Le résumé de l'épisode de soins, incluant les changements apportés à la liste des médicaments, doit être acheminé au médecin traitant ainsi qu'au pharmacien communautaire, avant le congé de l'utilisateur.
21. L'implication des médecins de famille et des pharmaciens communautaires dans le processus de planification de congé constitue une opportunité d'améliorer la continuité des services.

AMÉLIORATION CONTINUE ET PERFORMANCE

22. L'emploi de critères de fin de service ne semble pas être généralisé dans le réseau de services postaigus.
23. La formalisation de mécanismes de rétroaction et de suivi des partenariats tels que le suivi systématique d'indicateurs et les rencontres de concertation ponctuelles ou périodiques contribue à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services.

PERSPECTIVES D'AVENIR

24. L'ensemble des services de soins postaigus à l'interne doit être en mesure d'accueillir les personnes âgées présentant des déficits cognitifs.
25. Deux stratégies sont évoquées pour répondre aux besoins des personnes manifestant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence :
 - Le regroupement d'utilisateurs sur des unités spécialisées permet le développement de l'expertise clinique du personnel soignant et répond au défi de cohabitation avec les autres usagers en soins postaigus;
 - L'adaptation de la structure existante aux besoins de l'utilisateur, avec le soutien d'une équipe mobile spécialisée et dédiée, permet l'accompagnement des équipes soignantes pendant le séjour en soins postaigus et lors de l'évaluation en vue du congé.
26. L'amélioration de l'accessibilité aux services de soins postaigus requiert l'émergence de modèles innovants, notamment pour le développement des services de réadaptation en mode ambulatoire.

MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre de travaux visant à réviser l'offre de service aux aînés en phase de soins postaigus, la Direction des orientations des services aux aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux a choisi de faire appel aux services de courtage de connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Le présent rapport présente la synthèse d'une recension de pratiques québécoises ainsi que de consultations d'experts à cet effet. Il fait suite à la production de trois recensions d'écrits ciblées :

- [Approche de réadaptation gériatrique en soins postaigus](#)
- [Soins pharmacologiques pour les aînés en soins postaigus](#)
- [Activités liées au congé dans la trajectoire de services pour les aînés en soins postaigus](#)

Il importe de rappeler qu'au sein du continuum de soins et services destinés aux aînés, les soins postaigus comprennent un ensemble de mesures utilisées à domicile, en mode ambulatoire et en installation. Ces différentes mesures découlent du besoin d'assurer une certaine continuité dans les trajectoires intra et extrahospitalières des aînés suite à un épisode de soins aigus et de faciliter le retour au domicile de ces clientèles. L'existence des services de soins postaigus permet, entre autres : l'utilisation optimale des ressources de soins aigus, la diminution des réhospitalisations évitables et la réduction des admissions prématurées en milieu de vie substitut.

Les services postaigus peuvent former des mesures transitoires internes (en établissement – centres hospitaliers ou autres types d'unités de soins) et des mesures transitoires externes (en milieu ambulatoire et à domicile), ou des mesures permanentes (tels que pour les soins de fin de vie). Il est important de préciser que les présents travaux de révision ne visent que les mesures transitoires, dont la durée est limitée.

1. PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES GÉNÉRAUX

S'appuyant sur les éléments clés des précédentes recensions d'écrits en matière de soins et de services postaigus, la présente démarche de courtage de connaissances met en lumière certains des éléments prometteurs pour les réseaux de services de soins postaigus.

La recension de pratiques, dans un premier temps, constituait une étape incontournable pour faire ressortir la pluralité organisationnelle et culturelle au sein des différents réseaux locaux de services québécois. Elle a ainsi permis d'orienter la démarche de consultations auprès des experts. La méthodologie propre à chacun des volets est présentée dans les deux sections qui suivent. Le tableau suivant présente un portrait global des thèmes abordés, afin d'avoir une vue d'ensemble de la démarche. Plusieurs des thèmes feront l'objet d'une discussion approfondie dans la section *Analyse*, permettant ainsi de mettre en relation les connaissances issues des différentes méthodes employées.

TABLEAU 1 - PORTRAIT GLOBAL DES THÈMES ABORDÉS

	Recension de pratiques	Consultations d'experts	
		Forums de discussion	Sondage électronique
OFFRE DE SERVICE			
Nature des services de soins postaux disponibles	✓		✓
Ententes et partenariats	✓		
ÉVALUATION DES BESOINS DES USAGERS EN MATIÈRE DE SOINS POSTAUX			
Repérage préévaluation	✓		
Composantes de l'évaluation des besoins	✓	✓	✓
Pronostic de récupération		✓	✓
Différenciation selon l'âge		✓	✓
Harmonisation	✓	✓	
Stabilité médicale	✓	✓	✓
ORIENTATION DES USAGERS			
Mécanismes de prise de décision	✓	✓	✓
Harmonisation	✓	✓	
Stabilité médicale		✓	✓
Communications interservices	✓	✓	
ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAUX			
Délais d'attente	✓		
Critères de priorisation	✓	✓	
Stratégies en présence d'accessibilité compromise	✓	✓	✓
Accès aux services de soins postaux internes depuis le domicile	✓	✓	✓

	Recension de pratiques	Consultations d'experts	
		Forums de discussion	Sondage électronique
CONTINUITÉ			
Fonction de coordination	✓	✓	✓
Accès informationnel	✓		✓
Approche de soins commune	✓		
Liens avec la première ligne (fin de l'épisode)	✓		✓
Mécanismes d'accès aux soins aigus	✓	✓	✓
AMÉLIORATION CONTINUE ET PERFORMANCE			
Mécanismes de suivi	✓		
Indicateurs de gestion	✓		
Critères de fin d'intervention	✓		
PERSPECTIVES D'AVENIR			
Accessibilité aux usagers avec déficits cognitifs	✓		✓
Développement des services ambulatoires et à domicile			✓

2. RECENSION DE PRATIQUES

2.1 MÉTHODOLOGIE

La recension de pratiques s'est échelonnée de décembre 2013 à mars 2014. Elle visait à décrire de manière plus explicite les liens entre les différents services offrant des soins postaigus, de manière à faire émerger les pratiques organisationnelles et collaboratives favorisant la mise en œuvre d'un réseau de soins et services postaigus efficace et efficient au sein d'un établissement ou sur un territoire donné.

Le choix des milieux a été effectué par un appel de pratiques lancé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les établissements se démarquant par la mise en place d'innovations organisationnelles étaient ciblés. Dans ce contexte-ci, l'innovation pouvait faire appel à la révision de l'organisation du travail et des relations extérieures, donc avec les partenaires (OCDE, 2005). Plus spécifiquement, les pratiques devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- Elles concernent principalement les soins et services postaigus, et plus spécifiquement les arrimages en amont et en aval de l'épisode.
- Elles comprennent les services dédiés aux personnes âgées de manière spécifique ou ceux visant une clientèle plus large, mais devant absolument inclure les personnes âgées.
- Elles peuvent présenter l'un ou l'autre des éléments suivants :
 - Une évaluation formelle de la pratique a été réalisée et les résultats sont concluants;
 - La pratique bénéficie de la reconnaissance de l'organisation et suscite un intérêt de la part du réseau : article dans une revue, présentation dans un congrès, attribution d'un prix, visites d'autres établissements souhaitant mieux connaître la pratique aux fins d'implantation;
 - La pratique est mature et perdure depuis plusieurs années.

La captation de chacune des pratiques a été réalisée par un entretien de groupe de deux heures, dans le milieu de pratique de l'établissement sélectionné, en présence de représentants de chacun des secteurs concernés par les services de soins postaigus aux aînés. Il s'agissait la plupart du temps de cadres intermédiaires et parfois de cadres supérieurs ou d'intervenants ayant un rôle stratégique dans le continuum de services.

La planification de la captation s'est effectuée en collaboration avec un informateur clé pour chacun des milieux recensés. Au préalable, l'ensemble des participants à l'entretien de groupe recevait le guide d'entrevue ([annexe 1](#)). Les captations ont été complétées à l'aide de la documentation fournie par le milieu (ex. : cadre de référence, indicateurs de gestion, etc.). Les participants ont par la suite été invités à valider le contenu rendu explicite par les courtières de connaissances.

L'analyse qui découle de cette recension a permis de dégager les similarités et les disparités entre les réseaux de services de soins postaigus provenant de quatre régions du Québec et de planifier l'étape de consultations d'experts. La section [Analyse](#) présente à la fois les éléments clés de la recension de pratiques et de la consultation d'experts.

2.2 RÉSULTATS

Les pratiques retenues pour la recension proviennent des quatre établissements suivants :

- [CSSS du Nord de Lanaudière](#)
- [CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke](#)
- [CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle](#)
- [CSSS de la Vieille-Capitale](#)

La liste des participants présents à chacune des captations peut être consultée à l'[annexe 6](#). Le tableau suivant offre une vue d'ensemble des quatre pratiques selon huit grands thèmes. Finalement, l'[annexe 7](#) présente une synthèse de chacune des pratiques et permet d'identifier de manière plus précise chacun des services disponibles au sein de ces réseaux.

TABLEAU 2 - PORTRAIT SOMMAIRE DES QUATRE PRATIQUES RECENSÉES²

	CSSS du Nord de Lanaudière	CSSS – IUGS	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS de la Vieille-Capitale
Évaluation des besoins	À même les évaluations unidisciplinaires ou interdisciplinaires	- À même les évaluations unidisciplinaires ou interdisciplinaires - Par un gériatre pour tous les usagers requérant des services postaigus	- Équipe interdisciplinaire dédiée à la planification de congé pour tous les usagers - Évaluations interdisciplinaires au besoin	- À même les évaluations unidisciplinaires ou interdisciplinaires - Par un travailleur social réseau (TSR) lorsque le retour à domicile est compromis
Orientation et accessibilité	- Guichet centralisé pour la majorité des services - Orientation déterminée par l'intervenant du guichet centralisé - Formulaire commun pour la demande de services postaigus - Priorités d'accès à certains services par profils clientèles (places réservées MPOC en convalescence et priorité clientèle en orthopédie pour le service de réadaptation d'intensité variable) - Accès restreint par un manque de couverture médicale suffisante - Accès limité à la réadaptation fonctionnelle intensive pour les 65 ans et plus	- Guichet pour les demandes SAD et convalescence - Orientation déterminée par le gériatre traitant en collaboration avec le médecin responsable du service subséquent - Formulaire commun pour la demande de services d'UCDG, URFI et UTRF - Priorités d'accès à certains services par profil clientèle (l'orthopédie en convalescence; accident vasculaire cérébral à l'hôpital de jour)	- Guichet centralisé pour les services offerts dans chaque CSSS - Orientation déterminée par le service référant, en collaboration avec l'intervenant-pivot du SAD lorsque l'utilisateur est déjà connu - Besoins de services documentés dans une DSIE pour toute demande - Respect des ententes prescrites régionalement par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal et des différents partenaires et centres d'expertise en réadaptation de Montréal. - Accès à la réadaptation tribulaire des partenaires extérieurs - Pas de présence médicale en UTRF	- Guichet centralisé pour la majorité des services (guichet SAPA + guichet UTRF) - Orientation déterminée par le service référant en collaboration avec le TSR ou l'intervenant du guichet - Besoins de services documentés dans une DSIE pour toute demande
Coordination	- Par un intervenant-pivot - Gestionnaires de cas en orthopédie et un gestionnaire de cas pour les « grands utilisateurs » avec intervention ponctuelle auprès de l'utilisateur lors d'un épisode aigu	- Par les médecins en grande partie - Gestion de cas, modèle hybride, pour usagers avec profil Iso-SMAF de 4 et plus - Fonction de gestionnaire de cas court terme lorsque l'utilisateur est en attente d'une assignation permanente	- Par l'infirmière de liaison du SAD au CH pour les usagers connus du SAD de 75 ans et plus - Gestionnaire de trajectoire pour les usagers de 75 ans et plus non connus	- Présence de TSR - Projet pilote de gestion de cas en cours

² Plusieurs acronymes sont utilisés dans un souci de concision, se référer à la [liste des acronymes](#).

	CSSS du Nord de Lanaudière	CSSS – IUGS	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS de la Vieille-Capitale
Engagement de l'utilisateur	■ Implicite	■ Implicite	■ Implicite	■ Implicite
Continuité	■ Corridors de services pour éviter le passage à l'urgence, disponibles depuis l'UTRF et la clinique externe de gériatrie	■ Accès au plateau technique et à l'expertise de réadaptation de l'URFI pour les usagers de l'UTRF (proximité physique) ■ Entente formalisée entre le CHUS et le CSSS-IUGS permettant l'accès au dossier clinique informatisé du CHUS ■ Communications directes encouragées entre médecins afin d'éviter les transferts à l'urgence	■ Respect des ententes prescrites régionalement par l'ASSS de Montréal et des différents partenaires et centres d'expertise en réadaptation de Montréal	■ Essais thérapeutiques en UTRF et URFI, notamment compte tenu de la proximité au plateau technique pour l'URFI ■ Dans le cas où un usager provenant de l'UTRF nécessitait des soins aigus pendant son séjour en post-aigus, la place en UTRF est maintenue environ 48 heures
Qualité et performance	■ Fin de services : – Absence de critère formel – Appuyée sur l'atteinte des objectifs inscrits au plan d'intervention ■ Analyse des réhospitalisations en soins aigus lors de rencontres mensuelles ■ Présence de plusieurs comités, dont le comité « continuum SAPA », qui discute de préoccupations clinico-administratives	■ Fin de services : – Clairement définie pour chacun des acteurs du continuum ■ Plusieurs indicateurs de gestion sont rigoureusement surveillés dans un souci de suivre l'efficacité et assurer la complémentarité des services ■ Présence d'un comité de gestion médico-administratif pour chacun des programmes	■ Fin de services : – Les critères sont déterminés par le cadre de référence de l'ASSS de Montréal ■ Analyse ponctuelle des réhospitalisations en soins aigus, notamment pour celles à l'intérieur des 7 jours suivant le congé de l'UTRF ■ Comités relatifs à la planification et à l'organisation des services à la personne âgée sont créés ponctuellement selon les besoins	■ Fin de services : – Absence de critère formel de fin de service – Appuyée sur l'atteinte des objectifs inscrits au plan d'intervention ■ Présence du comité des cas litigieux (pour les unités de réadaptation) qui a un pouvoir décisionnel quant aux usagers dont l'orientation est complexe ■ Comité de suivi pour les services de gériatrie spécialisée (incluant les UTRF) ■ Service de soutien clinique et d'expertise par le biais de différentes équipes, notamment CEVQ et équipe SAGES

3. CONSULTATIONS D'EXPERTS

Préalablement aux travaux de courtage de connaissances, le MSSS avait mis en place, au printemps 2013, un groupe d'experts nationaux. Il s'agissait d'un groupe consultatif sur certains éléments de la révision de la trajectoire et de l'offre de service destinées aux aînés en phase de soins postagigus. L'appel de candidatures de ce groupe d'experts nationaux a été lancé auprès :

- Des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS);
- De l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS);
- De la Table sectorielle RUIS-Vieillessement;
- De l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ - secteur organisation des services de santé);
- Du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV).

La sélection a permis de réunir 17 participants possédant des expertises variées et provenant de 10 régions administratives québécoises différentes. Il s'agissait donc d'un groupe incontournable pour la réalisation des présentes consultations.

À la lumière des informations obtenues lors des deux étapes précédentes, soit par l'entremise des recensions d'écrits et de la recension de pratiques, plusieurs éléments méritaient d'être davantage explorés. Notamment, des consultations d'experts permettaient de dégager certaines conclusions générales applicables à l'ensemble des pratiques, vu l'importante diversité observée dans les réseaux locaux de services. Tant par l'offre de service que par leur fonctionnement, l'hétérogénéité des pratiques ne permettait pas de dégager les aspects communs.

Pour réaliser la consultation d'experts, deux stratégies méthodologiques ont été adoptées : la tenue de groupes de discussion et l'administration d'un questionnaire en ligne. En recherche qualitative, il est reconnu que le fait d'utiliser des groupes de discussion s'avère être une option judicieuse lorsque confronté avec une problématique de diversité. La stratégie de mise en commun d'expériences diverses à l'intérieur d'un groupe de discussion, aussi appelé *entretien focalisé*, crée un environnement où les similarités sont davantage exposées (Tremblay, 1991). La méthodologie du groupe de discussion facilite une meilleure compréhension des divergences (Morgan, 1998). De même, l'expression collective de perceptions, d'idées et de suggestions des participants permet l'approfondissement de certains sujets (Onwuegbuzie, Dickinson, Leech, & Zoran, 2009).

Par ailleurs, la technique de l'entretien focalisé est toute désignée pour développer des questionnaires (Tremblay, 1991). En effet, les connaissances qualitatives générées par les groupes de discussions facilitent la compréhension et l'interprétation des informations recueillies au moyen du sondage (EuropeAid Co-Operation Office, 2014).

Les questionnaires en ligne constituent un moyen de sonder les opinions d'un grand nombre de répondants simultanément (Tremblay, 1991). La plupart des questions présentent un nombre de réponses prédéterminées. Les données générées sont ainsi quantifiées, permettant une certaine analyse d'impact des enjeux (EuropeAid Co-Operation Office, 2014).

3.1 FORUMS DE DISCUSSION

3.1.1 MÉTHODOLOGIE

Constatant l'hétérogénéité des pratiques recensées en matière d'organisation des services de soins postaigus aux aînés, la tenue de groupes de discussion avait d'abord pour but d'approfondir certains aspects du processus de planification de congé, soit l'évaluation des besoins des usagers, l'orientation et l'accessibilité ([annexe 2](#) – Modèle d'ordre du jour d'un forum de discussion).

Les objectifs poursuivis lors des groupes de discussion étaient notamment :

- De valider l'intérêt et la faisabilité de certains fonctionnements émergeant de l'une ou l'autre des quatre pratiques recensées;
- De confirmer que dans certaines situations, la diversité des fonctionnements est le résultat de la complexité de la situation;
- D'explorer de nouvelles pistes de solution pour résoudre quelques-uns des enjeux retenus.

Conformément à l'approche mise de l'avant en recherche qualitative, le regroupement des experts pour les forums de discussion s'est effectué par l'analyse de leurs caractéristiques communes (Krueger, 2009). Dans ce cas-ci, il s'agit de leur expertise relativement aux soins postaigus à la personne âgée. Comme mentionné précédemment, le groupe d'experts ministériel était au cœur des diverses consultations d'experts. Pour les groupes de discussion, se sont également joints certains experts issus des milieux ayant participé aux recensions de pratiques, ainsi que des experts provenant de milieux qui avaient soumis leur candidature. Au total, 26 experts ont été sollicités pour participer aux forums de discussion.

L'entretien focalisé donne également l'opportunité aux parties prenantes d'un même groupe, dans ce cas-ci, des acteurs de réseaux de services à la personne âgée, d'être renseignés quant aux perspectives uniques de chaque participant (EuropeAid Co-Operation Office, 2014). Les groupes étaient, en effet, composés de participants aux horizons différents, soit de gestionnaires et de professionnels issus de différentes disciplines (médecine, soins infirmiers, travail social, réadaptation) et de divers milieux :

- Centre local de services communautaires (CLSC);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre hospitalier (CH);
- Centre de réadaptation (CR);

- Agence de la santé et des services sociaux (ASSS);
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).

Le temps consacré à chaque thématique dépendait de l'expertise spécifique des membres de chacun des groupes, et de la dynamique établie lors des rencontres. Les échanges étaient toujours animés par l'équipe de courtage de connaissances. Les experts étaient encouragés à s'exprimer sans contrainte, et informés que le consensus n'était pas une fin en soi (se référer à la convention de déroulement à l'[annexe 4](#)). Toutefois, lorsqu'un accord commun semblait se dégager quant à certains sujets, ceux-ci pouvaient ensuite être traités plus rapidement au sein du groupe subséquent, conformément au principe de saturation des données décrit par Onwuegbuzie et al. (2009).

3.1.2 RÉSULTATS

Des 26 experts sollicités, 15 ont participé à la consultation en se joignant à l'un ou l'autre des deux forums de discussion réalisés en conférence téléphonique les 1^{er} et 5 mai 2014. La liste des participants peut être consultée à l'[annexe 3](#). Les forums duraient approximativement 2 h 30.

Les propos des experts lors de ces forums de discussion ont été synthétisés par écrit et transmis à chacun des participants. Ces échanges ont notamment permis d'enrichir la réflexion quant à la construction du sondage électronique et font partie intégrante de l'analyse présentée au chapitre suivant.

3.2 SONDAGE ÉLECTRONIQUE

3.2.1 MÉTHODOLOGIE

L'utilisation d'un questionnaire en ligne a permis de pondérer les niveaux d'importance et de faisabilité accordés à certains aspects spécifiques de la pratique organisationnelle en soins postaigus à la personne âgée. De plus, la présence de questions ouvertes incitait les participants à donner des exemples et à nuancer certaines idées sur lesquelles ils étaient appelés à se prononcer (EuropeAid Co-Operation Office, 2014; Tremblay, 1991).

Les 43 questions du sondage ont été élaborées à l'aide des données qualitatives recueillies lors de la recension de pratiques, ainsi que des propos d'experts recueillis lors des groupes de discussion. Les thématiques abordées ont été regroupées selon cinq catégories :

- L'évaluation des besoins des usagers en matière de soins postaigus;
- L'orientation des usagers vers un service de soins postaigus;
- L'accessibilité des services de soins postaigus;
- La fin de l'épisode de soins postaigus;
- Des questions exploratoires concernant les perspectives d'avenir.

Pour la grande majorité des questions, les participants étaient appelés à indiquer leur niveau d'accord et apprécier le potentiel de faisabilité des énoncés à l'aide d'une échelle ordinale en cinq points (1 signifiant « pas du tout d'accord » ou « non réalisable » et 5 signifiant « totalement en accord » ou « facilement réalisable »).

Aux fins de ce sondage, les participants ont été informés que le terme « réalisable » signifiait un potentiel de faisabilité dans les deux prochaines années, au sein du réseau local de services (RLS) dans lequel ils œuvrent. Finalement, quelques questions étaient à choix multiples ou demandaient une réponse à court développement.

La mise en ligne du questionnaire a été réalisée par une technicienne en recherche psychosociale et une adjointe administrative de la Direction de la planification, de la performance et des connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie, à l'aide de l'outil Web *SurveyMonkey*. Une invitation de l'ASSS de la Montérégie a été transmise par courriel aux experts du groupe ministériel ainsi qu'à l'ensemble des participants de la recension de pratiques et des forums d'experts. Le temps estimé pour répondre au questionnaire était d'environ 45 minutes. Compte tenu de la période estivale, deux relances par courrier électronique ont été faites lors du mois alloué pour répondre au sondage.

3.2.2 RÉSULTATS

Un taux de réponse de 65 % a été obtenu : des 62 personnes sollicitées, 40 ont rempli le questionnaire en ligne. Ce dernier était accessible du 18 juin au 18 juillet 2014. La version imprimable du sondage peut être consultée à l'[annexe 5](#).

Le groupe de répondants était majoritairement composé de gestionnaires (cadres intermédiaires : 40 %; cadres supérieurs : 33 %) ou de cliniciens (18 %), oeuvrant pour la plupart dans le domaine des soins à la personne âgée depuis plus de 15 ans (70 %). Les participants provenaient de champs disciplinaires variés (travail social : 25 %; soins infirmiers : 25 %; médecine : 18 %; réadaptation : 18 %).

Les principaux résultats sont discutés et intégrés avec ceux de la recension de pratiques ainsi que les forums de discussion dans le chapitre suivant. Les répondants ont été nombreux à formuler des commentaires à chacune des sections thématiques du sondage, permettant ainsi d'enrichir cette analyse. Le détail des réponses obtenues au sondage peut être consulté dans les tableaux de l'[annexe 8](#).

4. ANALYSE

Cette section permettra de mettre en parallèle les connaissances émergeant des deux méthodes de courtage de connaissances employées et d'apprécier certaines convergences et divergences entre la pratique et les experts. Il convient d'abord de préciser que chacune des pratiques recensées se différencie par rapport aux autres, tant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel.

Dans les territoires explorés, quatre facteurs ont été identifiés comme étant les principaux vecteurs qui expliquent le plus l'hétérogénéité entre les réseaux. Ils ne proviennent pas d'une typologie connue de la littérature, mais plutôt de l'examen global des pratiques observées :

- La population / volume de clientèle : certains territoires ont été marqués par des changements démographiques importants, par des croissances de clientèle significatives. Ces facteurs ont eu une influence qui a souvent été observée par l'Institut canadien d'information sur la santé comme étant des facteurs prépondérants aux changements (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2013);
- Le développement selon des structures historiques et l'ampleur des services s'y rattachant : le réseau des soins postaigus s'est bâti à partir de structures déjà en place pour la majorité des territoires. En ce sens, l'évolution résulte d'une adaptation des acquis et est tout à fait comparable à ce qui a été observé ailleurs dans le Canada (Santé Canada, 2012);
- La présence d'une mission universitaire : il est reconnu qu'un établissement désigné institut universitaire offre des services de pointe, lui conférant une expertise particulière (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013);
- La structure d'organisation régionale en fonction du découpage territorial et de la hiérarchisation des services, par exemple : l'organisation des services de réadaptation de la grande région de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007).

Il importe également de considérer qu'il est difficilement concevable d'identifier le meilleur modèle d'organisation de soins et services postaigus. C'est en effet ce que conclue l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) après avoir comparé plusieurs modèles de pratiques interdisciplinaires en soins de santé primaire, dont plusieurs intégraient des modalités de prise en charge postagüe (Nolte, 2005). Les facteurs explicatifs suivants ont été identifiés :

- Il est souvent impossible de déterminer quelles composantes du modèle constitue la cause du bon fonctionnement du travail en réseau ou sa conséquence.
- Les évaluations des résultats qui utilisent comme variables explicatives les modes d'organisation sont souvent incomplètes, parfois inexistantes, bien que ces évaluations concluent à la valeur du service prodigué.

- Le manque ou l'instabilité du financement entraîne des changements trop fréquents dans la configuration du réseau de soins, rendant impossible toute forme d'évaluation valable.

Ainsi, l'objectif du présent rapport, plutôt que de proposer un modèle d'organisation optimal, vise davantage à mettre en parallèle des éléments émanant à la fois des pratiques et des experts. L'analyse est présentée selon les grandes étapes de la planification du congé, soit l'évaluation et l'orientation, puis aborde certains thèmes clés de l'organisation des services de soins postaigus, soit l'accessibilité, la continuité et l'amélioration continue. Elle se termine avec l'offre de service comme telle et son développement futur.

4.1 ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

Compte tenu du mandat reçu et reconnaissant que la planification du congé hospitalier débute dès l'admission et a pour premier objectif le retour à domicile, les sections suivantes traiteront exclusivement des situations où l'usager nécessite des services de soins postaigus.

LES PERSONNES CIBLÉES

La majorité des experts affirme que le processus de planification du congé et la détermination du pronostic de récupération ne devraient pas se réaliser différemment en fonction de l'âge, mais devraient plutôt être influencés par la complexité de la situation clinique. L'avancement en âge constitue un facteur de vulnérabilité, mais ne justifie pas un processus d'évaluation différent, même si certains experts soulèvent la possibilité de prioriser les usagers de 75 ans et plus comme une stratégie efficiente au sein d'une organisation.

Les pratiques d'évaluation observées auprès des quatre réseaux recensés démontrent que certains outils de repérage sont utilisés pour identifier des risques cliniques (par exemple : risques de plaies, risques de chutes), mais aucun groupe de clientèle n'est ciblé pour évaluer prioritairement ses besoins en matière de soins postaigus.

LES COMPOSANTES

Plusieurs des composantes de l'évaluation gériatrique globale³ sont jugées pertinentes pour la planification du congé depuis le milieu de soins aigus vers un service de soins postaigus :

- Le profil antérieur de la personne;
- L'état de santé actuel et les diagnostics associés;
- Les signes vitaux gériatriques AINÉES (l'**A**utonomie fonctionnelle, l'**I**ntégrité de la peau et des téguments, la **N**utrition, l'**É**tat cognitif, les capacités d'**É**limination, le **S**ommeil);
- L'état psychologique;

³ Aussi appelée *Comprehensive Geriatric Assessment*.

- Les capacités d'apprentissage;
- L'endurance et la tolérance aux traitements;
- La motivation à participer aux traitements;
- Les préférences de l'utilisateur;
- Les caractéristiques de l'environnement physique du milieu de vie;
- La capacité, la disponibilité et la volonté du réseau social.

Parmi ces dernières, les cinq dimensions suivantes ont été identifiées par le groupe d'experts répondants au sondage comme étant les plus significatives pour établir un pronostic de récupération :

- L'état de santé actuel et les diagnostics associés;
- Le profil antérieur de la personne;
- L'état cognitif;
- L'autonomie fonctionnelle;
- La motivation à participer aux traitements.

En plus des différentes composantes de l'évaluation précédemment citées, la grande majorité des répondants affirme que le processus d'orientation s'appuie également sur la documentation des quatre éléments suivants :

- Le suivi médical requis;
- Le suivi de soins infirmiers requis;
- Le suivi de réadaptation requis;
- Le niveau d'assistance requis.

À ce sujet, les répondants au sondage ont été nombreux à déterminer quelles sont les informations précises nécessaires quant aux différents suivis requis. Le tableau 3 – Évaluation des besoins pour la détermination du suivi requis en soins post-aigus présente une synthèse des éléments rapportés par les répondants au sondage.

TABLEAU 3 - ÉVALUATION DES BESOINS POUR LA DÉTERMINATION DU SUIVI REQUIS EN SOINS POSTAIGUS

Suivi médical	Suivi de soins infirmiers
▪ Diagnostics, pronostics et conditions associées. ▪ Plan de traitement : – Évolution attendue de l'état de santé et les zones potentielles d'instabilité; – Changements dans le profil pharmacologique; – Nature et intensité du suivi médical requis (réévaluations, spécialistes, examens diagnostiques de contrôle, etc.).	▪ Plan thérapeutique infirmier : – Soins et surveillance : nature, intensité et fréquence; – Traitements spécifiques (équipement et expertise requise, durée du traitement). ▪ Autonomie dans la prise de médication. ▪ Niveau de collaboration. ▪ Niveau d'assistance requis et implication du réseau social.
Suivi en réadaptation	Niveau d'assistance
▪ Plan de traitement (actuel et prévisionnel) : – Objectifs à atteindre, progrès réalisés; – Fréquence et intensité des traitements; – Capacités et limites fonctionnelles et cognitives; – Mise en charge permise et contre-indications. ▪ Potentiel de récupération fonctionnelle. ▪ Possibilité de transport pour l'utilisateur.	▪ Capacités et aide requise pour chacun des AVQ/AVD, transferts et déplacements en fonction de : – L'environnement vers lequel sera dirigé l'utilisateur; – La présence d'aide de l'entourage; – Les équipements ou adaptations de l'environnement requis.

LES ACTEURS IMPLIQUÉS

Dans la majorité des cas, l'évaluation des besoins de l'utilisateur ne peut être réalisée par un seul intervenant. Une évaluation complète demande une bonne collaboration interdisciplinaire entre les intervenants du milieu de soins aigus, mais également avec ceux du soutien à domicile (SAD). Ces derniers ont notamment un rôle important dans la description du profil antérieur de la personne.

La coordination de l'ensemble des évaluations est identifiée comme une stratégie à favoriser. Elle permet notamment d'éviter les doublons et d'intégrer l'ensemble des éléments pertinents à la détermination du pronostic de récupération de la personne âgée.

HARMONISATION

Les observations effectuées lors de la recension des quatre pratiques ont montré que peu de réseaux avaient formalisé le processus d'évaluation des besoins. Des milieux utilisent un formulaire commun pour consigner l'ensemble des besoins pertinents à la détermination de l'orientation.

Certaines pratiques de nature plus implicites ont été observées, telles que : la pratique courante de fonder les évaluations sur le jugement clinique plutôt que sur un outil standardisé ou encore, l'utilisation de deux équipes distinctes pour procéder à l'évaluation centrée sur l'orientation et l'évaluation globale des besoins.

Interrogés sur la question, les experts des forums de discussion sont d’avis que chacun des acteurs impliqués dans le processus de planification du congé doit utiliser les mêmes concepts d’évaluation. En effet, les différentes évaluations doivent avoir un but commun, sans toutefois dicter les outils à utiliser par chacune des disciplines professionnelles. Certains remettent en question la pertinence et la complémentarité des outils d’évaluation employés par les différentes disciplines, services ou organisations d’une région et conséquemment souhaiteraient procéder à une uniformisation de ceux-ci.

4.2 ORIENTATION

MÉCANISME DÉCISIONNEL

L’orientation est une étape clé dans le processus de planification du congé, puisqu’elle permet d’identifier le lieu pouvant répondre le plus adéquatement aux besoins de l’usager. La recension de pratiques a mis en lumière deux modes de fonctionnement distincts quant à l’orientation :

- Dans l’un, les intervenants ayant procédé à l’évaluation des besoins déterminent le lieu de service requis pour l’usager et acheminent ensuite une demande directement à ce service ou par l’entremise d’un guichet qui régit l’accès à plusieurs services;
- Dans l’autre, l’ensemble des évaluations ou leur synthèse est transmis à un guichet d’accès au sein duquel l’intervenant en poste, le plus souvent un travailleur social ou une infirmière, analyse les besoins en fonction des ressources disponibles dans le milieu et procède au choix du service.

Un guichet d’accès peut être présent dans les deux modes de fonctionnements. La différence se situe dans le choix de la personne ou du groupe qui détient le rôle décisionnel de l’orientation. Dans le premier mode de fonctionnement, les personnes ayant procédé à l’évaluation des besoins sont considérées les mieux placées pour faire le choix du service; dans le deuxième mode de fonctionnement, ce rôle est dévolu à un intervenant œuvrant à distance, au guichet centralisé. Chacun des modes de fonctionnement présente des avantages et des inconvénients. Les processus d’orientation depuis le milieu de soins aigus vers une ressource en post-aigus se sont instaurés selon la culture organisationnelle des divers milieux.

C’est d’ailleurs ce que tendent à démontrer les résultats du sondage. Les experts présentent des avis très partagés :

- Un peu plus de la moitié des répondants sont en accord avec l’idée que l’orientation soit prise par une entité différente de celle qui procède à l’évaluation;
- Un peu moins de la moitié des répondants sont en accord avec le fait que l’évaluation et l’orientation soient effectuées par la même personne ou groupe.

Pour ces deux modes de fonctionnement, il est important de noter que 19 % des répondants expriment être ni en accord ni en désaccord avec les énoncés. Ces résultats peuvent s'expliquer, comme décrits ci-haut, parce que le type de fonctionnement à privilégier dépend de la culture et de la structure organisationnelle en place. Les répondants ont d'ailleurs fait part de conditions de succès applicables aux deux modes de fonctionnement :

- Partager la même vision afin que le but ultime, peu importe le processus, soit la concordance optimale entre le profil de besoin de l'utilisateur et le milieu de soins;
- Réaliser le processus d'orientation conjointement avec les intervenants du SAD lorsque l'utilisateur est connu d'eux;
- Partager la même compréhension du potentiel de récupération et de la façon de l'évaluer;
- Employer des critères de référence précis (en s'appuyant par exemple sur des outils d'aide à la décision).

Le tableau suivant apporte un éclairage sur les résultats en présentant les forces et les limites de chacun des fonctionnements rapportés par les répondants dans la section *Commentaires*.

**TABLEAU 4 - COMPARAISON ENTRE DEUX MODALITÉS D'ORIENTATION
VERS UN SERVICE DE SOINS POSTAIGUS**

Évaluation et orientation <u>par le même groupe</u>	Évaluation et orientation <u>par des groupes distincts</u>
Forces	
▪ Pas de structure supplémentaire entre les deux services. ▪ Continuité des services puisqu'il n'y a pas d'intermédiaire.	▪ Offre une vue d'ensemble de la disponibilité des ressources, permettant également d'identifier les lacunes au niveau de l'offre de service. ▪ Harmonisation du processus puisqu'il est toujours fait par le même intervenant. ▪ Équité en matière d'accès aux services.
Limites	
▪ Portrait limité de l'ensemble des ressources en fonction des différents facteurs de variation de la disponibilité des places en soins post-aigus. ▪ Demande de la part des CH directement auprès des responsables des services post-aigus quant à la disponibilité des places.	▪ Étape supplémentaire dans la trajectoire.
Conditions de succès	
▪ Bien connaître l'offre de service des partenaires. ▪ Être une équipe dédiée à l'évaluation plutôt que le médecin traitant; OU ▪ Avoir le soutien d'une équipe spécialisée (tandem TS-inf. par exemple) pour soutenir la démarche de prise de décision et accompagner les équipes dans le développement d'une plus grande compétence. ▪ Chacun des services dispose d'une procédure simple et rapide d'évaluation des demandes.	▪ L'intervenant du guichet dispose de toutes les informations nécessaires à la prise de décision. ▪ L'équipe interdisciplinaire du CH peut émettre une recommandation en regard de l'orientation. ▪ Modalités convenues de communication entre le CH et le guichet (ex. : communications statutaires entre les gestionnaires des deux équipes). ▪ Rencontre entre les deux équipes pour développer la confiance (CH, milieu de soins post-aigus, guichet).

STABILITÉ MÉDICALE

Pour plusieurs, l'évaluation des besoins en vue de préciser l'orientation ne peut se faire avant que la stabilité médicale ne soit atteinte. La stabilité médicale est définie de manière variable selon les milieux et est notamment dépendante de l'accès aux ressources médicales dans le milieu du clinicien qui procède à l'évaluation. De plus, on observe que la tolérance à l'instabilité médicale de ces milieux est souvent plus grande lorsque l'accès aux ressources médicales est facilité.

La stabilité des signes vitaux, le contrôle de la douleur, la présence d'un plan de traitement établi et le niveau d'intervention médicale requis sont des critères permettant d'opérationnaliser le concept de stabilité médicale. D'autres experts suggèrent plus simplement qu'il est possible d'identifier un usager médicalement stable du fait qu'il ne requiert pas une attention médicale quotidienne, mais la majorité des experts considère que l'évaluation de la stabilité médicale demande néanmoins une expertise spécifique. Bien que certains éléments soient objectivables, cette évaluation s'appuie sur le jugement clinique et implique une connaissance médicale de l'évolution des problèmes de santé.

Les répondants considèrent que la stabilité médicale constitue un prérequis au processus d'orientation. Ainsi, la condition pour laquelle l'utilisateur a reçu des soins aigus doit être stabilisée avant de pouvoir statuer du lieu d'orientation adéquat. Néanmoins, près des trois quarts des répondants au sondage considèrent que dans certaines situations, il peut être cliniquement pertinent et souhaitable de donner le congé hospitalier et de faire la transition d'une personne âgée avec une certaine instabilité médicale vers un service de soins postaigus à l'interne. La majorité des répondants étant favorables à ce choix considère que l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) seraient les milieux choisis pour accueillir ces usagers, tandis qu'un peu moins de la moitié ont retenu la convalescence comme lieu à privilégier.

Par contre, lorsqu'il est question de retourner l'utilisateur cliniquement instable à domicile, seulement la moitié des répondants considèrent qu'il pourrait être cliniquement pertinent et souhaitable de le faire. Les commentaires suivants reflètent cette ambivalence :

- Les instabilités acceptables pour le retour à domicile sont celles qui nécessitent des ajustements au long cours (maladies chroniques);
- L'entourage doit être bien présent et en mesure de reconnaître les signes et les symptômes d'alerte;
- La stabilité médicale est essentielle à l'amorce de la réadaptation.

De plus, ces répondants précisent les conditions qui permettent une transition sécuritaire de l'utilisateur avec une certaine instabilité médicale. Ces conditions sont unanimes et ont un potentiel de faisabilité intéressant. Elles se retrouvent dans le tableau suivant :

**TABLEAU 5 - CONDITIONS PRÉALABLES AU TRANSFERT D'UN USAGER
MANIFESTANT UNE CERTAINE INSTABILITÉ MÉDICALE**

Transfert à l'interne	Transfert à domicile
▪ Conditions liées à l'utilisateur : – Obtenir son accord; – Consulter ses proches. ▪ Conditions organisationnelles : – Avoir sur place du personnel possédant des connaissances et habiletés suffisantes en lien avec le problème instable ou le traitement requis; – Avoir des ententes ou des corridors de services formels pour un retour de l'utilisateur en soins aigus au besoin; – Assurer une présence infirmière 24 h sur 24; – Assurer une garde médicale 24 h sur 24; – Avoir accès à du soutien/expertise clinique 24 h sur 24.	▪ Conditions liées à l'utilisateur : – Obtenir son accord; – Obtenir l'accord de ses proches. ▪ Conditions organisationnelles : – Avoir du personnel possédant des connaissances et habiletés suffisantes en lien avec le problème instable ou le traitement requis; – Avoir des ententes ou des corridors de services formels pour un retour de l'utilisateur en soins aigus au besoin; – Assurer une garde infirmière 24 h sur 24.

HARMONISATION

Les experts participant aux forums de discussion ont exprimé leur intérêt quant au développement d'un outil pour harmoniser les pratiques d'orientation à l'intérieur d'un réseau de soins en offrant des balises claires aux cliniciens. Pour être utile, cet outil doit avoir pour objectif de guider les réflexions sans toutefois être rigide et directif afin de conserver la primauté du jugement clinique.

Une certaine uniformisation du panier de services et des critères d'admissibilité en post-aigus est souhaitable et bénéfique pour l'utilisation efficiente des ressources du réseau. Par contre, compte tenu de l'évolution constante des réalités locales, la viabilité d'un algorithme décisionnel est questionnable. D'autant plus que pour certains profils de clientèles, et plus particulièrement pour les profils chirurgicaux électifs, il est possible d'entrevoir l'orientation de l'utilisateur assez rapidement. Par exemple, pour des clientèles où il est reconnu que des services de soins post-aigus n'auront aucun impact compte tenu d'une grande perte d'autonomie ou au contraire lorsqu'il existe des protocoles de suivi très clairs comme le cas des arthroplasties électives de la hanche et du genou.

4.3 ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

PRIORISATION

Plusieurs experts privilégient l'accès par ordre chronologique au milieu de récupération⁴. En effet, dans le contexte où l'évaluation est complétée et le plan de traitement amorcé, aucun profil clientèle ne devrait bénéficier d'un accès privilégié.

Dans les cas où des priorités sont accordées aux clientèles provenant de l'urgence, les experts sont d'avis qu'il y a un risque que l'évaluation médicale ne soit pas complète et que des retours en soins aigus s'ensuivent. En effet, l'hospitalisation permet une investigation plus complète. L'admission directe de l'urgence vers un service de soins postaigus est souhaitable uniquement lorsque le plan de traitement est très clair. Toutefois, les experts mentionnent que certaines priorisations d'exception peuvent être pertinentes en situations complexes, mais leur petit nombre ne justifie pas de formaliser des critères à cet effet.

ACCESSIBILITÉ COMPROMISE

Lorsque l'accès au service pour lequel l'utilisateur a été orienté est compromis, différentes stratégies sont employées par les établissements. Elles sont regroupées en trois catégories :

- Transfert dans un autre service :

Sur le plan conceptuel, les experts ont souligné que le transfert répété d'un usager âgé est généralement non souhaitable. Cette pratique est jugée à la fois inefficace, coûteuse et possiblement dangereuse selon les experts. Sur le plan clinique, les transitions multiples sont à éviter pour la personne âgée en raison du risque de déconditionnement et de compromission de l'éventuel retour à domicile. Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter l'utilisateur vers la ressource convoitée, l'adaptation de l'intensité des services de réadaptation d'un autre milieu s'avère une solution difficile à mettre en place pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Il y a également un enjeu d'éviter le dédoublement des services de réadaptation dans un contexte de pénurie de ressources.

Toutefois, compte tenu des impératifs de la réalité quotidienne, près des trois quarts des répondants au sondage électronique sont en accord avec le transfert d'un usager dans un autre milieu, s'il y a ajustement ou intensification de services en fonction des besoins, en cas d'accès compromis. De plus, la moitié des répondants estiment qu'il s'agit d'une pratique réalisable ou facilement réalisable.

⁴ La récupération réfère ici au processus général pendant lequel la personne recouvre les habiletés fonctionnelles et l'état de santé observés avant la maladie ou le traumatisme. La réadaptation cible plus directement la science et les modalités employées pour la récupération des habiletés. Ainsi, la réadaptation en phase de soins postaigus fait partie de la récupération (Kane, 2007).

■ Intensification de services à domicile :

L'intensification temporaire des services à domicile est jugée favorablement par près des trois quarts des répondants. Toutefois, la faisabilité de cette pratique semble quelque peu mitigée puisque moins de la moitié des répondants la considèrent réalisable ou facilement réalisable.

Les commentaires des répondants à ce sujet laissent entrevoir des divergences d'opinions quant à l'intensification des services à domicile pour la clientèle avec atteintes cognitives. D'une part, les experts mentionnent que cette clientèle bénéficierait des avantages à être traités dans leur environnement. D'autre part, il semble que l'intensification à domicile soit possible uniquement si les atteintes cognitives ne sont pas trop importantes. Peu importe la clientèle, un facteur de succès formulé à plusieurs reprises est la présence et la participation des proches de l'utilisateur.

Finalement, les répondants mentionnent également que si cette option est temporairement possible, tant en termes de réponse aux besoins de l'individu qu'en matière d'organisation des services, le domicile devrait être la destination finale, et non un épisode temporaire dans l'attente d'un service de soins postaigus.

■ Maintien en soins de courte durée :

Cette stratégie a été identifiée comme étant la moins favorable parmi les divers choix proposés aux répondants du sondage électronique, qui invoquent notamment les risques de déconditionnement et d'infections nosocomiales ainsi que les impératifs de la performance hospitalière.

Ceux qui soutiennent cette stratégie sont d'avis que, dans le but d'éviter les transitions le plus possible, l'adaptation des services en milieu aigu pendant l'attente pourrait être une avenue conditionnelle à l'utilisation de l'une ou l'autre des initiatives suivantes :

- Le regroupement des usagers aînés en attente sur une unité de soins de manière à offrir de la réadaptation pour assurer que l'utilisateur ne se déconditionne pas davantage;
- La présence d'équipes ambulatoires en réadaptation afin de réaliser des évaluations et amorcer des interventions dans le milieu de soins aigus.

Indépendamment de la position des experts quant à l'intérêt de maintenir l'utilisateur en soins de courte durée, la majorité est d'avis que la mise en route d'interventions en réadaptation dans le milieu de soins aigus est cliniquement favorable. D'ailleurs, un peu plus de la moitié des répondants estiment que cette pratique serait réalisable ou facilement réalisable.

ACCÈS AUX RESSOURCES POSTAIGUËS DEPUIS LE DOMICILE

La recension de pratiques a démontré que certains établissements permettent à des usagers d'accéder aux services postaigus dispensés à l'interne directement depuis le domicile, sans avoir été admis au CH. Cette clientèle, sur référence du médecin de famille ou de l'équipe de SAD, représente toutefois un très petit volume d'utilisateurs.

Pour certains des experts, cette notion est plus ou moins pertinente, car l'objectif même des services de soins postaigus est de répondre à des besoins à la suite d'une hospitalisation en soins aigus. Par contre, d'autres y voient l'avantage potentiel d'éviter un séjour à l'urgence pour une clientèle qui présente des vulnérabilités. Il en est notamment de même pour les personnes vivant une situation aiguë qui ne nécessitent pas une hospitalisation, mais qui sont particulièrement à risque de déconditionnement.

Dans la perspective d'un réel virage de soins et services vers le domicile, certains experts considèrent qu'il est souhaitable que l'utilisateur puisse recevoir des services à domicile pour certains problèmes de santé aigus. Dans ce contexte, le recours aux ressources en soins postaigus directement du domicile semble judicieux, voire nécessaire. Voici quelques circonstances pour lesquelles les références du domicile seraient pertinentes :

- Pour les usagers nécessitant un accès à un certain plateau technique, sans toutefois avoir besoin d'être hospitalisés. Par exemple :
 - Une personne stable qui a été bien investiguée médicalement, et dont la condition ne risque pas de se détériorer;
 - Une personne qui requiert de la réadaptation pour une problématique bien précise, tel le retrait du gavage initié à la suite d'une dysphagie temporaire secondaire à un accident vasculaire cérébral.
- À la suite d'une vaine tentative de retour à domicile au terme d'un séjour en milieu de soins aigus, le médecin de famille pourrait référer directement en UTRF pour poursuivre la récupération ou l'évaluation.
- Pour les organisations qui disposent de peu de ressources en ambulatoire et où il existe un manque de services adaptés pour compléter des évaluations.

Plusieurs experts affirment que l'enjeu principal de cette pratique est l'évaluation qui doit être suffisamment complète pour assurer un bon jumelage entre l'utilisateur et le service post aigu receveur.

Pour plusieurs usagers encore, la seule manière d'accéder à une ressource médicale pour permettre l'évaluation suffisamment complète est le passage à l'urgence. Compte tenu de cette réalité, la majorité des experts est d'avis que l'accès direct du domicile devrait être réservé aux références soumises par le médecin de famille.

4.4 CONTINUITÉ

Pour assurer la continuité des soins et services, l'ensemble des répondants s'entend pour dire qu'il devrait y avoir une vérification dès l'arrivée de l'utilisateur à l'urgence afin de savoir s'il est connu d'une équipe de SAD. Également, la grande majorité estime que si la personne est connue, l'intervenant-pivot du SAD ou le gestionnaire de cas de l'utilisateur devrait être impliqué dans la planification du congé, tant pour l'évaluation des besoins que pour la décision d'orientation en soins postaigus. Plus des trois quarts des répondants considèrent que ces stratégies sont réalisables.

Bien que ces stratégies soient connues depuis longtemps, force est de constater que leur niveau d'intégration est à géométrie variable d'un réseau à l'autre. Ces stratégies impliquent notamment des partages d'accès informatique, ce qui peut constituer un défi important pour plusieurs organisations.

MÉCANISMES DE COORDINATION

Attribuer la fonction de coordination d'un épisode de soins à un intervenant spécifique – infirmière, travailleur social, agent de liaison, intervenant-pivot ou gestionnaire de cas — constitue un moyen concret de favoriser cette continuité de services. Le rôle de celui-ci consiste à considérer l'utilisateur dans sa globalité et de faire le lien entre l'équipe traitante, l'utilisateur et ses proches.

Deux modèles de coordination efficaces et qui ont le potentiel d'être répliqués dans d'autres établissements ont été captés dans le cadre de la recension de pratiques :

- Gestionnaire de cas — modèle hybride du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) (Daviau, Couturier, & Gagnon, 2013) :
 - Intervenant provenant d'une des disciplines suivantes : les soins infirmiers, la réadaptation ou le domaine psychosocial;
 - Rôle prédominant en courtage et coordination de services;
 - Conserve un rôle clinique mineur dans son champ clinique d'appartenance. Il intervient dans sa discipline dans la mesure où l'intervention n'entrave pas son rôle premier de coordination de services;
 - Intervention de type charge de cas, à long terme;
 - Présence de gestionnaires de cas court terme afin de répondre aux besoins de courtage/coordination pendant l'épisode aigu pour les usagers en attente d'une attribution d'un gestionnaire de cas permanent.
- Travailleur social réseau du CSSS de la Vieille-Capitale :
 - Rôle unique de courtage et de coordination de services pour les usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement dont le retour à domicile est compromis;
 - Champ disciplinaire : psychosocial;
 - Intervention de type ponctuel, uniquement pendant un épisode de soins et les transitions de cet épisode;
 - Oeuvre dans l'ensemble des centres hospitaliers de la grande région de Québec, sous la gouverne et la supervision du CSSS de la Vieille-Capitale.

RETOUR EN SOINS AIGUS

Une grande majorité des répondants considère qu'il est essentiel d'avoir des stratégies formelles et convenues dans l'éventualité où l'utilisateur nécessiterait des soins aigus pendant son séjour dans un service de soins post-aigus à l'intérieur ou lorsque le suivi se déroule en externe, que ce soit en ambulatoire ou à domicile. La majorité des experts a exprimé son accord avec les stratégies suivantes pour accéder aux soins aigus requis, qu'ils trouvent soit potentiellement réalisables, réalisables ou facilement réalisables :

- Communications directes entre les médecins responsables des services concernés;
- Utilisation de l'accueil clinique;
- Appel à l'infirmière du triage à l'urgence;
- Retour sur l'unité de soins aigus d'origine (si l'utilisateur a quitté depuis moins de 48 heures).

Les communications directes entre médecins permettent généralement d'éviter le passage à l'urgence, bien que dans certains cas cette réadmission soit nécessaire. C'est notamment le cas lorsque l'état de santé découle d'un problème différent de celui pour lequel l'utilisateur avait préalablement été hospitalisé ou dont l'investigation et le traitement requièrent un plateau technique spécifique.

De manière générale, les corridors de services vers les soins aigus semblent plus formalisés entre les centres hospitaliers et les URFI. Voici ce qui ressort des commentaires des répondants à ce sujet :

- Lorsque la situation aiguë est en lien avec la dernière hospitalisation, tous les efforts doivent être déployés pour éviter un passage inutile par l'urgence avant d'être réhospitalisé;
- Bien que les communications entre médecins responsables soient privilégiées, une combinaison des différents mécanismes d'accès permet de répondre aux différentes situations, et ce à tout moment de la journée, peu importe la condition ou la provenance de l'utilisateur;
- Le choix des mécanismes et l'identification d'une trajectoire devraient se réaliser en concertation avec les différents partenaires impliqués.

FIN DE L'ÉPISODE SOINS POSTAIGUS

La continuité avec les professionnels de la première ligne au terme de l'épisode de soins post-aigus a été abordée. La majorité des répondants trouve utile et faisable que le profil pharmacologique de l'utilisateur soit acheminé au pharmacien communautaire avant que l'utilisateur retourne à domicile. Certains participants considèrent par ailleurs que le pharmacien communautaire a un rôle actif à jouer au moment de l'admission et du congé, notamment par sa participation au bilan comparatif des médicaments.

La même tendance s'observe quant à la transmission d'informations au médecin de famille. En effet, les experts ont exprimé davantage leur accord pour une transmission d'informations avant le retour à domicile plutôt que dans la semaine suivant celui-ci. La pratique est jugée réalisable par plus de la moitié des répondants. À l'instar des pharmaciens communautaires, certains participants souhaitent que les médecins de famille jouent un rôle plus actif, notamment dans les discussions de cas pour la planification du retour à domicile.

Dans ses fonctions de liaison, le gestionnaire de cas ou l'intervenant-pivot est identifié par les répondants comme une personne clé pour effectuer ces transmissions d'informations : un modèle de fiche de communication pourrait être développé pour assurer une uniformité du contenu (structure et pertinence).

4.5 AMÉLIORATION CONTINUE ET PERFORMANCE

La recension de pratiques a permis de constater que peu d'organisations ont défini clairement les critères de fin d'intervention de chacun des services des soins postaigus à la personne âgée. La formalisation de tels critères constitue une qualité reconnue de maturité d'un processus (Conseil québécois d'agrément) et soutient la performance et la constance d'un service.

En matière d'efficacité sur le fonctionnement en réseau, l'ACIS met de l'avant trois groupes de facteurs (Nolte, 2005) :

- La qualité des composantes sociales, culturelles, professionnelles et éducationnelles du modèle de fonctionnement : sans porter de jugement sur ces composantes, les auteurs affirment que les modèles les plus satisfaisants ont tous défini ces composantes et qu'elles sont partagées harmonieusement entre les membres du réseau.
- Les structures organisationnelles, les mécanismes de soutien, les valeurs de gestion qui mettent en avant-plan la créativité, l'innovation et la propension à constamment rechercher des solutions en travaillant en collégialité.
- Les caractéristiques personnelles des individus qui travaillent ensemble, notamment la volonté affirmée de collaborer, la confiance, le respect interpersonnel, et les compétences de communication.

La plupart des organisations possèdent néanmoins une structure formelle de concertation entre les différentes directions de programme, souvent sous forme de comité de gestion, par laquelle plusieurs indicateurs de performance sont suivis plus ou moins rigoureusement. Ces comités peuvent avoir comme mandat de faire l'analyse ponctuelle des réhospitalisations à la suite d'une admission dans un service de soins postaigus ou d'entreprendre un processus de révision plus formel de certains secteurs (revoir les critères d'admissibilité, la complémentarité des services, l'accessibilité pour l'ensemble des usagers, les effectifs, etc.) tels que l'ont réalisé trois des quatre réseaux recensés.

Certaines initiatives plus spécifiques ont été observées lors de la recension de pratiques et possèdent un caractère prometteur pour d'autres établissements québécois :

- Des mécanismes de rétroaction et de suivi des partenariats : par exemple, un comité pour cas litigieux, formant un regroupement plus formalisé de diverses ressources de réadaptation qui permet de faciliter les liens entre les établissements;
- Un service de soutien clinique / expertise en gériatrie : par exemple, l'expertise médicale en soutien clinique aux professionnels d'un guichet d'accès qui doivent établir l'orientation des usagers vers des services en soins postaigus;
- Une flexibilité dans les services : par exemple, le fait de procéder à des essais thérapeutiques, où un usager bénéficie de manière tentative d'un service interne en soins postaigus pour lequel il peut présenter certains facteurs de discordance.

4.6 PERSPECTIVES D'AVENIR

CLIENTÈLE AVEC DÉFICITS COGNITIFS

Une grande majorité des répondants estime que les services offrant des soins postaigus à l'interne, tels l'URFI, l'UTRF et la convalescence, devraient être en mesure d'accueillir les personnes âgées présentant des déficits cognitifs et, plus de la moitié d'entre eux en reconnaissent la faisabilité.

Les avis sont toutefois partagés en ce qui a trait à l'accueil des personnes manifestant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). En effet, bien que plus de la moitié des répondants soient en accord avec le fait que les services de soins postaigus doivent être en mesure de répondre aux besoins de cette clientèle, le quart ne se dit ni en accord ni en désaccord. Finalement, seulement le tiers des répondants considèrent la chose réalisable, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'appellation « SCPD » englobe plusieurs profils comportementaux. Certains comportements compromettent toute réadaptation tandis que des moyens de contournement peuvent être développés pour d'autres.

Deux stratégies différentes d'organisation des services aux personnes avec déficits cognitifs ou SCPD sont exprimées par les experts :

- Regrouper les usagers manifestant des SCPD sur des unités spécialisées :
 - Permet le développement de l'expertise requise auprès du personnel soignant;
 - Résout le défi de cohabitation avec les usagers de profil régulier.

- Adapter la structure aux besoins de l'utilisateur, avec le soutien d'une équipe mobile spécialisée et dédiée, tant pour l'évaluation de départ que pour la mise en œuvre et l'accompagnement des équipes soignantes en cours de séjour en post-ambulatoire :
 - En congruence avec la forte prévalence des déficits cognitifs et des SCPD;
 - Selon le principe qu'une expertise de base est nécessaire pour l'ensemble des intervenants oeuvrant auprès de la personne âgée.

LES SERVICES POST-AMBUATOIRES

Près des trois quarts des répondants estiment que certains profils de personnes âgées actuellement dirigées vers des services de soins post-ambulatoires à l'intérieur ont la capacité de bénéficier de services en mode ambulatoire directement à la suite du congé hospitalier, si de tels services étaient plus disponibles. Actuellement, la majorité des services ambulatoires, tels les hôpitaux de jour et les équipes de gériatrie ambulatoires, offre des services aux personnes âgées nécessitant une intervention par des professionnels de deux disciplines ou plus. Dans le cas contraire, les services sont souvent offerts par des cliniques externes.

Près des trois quarts des répondants considèrent qu'il est préférable que la clientèle nécessitant des soins post-ambulatoires en ambulatoire puisse avoir accès aux services dans un même lieu, que ce soit pour une intervention unidisciplinaire ou multidisciplinaire. Cependant, moins de la moitié des répondants considèrent que c'est réalisable.

Dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources et de l'expertise existante, les répondants ont été questionnés sur la possibilité que certains services offrant actuellement des soins post-ambulatoires à l'intérieur, soit l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'URFI et l'UTRF, puissent élargir leur offre de service et développer un volet ambulatoire. Un peu plus de la moitié des répondants sont en accord avec cette proposition et la considèrent au moins potentiellement réalisable, pour l'un ou l'autre des services mentionnés.

Cette combinaison des services en hospitalisation et en externe est utilisée par les centres de réadaptation au Québec, à géométrie variable selon les régions. Une telle offre de service permet de faire le pont entre le séjour à l'intérieur et le retour à domicile en assurant un maximum de continuité pour l'utilisateur. Pour certains experts toutefois, cela signifierait un dédoublement de l'offre de service en ambulatoire, d'autant plus que les services internes actuels ne sont pas toujours accessibles géographiquement. Quelques experts émettent l'idée de regrouper les services d'UTRF et d'hôpital de jour.

LES SERVICES DE SOINS POST-AMBUATOIRES À DOMICILE

Par l'entremise du sondage électronique, les experts ont mentionné que certaines clientèles bénéficieraient d'une intensification ou du développement de l'offre de service en soins post-ambulatoires à domicile. Parmi celles-ci figurent les personnes ayant des atteintes cognitives et la clientèle en perte d'autonomie qui nécessitent de la récupération et de la stimulation.

Les experts ont également identifié le besoin de développement, d'amélioration ou d'intensification de certains services, ainsi que les conditions favorables à leur mise en œuvre. Voici les suggestions émises :

- Services à développer :
 - Consultation pour symptômes comportementaux;
 - Surveillance ponctuelle;
 - Télémédecine;
 - Téléréadaptation.
- Services à améliorer ou intensifier :
 - Réadaptation;
 - Services d'aide aux AVQ/AVD;
 - Soins infirmiers;
 - Suivi médical;
 - Soutien aux proches aidants.
- Conditions organisationnelles et liées aux ressources humaines :
 - Concertation entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres hospitaliers (CH), notamment quant au transfert des ressources;
 - Meilleur recrutement médical;
 - Formation et soutien clinique offerts par les services de réadaptation;
 - Flexibilité et souplesse dans l'offre de service offerte par les CSSS;
 - Corridors de services;
 - Association avec le communautaire.
- Conditions liées aux pratiques cliniques :
 - Protocoles de soins;
 - Implication de l'utilisateur, de l'aidant et de son réseau dans la prise de décision;
 - Développement de nouvelles façons de soutenir l'utilisateur et ses proches (communautés via les réseaux sociaux ou autres forums);
 - Bonification de l'offre de réadaptation pendant l'épisode aigu;
 - Accent sur le potentiel de récupération fonctionnelle sans oublier les problèmes de santé complexes qui ont un impact sur l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée.

RÉFÉRENCES

1. Agence de Montréal. (2007) Le Cadre de référence: services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus, (p. 37):
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-401-8.pdf le 30 janvier 2014.
2. Conseil québécois d'agrément Le programme d'agrément: accompagner les organisations pour une gestion intégrée de la qualité. Conseil québécois d'agrément.
3. Daviau, J., Couturier, Y., & Gagnon, D. (2013). La gestion de cas. Cadre de référence. Sherbrooke: Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
4. EuropeAid Co-Operation Office. (2014). Evaluation tools. Repéré le 7 août 2014 à
http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too_en.htm
5. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2013). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, . Ottawa, ON,: Accédé au
https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf le 8 septembre 2014.
6. Kane, R. L. (2007). Assessing the effectiveness of postacute care rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil, 88(11), 1500-1504. doi: 10.1016/j.apmr.2007.06.015
7. Krueger, R. A. (2009). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. Dans S. Books (dir.), (4th^e éd.). Repéré à
<http://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=ySKeSZwYwMC&oi=fnd&pg=PR1&dq=krueger+%2B+focus+groups&ots=v-xjEG7dRt&sig=2KRH-IYtVVBKQCcEvgPuXoiQx0A#v=onepage&q=krueger%20> le 7 août 2014
8. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2013). Cadre de référence pour la désignation universitaire de première ligne en santé et services sociaux: Mission, principes et critères, (p. 20): Accédé au
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-853-01W.pdf> le 8 septembre 2014.
9. Morgan, D. L. (1998). The Focus Group Guidebook. Sage Publications.
10. Nolte, J. (2005). Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada, (p. 43). Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) (rapport disponible en anglais seulement),.: Accédé au
<http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/enhancing-interdisciplinary-collaboration-in-primary-health-care-in-canada.pdf> le 8 septembre 2014.
11. Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. International Journal of Qualitative Methods, 8(3), 1-21.
12. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) - Office statistique des communautés européennes. (2005 - 3e édition). Manuel d'Oslo - Principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation, (p. 186). Accédé au
http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/OECD OsloManual05_fr.pdf le 8 septembre 2014: UNESCO.

RÉFÉRENCES

13. Santé Canada. (2012). Le système de soins de santé du Canada, onglet Mode de prestation des services de soins de santé - La deuxième ligne (services secondaires) et Tendances et changements en soins de santé. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php> le 8 septembre 2014
14. Tremblay, A. (1991). Sondages: histoire, pratique et analyse (p.142) : Gaëtan Morin éditeur.

ANNEXE 1 : LISTE DES QUESTIONS POUR LA CAPTATION DES PRATIQUES

GUIDE D'ENTREVUE – RECENSION DE PRATIQUES

Révision de la trajectoire et de l'offre de service destinées aux aînés en phase de soins postaigus

SERVICES IMPLIQUÉS

1. Nommez chacun des services cliniques offrant des soins postaigus au centre de santé et de services sociaux (CSSS).

REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

2. À des fins d'orientation de la clientèle, utilisez-vous des stratégies pour identifier rapidement certains types d'usagers (vulnérables ou ayant des besoins prioritaires de soins postaigus)?
3. Quels sont les outils d'évaluation employés dans le processus de planification du congé ou d'orientation de la clientèle?
4. À quel moment débute le processus de planification du congé?

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

5. Quels sont les critères d'admission de chacun des services de soins postaigus?
6. Quels sont les délais d'accès aux services de soins postaigus (dans la majorité des cas)?

ORIENTATION VERS UN SERVICE DE SOINS POSTAIGUS

7. Décrivez votre processus d'orientation (spécifiez le processus de chacun des services impliqués dans la trajectoire, ou pour lequel vous êtes impliqué).
8. Outre les critères d'admission de chacun des services, utilisez-vous des outils pour guider l'orientation (ex. : arbre décisionnel)?

COMMUNICATIONS

9. Quelles sont les informations transmises au service suivant lors du congé?
10. Comment sont transmises ces informations?

ENTENTES ET PARTENARIATS

11. Existe-t-il des ententes formalisées entre certains services, installations ou établissements? Si oui, lesquelles?
12. Existe-t-il des mécanismes pour évaluer le respect de ces ententes ou ajuster les ententes? Si oui, lesquels?

FONCTION DE COORDINATION

13. Est-ce qu'un intervenant est désigné pour coordonner la planification du congé, à l'intérieur même de chacun des services cliniques?
14. Est-ce qu'une personne assume la fonction de coordination de plusieurs services pour l'utilisateur (ex. : gestion de cas)? Si oui, de quelle façon est-elle mise à profit dans le processus de planification du congé et de l'épisode de soins post-accidentels subséquent?

ÉLÉMENTS D'APPROCHE DE SOINS FAVORISANT LA CONTINUITÉ

15. Est-ce que les équipes de soins des différents services, installations ou établissements partagent certains outils d'évaluation ou d'intervention? (ex. : le formulaire d'évaluation en physiothérapie de l'hôpital et de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive [URFI]) Si oui, quels sont-ils?
16. Est-ce qu'un modèle de soins ou une philosophie d'intervention est partagé par l'ensemble des équipes de soins des différents services, installations ou établissements? (ex. : l'approche gériatrique, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), etc.) Si oui, lequel?
17. Est-ce qu'une formation commune est offerte aux équipes de soins des différents services, installations ou établissements? (ex. : modèles de soins, processus d'orientation, continuum de services, etc.) Si oui, laquelle?

L'ENGAGEMENT DE L'USAGER ET DE SES PROCHES

18. De quelles façons favorisez-vous la participation de l'utilisateur et de ses proches dans tout le processus de planification du congé?
19. Quelles interventions d'information ou d'enseignement à l'utilisateur et ses proches sont réalisées en préparation au congé?

RÉSOLUTION DE PROBLÈME, QUALITÉ & PERFORMANCE

20. Est-ce que des stratégies sont mises en œuvre dans l'éventualité où l'utilisateur nécessiterait de nouveau des soins aigus, pendant la période post-aiguë?
21. Quelles stratégies sont employées pour répondre à des situations problématiques (ex. : profil clientèle atypique, lit non disponible) ou aux besoins spécifiques de certains sous-groupes de clientèle (ex. : usagers présentant des SCPD) lors de la planification du congé?
22. Est-ce que des mécanismes sont mis en place pour faire un retour sur le fonctionnement et échanger avec les autres services dispensateurs afin de répondre aux besoins de la population âgée (complémentarité) ou d'améliorer la trajectoire de soins post-aigus? Si oui, lesquels?
23. Quels sont les indicateurs de gestion auxquels vous vous référez particulièrement?
24. Décrivez de quelle façon l'offre de service de soins post-aigus a fait l'objet d'une analyse.

FIN DES SERVICES

25. Disposez-vous de critères de fin d'intervention pour chacun des services? Si oui, quels sont-ils?
26. Quels sont les mécanismes de suivi et d'arrimage avec les services de 1^{re} ligne ou dans la transition vers les soins de longue durée (soutien à domicile [SAD] ou centre d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD])?

BILAN

27. Si vous disposiez des ressources nécessaires, quelles seraient les deux améliorations prioritaires à réaliser au sein de votre réseau de soins post-aigus aux aînés?

ANNEXE 2 : MODÈLE D'ORDRE DU JOUR D'UN FORUM DE DISCUSSION

CONSULTATION D'EXPERTS

Processus de planification du congé pour les aînés en contexte de soins postaigus

**Lundi 5 mai de 13 h 30 à 16 h
par conférence téléphonique**

Madame,
Monsieur,

Nous sommes très heureux que vous ayez accepté de participer à cette rencontre téléphonique en tant qu'expert.

Cette consultation consiste à mettre à profit vos connaissances et votre expertise afin d'échanger sur différents volets du processus de planification du congé des aînés en phase postaiguë, dans l'optique de soutenir la rédaction d'une offre de service ministérielle à cet effet.

ORDRE DU JOUR

13 h 30	Mot de bienvenue, présentation des participants et principes du forum d'experts
13 h 40	Retour rapide sur la démarche à ce jour
13 h 50	Discussion par thématiques⁵ : - Accessibilité des services de soins postaigus : - Modalités de priorisation; - Stratégies en présence d'accès compromis. - Évaluation depuis le centre hospitalier : - Composantes et modalités. - Processus d'orientation vers un service de soins postaigus : - Mécanismes et imputabilité
15 h 50	Conclusion et remerciements

⁵ Les thématiques pourront être abordées dans un ordre différent, dépendamment de l'intérêt des participants et du temps consacré à certains sujets.

ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX FORUMS DE DISCUSSION

EXPERTS	TITRES ET FONCTIONS	ÉTABLISSEMENTS
Archambault, Michèle	Conseillère en organisation des services	AQESSS
Asselin, Johanne	Codirectrice médicale programme SAPA et chef de département SAPA	CSSS du Nord de Lanaudière
Bélanger, Brigitte	Chef de programme UTRF et RIV	CSSS du Nord de Lanaudière
Bilodeau, Julie	Chef de programme des partenariats et des services réseaux	CSSS de la Vieille-Capitale
Crowe, Céline	Directrice du développement et des affaires médicales	IUGM
Drapeau, Chantale	Chef des services psychosociaux	CSSS-IUGS
Gosselin, Suzanne	Directrice des services professionnels et du partenariat médical	CSSS-IUGS
Morin, Jacques	Gériatre	CHU de Québec
Morissette, Pierre	Directeur du programme SAPA	CSSS de Trois-Rivières
Pichard, Linda	Directrice services à la clientèle – Adultes et aînés	IRD PQ
Ricard, Geneviève	Consultante en orientation posthospitalière pour la clientèle gériatrique	CHUS et CSSS-IUGS
Rooney, Nancy	Coordonnatrice des services de soutien à domicile	CSSS de Thérèse-De Blainville
Thériault, Marie-Ève	Agente de coordination au mécanisme d'accès à l'hébergement	CSSS du Nord de Lanaudière
Travers, Stella	Directrice du soutien à domicile	CSSS du Rocher-Percé
Tremblay, Chantal	Coordonnatrice SAPA	CSSS du Nord de Lanaudière



ANNEXE 4 : CONVENTION DE DÉROULEMENT DU FORUM DE DISCUSSION

FORUM D'EXPERTS SUR LES SOINS POSTAIGUS AUX ÂÎNÉS

Chers participants, le forum d'experts auquel vous êtes conviés vise à :

1. Identifier des pistes d'action en lien avec des pratiques présentant des enjeux de faisabilité.
2. Susciter des positionnements face à ces solutions proposées.
3. Ressortir, lorsque possible, certains éléments de convergence dans les opinions formulées.
4. Aider à prévoir l'avenir en lien avec la problématique visée.
5. Soutenir une prise de décision quant aux éléments à inclure dans une offre de services ministérielle aux aînés en phase de soins postaigus.

Notons que :

1. Toutes les opinions sont recevables et la recherche de consensus ne constitue pas un objectif en soi.
2. Il vous est possible de changer d'idée au cours du forum.
3. Le rapport final du forum d'experts présentera les concepts et idées maîtresses découlant des échanges, plutôt qu'un verbatim des discussions.
4. Vos propos ne seront pas rapportés de manière nominative. Cependant, le rapport nommera tous les experts qui auront participé, ainsi que les affiliations professionnelles que vous aurez jugées pertinentes de mentionner (*à valider sur la liste des participants ci-jointe*).

Nous vous remercions infiniment de participer à ce forum d'experts.

*Le secteur de la gestion des connaissances
Direction de la planification, de la performance et des connaissances
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE

SOINS POSTAIGUS

INSTRUCTIONS POUR RÉPONDRE AU SONDAGE

La Direction générale adjointe des services aux aînés (DGASA) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec l'équipe de courtage de connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, vous invitent à répondre au présent questionnaire, lequel s'inscrit dans le cadre de la démarche ministérielle de révision de la trajectoire et de l'offre de service destinées aux aînés en phase de soins postagis.

Le présent sondage porte sur différents éléments du réseau de services postagis aux aînés pour lesquels les travaux de courtage de connaissances (recension d'écrits, recension de pratiques et forum d'experts) n'ont pas permis de dégager de consensus à ce jour. Le sondage se veut également une opportunité d'approfondir la réflexion quant à certains thèmes et d'identifier des pistes d'amélioration.

Par ce sondage, nous vous demandons de vous prononcer sur divers énoncés en indiquant votre **niveau d'accord** ainsi que le niveau de **faisabilité** que vous leur accordez. Pour ce sondage, le terme « réalisable » signifie un potentiel de faisabilité au sein de votre réseau local de service au cours des deux prochaines années.

- Nous vous demandons de compléter le questionnaire en ligne d'ici le **vendredi 4 juillet 2014**.
- Le temps estimé pour répondre au questionnaire est d'environ 30 à 45 minutes.
- Lorsque vous débutez le sondage, il n'est pas possible d'enregistrer vos données pour le compléter ultérieurement.
- L'anonymat des répondants est assuré.
- Le questionnaire comporte 43 énoncés qui comprennent des sous questions.

SOINS POSTAIGUS

Chacune d'elle appelle une réponse de votre part.

- Considérant que le sondage aborde de multiples facettes du réseau de soins et services postaigus, si vous n'êtes pas en mesure de fournir une réponse à une question, cochez la case **NSP/NRP** (Ne sais pas/Ne répond pas).
- Les choix de réponses sont généralement exprimés sur une échelle ordinale en 5 points.
- Quelques questions sont à choix multiples ou demandent une réponse à court développement (maximum de 1500 caractères).
- Pour toute question concernant le sondage ou si vous avez besoin d'une assistance technique, veuillez contacter :

Isabelle G. Tardif

isabelleg.tardif.agence16@ssss.gouv.qc.ca

450 928-6777, poste 4009

ou

Claire Lavoie

claire.lavoie.agence16@ssss.gouv.qc.ca

450 928-6777, poste 4213

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration. Votre contribution nous permettra de mener à bien les travaux de courtage visant à alimenter la révision de l'offre de service aux aînés en phase de soins postaigus.

SOINS POSTAIGUS

Quelle est la principale région sociosanitaire dans laquelle vous pratiquez? (facultatif)

Quel est votre lieu de travail? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Agence de la santé et des services sociaux
- ☐ Centre de réadaptation
- ☐ Centre de santé et de services sociaux
- ☐ Centre hospitalier non rattaché à un CSSS
- ☐ Établissement d'enseignement
- ☐ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- ☐ Autre (veuillez préciser)

Quelle est votre fonction principale?

- ☐ Cadre intermédiaire
- ☐ Cadre supérieur
- ☐ Chercheur
- ☐ Autre (veuillez préciser)
- ☐ Clinicien
- ☐ Professeur

Quelle est votre profession/champ disciplinaire?

- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Infirmière
- ☐ Médecin
- ☐ Nutritionniste
- ☐ Autre (veuillez préciser)
- ☐ Pharmacien
- ☐ Physiothérapeute
- ☐ Travailleur social

SOINS POSTAIGUS

Depuis combien d'années êtes-vous impliqués dans le domaine des soins et services à la personne âgée?

- ☐ Ma pratique ne concerne pas spécifiquement les soins et services à la personne âgée
- ☐ Moins d'une année
- ☐ Entre 1 et 4 années
- ☐ Entre 5 et 9 années
- ☐ Entre 10 et 14 années
- ☐ 15 années et plus

SOINS POSTAIGUS

Pour les fins de ce sondage :

Les soins postaigus comprennent une combinaison intégrée de soins et services médicaux, infirmiers, de réadaptation, psychosociaux et d'assistance, qui sont modulés selon l'évolution des besoins de la clientèle âgée.

Les services ont pour objectif de favoriser à court terme le rétablissement de la santé et la récupération optimale des habiletés fonctionnelles de la personne âgée. Ils visent également à permettre un retour sécuritaire au domicile avec une qualité de vie optimale.

Dans le cadre de la présente démarche, les soins postaigus comprennent l'ensemble des mesures pouvant être mises en place à la suite de l'hospitalisation de la personne âgée¹, c'est-à-dire, à la fois les mesures à l'interne (ex. : unité de réadaptation fonctionnelle intensive [URFI], unité transitoire de récupération fonctionnelle [UTRF], convalescence, etc.), en ambulatoire (ex. : hôpital de jour, équipes de gériatrie ambulatoires, etc.) ou à domicile (ex. : soins infirmiers, physiothérapie, etc.).

¹Dans le présent sondage, le terme personne âgée est employé pour identifier une personne de 65 ans et plus ou présentant un profil gériatrique, bien que certains milieux privilégient parfois des interventions qui ciblent spécifiquement la clientèle souvent plus vulnérable des 75 ans et plus.

SOINS POSTAIGUS

ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

En milieu hospitalier, l'évaluation des besoins doit permettre d'identifier la nature et l'intensité des services requis à la suite de l'épisode aigu. Cette évaluation devrait à terme permettre de déterminer l'orientation de la personne vers la meilleure ressource/modalité permettant de répondre à ses besoins.

INDIQUEZ DANS QUELLE MESURE VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC L'ÉNONCÉ SUIVANT.

Accord

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalelement en accord

1. Dans le cadre d'un processus de planification du congé hospitalier débutant dès l'admission, il est essentiel d'évaluer les dimensions suivantes afin de bien planifier les services de soins postigus de toute personne âgée hospitalisée.

a) Le profil antérieur de la personne (incluant l'état de santé, l'autonomie fonctionnelle, l'état cognitif et psychologique, etc.)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) L'état de santé actuel et les diagnostics associés

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c) L'autonomie fonctionnelle

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS**d) L'état cognitif**

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e) L'état psychologique

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f) L'intégrité de la peau et des téguments

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

g) L'état nutritionnel

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

h) Les capacités d'élimination (intestinale et vésicale)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

i) Le sommeil

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

j) La capacité d'apprentissage

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

k) L'endurance et la tolérance aux traitements (ex. : traitement de réadaptation)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

l) La motivation à participer aux traitements

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

m) Les préférences de l'utilisateur

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

n) Les caractéristiques de l'environnement physique du milieu de vie

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

o) La capacité, disponibilité et volonté du réseau social

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Identifiez, parmi la liste suivante, les 5 dimensions les plus significatives pour établir un pronostic de récupération.

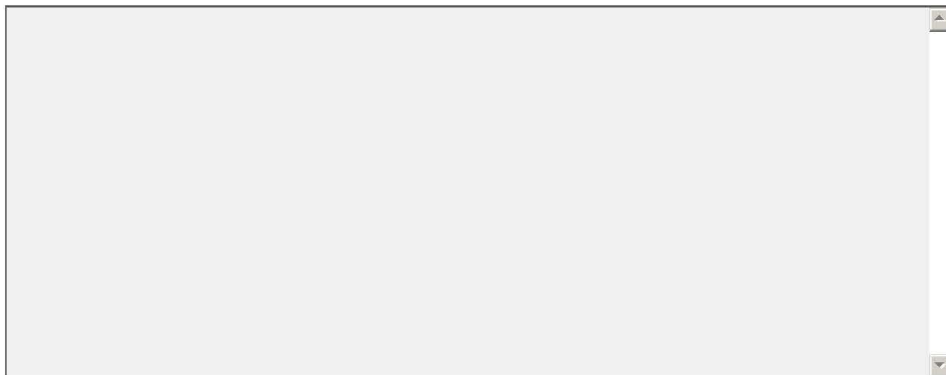
- ☐ a) Le profil antérieur de la personne (incluant l'état de santé, l'autonomie fonctionnelle, l'état cognitif et psychologique, etc.)
- ☐ b) L'état de santé actuel et les diagnostics associés
- ☐ c) L'autonomie fonctionnelle
- ☐ d) L'état cognitif
- ☐ e) L'état psychologique
- ☐ f) L'intégrité de la peau et des téguments
- ☐ g) L'état nutritionnel
- ☐ h) Les capacités d'élimination (intestinale et vésicale)
- ☐ i) Le sommeil
- ☐ j) La capacité d'apprentissage
- ☐ k) L'endurance et la tolérance aux traitements (ex. : traitement de réadaptation)
- ☐ l) La motivation à participer aux traitements

3. Est-ce que le processus de planification du congé ou la détermination du pronostic de récupération devrait se réaliser différemment selon l'âge? (ex. : les 75 ans et plus vs les 65 ans et plus).

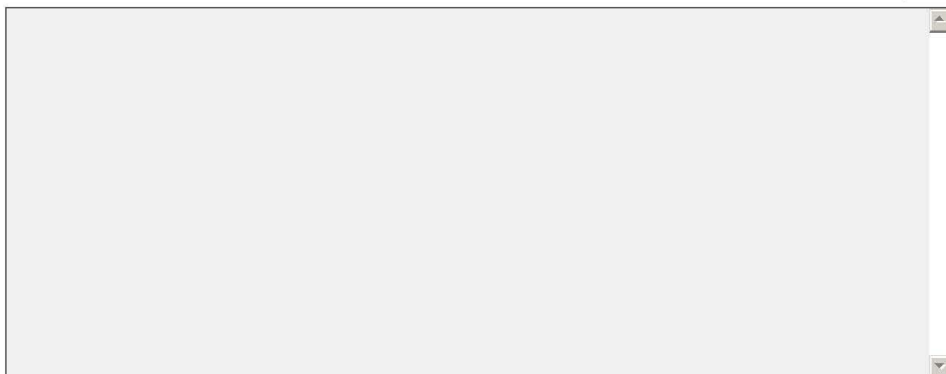
- ☐ Oui
- ☐ Non

SOINS POSTAIGUS

Précisez quelles sont ces différences, s'il y a lieu.

A large, empty rectangular text area with a light gray background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side, indicating it can scroll vertically.

Avez-vous des commentaires en lien avec l'évaluation des besoins de soins postigus?

A large, empty rectangular text area with a light gray background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side, indicating it can scroll vertically.

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

L'orientation est définie comme la prise de décision quant au choix du service le mieux adapté pour répondre aux besoins de l'utilisateur. On distingue l'orientation de la phase de transition, dans laquelle l'utilisateur quitte le milieu de soins aigus et est effectivement admis dans le nouveau service.

Dans le contexte actuel d'organisation des services de soins postaigus, l'adéquation optimale entre les besoins de l'utilisateur et les offres de service nécessite de considérer, d'une part, l'utilisateur et ses particularités cliniques, et d'autre part la capacité du service à accueillir l'utilisateur. La phase d'orientation s'appuie donc sur l'évaluation préalable des besoins de la personne afin de choisir le bon milieu pour l'utilisateur.

INDIQUEZ DANS QUELLE MESURE VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC L'ÉNONCÉ SUIVANT.

Accord

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

4. Une documentation suffisante (par exemple, dans un plan d'intervention interdisciplinaire ou dans un plan de services individualisé) des dimensions suivantes est essentielle pour procéder à l'orientation de l'utilisateur vers le service de soins postaigus approprié.

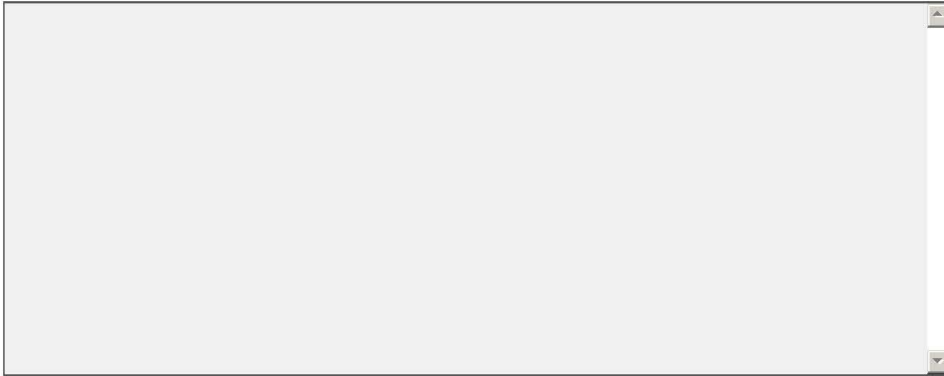
a) Le suivi médical requis

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Quelles informations précises quant au suivi médical sont essentielles à l'orientation?



SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

4. Une documentation suffisante (par exemple, dans un plan d'intervention interdisciplinaire ou dans un plan de services individualisé) des dimensions suivantes est essentielle pour procéder à l'orientation de l'utilisateur vers le service de soins post-aigus approprié.

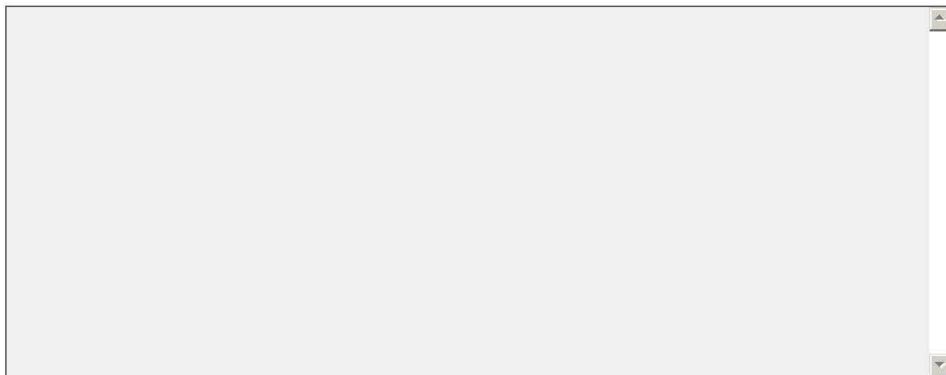
b) Le suivi de soins infirmiers requis

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Quelles informations précises quant au suivi de soins infirmiers sont essentielles à l'orientation?



SOINS POSTAIGUS**ORIENTATION**

4. Une documentation suffisante (par exemple, dans un plan d'intervention interdisciplinaire ou dans un plan de services individualisé) des dimensions suivantes est essentielle pour procéder à l'orientation de l'utilisateur vers le service de soins post-aigus approprié.

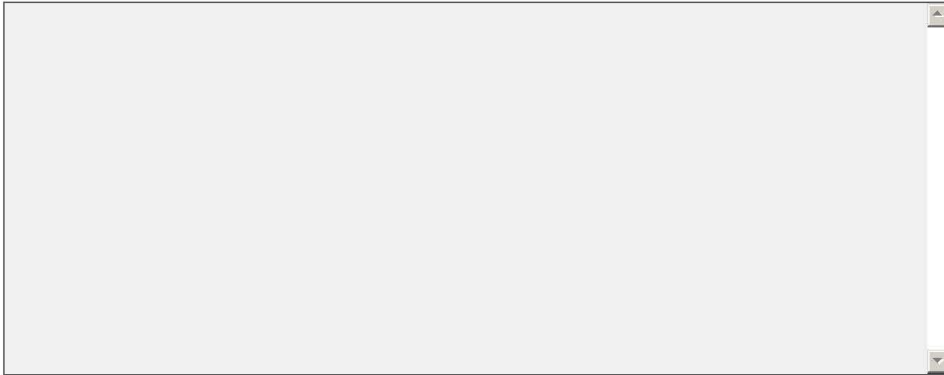
c) Le suivi en réadaptation requis

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Quelles informations précises quant au suivi en réadaptation sont essentielles à l'orientation?



SOINS POSTAIGUS**ORIENTATION**

4. Une documentation suffisante (par exemple, dans un plan d'intervention interdisciplinaire ou dans un plan de services individualisé) des dimensions suivantes est essentielle pour procéder à l'orientation de l'utilisateur vers le service de soins postigus approprié.

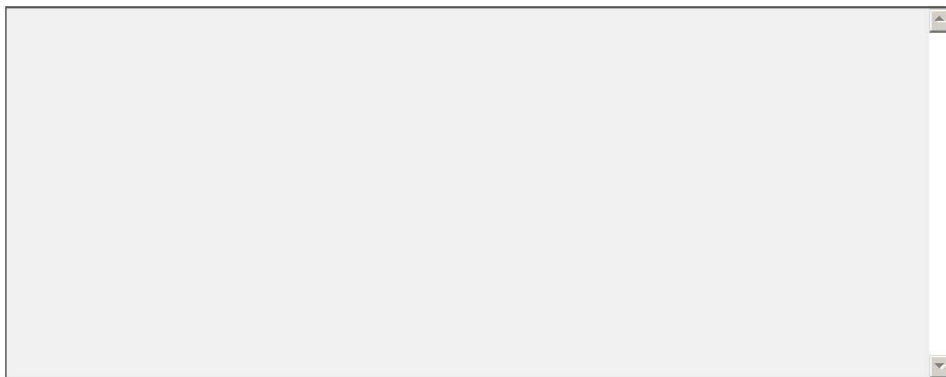
d) Le niveau d'assistance dans les activités de la vie quotidienne

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Quelles informations quant à l'assistance sont essentielles à l'orientation?



SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Les établissements se sont dotés de divers fonctionnements afin de convenir de l'orientation de l'utilisateur vers un service de soins post-aigus..

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

5. C'est un intervenant externe au processus d'évaluation des besoins qui détermine l'orientation de l'utilisateur (par exemple, les intervenants du milieu hospitalier transmettent l'évaluation des capacités et des besoins de l'utilisateur à un guichet d'accès et c'est l'intervenant de ce guichet « décisionnel » qui analyse les besoins de l'utilisateur pour attribuer un service).

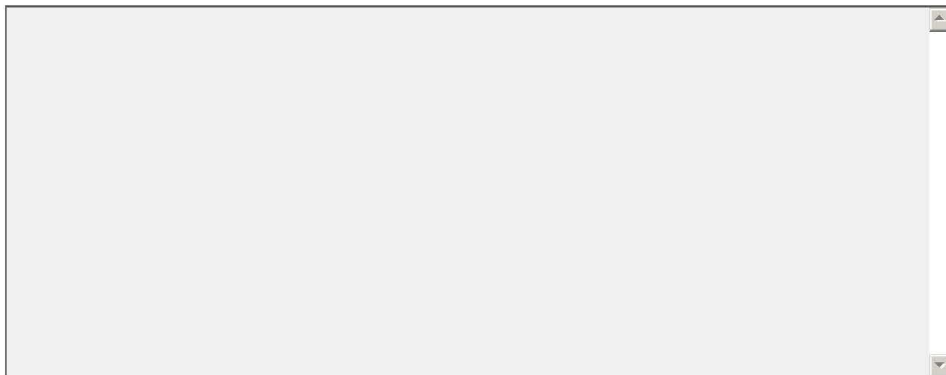
	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Ce sont les intervenants du milieu hospitalier ayant procédé à l'évaluation des besoins qui déterminent l'orientation de l'utilisateur au congé (ils adressent la demande à un mécanisme d'accès sans rôle décisionnel ou directement au service désiré).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

Avez-vous des commentaires quant à la prise de décision en matière d'orientation?



SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Le concept de stabilité médicale ne bénéficie pas d'une définition claire, ni dans les écrits, ni dans la pratique. Généralement, le niveau de stabilité renvoie à la probabilité de survenue d'un changement de la condition clinique dans un temps donné.

L'évaluation de la stabilité médicale est d'autant plus complexe chez la personne âgée, sachant qu'une certaine proportion de cette population hétérogène est touchée « par des maladies plus morbides qui accélèrent les pertes physiologiques et occasionnent une certaine instabilité clinique (diabète, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique) », avant même l'épisode de soins aigus (Cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, MSSS, 2011, p. 6).

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS.

Accord

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalelement en accord

7. Les critères suivants permettent d'opérationnaliser le concept de stabilité médicale dans le processus d'orientation de la personne âgée hospitalisée en soins aigus vers un service de soins postaigus.

a) La stabilité des signes vitaux

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

b) Le contrôle de la douleur

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c) La survenue récente d'interventions médicales telles que : transfusion sanguine, chirurgie, procédure invasive, etc.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

d) La présence d'un plan de traitement (ne plus être en investigation)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e) La fréquence du suivi médical

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f) La fréquence du suivi infirmier

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant l'opérationnalisation de la stabilité médicale?

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS.

Accord

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalelement en accord

8. L'atteinte de la stabilité médicale constitue toujours un prérequis pour déterminer l'orientation (choix du lieu de service) de la personne âgée en phase de soins postaigus.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Dans certaines situations, il peut être cliniquement pertinent et souhaitable de donner le congé hospitalier et de faire la transition d'une personne âgée avec une certaine instabilité médicale vers un service de soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, etc.)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS**ORIENTATION****10. Quel(s) service(s) pourrait(ent) accueillir une clientèle avec une certaine instabilité médicale?**

- ☐ URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive)
- ☐ UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle)
- ☐ Convalescence

Autre (veuillez préciser)

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

11. Considérant qu'il pourrait être pertinent de transférer une personne âgée ayant une certaine instabilité médicale vers un service de soins post-aigus à l'interne, les conditions suivantes sont nécessaires à la transition sécuritaire de l'utilisateur.

a) Obtenir l'accord de l'utilisateur.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) Consulter les proches de l'utilisateur.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c) Assurer une présence infirmière (24 heures sur 24).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

d) Assurer une présence médicale sur place.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e) Assurer une garde médicale (24 heures sur 24).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f) Avoir sur place du personnel possédant des connaissances et habilités suffisantes en lien avec le problème instable ou le traitement requis.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

g) Avoir accès à du soutien/expertise clinique (24 heures sur 24).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

h) Être à proximité géographique des services de soins aigus ou d'une salle d'urgence.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

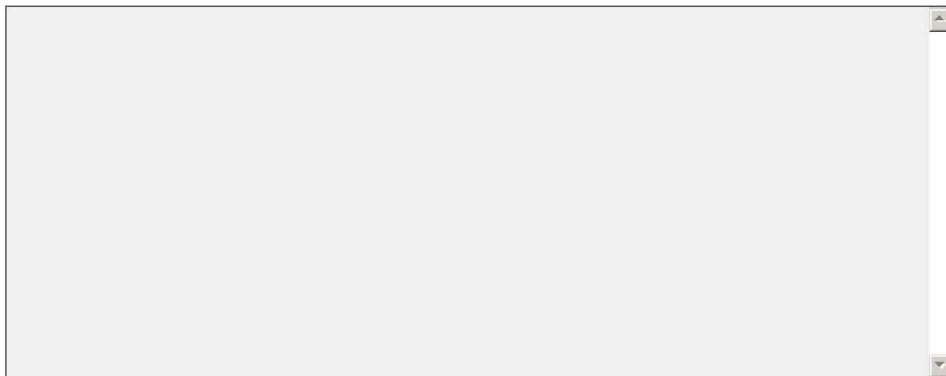
i) Avoir des ententes ou des corridors de services formels pour un retour de l'utilisateur en soins aigus au besoin.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant l'orientation ou le transfert d'un usager avec une certaine instabilité médicale vers un service de soins postaigus à l'interne?



SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS.

Accord

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalelement en accord

12. Dans certaines situations, il peut être cliniquement pertinent et souhaitable de donner le congé hospitalier et de transférer une personne âgée avec une certaine instabilité médicale vers son domicile, avec des services de soins postaigus en ambulatoire ou à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

ORIENTATION

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

13. Considérant qu'il pourrait être pertinent de transférer une personne âgée ayant une certaine instabilité médicale vers son domicile, avec des services en ambulatoire ou à domicile, les conditions suivantes sont nécessaires à la transition sécuritaire de l'utilisateur.

a) Obtenir l'accord de l'utilisateur.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) Obtenir l'accord des proches de l'utilisateur.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c) Assurer une garde infirmière (24 heures sur 24).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

d) Assurer une garde médicale (24 heures sur 24).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e) Avoir du personnel possédant des connaissances et habilités suffisantes en lien avec le problème instable ou le traitement requis.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f) Être à proximité géographique des services de soins aigus ou d'une salle d'urgence.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

g) Avoir des ententes ou des corridors de services formels pour un retour de l'usager en soins aigus au besoin.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant l'orientation ou le transfert d'un usager avec une certaine instabilité médicale vers son domicile avec des services ambulatoire ou à domicile?

SOINS POSTAIGUS

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

14. Dans les cas où l'accès aux services de soins post-aigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) au moment requis est compromis, diverses stratégies peuvent être mises en place pendant la période d'attente :

a) Maintenir l'usager sur la même unité de courte durée (ex. : à l'unité d'orthopédie) pendant toute la durée de l'attente.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) Regrouper les usagers en attente dans une même unité du milieu de soins aigus.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c) Initier des interventions de réadaptation dans le milieu de soins aigus (ex. : à l'aide d'équipes mobiles ou autres).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

d) Transférer l'usager dans un milieu temporaire (autre ressource de soins postaigus à l'interne) et ajuster / intensifier les services en fonction de ses besoins.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e) Intensifier temporairement les services à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Pour quelle clientèle ou dans quelles situations l'intensification temporaire de services à domicile pourrait être pertinente?

16. Les stratégies suivantes pourraient permettre de soutenir l'intensification de services à domicile :

a) Utiliser la télésanté (que ce soit pour de la télésurveillance ou de la téléconsultation).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) Avoir un intervenant dédié qui coordonne l'épisode de soins à domicile (par exemple un gestionnaire de cas, un intervenant pivot, un travailleur social réseau, etc.).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

c) Développer un service de premier répondant en réadaptation qui visite rapidement l'utilisateur à son retour à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

d) Avoir un médecin qui se déplace à domicile pour effectuer un suivi régulier.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e) Avoir un médecin en soutien téléphonique pour les intervenants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f) Avoir une ressource de soutien / conseil pour les intervenants en matière de gestion des risques à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

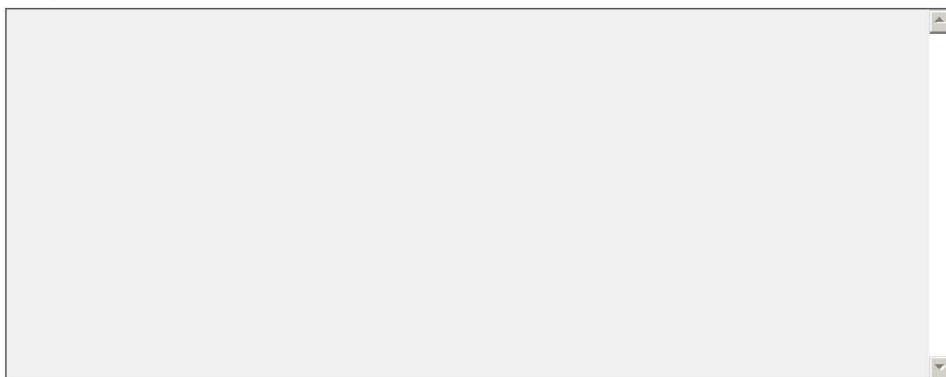
g) Assurer une présence à domicile 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

h) Autres :

SOINS POSTAIGUS

17. Dans une situation d'intensification de services à domicile en contexte de soins postagrus, quelles devraient être les modalités de prise en charge médicale à privilégier? (Ex. : suivi assuré par le médecin traitant de l'hôpital, par un médecin du CLSC ou par le médecin de famille; par des rencontres à domicile, en clinique, à l'hôpital, au téléphone, etc.).



SOINS POSTAIGUS

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

La recension de pratiques réalisée dans le cadre des présents travaux a montré des modèles de pratiques fort différents d'un territoire à l'autre. Certains établissements permettent à des usagers d'accéder à des soins post-aigus dispensés à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) sans avoir au préalable transités par le centre hospitalier, tandis que d'autres l'excluent. Cette clientèle, provenant directement du domicile sur référence du médecin de famille ou de l'équipe du soutien à domicile, représente toutefois un très petit volume d'usagers.

EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ AUX MODALITÉS DE SOINS POSTAIGUS À L'INTERNE DEPUIS LE DOMICILE, INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

18. Cette pratique est inappropriée, considérant que l'objectif des lits de soins post-aigus est de répondre aux besoins des usagers à la suite d'une hospitalisation.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Une telle pratique peut avoir un impact négatif sur la fluidité des trajectoires en compromettant l'accès aux services de soins post-aigus depuis le milieu de soins aigus.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

20. Cette pratique devrait demeurer exceptionnelle, puisque cela concerne un nombre négligeable d'utilisateurs.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

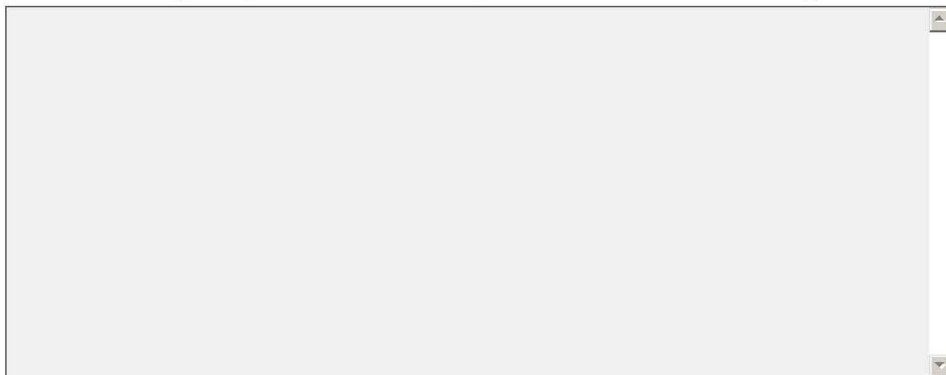
21. Cette pratique devrait être permise, sur référence du médecin de famille, pour éviter un recours au milieu hospitalier.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

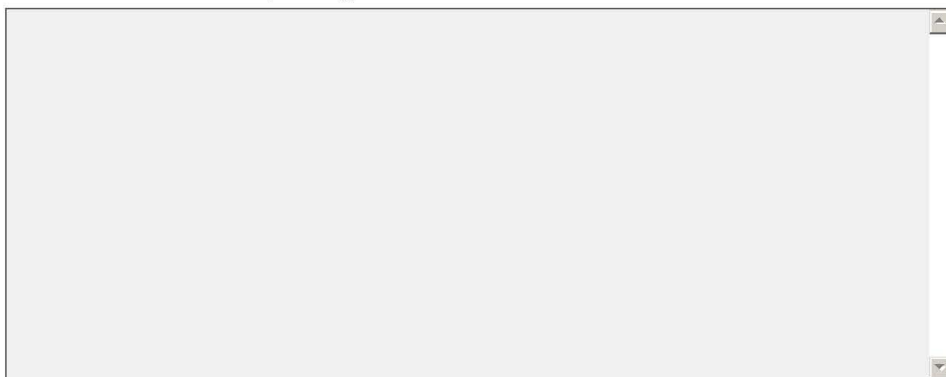
ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

Pour quelle clientèle cette pratique pourrait être avantageuse et quelles conditions doivent être mises en place pour s'assurer de répondre aux besoins de l'utilisateur?



SOINS POSTAIGUS**ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS**

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Accessibilité des services de soins post-aigus » ?



SOINS POSTAIGUS**FIN DE L'ÉPISODE DE SOINS POSTAIGUS**

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

22. Les informations sommaires du séjour et les changements dans le plan thérapeutique doivent être transmises au pharmacien communautaire :

a) Avant le retour à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1= non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) Dans la semaine suivant le retour à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

Avez-vous des suggestions quant aux moyens ou modalités à mettre en place pour favoriser la communication avec le pharmacien communautaire?

23. Les informations sommaires du séjour et les changements dans le plan thérapeutique doivent être transmises au médecin de famille :

a) Avant le retour à domicile.

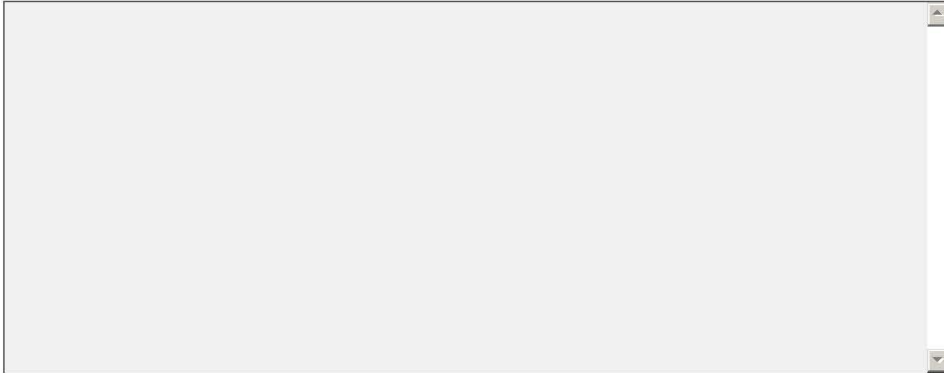
	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) Dans la semaine suivant le retour à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

Avez-vous des suggestions quant aux moyens ou modalités à mettre en place pour favoriser la communication avec le médecin de famille?



SOINS POSTAIGUS

ENTENTES POUR LE RETOUR EN SOINS AIGUS

Certains établissements emploient différentes stratégies lorsqu'un usager doit avoir recours aux soins aigus pendant un séjour dans une modalité de soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) afin de favoriser la continuité et éviter le passage à la salle d'urgence.

Ces stratégies concernent uniquement la clientèle qui nécessiterait des soins aigus en lien avec la raison initiale d'hospitalisation ou le suivi thérapeutique en cours dans le service de soins postaigus.

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

24. Il est essentiel d'avoir des stratégies formelles et convenues dans l'éventualité où l'utilisateur nécessiterait des soins aigus pendant un séjour dans un service de soins postaigus à l'interne.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Il est essentiel d'avoir des stratégies formelles et convenues dans l'éventualité où l'utilisateur nécessiterait des soins aigus alors qu'il reçoit des soins et services postaigus en ambulatoire ou à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

LORSQU'UN USAGER NÉCESSITE DES SOINS AIGUS, INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES STRATÉGIES SUIVANTES RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

26. Communications directes entre les médecins responsables des services concernés.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. Appel à l'infirmière du triage à l'urgence.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Appel au médecin ayant donné le congé du milieu de soins aigus afin qu'il puisse se déplacer rapidement pour évaluer l'usager à l'urgence ou réhospitaliser directement.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. Utilisation de l'accueil clinique¹

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

¹L'accueil clinique est une organisation de soins et services qui reçoit, sur référence de médecins de la communauté, une clientèle présentant des conditions de nature subaiguë ou semi-urgente.

Regroupée sous certaines présentations cliniques ou diagnostics, et selon des critères précis établis par l'équipe médicale, cette clientèle ambulatoire bénéficie d'un accès privilégié aux plateaux technique et diagnostique, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction de protocoles établis.

30. Retour sur l'unité de soins aigus d'origine (si l'usager a quitté le centre hospitalier depuis moins de 48 heures).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Ententes pour le retour en soins aigus »?

SOINS POSTAIGUS**COLLABORATION ENTRE LES ÉQUIPES DE SOUTIEN À DOMICILE ET LES SOINS AIGUS**

POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES, INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES STRATÉGIES SUIVANTES RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

31. Dès l'arrivée de la personne âgée à l'urgence, vérifier si elle est connue des équipes du SAD (en ayant accès à I-CLSC, par exemple).

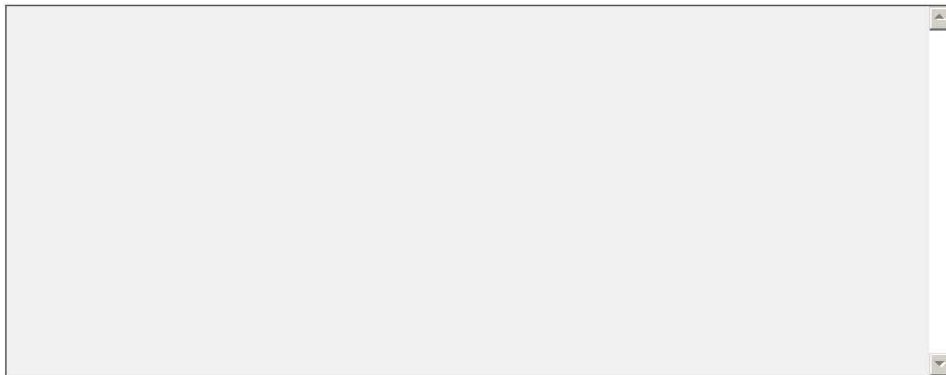
	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout , 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Dans le cas où la personne âgée est connue au SAD, impliquer l'intervenant pivot du SAD ou le gestionnaire de cas dans la planification du congé (tant pour l'évaluation des besoins que pour la décision d'orientation en soins postagigus).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout , 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

Avez-vous des suggestions quant au moyen à mettre en place pour favoriser la continuité de service entre le SAD et les soins aigus?



SOINS POSTAIGUS

QUESTIONS EXPLORATOIRES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE

Barrière à la communication et limite à l'apprentissage, les troubles cognitifs chez la personne âgée constituent également un défi substantiel en phase de soins postaigus.

Cette clientèle est d'ailleurs souvent exclue des services de soins postaigus à l'interne.

DANS CE CONTEXTE, INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalelement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

33. L'ensemble des services offrant des soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) devrait être en mesure d'accueillir les personnes âgées présentant des déficits cognitifs.

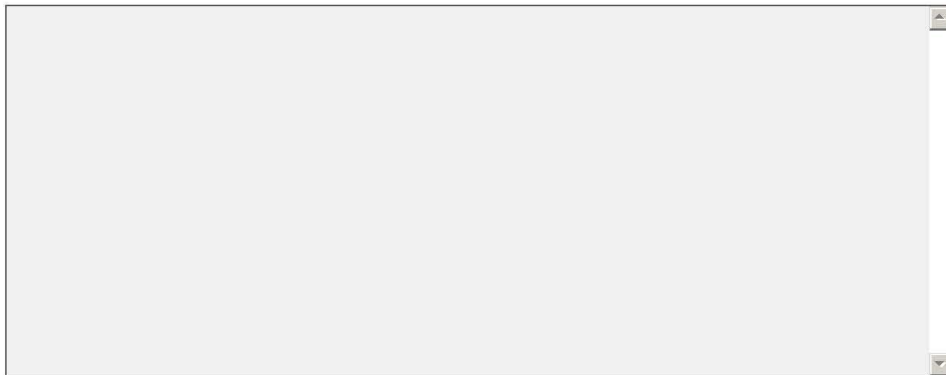
	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout , 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. L'ensemble des services offrant des soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) devrait être en mesure d'accueillir les personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout , 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant l'offre de service pour la clientèle atteinte de déficits cognitifs ou manifestant des SCPD?



SOINS POSTAIGUS

QUESTIONS EXPLORATOIRES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE

Bien que l'offre de service de soins postaigus soit très variable d'un réseau local de services (RLS) à l'autre, force est de constater que les mesures de soins postaigus offertes en mode ambulatoire ou à domicile sont plus limitées (variété et quantité) que celles offertes à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.).

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC L'ÉNONCÉ SUIVANT.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalelement en accord

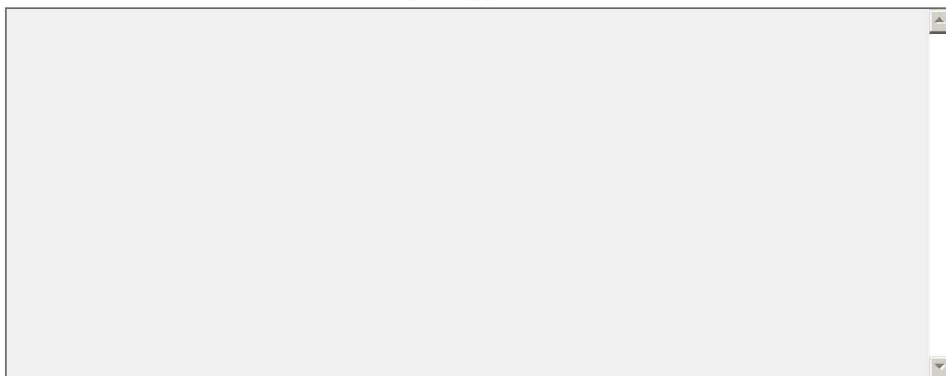
35. Certains profils de personnes âgées actuellement dirigées vers des services de soins postaigus à l'interne ont la capacité et bénéficieraient de services en mode ambulatoire directement à la suite du congé hospitalier, si de tels services étaient davantage disponibles.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

QUESTIONS EXPLORATOIRES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE

36. Décrivez brièvement ce ou ces profil(s) de clientèle.



SOINS POSTAIGUS

QUESTIONS EXPLORATOIRES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE

Actuellement, la majorité des services ambulatoires, tels les hôpitaux de jour ou les équipes de gériatrie ambulatoires, offrent des services aux personnes âgées nécessitant une intervention par des professionnels de deux disciplines ou plus. Dans le cas contraire, les services sont souvent offerts via des cliniques externes.

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

ACCORD

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Totalement en accord

FAISABILITÉ

1. Non réalisable
2. Difficilement réalisable
3. Potentiellement réalisable
4. Réalisable
5. Facilement réalisable

37. Il est préférable que l'ensemble des personnes âgées nécessitant des soins post-aigus en ambulatoire puissent avoir accès aux services dans un même lieu, que ce soit pour une intervention unidisciplinaire ou multidisciplinaire.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. Dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources et de l'expertise existante, les services suivants pourraient développer un volet en ambulatoire.

a) UCDG (unité de courte durée gériatrique)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS POSTAIGUS

b) URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c) UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle)

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉALISABLE (1=non réalisable, 5=facilement réalisable)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

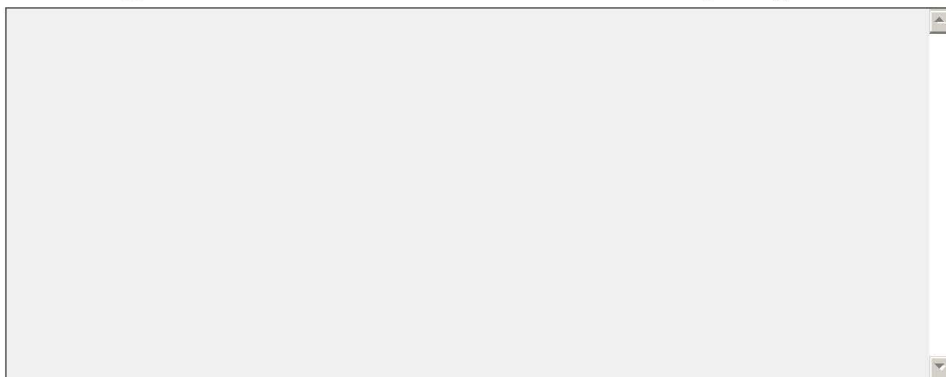
39. Justifiez votre choix, s'il y a lieu.

40. Quels sont les éléments facilitant l'accessibilité des services en mode ambulatoire?

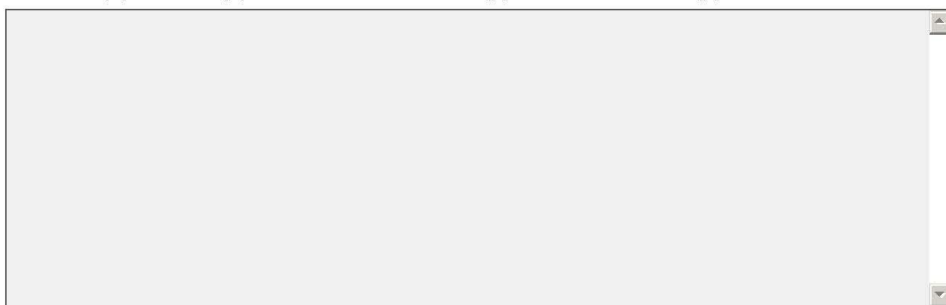
SOINS POSTAIGUS

QUESTIONS EXPLORATOIRES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE

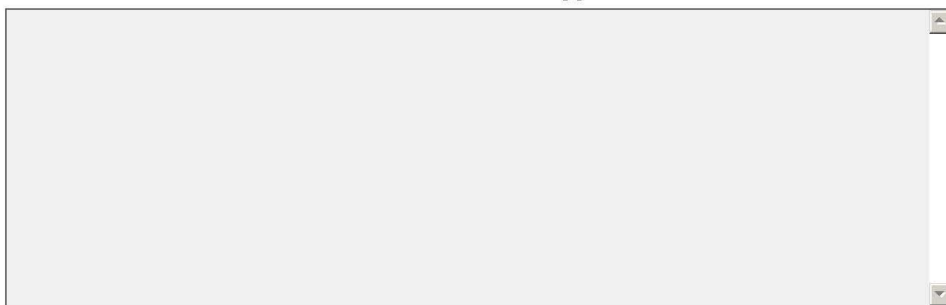
41. Selon vous, pour quelles clientèles ou groupes de besoins, serait-il le plus important de développer ou d'intensifier une offre de service de soins postaigus à domicile?

A large, empty rectangular text area with a light gray background, intended for the respondent to provide answers to question 41. It includes a vertical scrollbar on the right side.

42. Quel(s) service(s) à domicile serait-il opportun de développer ou d'intensifier?

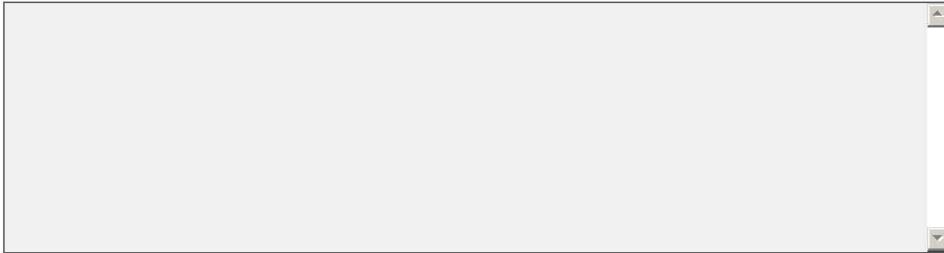
A large, empty rectangular text area with a light gray background, intended for the respondent to provide answers to question 42. It includes a vertical scrollbar on the right side.

43. Nommez les conditions facilitant leur développement.

A large, empty rectangular text area with a light gray background, intended for the respondent to provide answers to question 43. It includes a vertical scrollbar on the right side.

SOINS POSTAIGUS

En terminant, avez-vous d'autres commentaires ou des suggestions concernant les thématiques abordées dans ce sondage?



SOINS POSTAIGUS

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce sondage. Votre précieuse collaboration est très appréciée!

ANNEXE 6 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX CAPTATIONS POUR LA RECENSION DE PRATIQUES

CSSS du Nord de Lanaudière Joliette – 3 décembre 2013	
NOM	TITRE OU FONCTION
Asselin, Johanne	Chef de département de gériatrie et codirectrice médicale du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
Bélanger, Brigitte	Chef de programme, UTRF (REPAIR) et RIV
Fauteux, Jacques	Gestionnaire de séjour, CHRDL
Gaudet, Jocelyne	Coordonnatrice, SAD-DP
Houde, Amélie	Coordonnatrice pour l'équipe des travailleurs sociaux du centre hospitalier, CHRDL
Lépine, Audrey	Chef d'administration de programmes, SAD-DP MRC d'Autray
Mousseau, Diane	Coordonnatrice RNI et services gériatriques, UTRF, UCDG, RI, clinique externe en gériatrie
Plante, Céline	Coordonnatrice – Hébergement
Thériault, Marie-Ève	Agente de coordination au mécanisme d'accès à l'hébergement
Vadnais, Manon	Chef d'administration des programmes RNI

CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke Sherbrooke – 12 décembre 2013		
NOM	TITRE OU FONCTION	ÉTABLISSEMENT
Drapeau, Chantal	Chef des services psychosociaux (DSASA)	CSSS-IUGS
Godbout-Lafontaine, Matthieu	Médecin de famille, Hôpital de jour	CSSS-IUGS
Gosselin, Suzanne	Directrice des services professionnels et du partenariat médical (DSPPM)	CSSS-IUGS
Hotte, Marie-Josée	Médecin de famille, URFI	CSSS-IUGS
Neveu, Johanne	Coordonnatrice des services à la clientèle vieillissante	CHUS
Pellerin, Josianne	Chef de services, URFI, UTRF, Hôpital de jour (Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie — DSASA)	CSSS-IUGS
Provencher, Madeleine	Chef clinico-administratif, programme clientèle soins médicaux spécialisés	CHUS
Ricard, Geneviève	Géiatre, UCDG	CSSS-IUGS et CHUS

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

Dorval – 17 février 2014

NOM	TITRE OU FONCTION	ÉTABLISSEMENT
Audet, Louise	Directrice adjointe milieu de vie institutionnel	CSSS DLL
Brodeur, Mathieu	Chef d'administration de programme SARCA et SAD court terme	CSSS DLL
Champoux-Hamel, Carole	Coordonnatrice de programmes Soins aigus (urgence, soins intensifs et médecine-chirurgie)	CSSS DLL
Chénier, Guylaine	Chef de soins infirmiers — réadaptation (Hôpital et URFI)	CSSS du Sud-Ouest—Verdun
Frenette, Chantal	Coordonnatrice de programmes, Direction SAPA, Soutien en milieu de vie institutionnel, Centre d'hébergement de LaSalle	CSSS DLL
Godin, Patricia	Chef d'administration de programme en réadaptation, services psychosociaux et nutrition clinique (courte durée et hébergement)	CSSS DLL
Mailloux, Jacques	Chef d'unité sortant URFI	CSSS du Sud-Ouest—Verdun

CSSS de la Vieille-Capitale

Québec – 13 mars 2014

NOM	TITRE OU FONCTION	ÉTABLISSEMENT
Allard, Céline	Directrice du soutien à domicile	CSSS VC
Bilodeau, Julie	Chef de programme des partenariats et des services réseaux	CSSS VC
Boulanger, Denise	Chef de programme services psychosociaux et réadaptation	CSSS VC
Brodeur, Marie-Claude	Adjointe à la direction des services multidisciplinaires HSFA	CHU de Québec
Crête, Pauline	Médecin Hôpital de jour CHUL	CHU de Québec
Dallaire, Caroline	Adjointe à la direction SAD	CSSS Québec Nord
Duval, Caroline Duval	Adjointe à la directrice clientèle, soins aux aînés et vieillissement, volet trajectoire de soins	CHU de Québec
Falardeau, France	Adjointe à la direction SAD, volet clinique	CSSS VC
Gosselin, Jean	Coordonnateur des services gériatriques spécialisés et UTRF	CSSS VC
Juneau, Lucille	Directrice clientèle soins aux aînés et vieillissement (URFI gériatrique)	CHU de Québec et CEVQ
Lamarre, Martin Dr	Directeur des services professionnels	CHU de Québec
Martineau, Jasmine	Directrice des services interdisciplinaires	CHU de Québec
Tourville, Danie	Chef de programme Unité de convalescence	CSSS VC

ANNEXE 7 :
FICHES DES PRATIQUES
RECENSÉES

CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE

1. PORTRAIT SOMMAIRE

- Le territoire :
 - Population de plus de 200 000 habitants;
 - Cinquante municipalités;
 - Quatre municipalités régionales de comté de la région administrative de Lanaudière.
- L'établissement comprend :
 - Un centre hospitalier (CH);
 - Onze centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - Neuf centres locaux de services communautaires (CLSC).



Le réseau de services en soins postaigus pour les aînés du territoire du Nord de Lanaudière regroupe les services suivants :

INTERNE	AMBULATOIRE	DOMICILE
■ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ■ Réadaptation d'intensité variable (RIV) ■ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ■ Évaluation/orientation (E/O) ■ Hébergement temporaire ■ Convalescence	■ Clinique externe de gériatrie ■ Consultation en physiothérapie	■ Soutien à domicile court terme (soins infirmiers et réadaptation) ■ Prêt d'équipements

Une certaine proportion de la population du réseau local de services (RLS) consomme des soins dans les hôpitaux des régions limitrophes. Ainsi, les services de réadaptation, de convalescence et de soutien à domicile du Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSS NL) doivent régulièrement transiger avec d'autres organisations qui ont leurs propres pratiques en matière de planification du congé et d'orientation vers des services de soins postaigus.

TABLEAU DESCRIPTIF DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS INTERNES⁶

NOM DU SERVICE	URFI	REPAIR	ÉVALUATION/ ORIENTATION	RIV	CONVALESCENCE	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	DÉSENGORGEMENT
Nombre de places	10	20	32	8	15	8	4
Localisation/ Gouverne	CHRD / CR Le Bouclier	Ressource intermédiaire Le Champêtre/ CSSS NL			Ressource intermédiaire Charleroi/CSSS NL	Dans 7 CHSLD/ CSSS NL	Dans 2 CHSLD/ CSSS NL
Mission/ territoire	RFI pour la clientèle adulte/RLS Nord et Sud de Lanaudière	Récupération et stimulation/RLS Nord de Lanaudière	Évaluation/RLS Nord de Lanaudière	Réadaptation/RLS Nord de Lanaudière	Récupération (réadaptation légère)/RLS Nord de Lanaudière	Répit-dépannage ou convalescence, avec soins infirmiers/RLS Nord de Lanaudière	Dernier recours pour évaluation-orientation ou urgence sociale/RLS Nord de Lanaudière
Accessibilité	Coordonnatrice clinique de l'URFI	Mécanisme d'accès SAPA	Mécanisme d'accès SAPA	Gestionnaire de cas en orthopédie (CHRD)	Travailleuse sociale du CHRD	Mécanisme d'accès SAPA	Travailleuse sociale de l'urgence CHRD
Contribution financière	Aucune	\$ à partir de la 31 ^e journée	\$ à partir de la 31 ^e journée	Aucune	\$	\$	Aucune
Critères d'admission ou d'exclusion particuliers	Admission : ▪ Diagnostic médical d'une déficience physique Exclusion : ▪ Troubles cognitifs compromettant les apprentissages ▪ Endurance physique insuffisante	Exclusion : ▪ Trouble cognitif compromettant les apprentissages ▪ Nécessite un lève- personne pour les transferts	Exclusion : ▪ Trouble cognitif compromettant les apprentissages ▪ Nécessite un lève- personne pour les transferts	Admission : ▪ Clientèle orthopédique seulement Exclusion : ▪ Trouble cognitif compromettant les apprentissages ▪ Nécessite un lève- personne pour les transferts	Exclusion : ▪ SCPD ▪ Nécessitant équipements bariatriques ▪ Nécessitant isolement pour maladie infectieuse	Exclusion : ▪ SCPD ▪ Nécessite de la réadaptation	Exclusion : ▪ SCPD ▪ Nécessite de la réadaptation
Provenance⁷	▪ CHRD ▪ CH du CSSSL ▪ CH des régions limitrophes	▪ CHRD : 90 % ▪ Autres CH : 5 % ▪ Milieu de vie (domicile et RI) : 5 %	▪ CHRD : 90 % ▪ Autres CH : 5 % ▪ Milieu de vie (domicile et RI) : 5 %	▪ CHRD : 97 % ▪ Autres CH : 3 %	▪ CH, en majorité du CHRD	▪ Domicile	▪ Urgence du CHRD

⁶ Plusieurs acronymes sont utilisés dans un souci de concision, se référer à la [liste des acronymes](#).

⁷ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

NOM DU SERVICE	URFI	REPAIR	ÉVALUATION/ ORIENTATION	RIV	CONVALESCENCE	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	DÉSENGORGEMENT
Équipe professionnelle⁸	CR : - Nutritionniste - Ergothérapeute - Physiothérapeute - Travailleur social - Orthophoniste - Neuropsychologue - Éducateur spécialisé - PAB CHRDL : - Soins infirmiers - Médecins	- TS ou TTS - Infirmière - Infirmière auxiliaire - Aide-soignant	- Physiothérapeute - TRP - Ergothérapeute - TS - Infirmière - Infirmière auxiliaire - Aide-soignant	- TRP - Ergothérapeute - Infirmière - Infirmière auxiliaire - Aide-soignant	- TS - Infirmière - Infirmière auxiliaire - PAB - TRP	- Infirmière - Infirmière auxiliaire - PAB	- Infirmière - Infirmière auxiliaire - PAB - TS du CLSC d'appartenance
Couverture médicale	Assurée par les médecins du CHRDL	- Un médecin disponible 1 fois/semaine, formule « clinique sans rendez-vous » - Garde téléphonique 24 h/7journs (ne se déplace pas)			- Présence 1 fois/semaine - Garde 24 h/7 jours	- Suivi assuré par le médecin de famille - Garde 24 h/7 jours	- Suivi assuré par le médecin de famille - Garde 24 h/7 jours
Durée moyenne de séjour (DMS)⁹	P1-P7 2013-14 : 40,9 jours	P1-P7 2013-14 : 40,2 jours	P1-P7 2013-14 : 46,8 jours	P1-P7 2013-14 : 32,3 jours	- Variable : de 1 à 3 semaines - Pas de limite maximale	Prédéterminée à l'admission : de 2 jours à 3 semaines	Maximum 3 semaines
Destination au congé¹⁰	- Retour à domicile avec ou sans service : 80 % - Référence au mécanisme d'accès pour hébergement temporaire ou permanent : 20 %	- Milieu de vie : 57,5 % - CH : 26,5 % - CHSLD : 16 %	- Milieu de vie : 70 % - CH : 19 % - CHSLD : 8 %	- Milieu de vie : 81 % - CH : 7 % - Réadaptation : 2,5 % - Hébergement temporaire : 2,5 % - CHSLD : 0 %	- Domicile avec ou sans service - Résidence pour personnes âgées	Retour à domicile : 90 %	- Retour à domicile avec services - Hébergement en CHSLD

⁸ Ne précise pas la présence continue ou ponctuelle, ni les ETC.

⁹ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

¹⁰ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

2. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

En mars 2012, des travaux ont été amorcés afin d'optimiser l'utilisation des diverses ressources du continuum soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) du CSSS NL. Une chargée de projet a identifié toutes les alternatives à l'hospitalisation à l'intérieur du CSSS NL et a produit un répertoire comprenant les critères d'admission ainsi qu'une description des services offerts. La chargée de projet a également réalisé de la formation et de l'accompagnement auprès des intervenants des différents milieux concernés afin de les aider pour le choix de la ressource la plus appropriée.

Au terme de cet exercice, l'établissement a élargi le rôle du mécanisme d'accès à l'hébergement, dorénavant nommé « mécanisme d'accès SAPA », pour y inclure les demandes d'admission posthospitalières en provenance du soutien à domicile (SAD) et du CH.

Ainsi, un formulaire standardisé qui soutient le processus de demande de services fondée sur l'identification des besoins de l'utilisateur a été mis en place. Ce formulaire (nommé « Dossier d'admission commun ») agit comme demande de services pour certaines ressources. En avril 2013, une infirmière clinicienne s'est jointe à la travailleuse sociale au mécanisme d'accès SAPA.

L'ensemble de ces modifications organisationnelles a engendré des changements de pratiques pour les intervenants, gestionnaires et médecins : la demande de services se fait maintenant par l'identification des besoins de l'utilisateur et des objectifs requis plutôt que par l'identification d'un service précis. Les participants font également mention d'impact positif sur la gestion des lits en évitant le temps perdu sur les démarches entourant le choix de ressource. Une diminution de la liste d'attente en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) a aussi été mesurée.

3. REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

Au Centre hospitalier régional De Lanaudière (CHRD), l'évaluation des besoins de soins postaigus se fait lorsque l'état médical de l'utilisateur est stable (ou en voie de le devenir) et s'effectue, entre autres, au cours des rencontres interdisciplinaires. Ces rencontres servent à la fois à établir un plan d'intervention interdisciplinaire pour la dispensation des soins aigus, ainsi qu'à préparer le retour à domicile ou le transfert vers un autre service. Dans le cas où l'utilisateur a 75 ans et plus, l'évaluation est réalisée par l'équipe de consultation de gériatrie interne.

Lorsque le suivi clinique d'un utilisateur ne requiert pas une intervention de l'équipe interdisciplinaire, c'est une travailleuse sociale qui est nommée au dossier et qui agit comme intervenante-pivot. Celle-ci doit tenir compte des évaluations en soins infirmiers et en réadaptation pour évaluer les besoins de l'utilisateur en postaigus.

Pour certaines clientèles, la présence d'un suivi systématique (par exemple, en orthopédie) donne des balises relativement précises sur les interventions dans le contexte du volet aigu (tout comme le suivi prothèse totale de la hanche / prothèse totale du genou) au SAD.

4. PROCESSUS D'ORIENTATION ET ACCESSIBILITÉ

La démarche prévoit que l'intervenante sociale remplit un formulaire standardisé pour avoir accès aux services de soins postaigus. Ce formulaire permet de faire un portrait sommaire de l'autonomie actuelle et antérieure de l'utilisateur, et prévoit l'identification d'un objectif clair quant à la poursuite des services cliniques. Ainsi, la demande de services postaigus est justifiée en regard des besoins précis de l'utilisateur.

Lorsque la demande de services provient du CSSS NL (que ce soit du CHRDL ou du SAD), les intervenants font leur demande directement au mécanisme d'accès. Pour les autres hôpitaux ou établissements externes au CSSS NL, la demande est réalisée par une demande de services interétablissements (DSIE) et transite d'abord par l'accueil de la Direction des programmes SAPA/Déficience physique (DP)/SAD du CSSS NL. Ce dernier dirigera la demande au mécanisme d'accès. Finalement, une demande en provenance des usagers ou de leur famille est adressée au guichet d'accès universel qui la transmettra au mécanisme d'accès.

L'intervenant au mécanisme d'accès SAPA est en quelque sorte le gestionnaire de lits, tant pour l'hébergement permanent que pour les services postaigus. Les demandes de services sont évaluées et une place dans le service le plus approprié est attribuée, en considérant les disponibilités au moment du traitement de la demande. Bien que le répertoire des ressources posthospitalières pour le continuum SAPA délimite clairement les critères d'admission et les critères d'exclusion, ceux-ci ne suffisent pas : il faut voir la capacité de la ressource de donner le service avec une lecture quotidienne des facteurs non prévisibles. Ainsi, de l'avis des participants, il n'est pas possible de fonder le processus d'orientation de l'utilisateur uniquement sur des politiques ou procédures administratives. Chaque jumelage doit faire l'objet d'échanges entre le milieu qui donne le congé à l'utilisateur et le milieu pouvant l'accueillir.

Deux éléments sont simultanément considérés lors du jumelage : les besoins de l'utilisateur et la capacité du service à répondre adéquatement aux besoins de l'utilisateur.

La capacité du service est influencée par plusieurs facteurs qui peuvent varier quotidiennement :

- L'environnement physique (ex. : barrières architecturales pour déplacements en fauteuil roulant; absence de chambre privée lorsqu'un isolement est requis par la présence d'une maladie contagieuse).
- Le profil de la clientèle déjà admise dans le service au moment où la demande est réalisée (ex. : cooccurrence d'utilisateurs demandant des soins spécifiques, tels des soins de plaie complexes).
- Les ressources humaines et l'expertise disponibles (ex. : lorsque le service est en diminution ou rupture de personnel soignant ou de médecin).

Il importe de souligner la complexité de cette réalité, notamment pour les différents médecins œuvrant auprès des aînés en milieu hospitalier. Plus spécifiquement, il devient difficile pour eux de saisir pourquoi un service admet un utilisateur et le lendemain, refuse un utilisateur avec le même profil.

5. COORDINATION ET CONTINUITÉ

Au CH ainsi que dans chacun des services de soins postaigus, un intervenant est identifié comme pivot pour la planification des soins et du congé. Cet intervenant exerce une fonction de coordination à l'interne et de manière épisodique. Il existe également un gestionnaire de cas en orthopédie et un gestionnaire de cas pour les usagers ayant été reconnus comme de grands utilisateurs de services. Ces gestionnaires de cas interviennent de façon ponctuelle auprès de l'utilisateur lors d'un épisode aigu.

Les éléments suivants sont nommés par les membres du groupe comme favorisant la continuité de l'information ou des interventions :

- L'utilisation d'un formulaire d'admission commun pour recevoir des services de récupération fonctionnelle et d'évaluation / orientation, et convalescence.
- L'informatisation de l'évaluation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). Utilisation limitée puisque les médecins en première ligne (groupe de médecine familiale et cabinet privé) ne peuvent y avoir accès.
- L'uniformisation de l'évaluation RSIPA en ergothérapie dans les quatre municipalités régionales de comté du CSSS.
- La mise en place d'un formulaire standardisé pour la documentation des observations et des interventions des techniciens en réadaptation physique (TRP) auprès de la clientèle en orthopédie est à l'essai.
- La diffusion de formations à différents niveaux :
 - L'ensemble des intervenants a bénéficié d'une formation portant sur l'approche Focus-aînés. Une vidéo a été produite à cet effet. La formation a été également offerte aux aides-soignants de la ressource intermédiaire (RI) REPAIR. De plus, ces derniers bénéficient de capsules de formation offertes par les professionnels du CSSS NL sur différents sujets. L'approche Focus-aînés est disponible en accès libre sur le Web;
 - Certains intervenants, notamment ceux œuvrant à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), ont également bénéficié d'une formation sur l'approche gériatrique présentée par l'équipe Télésanté de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal;
 - La formation RSIPA ainsi que d'autres thématiques (par exemple, la prévention des chutes, la prévention de l'abus et de la maltraitance aux aînés) sont offertes aux intervenants de façon récurrente d'une année à l'autre (intervenants du SAD déjà formés, à venir pour le service de réadaptation d'intensité variable [RIV] et REPAIR).
- L'utilisation de l'outil de repérage du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7) en CH.
- La standardisation du formulaire de détermination du niveau d'intervention médicale (ou niveau de soins) à l'ensemble du CSSS.

6. ENTENTES ET PARTENARIATS

Différentes ententes existent concernant les soins postaigus offerts aux aînés ou dans la continuité vers des services à long terme :

- **Priorité d'accès :**
 - Le REPAIR accorde une priorité aux usagers provenant de l'urgence;
 - Le service de RIV est exclusivement réservé pour les usagers en orthopédie provenant du milieu hospitalier;
 - Des quinze lits de convalescence à la résidence privée Le Charleroi, cinq sont réservés pour la clientèle avec maladie pulmonaire obstructive chronique.
- **Flexibilité du service :**
 - Le REPAIR dispose d'un lit pour un usager requérant des soins subaigus.
- **Voie de passage en soins aigus :**
 - Pour les usagers ayant séjourné au REPAIR, il existe un corridor de services pour les cas prioritaires, mais non urgents (dans les 24 heures) pour éviter le passage à l'urgence, de même que pour les usagers à la clinique externe de gériatrie, que l'on tente d'admettre directement à l'UCDG;
 - Généralement, on tente d'identifier les usagers nécessitant l'encadrement de l'UCDG depuis l'urgence, ce qui permet d'éviter de faire transiter l'utilisateur par une unité de médecine générale.
- **Processus d'orientation en présence d'une clientèle avec besoins spécifiques (ex. : symptômes psychologiques et comportementaux de la démence; soins de plaie complexe; etc.) :**
 - Généralement, ces situations sont discutées entre les gestionnaires, cas par cas;
 - Depuis le CH, lorsqu'aucun service ne peut répondre aux besoins de l'utilisateur, il y a une tendance à ce que l'utilisateur demeure plus longtemps au CH;
 - Il est mentionné que certains usagers bénéficient d'évaluations plus complètes (notamment, de la gériatrie) et de plans de traitement détaillés dans le cadre de leur séjour à l'UCDG. Malheureusement, le manque d'effectifs médicaux fait en sorte que plusieurs usagers qui bénéficieraient de cette ressource n'y ont pas accès.

7. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

- **Au quotidien :**
 - La coordonnatrice SAPA discute ponctuellement avec l'intervenante au mécanisme d'accès SAPA et avec la coordonnatrice SAD aussitôt que des difficultés surviennent.

- Suivi formalisé :
 - L'analyse des retours au CH se fait dans le cadre de rencontres mensuelles de gestion entre les différentes coordonnatrices SAPA et DP-SAD et la codirection médicale. Ces rencontres visent l'amélioration continue du réseau de services offerts aux aînés. Trois principaux objectifs sont présentement ciblés par le groupe :
 - Le partage d'outils et la mise en place d'un comité d'experts pour la clientèle avec troubles de comportement;
 - Les discussions sur les cas cliniques problématiques;
 - Une remise d'informations sur les différents projets en cours afin d'éviter les duplications et d'assurer la complémentarité, et ce, plus particulièrement en ce qui concerne entre autres les liens avec les partenaires de la 1^{re} ligne.
 - Un comité du continuum SAPA qui discute de préoccupations clinico-administratives, considère la question des clientèles à profils atypiques, plus spécifiquement les clientèles avec symptômes comportementaux et psychologiques de la démence dont les besoins sont plus difficilement rencontrés dans les ressources actuelles. D'ailleurs, avec l'équipe Télé Santé de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Dr Bruno), une meilleure prise en charge de cette clientèle est travaillée :
 - Un plan d'action consiste à revoir le cadre de l'UTRF, considéré par certains comme trop rigide, notamment en raison de l'alourdissement de la clientèle.
 - Le comité de gestion des lits se réunit aux cinq à six semaines. Il se compose de la directrice du programme, de la coordonnatrice du mécanisme d'accès, du chef de programme REPAIR et RIV, de la coordonnatrice clinique sociale en CH, de la représentante de la réadaptation en CH, de la représentante de la directrice des soins infirmiers, du gestionnaire de séjour du CH et des chefs médicaux.
 - Le comité de coordination médico-administratif de l'urgence, dont la préoccupation principale est la révision et l'amélioration du plan de débordement.

8. LE POINT DE VUE DES PARTICIPANTS

DÉFIS IDENTIFIÉS PAR LE GROUPE :

- Il existe un trou de service pour la clientèle qui ne nécessite plus le plateau technique du milieu hospitalier, mais qui ne respecte pas les critères d'admission des lignes directrices UTRF ou qui est trop lourde pour séjourner en UTRF (dû à une convalescence trop lourde ou un besoin d'isolement).
- Dans chaque service, l'utilisateur fait l'objet d'une évaluation et d'un plan d'intervention qui malheureusement ne suivent pas l'utilisateur lors de son transfert dans un autre service.

- Aussi, les trois guichets ne reçoivent pas la même qualité d'information. Par exemple, le mécanisme d'accès SAPA bénéficie d'une information beaucoup plus complète, compte tenu du dossier commun d'admission et aussi de la présence d'un interlocuteur désigné pour coordonner le congé depuis l'hôpital, du moins au CHRDL. Ce qui n'est pas le cas pour les demandes vers l'accueil CLSC qui sont réalisées par l'entremise d'une DSIE complétée en CH par un intervenant qui ne coordonne pas nécessairement le congé.
- Les CH des régions limitrophes vont souvent diriger l'utilisateur directement à la ressource de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en 2^e ligne. Lorsque celle-ci ne peut pas admettre l'utilisateur dans un délai suffisamment bref, l'utilisateur doit transiter par le CHRDL.
- Pour l'admission des usagers en provenance des CH montréalais, l'utilisateur doit être en isolement préventif pour certaines bactéries multirésistantes pour une période de dix jours. À noter qu'il n'y a pas de chambre privée en URFI pour accommoder les usagers qui requièrent un isolement infectieux.
- Les admissions directes de l'urgence à la RIV ou à l'hébergement court terme ne sont pas toujours avantageuses pour le CSSS. En effet, il arrive que ces usagers dépassent les durées moyennes de séjour (DMS) et consomment beaucoup de services étant donné qu'ils n'ont pas été suffisamment bien évalués et, conséquemment, bien orientés, au départ. La possibilité de demeurer à domicile avec une prise en charge intensive doit être privilégiée.
- Lors de transferts en hébergement de l'UCDG, il est souhaitable d'effectuer des tests afin de planifier la transition de l'utilisateur, mais les lieux physiques actuels en UCDG ne permettent pas une bonne évaluation, car ils ne correspondent pas à ceux retrouvés en hébergement.
- Une autre difficulté se situe autour du fait qu'il n'existe pas de définition précise de ce que constitue la fin des soins actifs.
- Il arrive de transférer l'utilisateur dans une ressource offrant de la réadaptation (par exemple, REPAIR) qui ne peut cependant répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Ces transferts prématurés ont occasionné beaucoup de retours au CH dans les derniers mois, ainsi qu'une augmentation de la durée de séjour.

PISTES DE SOLUTION PROPOSÉES :

- Clarifier les critères d'admission de chacun des services de soins postaigus.
- Étendre la fonction du guichet d'accès SAPA à l'ensemble des services de soins postaigus.
- Transformer les lits disponibles au REPAIR (E/O), ou une partie de ces lits, en lits multivocationnels.
- Développer une vision commune de la fin de soins actifs et convenir d'une définition claire et de critères observables.

- Accroître la flexibilité des ressources pour favoriser la continuité du suivi clinique des usagers.
- Affecter un intervenant-pivot à un usager, plutôt que l'intervenant-pivot demeure fixe à un établissement (modèle de la gestion de cas).
- Améliorer la communication et la continuité des services entre les intervenants sociaux du CH et du SAD.
- Optimiser certaines ressources afin d'améliorer l'offre de service, par exemple le fait de déplacer la clinique externe de physiothérapie au sein du CLSC.
- Formaliser le corridor de services entre le CLSC et l'UTRF (pour le volet E/O du REPAIR), ainsi qu'entre le SAD et le CH.
- Avoir recours à des ressources humaines supplémentaires ponctuelles afin d'ajuster la main-d'œuvre, lorsque requise (ex. : équipe mobile pour augmenter les services lors d'intensification des besoins).
- Créer un environnement adapté en postagrus pour la clientèle avec des troubles cognitifs.
- Prioriser l'accessibilité aux services spécialisés en présence d'instabilité clinique.

9. RÉFÉRENCES

POUR EN SAVOIR PLUS

Madame Chantale Tremblay
Coordonnatrice SAPA
450 759-8222, poste 2337
Chantale.Tremblay.csssntl@ssss.gouv.qc.ca

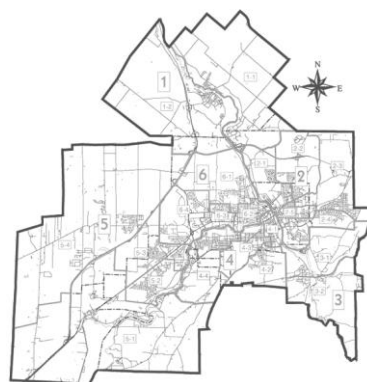
DOCUMENTS PARTAGÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT :

- ⌘ *Cadre de référence aide à domicile et allocations*
- ⌘ *Dossier d'admission commun*
- ⌘ *Entente de service entre CSSS NL et la COOP de Joliette*
- ⌘ *Mandat de la chargée de projet pour le continuum SAPA*
- ⌘ *Nouveau rôle du mécanisme d'accès*
- ⌘ *Répertoire des lits en postagigus*
- ⌘ *Présentation du projet interétablissements au comité de direction*
- ⌘ *Aide-mémoire admission*
- ⌘ *Plan d'action du continuum de services SAPA*
- ⌘ *Demande de prêt d'équipements SAD*
- ⌘ *État de situation du plan d'action SAPA, 4 décembre 2013*
- ⌘ *Plan d'action AAPA*
- ⌘ *Procédure de départ du REPAIR*
- ⌘ *Procédure de transfert au centre hospitalier*
- ⌘ *Procédure d'accès à la RIV en provenance du CHRDL*
- ⌘ *Rôle de l'intervenant-pivot au REPAIR*

CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

1. PORTRAIT SOMMAIRE

- Le territoire :
 - Population d'environ 150 000 habitants;
 - Six arrondissements sur un territoire de 366 km².
- L'établissement comprend :
 - Un centre local de services communautaires (CLSC) (cinq points de services);
 - Quatre centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - Un hôpital de jour gériatrique;
 - Une Maison de naissance;
 - Un centre de recherche sur le vieillissement;
 - Des services gériatriques spécialisés régionaux pour l'ensemble de l'Estrie (population d'environ 300 000 habitants).



Le réseau de services en soins postaigus pour les aînés du CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) regroupe les services suivants :

INTERNE	AMBULATOIRE	DOMICILE
■ Unité de courte durée gériatrique (UCDG) ■ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ■ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ■ Convalescence	■ Hôpital de jour gériatrique ■ Consultation en physiothérapie ■ Consultation en orthophonie	■ Soutien à domicile court terme (soins infirmiers et réadaptation) ■ Prêt d'équipements

Les soins aigus pour la population sherbrookoise sont offerts par les deux hôpitaux du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). À noter que le CHUS comprend une unité de gériatrie ainsi que des équipes de consultation en gériatrie.

Le tableau de la page suivante présente de manière plus détaillée les services de soins postaigus disponibles à l'interne pour la population du réseau local de services (RLS) de Sherbrooke.

TABLEAU DESCRIPTIF DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS INTERNES¹¹

NOM DU SERVICE	URFI GÉRIATRIQUE	UTRF	CONVALESCENCE	UCDG ¹²
Nombre de places	24	20, dont 2 places réservées à la clientèle de moins de 65 ans nécessitant une convalescence lourde	32	40
Localisation / Gouverne	Hôpital et centre d'hébergement D'Youville, à proximité de l'UTRF / CSSS-IUGS		Manoir de Sherbrooke / Résidence pour personnes âgées	Hôpital et centre d'hébergement Argyll / CSSS-IUGS
Mission / territoire	RFI pour la clientèle des 65 ans et plus / Vocation régionale	Récupération / RLS de Sherbrooke	Récupération / RLS de Sherbrooke	Évaluation et traitement / Vocation régionale
Accessibilité	Médecin responsable du programme qui analyse les demandes d'admission	Médecin responsable du programme qui analyse les demandes d'admission	Par le guichet du soutien à domicile, puis TS du programme de convalescence conjointement avec médecin désigné si requis	Médecin responsable du programme qui analyse les demandes d'admission
Contribution financière	Aucune	\$ (possibilité d'exonération)	\$ (possibilité d'exonération)	Aucune
Critères d'admission ou d'exclusion particuliers	Exclusion : ▪ Incapacité de participer à un programme de réadaptation intensive	Exclusion : ▪ Provenance de l'urgence (sauf exception)	Exclusion : ▪ Profil Iso-SMAF de 9 et plus avant l'hospitalisation ▪ Déficits cognitifs contraignant la réponse aux consignes spécifiques	Exclusion : ▪ Est en phase terminale ▪ Ne présente aucune possibilité d'amélioration ▪ A fait l'objet d'une évaluation récente à l'UCDG ▪ Présente des problèmes psychiatriques sévères, des comportements violents ou des risques de suicide immédiats ▪ Ne peut mettre de mise en charge sur un membre et l'utilisation d'une aide technique chez un patient à risque de chute
Provenance¹³	▪ CH : 80 % ▪ UTRF : 13 % ▪ Domicile : 2 % ▪ Résidence pour personnes âgées : 4 % ▪ Convalescence : 1 %	▪ CH : 98 % ▪ CHUS Hotel-Dieu (60 %) ▪ CHUS Fleurimont (33 %) ▪ UCDG : 7 % ▪ Domicile : 1 % ▪ Répit-dépannage CSSS-IUGS : 1 %	▪ CH : 93 % ▪ URFI : 3 % ▪ Autres : 4 %	▪ CH : 70 %

¹¹ Plusieurs acronymes sont utilisés dans un souci de concision, se référer à la [liste des acronymes](#).

¹² L'unité de courte durée gériatrique faisant partie du CSSS-IUGS a pour mission principale d'évaluer les aînés présentant des troubles cognitifs complexes ou atypiques et de procéder à la réadaptation des conditions neurologiques ou musculo-squelettiques d'usagers qui présentent des limitations fonctionnelles reliées à des problèmes médicaux. Elle se distingue de l'unité de gériatrie située au CHUS, dont le mandat est de prodiguer des soins aux aînés médicalement instables, ayant une condition réversible et pour qui l'accès à un plateau technique important ainsi qu'à des consultations médicales d'autres spécialités est requis. La clientèle de l'UCDG présente davantage des troubles de la mobilité, des problématiques de polypharmacie ainsi que des troubles gérontopsychiatriques spécifiques liés au vieillissement.

¹³ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

NOM DU SERVICE	URFI GÉRIATRIQUE	UTRF	CONVALESCENCE	UCDG ¹²
Équipe professionnelle¹⁴	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Travailleur social ▪ Ergothérapeute ▪ Orthophoniste ▪ Physiothérapeute ▪ Psychologue ▪ Neuropsychologue ▪ Nutritionniste ▪ Pharmacien ▪ Inhalothérapeute ▪ Orthésiste-prothésiste ▪ Aumônier au besoin ▪ Spécialistes en consultation au besoin, en collaboration avec le CHUS	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Physiothérapeute ▪ Ergothérapeute ▪ Pharmacienne ▪ Travailleuse sociale ▪ Nutritionniste ▪ Selon les besoins : inhalothérapeute et orthophoniste	▪ PAB et infirmière sont employés de la résidence pour personnes âgées ▪ Les autres professionnels proviennent de l'équipe du SAD du CSSS-IUGS : ▪ Infirmière ▪ TS ▪ Physiothérapeute ▪ Ergothérapeute ▪ Inhalothérapeute	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Secrétaire médicale ▪ Travailleur social ▪ Physiothérapeute ▪ Ergothérapeute ▪ Pharmacien ▪ Nutritionniste ▪ Technicienne en diététique
Couverture médicale	▪ Médecin de famille ▪ Physiatre ▪ Spécialistes en consultation au besoin, en collaboration avec le CHUS	▪ Suivi assuré par le médecin de famille désigné ▪ Garde 24 h / 7 jours	▪ Suivi médical assuré par le médecin de famille ▪ Garde possible si le médecin pratique en GMF et usager inscrit à Info-Santé Web	▪ Gériatre sur place
Durée moyenne de séjour (DMS)¹⁵	▪ 2013-2014 (P1 à P10) : 41,2 jours	▪ 2013-2014 (P1 à P10) : 45 jours	▪ 2013-2014 (P1 à P10) : 29,6 jours	▪ 2013-2014 (P1 à P10) : 23,4 jours
Destination au congé¹⁶	▪ Milieu de vie d'origine : 66 % ▪ RI : 2 % ▪ Résidence pour personnes âgées : 19 % ▪ CHUS : 9 % ▪ CHSLD : 4 %	▪ Milieu de vie d'origine : 34 % ▪ URFI : 38 % ▪ CHUS : 9 % ▪ CHSLD : 9 % ▪ Décès : 6 %	▪ Milieu de vie d'origine : 83 % ▪ UCDG : 2 % ▪ CHUS : 9 % ▪ Autres : 6 %	▪ Milieu de vie d'origine : 63 % ▪ Résidence pour personnes âgées : 48 % ▪ Domicile : 36 % ▪ CHSLD : 15 %

¹⁴ Ne précise pas la présence continue ou ponctuelle, ni les ETC.

¹⁵ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

¹⁶ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

2. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS ET HISTORIQUES

Un travail de collaboration avec le CHUS et un partenaire privé (Résidences Soleil Manoir de Sherbrooke) amorcé il y a quelques années a permis de revoir la gamme de soins posthospitaliers offerts aux aînés et ce, tant à l'interne, à domicile qu'en ambulatoire. L'organisation de chacun de ces programmes a fait l'objet d'une révision dans le but de promouvoir l'intégration et la continuité des services. L'objectif central de l'ensemble des programmes est d'assurer une reprise de l'autonomie fonctionnelle et ainsi permettre un retour au milieu de vie.

Il importe de préciser le contexte particulier dans lequel évolue le CSSS-IUGS eu égard les services destinés à la population âgée. En effet, la présence du Centre de recherche sur le vieillissement, initialement situé à l'Hôpital D'Youville où sont localisés aujourd'hui l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) et l'hôpital de jour du CSSS-IUGS, a grandement contribué à instaurer et, surtout, consolider une forme de leadership quant aux services gériatriques, tant par rapport aux interventions de réadaptation destinées à ce type de clientèle, qu'à l'organisation des services.

- Précision sur la complémentarité de l'unité de gériatrie du CHUS et de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) du CSSS-IUGS :
 - L'unité de gériatrie faisant partie du CHUS est considérée comme une unité fermée et se distingue des autres unités de soins aigus par son approche interdisciplinaire pour toute la clientèle y étant admise. L'équipe prodigue des soins aux aînés médicalement instables, mais qui présentent une condition réversible et pour qui l'accès à un plateau technique important ainsi qu'à des consultations médicales d'autres spécialités sont requis;
 - L'UCDG faisant partie du CSSS-IUGS a pour mission principale d'évaluer les aînés présentant des troubles cognitifs complexes ou atypiques et de procéder à la réadaptation des conditions neurologiques ou musculo-squelettiques d'usagers qui présentent des limitations fonctionnelles reliées à des problèmes médicaux. La clientèle de l'UCDG présente des troubles de la mobilité, des problématiques de polypharmacie ainsi que des troubles géronropsychiatriques spécifiques liés au vieillissement.

3. REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

Sur les unités de soins aigus du CHUS, une première évaluation sommaire des besoins pour l'orientation au congé peut être réalisée très tôt après l'admission. On comprend que cette évaluation initiale peut avoir lieu avant que l'utilisateur soit médicalement stable.

Pour l'utilisateur qui bénéficie d'un suivi par un gestionnaire de cas, cette première évaluation sommaire est réalisée par celui-ci. Dans le cas où l'utilisateur ne bénéficie pas du suivi en gestion de cas, c'est l'équipe interdisciplinaire de base, avec le soutien de l'intervenant liaison du CSSS-IUGS (lorsque des services à domicile sont requis au congé) qui procéderont à l'évaluation initiale.

Sur demande de l'équipe traitante, cette évaluation peut mener à l'intervention de l'équipe de consultation en gériatrie qui pourra planifier un transfert de la personne âgée vers l'unité de gériatrie si sa condition aiguë le nécessite. À cette unité, l'utilisateur sera automatiquement pris en charge par une équipe interdisciplinaire spécialisée, tant pour le suivi clinique durant l'épisode aigu que pour la planification du congé.

Lorsque la fin des interventions en soins aigus est envisagée et que l'utilisateur n'est pas en mesure de retourner à domicile, une évaluation complète est généralement effectuée par un gériatre (ou un physiatre), à la demande du médecin traitant. Cette évaluation, réalisée avec le soutien d'une équipe d'infirmières de gériatrie du CHUS, comprend :

- Le portrait antérieur de l'utilisateur
- La description de son réseau de soutien
- L'évaluation de sa condition de santé et de son pronostic
- L'identification de ses besoins et de son potentiel de récupération fonctionnelle

L'orientation des patients est souvent, bien que pas systématiquement, discutée lors de réunions interdisciplinaires hebdomadaires pouvant inclure différents membres de l'équipe dont : les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux (ou gestionnaires de cas si présents au dossier) et les nutritionnistes.

L'évaluation gériatrique en soins infirmiers est consignée sur un formulaire standardisé. À titre indicatif, l'évaluation comprend, entre autres, un descriptif de l'autonomie antérieure et les signes vitaux gériatriques AINÉES. Le formulaire permet également de mettre en commun les données provenant d'autres processus d'évaluation : du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), de la gestion de cas, du risque de chute, de l'état cognitif (outils d'évaluation le Mini-Mental State Examination [MMSE], le Montreal Cognitive Assessment test [MoCA], le test de l'horloge).

À l'UCDG du CSSS-IUGS, une collecte de données globale basée sur les besoins fondamentaux est complétée dès l'admission. Après cinq à sept jours à l'UCDG, le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est également complété. Celui-ci contribuera à déterminer les objectifs fonctionnels pendant l'épisode de soins en UCDG et aussi à assurer la continuité avec les intervenants de la première ligne suite au moment du départ. D'autres outils sont disponibles pour objectiver l'évaluation clinique de l'utilisateur, selon la problématique en cause.

4. PROCESSUS D'ORIENTATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

À la suite de l'évaluation gériatrique complète, le choix du service de soins post-aigus interne se fait par le gériatre en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire (infirmières de gériatrie et professionnels des programmes-clientèles). L'accès aux services de l'UCDG, de l'UTRF et de l'URFI gériatrique se fait par l'entremise d'une communication entre médecins; un gériatre communiquant avec le médecin responsable du programme visé.

Une référence à l'URFI et l'UTRF est également possible par l'évaluation d'un physiatre du CHUS. L'hôpital de jour est accessible sur référence de toutes les équipes médicales du CHUS. Un formulaire standardisé uniformise l'ensemble de ces demandes.

Pour les demandes de soutien à domicile ou de services de convalescence, une demande de services interétablissements est complétée par l'équipe soignante et transmise au guichet d'accès au soutien à domicile. C'est la travailleuse sociale du programme qui traite ces demandes qui sont habituellement faites par les intervenants sociaux du CHUS ou les gestionnaires de cas du CSSS-IUGS. Pour certaines situations plus complexes, une consultation à l'équipe de gériatrie peut être requise.

Quelques précisions quant au processus d'orientation selon le service :

- Unité de gériatrie (au CHUS) :
 - L'orientation au congé est envisagée dès l'admission à l'unité de gériatrie. L'équipe interdisciplinaire se réunit deux fois par semaine pour la révision du plan d'intervention interdisciplinaire de chacun des usagers de l'unité. L'équipe établit les objectifs cliniques à atteindre pendant la durée du séjour en tenant compte de l'orientation anticipée lors de l'admission et du plan de cheminement clinique. C'est ensuite le gériatre qui effectue la demande vers un autre service, lorsque requis.
- Unité de courte durée gériatrique (UCDG) :
 - Des rencontres multidisciplinaires hebdomadaires ont lieu une fois par semaine dans chacune des équipes de l'UCDG (2 équipes de 20 patients) et permettent la révision des cas par la mise en commun des résultats des différentes évaluations réalisées par les professionnels, l'ajustement des objectifs cliniques et la planification des congés. Des rencontres statutaires animées par le gériatre ont également lieu une fois par semaine dans chacune des équipes. Ces rencontres permettent de discuter des situations non prévues survenues chez l'utilisateur et de finaliser certains départs annoncés ou d'en retarder d'autres à la suite de changements subis. Les rencontres statutaires permettent également au chef de service ou à son délégué d'annoncer les admissions possibles dans les prochains jours au gériatre de l'UCDG en présentant les problématiques pour lesquelles l'utilisateur serait évalué;
 - Lorsque l'utilisateur nécessite une orientation en ressource d'hébergement et qu'il n'y a pas de place disponible, la possibilité d'un retour provisoire dans son milieu d'origine (domicile ou résidence pour personnes âgées) est explorée, à moins que sa condition ne se soit détériorée durant l'hospitalisation.
- Hôpital de jour :
 - Un plan d'intervention est réalisé en équipe interdisciplinaire et réévalué aux quatre à six semaines. La planification de la fin des services se réalise au cours de l'une de ces rencontres.

- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) gériatrique :
 - Un plan d'intervention est réalisé en équipe interdisciplinaire à la 2^e semaine d'admission et réévalué aux deux à quatre semaines selon l'évolution.
- Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) :
 - Un plan d'intervention est réalisé en équipe interdisciplinaire la première semaine de l'admission et réévalué chaque semaine.

Les statistiques médico-administratives du CSSS-IUGS documentent entre autres l'attente moyenne pour avoir accès aux différents services :

- UCDG : Il s'écoule en moyenne 2,2 jours entre le moment où l'utilisateur est inscrit à la liste d'attente et son admission. À noter que le processus d'admission débute par une requête pour une consultation en gériatrie préadmission (délai moyen de 2,5 jours). Il s'écoule en moyenne 4,6 jours entre le moment de la consultation et l'inscription à la liste d'attente. Ainsi, le processus complet dure en moyenne de 9,3 jours.
- UTRF : L'attente moyenne entre la demande et l'admission est de 12,5 jours.
- URFI : L'attente moyenne entre la demande et l'admission est de 11 jours.
- Hôpital de jour : L'attente moyenne entre la demande et le début du suivi est de 39 jours. Par contre, l'utilisateur quitte pour le domicile entre temps. Le délai peut être beaucoup plus court lorsque la situation le requiert.
- Convalescence : L'attente moyenne entre la demande et l'admission est de 4 jours.

5. COORDINATION ET CONTINUITÉ

La coordination des soins et services lors de l'épisode de soins aigus d'un usager âgé résulte d'un travail de collaboration entre le gestionnaire de cas et les intervenants psychosociaux du CHUS, les assistantes infirmières-chefs des unités de soins aigus et l'infirmière clinicienne de l'équipe de consultation en gériatrie le cas échéant.

Les gestionnaires de cas sont sous la gouverne du CSSS-IUGS. La clientèle âgée est admise en gestion de cas pour les profils Iso-SMAF entre 5 et 11, et parfois 12 à 14. À titre indicatif, le CSSS-IUGS a retenu le modèle hybride pour la gestion de cas. Par ce modèle, le gestionnaire de cas (infirmière, ergothérapeute, travailleuse sociale, agente d'intervention en service social ou agent de relations humaines) a un rôle prédominant de courtage et de coordination de services et conserve un rôle moindre sur le plan clinique dans son champ professionnel d'appartenance. Il peut donc intervenir dans sa discipline dans la mesure où l'intervention n'entrave pas son rôle premier de coordination de services.

Dans le but d'améliorer le continuum de soins et de services pour la clientèle âgée suivie en gestion de cas, le CHUS et le CSSS-IUGS ont convenu d'une entente de collaboration en 2009. Un guide de référence encadre les rôles et responsabilités des différents intervenants concernés par cette entente (gestionnaire de cas, assistantes infirmières-chefs, infirmières et agentes administratives des unités de soins aigus, les professionnels et les médecins ainsi que les travailleurs sociaux). Voici quelques grandes lignes :

- Lorsqu'un usager âgé est hospitalisé, le gestionnaire de cas assume la globalité du suivi de l'épisode de soins aigus de l'usager et la coordination du plan de service en vue d'un retour à domicile. La responsabilité de l'intervenant psychosocial du CHUS est d'effectuer une co-intervention lorsqu'une situation psychosociale complexe le nécessite. Toutefois, à l'unité de gériatrie, c'est l'intervenante sociale de l'unité qui assure le leadership de la coordination.
- En convalescence et à l'URFI, la coordination sera assurée soit par le gestionnaire de cas ou par l'intervenante sociale du service si la personne n'est pas suivie en gestion de cas.
- À l'UCDG et à l'UTRF, la coordination est majoritairement assurée par l'intervenante sociale du programme, en étroite collaboration avec le gestionnaire de cas, s'il y a lieu.
- Pour les personnes résidant dans un autre territoire de l'Estrie, la coordination est assurée par l'intervenante sociale du programme en collaboration avec le CSSS concerné.

Plusieurs éléments ont été observés comme favorisant la continuité de l'information ou des interventions à l'intérieur du réseau de services postaigus :

- Une formation commune sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier est présentement en implantation au CHUS. Le volet actuellement abordé est le délirium. La formation est réalisée avec les gériatres et les pharmaciens du CSSS-IUGS.
- Une culture géronto-gériatrique est partagée par les intervenants du CSSS-IUGS et leur principal partenaire, le CHUS. Les intervenants utilisent un langage commun et emploient la terminologie des profils Iso-SMAF.
- L'ensemble des gériatres pratique à la fois au CHUS et au CSSS-IUGS.
- L'utilisation d'un formulaire standardisé pour l'évaluation complète en gériatrie, servant de base au processus d'orientation vers des services postaigus.
- Certains pharmaciens du CSSS-IUGS pratiquent à la fois à l'unité de gériatrie du CHUS et à l'UCDG du CSSS-IUGS.
- Un service de gestion de cas court terme est disponible pour intervenir au besoin lorsqu'un usager est en attente de gestion de cas à plus long terme.

- Le travail interdisciplinaire est intégré au quotidien, formalisé à l'intérieur des différents cadres de référence de chacun des programmes et soutenu par certains outils (pour les rencontres interdisciplinaires : aide-mémoire, déroulement, rôle de chaque intervenant).
- Chacun des services s'inscrit dans un continuum de services aux aînés. Les travaux de collaboration entre le CSSS-IUGS et le CHUS ont permis de hiérarchiser les services offerts selon les niveaux de besoin et, ainsi de veiller à la complémentarité de chacun d'entre eux.
- La nomination d'une coordonnatrice des services à la clientèle vieillissante œuvrant à la fois au CHUS et au CSSS-IUGS.
- La présence d'un système d'information à accès partagé :
 - Optimisation du suivi en permettant aux intervenants du CSSS-IUGS d'avoir accès aux informations contenues dans le dossier clinique informatisé du CHUS.
- La formalisation de modalités de communication :
 - Rapport quotidien du CHUS aux gestionnaires de cas pour les usagers hospitalisés ou inscrits à l'urgence;
 - Rédaction et partage du plan d'intervention interdisciplinaire au moment de transfert d'un service à l'autre;
 - À l'URFI, l'UTRF, l'hôpital de jour et l'UCDG, au moment du congé, une feuille sommaire, une fiche de continuité ainsi que le rapport des intervenants sont transmis aux intervenants qui assureront le suivi (soutien à domicile, médecin de famille, etc.) ainsi qu'au référant.

6. ENTENTES ET PARTENARIATS

Différentes ententes existent concernant les soins postaigus offerts aux aînés ou dans la continuité vers des services à long terme :

- Priorités d'accès :
 - Convalescence :
 - Clientèle en orthopédie.
 - Hôpital de jour :
 - Clientèle dont le maintien à domicile est compromis à court terme;
 - Clientèle victime d'accident vasculaire cérébral récent et de retour à domicile;
 - Clientèle qui présente une douleur aiguë pouvant être soulagée par les interventions de l'hôpital de jour;
 - Clientèle provenant de l'UCDG ou de l'URFI gériatrique;
 - Clientèle ayant eu une intervention chirurgicale en orthopédie nécessitant une prise en charge rapide.

- Unité de courte durée gériatrique :
 - Selon l'ordre chronologique de la réception des demandes;
 - Clientèle en provenance de l'unité de gériatrie ou des cliniques externes de gériatrie.
- Soutien à domicile :
 - Pour les cas complexes provenant de l'URFI, la demande de services en soutien à domicile (SAD) n'a pas besoin de transiter par le guichet d'accès; elle peut être directement acheminée au secteur requis.
- URFI et UTRF :
 - Selon l'ordre chronologique de la réception des demandes.
- Flexibilité du service :
 - La cohabitation des lits d'UTRF et d'URFI en un même lieu physique permet une certaine souplesse dans l'orientation, sachant qu'un plateau technique et une expertise de réadaptation sont disponibles à l'URFI. Par contre, cela pose un défi d'équité puisque l'usager en UTRF doit défrayer certains coûts pour recevoir les services.
- Partage d'informations :
 - Une entente formalisée entre le CHUS et le CSSS-IUGS permet de donner l'accès aux informations contenues dans le dossier clinique informatisé (DCI) nommé continuum Ariane Estrie – condo CHUS à partir du CSSS-IUGS pour chaque patient qui a consenti afin de permettre aux professionnels et aux médecins, œuvrant au CSSS-IUGS, d'assurer un suivi et des traitements de qualité aux clientèles qui y sont admises et suivies en mode ambulatoire;
 - Une entente donne accès aux informations contenues dans le système RSIPA du CSSS-IUGS aux intervenants du CHUS (médecins, travailleurs sociaux et infirmières de gériatrie).
- Collaboration :
 - Une entente formalisée : Privilèges d'interventions épisodiques - volet gestionnaires de cas permet aux gestionnaires de cas (sous la gouverne du CSSS-IUGS) d'intervenir au CHUS auprès de leur clientèle âgée hospitalisée et d'inscrire une note d'évolution dans le dossier médical du CHUS;
 - Dans la situation où l'usager n'est pas suivi en gestion de cas, une entente formalisée : Privilèges d'interventions épisodiques - volet agente de liaison, permet à une professionnelle du CSSS-IUGS de collaborer avec les équipes traitantes du CHUS dans la planification ou l'intensification des services pour un retour sécuritaire à domicile de la clientèle âgée qui n'est pas suivie en gestion de cas. Plus spécifiquement, les équipes du CHUS peuvent interpellier l'agente de liaison pour :
 - Obtenir de l'information sur les services dispensés par le CSSS-IUGS à cet usager;
 - Planifier rapidement le congé dès l'admission;
 - Avoir les informations sur les différents services offerts par le CSSS-IUGS;
 - Être capable de mettre des services en place ou de les intensifier;
 - Obtenir des informations sur le portrait antérieur de l'usager.

- Voie de passage en soins aigus :
 - Les communications directes entre médecins sont systématiques afin d'éviter le transfert à l'urgence, lorsque l'état de santé de l'utilisateur admis dans un service de soins posthospitaliers se détériore et nécessite une réadmission en soins aigus. Pour certaines problématiques, le recours à l'urgence est nécessaire puisqu'elle constitue aussi un lieu d'investigation. Pour faciliter ces communications, un système de reconnaissance d'appel permet aux médecins du CHUS d'identifier rapidement les communications provenant d'un médecin (code particulier sur le téléavertisseur).
- Processus d'orientation en présence d'une clientèle avec besoins spécifiques (ex. : symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, soins de plaie complexe, etc.) :
 - Les usagers présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont davantage dirigés vers l'UCDG que vers les autres ressources (URFI, UTRF). Cependant, lorsque le retour à domicile ou en résidence pour personnes âgées n'est plus envisageable, l'utilisateur est transféré en ressource non institutionnelle ou en CHSLD puisqu'aucune autre ressource ne convient à cette clientèle;
 - En cas de doute sur l'orientation de l'utilisateur, un séjour dans un service est tenté. Parfois, l'utilisateur est réorienté vers la ressource qui convient le mieux suite à l'évolution de la situation par des discussions entre les médecins des différents programmes.

7. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

MÉCANISMES D'ÉVALUATION ET DE SUIVI :

- UCDG, URFI, UTRF, hôpital de jour :
 - La coordination de ces programmes est assurée par des comités de gestion de programme qui relèvent du Comité de régie - Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA). Ces comités de programme se réunissent environ trois fois par année et se composent du médecin cogestionnaire, du cogestionnaire-chef de service, de directeurs et de coordonnateurs. Plusieurs indicateurs de gestion sont utilisés pour assurer le suivi dont la durée moyenne de séjour, les délais d'admission, les diagnostics ou motifs d'admission, le portrait de la clientèle, la destination au congé, ainsi que le SMAF à l'admission et au départ.
- Convalescence :
 - La coordination du programme de convalescence est assurée par le comité de gestion du programme composé de la directrice des services professionnels et du partenariat médical, de la coordonnatrice des services professionnels de la DSASA, de la travailleuse sociale, de l'assistant au supérieur immédiat responsable des infirmières et de la physiothérapeute du programme;

- Les indicateurs utilisés pour le suivi sont notamment : le nombre de références, le nombre de personnes admises, l'origine de la référence, l'âge, le motif de référence, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation, les délais d'attente et la destination au congé.

8. LE POINT DE VUE DES PARTICIPANTS

FACTEURS FACILITANTS DU RÉSEAU :

- Le contexte historique particulier dans lequel évolue le CSSS-IUGS quant à la clientèle personnes âgées.
- L'accessibilité aux ressources d'hébergement de longue durée est rarement compromise en raison d'un temps d'attente.

POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS :

- Favoriser une adaptation de la vocation des lits et, ainsi, avoir une meilleure flexibilité en termes d'intensité de réadaptation pour éviter de faire transiter les patients dans plusieurs services (ex. : fusionner l'UTRF et l'URFI, pour éviter les changements d'équipe et les conflits en lien avec les coûts de l'UTRF par rapport à l'URFI).
- Accroître les accès aux systèmes d'information entre le CHUS et le CSSS-IUGS :
 - DCI-continuum Ariane Estrie devrait également être accessible au secteur SAD;
 - Le RSIPA devrait être accessible pour toutes les unités de soins du CHUS afin de connaître le portrait antérieur de l'utilisateur lors de l'hospitalisation.
- Poursuivre la formation gériatrique du personnel SAD, notamment concernant les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et le délirium.
- Améliorer la planification du congé dès l'admission en soins aigus au CHUS pour les personnes non suivies en gestion de cas.
- Augmenter le nombre d'infirmières sur les unités et les décharger de leur travail administratif afin de privilégier leur temps de contact direct aux usagers.
- Connaître l'utilisateur dès son admission à l'urgence afin de bien planifier le congé.
- Favoriser les modalités d'échanges et de communications entre les établissements.
- Formalisation d'une entente pour les réadmissions en soins aigus en provenance de l'URFI et de l'UTRF.

9. RÉFÉRENCES

POUR EN SAVOIR PLUS

Docteure Suzanne Gosselin
Directrice des services professionnels et du partenariat médical
819 780-2220, poste 45090
Suzanne.Gosselin@USherbrooke.ca

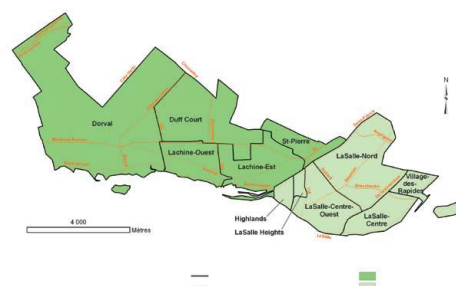
DOCUMENTS PARTAGÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT :

- ⌘ *Cadre de référence en gestion de cas*
- ⌘ *Carnet d'apprentissage-Parties 1 à 4*
- ⌘ *Continuum orthopédie Estrie 2006*
- ⌘ *Déroulement rencontre interdisciplinaire à l'unité de gériatrie*
- ⌘ *Équipe de consultation en gériatrie – Programmation*
- ⌘ *Entente de collaboration CSSS-IUGS-CHUS mai 2013*
- ⌘ *Entente de collaboration CSSS-IUGS-CHUS volet agente de liaison*
- ⌘ *Entente de collaboration pour l'accessibilité au DCI*
- ⌘ *Formulaire évaluation spécialisée*
- ⌘ *Formulaire plan d'intervention interdisciplinaire*
- ⌘ *Guide de référence portant sur les privilèges d'interventions épisodiques-gestion de cas*
- ⌘ *Patients en attente 2013-2014*
- ⌘ *Préparation d'une rencontre interdisciplinaire (aide-mémoire) à l'unité de gériatrie*
- ⌘ *Procédure de prêt des équipements*
- ⌘ *Processus de soutien-conseil version Congrès OIIQ 2013*
- ⌘ *Programme cadre pour l'UCDG, les lits convalescence, l'hôpital de jour, la réadaptation et l'UTRF*
- ⌘ *Programmation et mode de fonctionnement de l'unité de gériatrie*
- ⌘ *Statistiques médico-administratives 2012-2013 : UCDG, réadaptation, réadaptation externe, UTRF, convalescence, hôpital de jour et services professionnels*
- ⌘ *Tableau rôles et responsabilités du TS et gestionnaire de cas*

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

1. PORTRAIT SOMMAIRE

- Le territoire :
 - Population de plus de 134 000 habitants;
 - Répartis dans un rayon de 12 km;
 - Dans deux arrondissements montréalais et la municipalité de Dorval;
 - Plus de personnes âgées que partout ailleurs sur l'Île de Montréal.¹⁷
- L'établissement comprend :
 - Un centre hospitalier (CH);
 - Deux centres locaux de services communautaires (CLSC);
 - Quatre centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).



Les aînés du territoire Dorval-Lachine-LaSalle bénéficient des services postaigus suivants, offerts soit par le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL) ou des partenaires de la grande région de Montréal :

INTERNE	AMBULATOIRE	DOMICILE
■ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (CSSS du Sud-Ouest—Verdun) ■ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique (CSSS Cavendish et IUGM) ■ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ■ Programme d'hébergement pour évaluation	■ Hôpital de jour gériatrique (CUSM) ■ Consultation en physiothérapie (Programme SARCA - service ambulatoire de réadaptation pour la clientèle âgée)	■ Soutien à domicile court terme (soins infirmiers et réadaptation) ■ Prêt d'équipements

Les différents programmes de soins postaigus reçoivent des usagers provenant de l'Hôpital de LaSalle, faisant partie du CSSS DLL, mais également de plusieurs autres CH de Montréal. De plus, des ententes de services régionales permettent à des usagers d'autres territoires de bénéficier des services postaigus du CSSS DLL.

¹⁷ http://www.csssdll.qc.ca/fileadmin/csss_dll/CSSS_DLL/Publications/Planification_strategique_2011-2015/csssdll_planification_strategique_2011-2015_resume.pdf

TABLEAU DESCRIPTIF DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS INTERNES¹⁸

NOM DU SERVICE	URFI ¹⁹	UTRF	PHPE	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
Nombre de places	33 (16 places réservées au CSSS DLL et 17 au CSSS SOV)	15	25	17
Localisation / Gouverne	Centre d'hébergement Champlain / CSSS Sud-Ouest – Verdun	CHSLD de LaSalle / CSSS DLL		Centres d'hébergement de Dorval et de LaSalle
Mission / territoire	RFI pour la clientèle des 65 ans et plus / Vocation régionale	Récupération / RLS Dorval – Lachine - LaSalle	Évaluation et récupération / RLS Dorval - Lachine - LaSalle	Répit, dépannage, convalescence et protection sociale / RLS Dorval – Lachine - LaSalle
Accessibilité	Guichet d'accès du CSSS SOV	Guichet d'accès du CSSS DLL	Guichet d'accès du CSSS DLL	Service régional d'admission (ASSS de Montréal)
Contribution financière	Aucune	\$ à partir de la 31 ^e journée	\$ (tels qu'en hébergement permanent)	\$
Critères d'admission ou d'exclusion particuliers	Exclusion : ▪ Troubles cognitifs compromettant les apprentissages	Exclusion : ▪ État de santé instable ▪ SCPD, utilisation de contention	Exclusion : ▪ Troubles de comportements nécessitant unité spécifique ▪ Nécessiter plus de 5 h de soins par jour	Exclusion : ▪ Troubles de comportement ▪ Instabilité médicale
Provenance²⁰	▪ Usagers résidant sur les territoires CSSS DLL (50 %) et CSSS SOV (50 %), ayant été traités dans différents hôpitaux montréalais (Hôpital de Verdun, CHUM, CUSM, Hôpital de LaSalle, etc.)	▪ 87 % CH montréalais localisés au Pôle ²¹ 3, dont 53 % de l'Hôpital de LaSalle ▪ 13 % CH de proximité dont l'accès à leurs lits UTRF est restreint	▪ 83 % des CH montréalais (Pôle 3) ○ 36 % proviennent de l'Hôpital de LaSalle	▪ Donnée manquante

¹⁸ Plusieurs acronymes sont utilisés dans un souci de concision, se référer à la [liste des acronymes](#).

¹⁹ Dans le cadre de la recension de pratiques du réseau du CSSS DLL, l'URFI traditionnelle a été ciblée. En effet, le cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne (...) pour la région de Montréal (ASSS de Montréal, édition de juin 2010) prévoit que la réadaptation gériatrique soit concentrée dans des établissements du territoire, soit l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, le CSSS Cavendish (Hôpital Richardson). La réadaptation gériatrique doit être réservée à la clientèle majoritairement âgée de 75 ans et plus, avec des déficits sensoriels et ayant deux des critères spécifiques de vulnérabilité (par exemple : déficits cognitifs, comorbidités avec polymédication, etc.). Les établissements prodiguant la réadaptation gériatrique reçoivent les clientèles de l'ensemble de la région de Montréal.

²⁰ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

²¹ Découpage territorial des CSSS et CHSGS sur l'île de Montréal (http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Atlas/carte_pdf/decoupages/Pole.pdf).

NOM DU SERVICE	URFI ¹⁹	UTRF	PHPE	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
Équipe professionnelle²²	▪ Ergothérapeute ▪ Physiothérapeute et préposé en physiothérapie ▪ Travailleur social ▪ Infirmière et infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Physiothérapeute ▪ Ergothérapeute ▪ TRP ▪ TS ▪ Nutritionniste en consultation 1 jour/sem. ▪ Pharmacien en consultation	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Physiothérapeute ▪ Ergothérapeute ▪ TRP ▪ TS ▪ Nutritionniste en consultation ▪ Pharmacien en consultation	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Nutritionniste en consultation ▪ Pas de service de réadaptation à l'exception d'un besoin ponctuel (les services sont prodigués par les professionnels du secteur hébergement)
Couverture médicale	▪ Médecin sur place	▪ Aucune	▪ Médecin sur place ▪ Garde médicale 24 h/7 jours	▪ Médecin sur place ▪ Garde médicale 24 h/7 jours (même couverture que la clientèle hébergement permanent)
Durée moyenne de séjour (DMS)²³	Approximativement 30 jours	2012-2013 (P1 à P10) : 21 jours	2012-2013 (P1 à P10) : 52 jours	2013-2014 (P1 à P10) : 23,4 jours
Destination au congé²⁴	▪ Retour à domicile (avec ou sans service) ▪ PHPE	▪ Domicile : 61 % ▪ CH : 21 % ▪ URFI : 2 % ▪ Autres : 3 % ▪ 13 % en transit avant d'avoir une place en RI	▪ Domicile : 8 % ▪ RI : 22 % ▪ CHSLD : 40 % ▪ CH : 19 %	▪ Donnée manquante

²² Ne précise pas la présence continue ou ponctuelle, ni les ETC.

²³ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

²⁴ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

2. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

L'organisation des services postaigus à la personne âgée a fait l'objet de travaux dirigés par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal depuis 2004. À ce moment, l'ensemble des établissements du territoire montréalais devait revoir leur hiérarchisation des services de réadaptation et de convalescence dans le contexte de la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Des paramètres s'appliquant à toutes les clientèles susceptibles de nécessiter des services de réadaptation et de convalescence ont été identifiés, notamment des paramètres spécifiques pour la clientèle ayant eu un accident vasculaire cérébral et ceux ayant eu une prothèse totale de la hanche / prothèse totale du genou.

Dans le cadre de ces travaux, les critères d'admissibilité aux services ont été uniformisés au niveau de tous les CSSS montréalais. Les modalités de dispensation des services prévoyaient le recours à la structure la mieux adaptée aux besoins de l'utilisateur et la moins coûteuse, le retour à domicile étant préconisé dès que possible.

Des travaux ultérieurs, issus du groupe de travail *Plan de mise en œuvre du modèle d'organisation des services posthospitaliers*, ont mené à l'élaboration des orientations en réadaptation fonctionnelle intensive du réseau montréalais. Le *Cadre de référence, services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal*²⁵ vient préciser l'importance de la distinction entre le diagnostic (pathologie présente chez l'utilisateur) et les besoins de réadaptation. De plus, le cadre de référence détermine les mandats des divers établissements selon la clientèle desservie.

3. REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

L'évaluation des besoins en matière de soins postaigus se fait depuis le Centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS) par l'entremise des évaluations disciplinaires mises en commun lors de rencontres clinico-administratives multidisciplinaires quotidiennes. À noter que l'objectif principal de ces rencontres est la planification du congé. Parallèlement, l'évaluation clinique interdisciplinaire se réalise sur une base ponctuelle lorsque l'état de l'utilisateur le requiert.

Certaines clientèles font l'objet d'un suivi systématique, notamment les usagers ayant eu une arthroplastie de la hanche et du genou. Ainsi, il existe des balises relativement précises sur les interventions dans le contexte du volet aigu.

4. PROCESSUS D'ORIENTATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS

L'orientation de l'utilisateur est considérée à partir du jour 4 de son hospitalisation en soins aigus et est discutée quotidiennement à partir de ce moment-là. Ces discussions se font en présence du gestionnaire médical des lits, de l'infirmière de liaison (lorsqu'il s'agit d'un usager connu du soutien à domicile [SAD]), du gestionnaire de trajectoire (pour les usagers non connus du SAD), d'un coordonnateur professionnel et du travailleur social de l'unité.

²⁵ http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-401-8.pdf

Il importe de noter que l'organisation des services, telle que préconisée par l'ASSS de Montréal, prévoit que le transfert d'un usager du CHSGS ait lieu à l'intérieur des sept jours suivant l'orientation vers une ressource de soins postaigus, sous peine d'amende. Actuellement, la pénalité s'applique uniquement pour les orientations vers le Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE).

En résumé, il appartient au centre hospitalier (CH) d'identifier le lieu vers lequel l'utilisateur sera dirigé au congé des soins aigus. Pour l'utilisateur déjà connu du SAD, l'identification de l'orientation se fait en collaboration avec l'intervenant-pivot de ce secteur.

Actuellement, la clientèle manifestant des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence est généralement exclue des services postaigus et se retrouve orientée vers l'hébergement permanent. Une personne atteinte de déficits cognitifs et qui est en mesure de comprendre des consignes simples et de collaborer aux traitements pourra toutefois être dirigée vers des centres de réadaptation gériatrique.

Toutes les demandes de services sont réalisées par l'entremise d'une demande de services interétablissements (DSIE) et d'abord reçue par l'accueil centralisé du CSSS auquel le service demandé est rattaché. Par exemple, une demande d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) transigera par l'accueil centralisé du CSSS Sud-Ouest—Verdun. Par la suite, la demande est traitée par le guichet d'accès soutien à l'autonomie des personnes âgées – Déficience physique (SAPA – DP). C'est l'intervenante (une travailleuse sociale ou une infirmière) de ce guichet qui analyse la recevabilité de la demande en fonction des critères d'admission. Il y aurait peu de remises en question de l'orientation à ce niveau, selon les participants.

Parfois, les DSIE peuvent être amorcées précocement et transmises avant la fin de l'épisode de soins aigus, à titre d'avis, afin de faciliter le transfert rapide de l'utilisateur dans un service de soins postaigus.

Lorsque l'accès au service convoité est compromis, c'est un gestionnaire d'accès qui assume la responsabilité d'organiser l'orientation de l'utilisateur. Parfois, le prolongement du séjour au CH est inévitable. Par contre, de manière générale, il sera plutôt préconisé de faire transiter un usager dans une ressource temporaire plutôt que de le faire séjourner indûment au CH.

5. COORDINATION ET CONTINUITÉ

La fonction de coordination est assurée par différents intervenants du réseau, à différents moments. Par exemple :

- Certains travailleurs sociaux du SAD sont dédiés au PHPE et à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF). Ainsi, ils demeurent le pivot pour la personne et ses proches lors de l'épisode de soins.

- La fonction d'intervenant-pivot est assurée par l'infirmière ou la travailleuse sociale du SAD au CHSGS pour les usagers connus du SAD de 75 ans et plus. La planification du congé se fait alors en collaboration entre l'intervenant-pivot du SAD et l'équipe interdisciplinaire impliquée au CHSGS. Pour les usagers non connus (75 ans et plus), un gestionnaire de trajectoire, souvent un travailleur social (TS), assure la coordination de la planification du congé.
- Un troisième type de gestionnaire de cas a pour fonction de faire le suivi des grands utilisateurs de services.

Quelques éléments ont été observés comme favorisant la continuité de l'information ou des interventions à l'intérieur du réseau de services postaigus :

- Une formation commune sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier devait débuter en mars 2014. Il est prévu que des équipes tactiques soient déployées en chirurgie, aux soins intensifs et à l'urgence.
- À l'UTRF, l'AAPA par l'utilisation des signes vitaux gériatriques AINÉES est intégrée au quotidien (notamment : des pictogrammes sont affichés dans les chambres et les préposés aux bénéficiaires, relevant de la réadaptation, offrent un programme de marche pour les usagers de 75 ans et plus).
- Le partage du plan d'intervention interdisciplinaire au moment de transfert au SAD, lorsqu'il s'agit d'un usager connu.

6. ENTENTES ET PARTENARIATS

- Quelques ententes existent concernant les soins postaigus offerts aux aînés ou dans la continuité vers des services à long terme :
 - Dans le cas où un usager provenant de l'UTRF nécessiterait des soins aigus pendant son séjour en postaigus, son lit à l'UTRF est gardé environ 48 heures;
 - Programme « Services ambulatoires de réadaptation pour clientèle adulte » (SARCA) : lorsqu'une demande est reçue au service de réadaptation externe ou au SAD, l'utilisateur doit être pris en charge en dedans de cinq jours ouvrables;
 - Consultation de l'équipe de psychogériatrie de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas : celle-ci s'effectue au moyen d'un appel de médecin à médecin. Généralement, c'est l'utilisateur qui se déplace. Il s'agit d'une entente fluide et facilitante, notamment depuis la tenue d'un stage permettant aux établissements de connaître leurs besoins et réalités mutuels;

- Comme mentionné dans la section sur les éléments contextuels et historiques, l’offre de service en réadaptation a été redéfinie régionalement par l’ASSS de Montréal. Certaines trajectoires de services ont également été précisées, notamment pour la clientèle ayant eu un accident vasculaire cérébral.

7. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

- Certains comités relatifs à la planification et à l’organisation des services à la personne âgée (donc, portant sur les services postaigus) sont créés de manière *ad hoc*. Il y a aussi les rencontres de planification des services et de reddition de comptes avec l’ASSS de Montréal qui permettent d’échanger sur les cas plus complexes et sur le fonctionnement de manière générale.
- Depuis peu, il y a des retours systématiques sur les cas qui ont nécessité le recours aux soins aigus à l’intérieur de sept jours suivant leur congé de l’UTRF.

8. LE POINT DE VUE DES PARTICIPANTS

PISTES DE SOLUTION OU ACTIONS PRIORITAIRES IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS :

- Disponibilité accrue des ressources médicales et professionnelles en réadaptation au PHPE et à l’UTRF, rehausser la réadaptation au PHPE;
- Présence de la ressource médicale ou corridor de service en UTRF, de manière à ce que, devant l’incapacité d’avoir un médecin sur place, avoir un groupe de médecins disponibles pour gérer des situations qui ne nécessitent pas un transfert, mais plutôt une consultation ou un ajustement de médication;
- Ressources en soins infirmiers flexibles pour répondre en situation d’affluence;
- Réviser le continuum afin d’éviter les évaluations redondantes des professionnels (ex. : TS de l’hôpital, TS de l’UTRF, puis TS du SAD);
- Augmenter les ressources en réadaptation dans les milieux PHPE-UTRF ou élargir les critères d’admission des centres de réadaptation à vocation régionale.

9. RÉFÉRENCES

POUR EN SAVOIR PLUS

Madame Lise Fortin
Directrice programme SAPA-DP
514 364-6700, poste 40228
Lise.Fortin.DLL@ssss.gouv.qc.ca

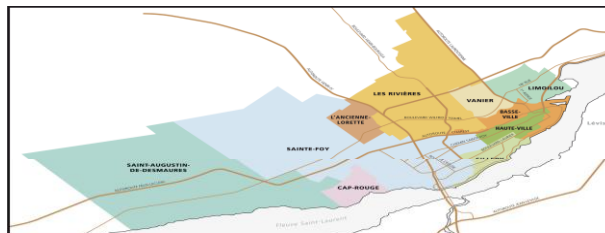
DOCUMENTS PARTAGÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT :

- ⌘ *Balises UTRF – Lits soins posthospitaliers*
- ⌘ *Cheminement d'une demande à l'UTRF*
- ⌘ *Présentation du programme d'évaluation, d'intervention et d'orientation (PEIO)*
- ⌘ *Présentation état de situation 2013 du PEIO au comité de direction*
- ⌘ *Types de clientèles admissibles ou refusées*

CSSS de la Vieille-Capitale

1. PORTRAIT SOMMAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

- Le territoire :
 - Population de près de 290 000 habitants.
- L'établissement comprend :
 - Un centre local de services communautaires (CLSC) (sept points de services);
 - Huit centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - Quatre unités de médecine familiale (UMF);
 - Le centre antipoison du Québec;
 - Une Maison de naissance.



Les aînés du territoire de la Capitale-Nationale bénéficient des services postaigus suivants, offerts soit par le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS VC) ou des partenaires de la grande région de Québec :

INTERNE	AMBULATOIRE	DOMICILE
■ Unité de courte durée gériatrique (UCDG) ■ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ■ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ■ Convalescence	■ Hôpital de jour gériatrique ■ Équipes ambulatoires spécialisées en gériatrie ■ Unité de jour d'évaluation gériatrique ■ Consultation en physiothérapie ■ Consultation en orthophonie	■ Soutien à domicile court terme (soins infirmiers et réadaptation) ■ Prêt d'équipements

Les soins aigus pour la population de la région de la Capitale-Nationale sont offerts par des centres hospitaliers (CH) qui ne sont pas sous la gouverne des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

TABLEAU DESCRIPTIF DES SERVICES DE SOINS POSTAIGUS INTERNES²⁶

NOM DU SERVICE	URFI GÉRIATRIQUE	UTRF	CONVALESCENCE	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
Nombre de places	50	24	25	40
Localisation / Gouverne	Hôpital du Saint-Sacrement / CHU de Québec	Centre d'hébergement Christ-Roi / CSSS VC	Résidence privée La Clairière du Boisé / CSSS VC et CHU de Québec	Résidence privée Le Boisé Vanier / CSSS VC, CSSS de Québec-Nord et CSSS de Portneuf
Mission / territoire	RFI pour la clientèle 65 ans et plus / Vocation régionale	Récupération / RLS de la Vieille-Capitale	Récupération / Vocation régionale pour les usagers de l'Hôpital Saint-François d'Assise	Répit, dépannage, convalescence et protection sociale / Vocation régionale
Accessibilité	Comité d'admission	Guichet SAPA	Par le responsable du programme	Guichet SAPA
Contribution financière	Aucune	\$ (chambres privées uniquement)	\$	Donnée manquante
Critères d'admission ou d'exclusion particuliers	Admission : ▪ Clientèle avec un profil gériatrique	Exclusion : ▪ Clientèle sans profil gériatrique ▪ Instable et nécessite une fréquence d'intervention et de suivi qui amène des ratios de personnel plus élevés que ceux de l'offre de service ▪ Problèmes de santé mentale sévères et persistants	Admission : ▪ Exclusivement à la clientèle de l'Hôpital Saint-François d'Assise Exclusion : ▪ Comportements perturbateurs actifs ▪ Délirium ▪ Aucun potentiel de récupération ▪ Besoin de réadaptation intensive qui nécessite l'accès à un plateau technique de 2 ^e ligne	Admission : ▪ Présence d'incapacités physiques ou psychologiques
Provenance²⁷	▪ 100 % de la clientèle provient du CH	▪ CH : 60 % ▪ Pour le reste (40 %) : – Domicile – Hébergement temporaire – Ressources privées – Convalescence – Équipes de consultation gériatrique	▪ Exclusivement de l'hôpital Saint- François d'Assise – Usagers ayant subi une chirurgie (70 %) – Usagers en attente d'une place en URFI ou UTRF (30 %) – Usagers provenant directement de l'urgence : exceptionnel	▪ Donnée manquante

²⁶ Plusieurs acronymes sont utilisés dans un souci de concision, se référer à la [liste des acronymes](#).

²⁷ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

NOM DU SERVICE	URFI GÉRIATRIQUE	UTRF	CONVALESCENCE	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
Équipe professionnelle²⁸	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Travailleur social ▪ Travailleur social réseau (CSSS VC) ▪ Ergothérapeute ▪ Physiothérapeute ▪ Nutritionniste ▪ Infirmière de liaison ▪ Pharmacien ▪ Spécialistes en consultation au besoin : psychologue, neuropsychologue, orthophoniste, gériatre, physiatre et autres médecins spécialistes, etc.	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires ▪ Physiothérapeute ▪ TRP ▪ Ergothérapeute ▪ Pharmacienne ▪ Travailleuse sociale ▪ Nutritionniste	▪ Infirmière ▪ Thérapeute en réadaptation physique ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires	▪ Infirmière ▪ Infirmière auxiliaire ▪ Préposé aux bénéficiaires
Couverture médicale	▪ Médecin sur place	▪ Médecin sur place ▪ Garde médicale	▪ Donnée manquante	▪ Donnée manquante
Durée moyenne de séjour (DMS)²⁹	▪ 42 jours ▪ Par contre, des essais thérapeutiques sont faits auprès d'une quinzaine d'usagers par année, qui ont un DMS de 75 jours	▪ 60 jours, selon participants	▪ 14,8 jours	▪ Visée maximale de 21 jours ▪ Extension possible de 5 semaines maximum
Destination au congé³⁰	▪ Donnée manquante	▪ Milieu de vie d'origine : 80 % ▪ CHSLD : 15 % ▪ CH : 5 %	▪ Donnée manquante	▪ Donnée manquante

²⁸ Ne précise pas la présence continue ou ponctuelle, ni les ETC.

²⁹ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques. Pas de périodes ou d'années précisées.

³⁰ Selon les données fournies par les participants lors de la recension de pratiques.

2. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

Depuis 2010, quelques initiatives ont été menées par le CSSS VC et ses partenaires de la grande région de Québec, dans l'optique de bonifier l'offre de service à la personne âgée, dont les soins postaigus. De plus, la récente fusion du Centre hospitalier universitaire de Québec et du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec en juillet 2012, de laquelle est née le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec a contribué à ce que différents volets des services de soins postaigus à la personne âgée soient revus.

De manière plus générale, les services dispensés au CSSSVQ sont également influencés par son statut de centre affilié universitaire avec l'Université Laval, qui se doit d'intégrer une mission universitaire comprenant l'enseignement, la recherche, la diffusion du savoir et la formation d'une relève compétente.

3. REPÉRAGE ET ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS POSTAIGUS

De manière générale, l'évaluation des besoins en matière de soins postaigus se fait depuis les milieux de soins aigus par l'entremise des évaluations disciplinaires ou interdisciplinaires donnant lieu au plan d'intervention. La récente fusion des hôpitaux de Québec ne permet pas d'apprécier des pratiques de planification de congé harmonisées d'un hôpital à l'autre.

Les besoins de services sont documentés dans une demande de services interétablissements (DSIE) pour toute demande de services en postaigus. Dans le cas d'une demande de services au soutien à domicile, un formulaire de référence adressé au guichet d'accès soutien à domicile (SAD) est également rempli.

4. PROCESSUS D'ORIENTATION ET ACCESSIBILITÉ

Au départ des soins aigus, l'orientation de l'utilisateur est déterminée à partir de l'appréciation du requis de services qui fait état des besoins de l'utilisateur. Par exemple, une demande au SAD indique généralement les suivis de soins infirmiers et de réadaptation.

L'orientation de l'utilisateur au bon service est assumée par les intervenants du milieu de soins aigus en équipe interdisciplinaire, en collaboration avec l'infirmière de liaison de l'hôpital. Lorsque le retour à domicile est compromis, un travailleur social réseau (TSR) collaborera avec l'équipe interdisciplinaire pour le processus d'orientation.

L'accès aux services postaigus est régi par deux guichets, soit le guichet Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) et le guichet des Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF). Pour les services de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) gériatrique, c'est un comité d'admission qui en détermine l'accès. Chaque CSSS a son propre guichet SAPA. Le guichet des UTRF est sous la gouverne du CSSS VC pour toute la région de la Capitale-Nationale.

Le guichet SAPA du CSSS VC permet l'accès aux services à domicile, à l'hébergement temporaire et aux services de convalescence. Ce guichet donne également accès aux services de 2^e ligne, par exemple aux équipes de consultations spécialisées et à l'unité de jour d'évaluation gériatrique (UJEG).

Les statistiques médico-administratives du CSSS VC pour avoir accès à certains services sont les suivantes :

- UJEG : Il s'écoule en moyenne deux semaines entre la demande au guichet et la transmission de recommandation. Toute demande indique un niveau de priorisation : il n'y a pas d'attente pour les usagers devant être vus à l'intérieur de dix jours.
- UTRF : L'attente moyenne entre la demande et l'admission est de trente jours.
- URFI : L'attente moyenne entre la demande et l'admission est très variable, mais se situe entre une à deux semaines.

5. COORDINATION ET CONTINUITÉ

La coordination du congé lors de l'épisode de soins aigus est assurée par différents acteurs, notamment le TSR et l'infirmière de liaison :

- Le TSR est le représentant du CSSS dans le milieu hospitalier. Il intervient auprès de toute clientèle où il y a une compromission du retour à domicile. La compromission peut être due à un état de santé ou à une situation critique qui affecte l'autonomie physique ou psychosociale de la personne. Le retour à domicile peut également être fragilisé par une problématique financière, à l'insuffisance ou au manque de ressources ou à un réseau inadéquat, épuisé ou absent.
- Le TSR envisage toutes les alternatives possibles et oriente la personne vers la ressource appropriée, idéalement à l'intérieur de sept jours après l'épisode de soins aigus. Il ne préconisera pas l'hébergement lorsque d'autres alternatives sont envisageables. Il est partie prenante du fonctionnement des guichets d'accès SAPA des CSSS et ses interventions sont donc décisionnelles. La clientèle en Centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS), dont l'épisode de soins aigus est terminé, est considérée comme prioritaire pour les services du soutien à domicile.
- Concrètement, c'est le travailleur social du centre hospitalier qui complète l'outil d'évaluation multicientèle (OEMC) et la cote Iso-SMAF, alors que le TSR complète la synthèse de l'OEMC, en précisant l'orientation. Ce dernier collabore avec l'équipe interdisciplinaire et assure le suivi de l'utilisateur jusqu'à son départ. Il importe de préciser que le profil Iso-SMAF permet de préciser le type de perte d'autonomie et d'ajuster l'aide et les services en conséquence. Étant donné que l'URFI est située à même l'Hôpital du Saint-Sacrement, le TSR peut y intervenir également.
- Dans le cas où le retour à domicile n'est pas compromis, c'est l'infirmière de liaison qui assure la planification du congé.

PROJET PILOTE DE GESTIONNAIRES DE CAS :

- Un projet pilote de gestionnaires de cas est en implantation. Il a été convenu régionalement de créer des équipes de gestionnaires de cas dans chacun des CSSS. Les équipes interdisciplinaires feront les références de clientèles, selon des critères spécifiques;
- Deux modèles de gestion de cas sont retenus, selon le volume de clientèle. Le modèle hybride pour les CSSS ayant un bassin de clientèle important, où l'intervenant n'a que des clients en gestion de cas, le modèle mixte pour les CSSS ayant moins de clientèle, où l'intervenant a des clients qui répondent aux critères de la gestion de cas et d'autres non. Dans les deux cas, l'intervenant a un rôle partagé auprès de la clientèle, soit la coordination de services conjuguée à un rôle professionnel. Trois professionnels peuvent agir à titre de gestionnaire de cas : le travailleur social, l'ergothérapeute et l'infirmière clinicienne.
- Il est prévu que le suivi par le gestionnaire de cas soit limité dans le temps, par exemple, lors d'un besoin d'intensité ou de coordination de services. Au terme du suivi par le gestionnaire de cas, le transfert dans les équipes régulières de SAD est anticipé.
- La première phase du projet pilote s'amorce auprès de la clientèle connue du SAD. Dans un deuxième temps, les usagers non connus seront intégrés à la pratique de gestion de cas.

Plusieurs éléments ont été observés comme favorisant la continuité de l'information ou des interventions à l'intérieur du réseau de services postaigus :

- Une formation de base sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier est en cours dans toutes les unités, par une chargée de projet.
- Un système d'information à accès partagé pour certains volets permet d'optimiser le suivi entre le CSSS VC et le CHU de Québec (où les dossiers cliniques sont désormais informatisés).
- À l'URFI, l'UTRF, l'hôpital de jour et l'UJEG, au moment du congé, un rapport est acheminé au médecin de famille.
- Les intervenants de l'hôpital peuvent identifier l'intervenant-pivot du SAD lorsque l'utilisateur est connu à l'aide du TSR et du guichet d'accès SAD.

6. ENTENTES ET PARTENARIATS

Différentes ententes existent concernant les soins postaigus offerts aux aînés ou dans la continuité vers des services à long terme :

- Offre de service :
 - Service de convalescence développé en partenariat avec une résidence pour personnes âgées pour les usagers de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Le projet poursuit l'objectif d'augmenter l'accessibilité en chirurgie.

■ Priorités d'accès :

- URFI de l'Hôpital du Saint-Sacrement : les demandes d'URFI provenant du CSSS de Portneuf sont priorisées, afin de libérer les lits de soins aigus le plus rapidement possible. (Il n'y a pas d'hôpital de courte durée à Portneuf, or la population de ce territoire reçoit ses soins aigus à l'Hôpital du Saint-Sacrement);
- UJEG : clientèles avec dysphagie et de la clinique de mémoire;
- URFI et UTRF : les personnes sont admises selon l'ordre chronologique de leur demande d'admission;
- SAD : la clientèle en CHSGS, dont l'épisode de soins aigus est terminé, est considérée comme prioritaire.

■ Flexibilité du service :

- URFI : puisque l'URFI bénéficie de la proximité du plateau technique et des spécialistes, il arrive que des usagers qualifiés de subaigus y soient admis. Dans ces cas, des essais thérapeutiques sont effectués afin de valider le potentiel de récupération de l'utilisateur. Jusqu'à présent, cette manière de procéder a démontré des résultats positifs. Dans les cas contraires, l'utilisateur est retourné en soins aigus et le prochain usager en attente pour l'URFI est intégré au service;
- UTRF : des essais thérapeutiques peuvent également y être tentés;
- SAD : le rehaussement des services, notamment pour accroître temporairement l'intensité d'un service de réadaptation ou de soins infirmiers à domicile.

■ Partage d'informations :

- Une entente donne accès aux informations contenues dans le système réseau de services intégrés pour les personnes âgées du CHU de Québec aux CSSS. Avec cet accès, les CSSS peuvent aller chercher l'OEMC;
- Au niveau du guichet SAPA, les infirmières de liaison ont accès à certaines données informatisées (par exemple, les résultats aux analyses de laboratoire et les rapports de radiologie et de la pharmacie);
- Les TSR ont accès au système d'information sur la clientèle et les services des CSSS, leur permettant, ainsi, de savoir si l'utilisateur est connu ou non des CSSS de la région de la Capitale-Nationale. Au besoin, ils peuvent créer, directement, des demandes de services comme tout intervenant au guichet.

- Services de soutien / évaluation en gériatrie :
 - CEVQ : l'équipe de mentorat clinique du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec des réseaux universitaires intégrés en santé (CEVQ-RUIS) est une équipe spécialisée en évaluation et en intervention auprès des personnes âgées qui offre les services suivants :
 - Le coaching/mentorat clinique : les membres de l'équipe se déplacent dans les milieux de pratiques pour soutenir les infirmières œuvrant dans différentes missions;
 - La consultation clinique de 2^e ligne : interventions auprès de la clientèle lors de situations cliniques complexes (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, délirium, chutes) suivant des évaluations approfondies et la mise en place du plan d'intervention individualisé;
 - Le soutien au développement et le déploiement de programmes de soins : ressource-conseil auprès des directions des soins infirmiers et des responsables de la qualité.
 - Équipes de consultation spécialisées en gériatrie et gérontopsychiatrie : les équipes peuvent se déplacer à domicile, en résidence pour personnes âgées ou faire des suivis en externe (plusieurs points de service), mais elles n'interviendront pas en milieux de réadaptation. Leurs clientèles doivent présenter des multipathologies et un syndrome gériatrique;
 - Équipe Soutien et accompagnement en gérontopsychiatrie - Équipe réseau surspécialisée (SAGES) (3^e ligne) : cette ressource provient de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et soutient les professionnels œuvrant auprès de la personne âgée, notamment les gérontopsychiatres et les équipes interdisciplinaires ambulatoires de la région. Son mode d'intervention met l'accent sur les soins et la réadaptation dans le milieu de vie de la personne âgée, dans une optique de maintien des acquis d'autonomie fonctionnelle. Les services de l'équipe SAGES sont offerts aux personnes âgées avec ou sans diagnostic en santé mentale et huit lits de stabilisation ou d'évaluation sont disponibles à cette clientèle.
- Voie de passage en soins aigus :
 - URFI gériatrique :
 - Compte tenu de l'emplacement physique de l'URFI (accès au plateau technique, ainsi qu'aux spécialistes), il est possible de surveiller l'état de l'utilisateur pour une courte période à même son lit d'URFI lorsqu'une condition aiguë apparaît. Dans le cas où la condition aiguë de l'utilisateur perdurait, celui-ci serait transféré à son lieu de provenance initiale, suite à une communication téléphonique avec le médecin traitant;
 - Autant que possible, le transfert à l'unité d'origine de l'utilisateur est préconisé. Mais il arrive que certaines situations cliniques (par exemple, le besoin d'une transfusion urgente) requièrent un transit par l'urgence.
 - UTRF :
 - Un retour au médecin référent est préconisé autant que possible, sinon l'utilisateur sera transféré à l'urgence;

- Si l'utilisateur est stabilisé à l'intérieur de 48 heures, sa place est maintenue à l'UTRF. Après cette période, un autre usager sera admis, sauf s'il y a une entente particulière.
- Convalescence :
 - Présence d'une ressource médicale qui peut répondre aux situations de déstabilisation peu complexes. Dans le cas où un retour à l'hôpital devient nécessaire, l'utilisateur doit transiter par l'urgence;
 - Si l'utilisateur est stabilisé à l'intérieur de 24 à 48 heures, sa place en convalescence est maintenue.

7. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Plusieurs stratégies et mécanismes existent afin de résoudre des problématiques liées à l'accessibilité des ressources :

- Comité des cas litigieux pour les unités de réadaptation : mis en place depuis 2012 afin de s'assurer du cheminement et de la prise en charge des demandes de services dans les situations suivantes :
 - Les orientations sont complexes;
 - Il n'y a pas d'offre de service qui correspond au profil de l'utilisateur;
 - Une coordination de services entre les partenaires est nécessaire :
 - Le comité a un pouvoir décisionnel sur l'orientation afin que les usagers aient accès à un processus de réadaptation dans un délai cliniquement acceptable. Le guichet est composé d'un représentant de chacun des services suivants : l'URFI du CHU de Québec, l'URFI de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO), l'URFI de Portneuf, le guichet régional des UTRF, le guichet SAPA du CSSS de la Vieille-Capitale et le guichet SAPA du CSSS de Québec-Nord. Un gériatre-conseil est prévu en soutien au comité. Le médecin référent impliqué dans le dossier pourrait également être consulté;
 - Ce comité peut se rencontrer une fois par semaine, au besoin. Ce regroupement plus formalisé de diverses ressources de réadaptation a permis de faciliter les liens entre les établissements. Plusieurs cas se règlent désormais par des communications directes entre les gestionnaires, en amont aux rencontres de ce comité. Depuis sa création, cinq à six cas ont fait l'objet d'une analyse.
- Comité régional SAPA : ce comité est formé de l'ensemble des directeurs des services de la première et de la deuxième ligne et est piloté par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Les prochains mandats sont en élaboration.
- Plusieurs comités mixtes, notamment avec le CSSS de Québec-Nord, qui se rencontrent généralement toutes les six semaines. Ces comités ont été ralentis par la fusion du CHU de Québec.

- Comité régional de liaison CH-CSSS : ce comité regroupe les infirmières de liaison avec les CSSS. Il s'agit d'un comité tactique, qui n'est toutefois pas réservé à la clientèle SAPA. Il vise à harmoniser les pratiques et améliorer l'efficacité des références.
- Comité de suivi sur les services gériatriques spécialisés incluant les UTRF : le mandat de ce comité est de veiller à l'optimisation et l'harmonisation des services gériatriques spécialisés selon le découpage territorial, évitant ainsi des duplications de services suite à la fusion. Le comité se rencontre toutes les six à huit semaines.

8. LE POINT DE VUE DES PARTICIPANTS

DÉFIS IDENTIFIÉS PAR LES PARTICIPANTS :

- L'accès à un lit en UTRF ou en URFI est souvent difficile en raison des longs délais d'attente. La stratégie actuelle est d'utiliser l'unité de convalescence en attente de ces lits de réadaptation puisqu'il est possible d'offrir un certain service de réadaptation dans la ressource de convalescence. La situation n'est toutefois pas optimale puisqu'elle implique plusieurs transferts pour les usagers.
- Le manque de lits pour les usagers en attente d'hébergement : bien que le réseau ait accès à des lits de transition à cet effet, ceux-ci sont fréquemment comblés.
- Une orientation complexe pour l'utilisateur dont le maintien à domicile est déjà précaire et qui doit séjourner à l'hôpital pour un épisode chirurgical ou médical. Ce dernier pourrait retourner à domicile avec des services en réadaptation. Mais, au moment où l'on doit prendre une décision quant à son orientation au terme de l'épisode des soins aigus, on ne sait pas quelle sera l'issue de l'utilisateur. Or, il manque une ressource où l'utilisateur pourrait bénéficier d'une évaluation parallèlement à des services en réadaptation.

PISTES DE SOLUTION OU ACTIONS PRIORITAIRES IDENTIFIÉES PAR LE GROUPE :

- S'assurer que les usagers reçoivent les soins et services au bon endroit.
- Promouvoir l'unification et l'utilisation des mêmes outils (OEMC).
- Partager l'information de l'OEMC entre le CSSS et l'hôpital.
- Permettre une meilleure accessibilité du retour à domicile pour les clientèles avec troubles de comportements (résidence pour personnes âgées adaptée à cette clientèle, soutien financier spécifique, etc.).
- Permettre une meilleure connaissance du personnel interétablissement (UTRF, CH, SAD, etc.).
- Harmoniser les pratiques et les rendre complémentaires : ce qui représente un enjeu majeur pour notre région.
- Assurer une continuité informationnelle.
- Diffuser les différentes offres de service de la communauté dans les CHSGS.

9. RÉFÉRENCES

POUR EN SAVOIR PLUS

Madame France Falardeau
Directrice adjointe SAD
418 529-4777
France.Falardeau@csssvc.qc.ca

DOCUMENTS PARTAGÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT :

- ✂ *Balises UTRF – Lits soins posthospitaliers*
- ✂ *Bilan 2009-2010 et perspectives 2010-2011.pdf*
- ✂ *Critères d'admissibilités*
- ✂ *Cadre de référence des équipes de consultation spécialisées de gériatrie et de gérontopsychiatrie*
- ✂ *Cadre de référence hébergement temporaire*
- ✂ *Cadre de référence UTRF*
- ✂ *Cheminement d'une DSIE*
- ✂ *Clarification de l'offre de service des services psychosociaux*
- ✂ *Clarification de l'offre de service en ergothérapie (toute clientèle SAD excluant la DI, la DP, et TED)*
- ✂ *ClientèleSAPA*
- ✂ *Consignes guichet SAD*
- ✂ *Critères et procédure URFI HSS*
- ✂ *Demande de services normalisée*
- ✂ *Demande de services SIC PLUS*
- ✂ *Dépliant centre d'hébergement TSR*
- ✂ *Exemple de synthèse TSR*
- ✂ *Gestion de cas dans la région de la Capitale-Nationale*
- ✂ *Guide de rédaction de notes pour TSR*
- ✂ *Historique du projet TSR*
- ✂ *ISAR*
- ✂ *Mandat et fonctionnement du comité des cas litigieux*
- ✂ *Modèle guichet d'accès SAPA*
- ✂ *Offre de service en physiothérapie*
- ✂ *Offre de services professionnels SAD*
- ✂ *Offre de service régionale SAD*
- ✂ *Principes directeurs du guichet SAPA*
- ✂ *Procédure TSR HDQ, CHUL, HDQ, HSFA, IUCPQ*
- ✂ *Procédure Urgence HSFA*
- ✂ *Procédurier pour les premiers évaluateurs en réadaptation à domicile*
- ✂ *Profils Iso*
- ✂ *Scénarios guichet SAPA*
- ✂ *Traitement d'une demande reçue au guichet*
- ✂ *Traitement et orientation des appels du secteur psychosocial*
- ✂ *Traitement et orientation des appels internes et externes soins infirmiers*
- ✂ *Trajectoires des demandes de services au guichet*
- ✂ *Trajectoire des références internes SAD*
- ✂ *Trajectoire des références interprogrammes*
- ✂ *Trajectoire des références vers les centres de jour SAD*
- ✂ *Trajectoire DI-DP-TED*
- ✂ *Trousse d'information URFI-HSS*
- ✂ *Unité de convalescence*

ANNEXE 8 : RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

SOINS POSTAIGUS

Région sociosanitaire (facultatif)		
	%	N
01-Bas-Saint-Laurent	3.6%	1
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	0.0%	0
03-Capitale-Nationale	39.3%	11
04-Mauricie et Centre-du-Québec	0.0%	0
05-Estrie	14.3%	4
06-Montréal	17.9%	5
07-Outaouais	0.0%	0
08-Abitibi-Témiscamingue	0.0%	0
09-Côte-Nord	0.0%	0
10-Nord-du-Québec	0.0%	0
11-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	0.0%	0
12-Chaudière-Appalaches	7.1%	2
13-Laval	0.0%	0
14-Lanaudière	10.7%	3
15-Laurentides	3.6%	1
16-Montérégie	3.6%	1
17-Nunavik	0.0%	0
18-Terres-Cries-de-la-Baie-James	0.0%	0
Total		28
Abstention		12

Lieu de travail (plusieurs choix possibles)		
	%	N
Agence de la santé et des services sociaux	10.0%	4
Centre de réadaptation	2.5%	1
Centre de santé et de services sociaux	50.0%	20
Centre hospitalier non rattaché à un CSSS	20.0%	8
Établissement d'enseignement	7.5%	3
Ministère de la Santé et des Services sociaux du	15.0%	6
Autre (veuillez préciser)	5.0%	2
Total		40

Fonction principale		
	%	N
Cadre intermédiaire	37.5%	15
Cadre supérieur	32.5%	13
Chercheur	2.5%	1
Clinicien	17.5%	7
Professeur	0.0%	0
Autre (veuillez préciser)	10.0%	4
Total		40

Profession/champ disciplinaire		
	%	N
Ergothérapeute	7.5%	3
Infirmière	25.0%	10
Médecin	17.5%	7
Nutritionniste	0.0%	0
Pharmacien	0.0%	0
Physiothérapeute	10.0%	4
Travailleur social	25.0%	10
Autre (veuillez préciser)	15.0%	6
Total		40

Nombre d'années d'implication dans le domaine des soins et services à la personne âgée		
	%	N
Ma pratique ne concerne pas spécifiquement les soins et services à la personne âgée	5.0%	2
Moins d'une année	2.5%	1
Entre 1 et 4 années	5.0%	2
Entre 5 et 9 années	7.5%	3
Entre 10 et 14 années	10.0%	4
15 années et plus	70.0%	28
Total		40

ANNEXE 8 : RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

1. Dans le cadre d'un processus de planification du congé hospitalier débutant dès l'admission, il est essentiel d'évaluer les dimensions suivantes afin de bien planifier les services de soins post-aigus de toute personne âgée hospitalisée :

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Le profil antérieur de la personne (incluant l'état de santé, l'autonomie fonctionnelle, l'état cognitif et psychologique, etc.)											
ACCORD	0%	0%	0%	18%	83%	0%	0%	0%	100%	95.63	40
b) L'état de santé actuel et les diagnostics associés											
ACCORD	3%	0%	0%	5%	93%	0%	3%	0%	98%	96.28	40
c) L'autonomie fonctionnelle											
ACCORD	0%	0%	5%	13%	83%	0%	0%	5%	95%	94.38	40
d) L'état cognitif											
ACCORD	0%	0%	5%	20%	75%	0%	0%	5%	95%	92.50	40
e) L'état psychologique											
ACCORD	0%	0%	5%	40%	55%	0%	0%	5%	95%	87.50	40
f) L'intégrité de la peau et des téguments											
ACCORD	0%	0%	8%	40%	53%	0%	0%	8%	93%	86.25	40
g) L'état nutritionnel											
ACCORD	0%	0%	5%	53%	43%	0%	0%	5%	95%	84.38	40
h) Les capacités d'élimination (intestinale et vésicale)											
ACCORD	0%	3%	8%	35%	55%	0%	3%	8%	90%	85.63	40
i) Le sommeil											
ACCORD	0%	3%	15%	50%	33%	0%	3%	15%	83%	78.13	40
j) La capacité d'apprentissage											
ACCORD	0%	3%	10%	45%	43%	0%	3%	10%	88%	81.88	40
k) L'endurance et la tolérance aux traitements (ex. : traitement de réadaptation)											
ACCORD	0%	5%	5%	35%	55%	0%	5%	5%	90%	85.00	40
l) La motivation à participer aux traitements											
ACCORD	0%	0%	5%	28%	68%	0%	0%	5%	95%	90.63	40
m) Les préférences de l'utilisateur											
ACCORD	0%	0%	8%	45%	48%	0%	0%	8%	93%	85.00	40
n) Les caractéristiques de l'environnement physique du milieu de vie											
ACCORD	0%	0%	5%	30%	65%	0%	0%	5%	95%	90.00	40
o) La capacité, disponibilité et volonté du réseau social											
ACCORD	0%	0%	5%	18%	78%	0%	0%	5%	95%	93.13	40

2. Identifiez, parmi la liste suivante, les 5 dimensions les plus significatives pour établir un pronostic de récupération.

	%	N
a) Le profil antérieur de la personne (incluant l'état de santé, l'autonomie fonctionnelle, l'état cognitif et psychologique, etc.)	75.0%	30
b) L'état de santé actuel et les diagnostics associés	85.0%	34
c) L'autonomie fonctionnelle	72.5%	29
d) L'état cognitif	75.0%	30
e) L'état psychologique	20.0%	8
f) L'intégrité de la peau et des téguments	2.5%	1
g) L'état nutritionnel	5.0%	2
h) Les capacités d'élimination (intestinale et vésicale)	5.0%	2
i) Le sommeil	0.0%	0
j) La capacité d'apprentissage	45.0%	18
k) L'endurance et la tolérance aux traitements (ex. : traitement de réadaptation)	45.0%	18
l) La motivation à participer aux traitements	70.0%	28
Total		40

3. Est-ce que le processus de planification du congé ou la détermination du pronostic de récupération devrait se réaliser différemment selon l'âge? (ex. : les 75 ans et plus vs les 65 ans et plus).

	%	N
Oui	25.0%	10
Non	75.0%	30
Total		40

4. Une documentation suffisante (par exemple, dans un plan d'intervention interdisciplinaire ou dans un plan de services individualisé) des dimensions suivantes est essentielle pour procéder à l'orientation de l'utilisateur vers le service de soins post-aigus approprié :

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Le suivi médical requis											
ACCORD	0%	0%	5%	28%	68%	0%	0%	5%	95%	90.63	40
b) Le suivi de soins infirmiers requis											
ACCORD	0%	0%	5%	20%	75%	0%	0%	5%	95%	92.50	40
c) Le suivi en réadaptation requis											
ACCORD	0%	0%	0%	18%	82%	0%	0%	0%	100%	95.51	39
d) Le niveau d'assistance dans les activités de la vie quotidienne											
ACCORD	0%	0%	0%	26%	74%	0%	0%	0%	100%	93.59	39

5. C'est un intervenant externe au processus d'évaluation des besoins qui détermine l'orientation de l'utilisateur (par exemple, les intervenants du milieu hospitalier transmettent l'évaluation des capacités et des besoins de l'utilisateur à un guichet d'accès et c'est l'intervenant de ce guichet « décisionnel » qui analyse les besoins de l'utilisateur pour attribuer un service).

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	14%	14%	19%	27%	27%	0%	27%	19%	54%	60.27	37
RÉALISATION	3%	5%	27%	41%	19%	5%	8%	27%	59%	67.89	37

6. Ce sont les intervenants du milieu hospitalier ayant procédé à l'évaluation des besoins qui déterminent l'orientation de l'utilisateur au congé (ils adressent la demande à un mécanisme d'accès sans rôle décisionnel ou directement au service désiré).

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	16%	22%	19%	32%	11%	0%	38%	19%	43%	50.16	37
RÉALISATION	3%	14%	19%	43%	14%	8%	16%	19%	57%	64.00	37

7. Les critères suivants permettent d'opérationnaliser le concept de stabilité médicale dans le processus d'orientation de la personne âgée hospitalisée en soins aigus vers un service de soins post-aigus :

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) La stabilité des signes vitaux											
ACCORD	0%	0%	8%	64%	19%	8%	0%	8%	83%	78.03	36
b) Le contrôle de la douleur											
ACCORD	0%	8%	3%	53%	31%	6%	8%	3%	83%	77.94	36
c) La survenue récente d'interventions médicales telles que : transfusion sanguine, chirurgie, procédure invasive, etc.											
ACCORD	3%	11%	14%	47%	19%	6%	14%	14%	67%	68.41	36
d) La présence d'un plan de traitement (ne plus être en investigation)											
ACCORD	0%	0%	6%	58%	31%	6%	0%	6%	89%	81.62	36
e) La fréquence du suivi médical											
ACCORD	0%	8%	6%	50%	28%	8%	8%	6%	78%	76.52	36
f) La fréquence du suivi infirmier											
ACCORD	0%	8%	14%	36%	33%	8%	8%	14%	69%	75.76	36

8. L'atteinte de la stabilité médicale constitue toujours un prérequis pour déterminer l'orientation (choix du lieu de service) de la personne âgée en phase de soins post-aigus.

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	6%	14%	50%	25%	3%	8%	14%	75%	72.89	36

9. Dans certaines situations, il peut être cliniquement pertinent et souhaitable de donner le congé hospitalier et de faire la transition d'une personne âgée avec une certaine instabilité médicale vers un service de soins post-aigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, etc.)

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	14%	8%	42%	31%	3%	17%	8%	72%	71.46	36

10. Quel(s) service(s) pourrait(ent) accueillir une clientèle avec une certaine instabilité médicale?

	%	N
URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive)	80.8%	21
UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle)	80.8%	21
Convalescence	38.5%	10
Autre (veuillez préciser)		6
Total		28

ANNEXE 8 : RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

11. Considérant qu'il pourrait être pertinent de transférer une personne âgée ayant une certaine instabilité médicale vers un service de soins postaigus à l'interne, les conditions suivantes sont nécessaires à la transition sécuritaire de l'usager :											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Obtenir l'accord de l'usager.											
ACCORD	4%	4%	12%	35%	46%	0%	8%	12%	81%	78.88	26
RÉALISATION	0%	4%	4%	42%	46%	4%	4%	4%	88%	84.00	26
b) Consulter les proches de l'usager.											
ACCORD	4%	4%	19%	50%	23%	0%	8%	19%	73%	71.19	26
RÉALISATION	0%	0%	15%	50%	31%	4%	0%	15%	81%	79.00	26
c) Assurer une présence infirmière (24 heures sur 24).											
ACCORD	0%	4%	0%	23%	73%	0%	4%	0%	96%	91.35	26
RÉALISATION	4%	8%	27%	27%	27%	8%	12%	27%	54%	67.75	26
d) Assurer une présence médicale sur place.											
ACCORD	0%	19%	23%	38%	19%	0%	19%	23%	58%	64.42	26
RÉALISATION	19%	19%	12%	31%	4%	15%	38%	12%	35%	44.55	26
e) Assurer une garde médicale (24 heures sur 24).											
ACCORD	0%	4%	4%	35%	58%	0%	4%	4%	92%	86.54	26
RÉALISATION	0%	8%	23%	35%	23%	12%	8%	23%	58%	70.65	26
f) Avoir sur place du personnel possédant des connaissances et habilités suffisantes en lien avec le problème instable ou le traitement requis.											
ACCORD	0%	0%	0%	19%	81%	0%	0%	0%	100%	95.19	26
RÉALISATION	4%	4%	27%	31%	23%	12%	8%	27%	54%	68.52	26
g) Avoir accès à du soutien/expertise clinique (24 heures sur 24).											
ACCORD	4%	0%	4%	31%	54%	8%	4%	4%	85%	85.46	26
RÉALISATION	8%	8%	23%	23%	23%	15%	15%	23%	46%	63.73	26
h) Être à proximité géographique des services de soins aigus ou d'une salle d'urgence.											
ACCORD	4%	4%	23%	58%	12%	0%	8%	23%	69%	67.35	26
RÉALISATION	12%	8%	31%	35%	8%	8%	19%	31%	42%	55.33	26
i) Avoir des ententes ou des corridors de services formels pour un retour de l'usager en soins aigus au besoin.											
ACCORD	0%	0%	4%	19%	77%	0%	0%	4%	96%	93.27	26
RÉALISATION	0%	4%	8%	54%	31%	4%	4%	8%	85%	79.00	26
12. Dans certaines situations, il peut être cliniquement pertinent et souhaitable de donner le congé hospitalier et de transférer une personne âgée avec une certaine instabilité médicale vers son domicile, avec des services de soins postaigus en ambulatoire ou à domicile.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	6%	8%	25%	42%	17%	3%	14%	25%	58%	64.34	36
13. Considérant qu'il pourrait être pertinent de transférer une personne âgée ayant une certaine instabilité médicale vers son domicile, avec des services en ambulatoire ou à domicile, les conditions suivantes sont nécessaires à la transition sécuritaire de l'usager :											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Obtenir l'accord de l'usager.											
ACCORD	0%	0%	5%	24%	71%	0%	0%	5%	95%	91.67	21
RÉALISATION	0%	5%	0%	43%	48%	5%	5%	0%	90%	85.00	21
b) Obtenir l'accord des proches de l'usager.											
ACCORD	0%	0%	10%	33%	57%	0%	0%	10%	90%	86.90	21
RÉALISATION	0%	0%	10%	43%	43%	5%	0%	10%	86%	83.75	21
c) Assurer une garde infirmière (24 heures sur 24).											
ACCORD	0%	0%	14%	29%	57%	0%	0%	14%	86%	85.71	21
RÉALISATION	0%	10%	14%	24%	48%	5%	10%	14%	71%	78.75	21
d) Assurer une garde médicale (24 heures sur 24).											
ACCORD	0%	10%	24%	33%	33%	0%	10%	24%	67%	72.62	21
RÉALISATION	5%	24%	24%	19%	19%	10%	29%	24%	38%	56.63	21
e) Avoir du personnel possédant des connaissances et habilités suffisantes en lien avec le problème instable ou le traitement requis.											
ACCORD	0%	0%	14%	43%	43%	0%	0%	14%	86%	82.14	21
RÉALISATION	0%	10%	10%	38%	33%	10%	10%	10%	71%	76.32	21
f) Être à proximité géographique des services de soins aigus ou d'une salle d'urgence.											
ACCORD	5%	0%	43%	43%	10%	0%	5%	43%	52%	63.14	21
RÉALISATION	10%	14%	24%	38%	10%	5%	24%	24%	48%	56.35	21
g) Avoir des ententes ou des corridors de services formels pour un retour de l'usager en soins aigus au besoin.											
ACCORD	0%	0%	10%	38%	52%	0%	0%	10%	90%	85.71	21
RÉALISATION	10%	0%	5%	48%	33%	5%	10%	5%	81%	75.10	21

14. Dans les cas où l'accès aux services de soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) au moment requis est compromis, diverses stratégies peuvent être mises en place pendant la période d'attente :

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Maintenir l'usager sur la même unité de courte durée (ex. : à l'unité d'orthopédie) pendant toute la durée de l'attente.											
ACCORD	19%	25%	22%	19%	14%	0%	44%	22%	33%	46.03	36
RÉALISATION	6%	11%	22%	36%	11%	14%	17%	22%	47%	60.55	36
b) Regrouper les usagers en attente dans une même unité du milieu de soins aigus.											
ACCORD	19%	11%	19%	31%	19%	0%	31%	19%	50%	55.06	36
RÉALISATION	14%	19%	19%	25%	8%	14%	33%	19%	33%	48.55	36
c) Initier des interventions de réadaptation dans le milieu de soins aigus (ex. : à l'aide d'équipes mobiles ou autres).											
ACCORD	6%	8%	3%	33%	50%	0%	14%	3%	83%	78.53	36
RÉALISATION	6%	8%	19%	39%	17%	11%	14%	19%	56%	64.91	36
d) Transférer l'usager dans un milieu temporaire (autre ressource de soins postaigus à l'interne) et ajuster / intensifier les services en fonction de ses besoins.											
ACCORD	6%	8%	14%	39%	31%	3%	14%	14%	69%	70.77	36
RÉALISATION	3%	14%	19%	36%	14%	14%	17%	19%	50%	62.94	36
e) Intensifier temporairement les services à domicile.											
ACCORD	0%	14%	11%	28%	44%	3%	14%	11%	72%	76.43	36
RÉALISATION	0%	22%	28%	22%	19%	8%	22%	28%	42%	60.61	36

16. Les stratégies suivantes pourraient permettre de soutenir l'intensification de services à domicile :

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Utiliser la télésanté (que ce soit pour de la télésurveillance ou de la téléconsultation).											
ACCORD	0%	3%	25%	28%	39%	6%	3%	25%	67%	77.21	36
RÉALISATION	3%	17%	17%	28%	22%	14%	19%	17%	50%	64.55	36
b) Avoir un intervenant dédié qui coordonne l'épisode de soins à domicile (par exemple un gestionnaire de cas, un intervenant pivot, un travailleur social réseau, etc.).											
ACCORD	0%	3%	3%	25%	67%	3%	3%	3%	92%	90.00	36
RÉALISATION	0%	6%	17%	36%	36%	6%	6%	17%	72%	77.21	36
c) Développer un service de premier répondant en réadaptation qui visite rapidement l'usager à son retour à domicile.											
ACCORD	0%	0%	3%	44%	50%	3%	0%	3%	94%	87.14	36
RÉALISATION	0%	3%	17%	42%	25%	14%	3%	17%	67%	75.81	36
d) Avoir un médecin qui se déplace à domicile pour effectuer un suivi régulier.											
ACCORD	0%	6%	6%	31%	56%	3%	6%	6%	86%	85.00	36
RÉALISATION	11%	42%	22%	8%	6%	11%	53%	22%	14%	37.63	36
e) Avoir un médecin en soutien téléphonique pour les intervenants.											
ACCORD	0%	3%	6%	36%	50%	6%	3%	6%	86%	85.29	36
RÉALISATION	0%	25%	28%	17%	17%	14%	25%	28%	33%	57.26	36
f) Avoir une ressource de soutien / conseil pour les intervenants en matière de gestion des risques à domicile.											
ACCORD	8%	8%	3%	42%	31%	8%	17%	3%	72%	71.30	36
RÉALISATION	6%	8%	31%	33%	8%	14%	14%	31%	42%	58.94	36
g) Assurer une présence à domicile 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.											
ACCORD	9%	17%	6%	31%	34%	6%	26%	6%	66%	67.00	36
RÉALISATION	25%	22%	19%	8%	14%	8%	47%	19%	22%	40.13	35

18. Cette pratique est inappropriée, considérant que l'objectif des lits de soins postaigus est de répondre aux besoins des usagers à la suite d'une hospitalisation.

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	31%	33%	22%	14%	0%	0%	64%	22%	14%	30.17	36

19. Une telle pratique peut avoir un impact négatif sur la fluidité des trajectoires en compromettant l'accès aux services de soins postaigus depuis le milieu de soins aigus.

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	14%	42%	11%	31%	3%	0%	56%	11%	33%	41.81	36

20. Cette pratique devrait demeurer exceptionnelle, puisque cela concerne un nombre négligeable d'usagers.

	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	8%	14%	19%	39%	19%	0%	22%	19%	58%	61.89	36

ANNEXE 8 : RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

21. Cette pratique devrait être permise, sur référence du médecin de famille, pour éviter un recours au milieu hospitalier.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	6%	6%	11%	33%	44%	0%	11%	11%	78%	76.44	36
22. Les informations sommaires du séjour et les changements dans le plan thérapeutique doivent être transmises au pharmacien communautaire :											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Avant le retour à domicile.											
ACCORD	0%	3%	6%	36%	50%	6%	3%	6%	86%	85.29	36
RÉALISATION	0%	3%	19%	39%	28%	11%	3%	19%	67%	75.78	36
b) Dans la semaine suivant le retour à domicile.											
ACCORD	28%	22%	14%	19%	11%	6%	50%	14%	31%	40.74	36
RÉALISATION	11%	6%	14%	22%	25%	22%	17%	14%	47%	64.43	36
23. Les informations sommaires du séjour et les changements dans le plan thérapeutique doivent être transmises au médecin de famille :											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) Avant le retour à domicile.											
ACCORD	0%	0%	11%	31%	58%	0%	0%	11%	89%	86.81	36
RÉALISATION	3%	14%	17%	28%	33%	6%	17%	17%	61%	69.88	36
b) Dans la semaine suivant le retour à domicile.											
ACCORD	17%	6%	11%	31%	31%	6%	22%	11%	61%	64.15	36
RÉALISATION	6%	8%	19%	25%	31%	11%	14%	19%	56%	68.81	36
24. Il est essentiel d'avoir des stratégies formelles et convenues dans l'éventualité où l'utilisateur nécessiterait des soins aigus pendant un séjour dans un service de soins post-aigus à l'interné.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	0%	3%	34%	60%	0%	3%	3%	94%	87.17	35
25. Il est essentiel d'avoir des stratégies formelles et convenues dans l'éventualité où l'utilisateur nécessiterait des soins aigus alors qu'il reçoit des soins et services post-aigus en ambulatoire ou à domicile.											
	1	2	3	4	5	NSP				Moyenne	N
ACCORD	0%	3%	11%	37%	49%	0%	3%	11%	86%	82.86	35
26. Communications directes entre les médecins responsables des services concernés.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	0%	0%	29%	69%	0%	3%	0%	97%	90.03	35
RÉALISATION	0%	9%	29%	40%	20%	3%	9%	29%	60%	68.38	35
27. Appel à l'infirmière du triage à l'urgence.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	6%	23%	3%	37%	31%	0%	29%	3%	69%	66.49	35
RÉALISATION	6%	9%	14%	37%	23%	11%	14%	14%	60%	67.81	35
28. Appel au médecin ayant donné le congé du milieu de soins aigus afin qu'il puisse se déplacer rapidement pour évaluer l'utilisateur à l'urgence ou réhospitaliser directement.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	0%	17%	34%	34%	14%	0%	17%	34%	49%	61.43	35
RÉALISATION	11%	49%	20%	9%	3%	9%	60%	20%	11%	34.50	35
29. Utilisation de l'accueil clinique											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	0%	6%	37%	43%	11%	3%	6%	80%	83.10	35
RÉALISATION	3%	14%	11%	34%	14%	23%	17%	11%	49%	63.93	35
30. Retour sur l'unité de soins aigus d'origine (si l'utilisateur a quitté le centre hospitalier depuis moins de 48 heures).											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	3%	26%	34%	34%	0%	6%	26%	69%	73.60	35
RÉALISATION	14%	14%	40%	20%	6%	6%	29%	40%	26%	47.12	35

31. Dès l'arrivée de la personne âgée à l'urgence, vérifier si elle est connue des équipes du SAD (en ayant accès à I-CLSC, par exemple).											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	0%	0%	0%	11%	89%	0%	0%	0%	100%	97.14	35
RÉALISATION	0%	0%	11%	29%	54%	6%	0%	11%	83%	86.36	35
32. Dans le cas où la personne âgée est connue au SAD, impliquer l'intervenant pivot du SAD ou le gestionnaire de cas dans la planification du congé (tant pour l'évaluation des besoins que pour la décision d'orientation en soins postaigus).											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	0%	0%	3%	9%	89%	0%	0%	3%	97%	96.43	35
RÉALISATION	0%	0%	6%	37%	51%	6%	0%	6%	89%	87.12	35
33. L'ensemble des services offrant des soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) devrait être en mesure d'accueillir les personnes âgées présentant des déficits cognitifs.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	0%	3%	6%	46%	46%	0%	3%	6%	91%	83.57	35
RÉALISATION	0%	6%	23%	49%	17%	6%	6%	23%	66%	70.45	35
34. L'ensemble des services offrant des soins postaigus à l'interne (ex. : URFI, UTRF, convalescence, etc.) devrait être en mesure d'accueillir les personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	3%	11%	23%	34%	29%	0%	14%	23%	63%	68.60	35
RÉALISATION	6%	29%	29%	17%	14%	6%	34%	29%	31%	51.58	35
35. Certains profils de personnes âgées actuellement dirigées vers des services de soins postaigus à l'interne ont la capacité et bénéficieraient de services en mode ambulatoire directement à la suite du congé hospitalier, si de tels services étaient davantage disponibles.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	0%	6%	17%	31%	43%	3%	6%	17%	74%	78.68	35
37. Il est préférable que l'ensemble des personnes âgées nécessitant des soins postaigus en ambulatoire puissent avoir accès aux services dans un même lieu, que ce soit pour une intervention unidisciplinaire ou multidisciplinaire.											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
ACCORD	0%	6%	17%	34%	37%	6%	6%	17%	71%	77.27	35
RÉALISATION	3%	23%	17%	34%	6%	17%	26%	17%	40%	55.21	35
38. Dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources et de l'expertise existante, les services suivants pourraient développer un volet en ambulatoire :											
	1	2	3	4	5	NSP	1+2	3	4+5	Moyenne	N
a) UCDG (unité de courte durée gériatrique)											
ACCORD	3%	14%	14%	29%	31%	9%	17%	14%	60%	69.56	35
RÉALISATION	6%	14%	29%	17%	11%	23%	20%	29%	29%	54.70	35
b) URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive)											
ACCORD	3%	17%	17%	29%	26%	9%	20%	17%	54%	65.66	35
RÉALISATION	11%	11%	31%	14%	9%	23%	23%	31%	23%	49.22	35
c) UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle)											
ACCORD	6%	20%	11%	26%	29%	9%	26%	11%	54%	64.13	35
RÉALISATION	14%	20%	23%	11%	11%	20%	34%	23%	23%	45.71	35

