

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine**

Québec 

Lignes directrices

Service de convalescence/réadaptation

Document adopté par le conseil d'administration
de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
le 12 février 2015

Rédaction :

Louise Aubert, agente de planification, programmation et recherche
Marie-Eve Noël, agente de planification, programmation et recherche

Ce document a été produit avec la précieuse collaboration de :

Louise Landry, directrice du programme SAPA, CSSS de La Haute-Gaspésie,
Maryse Savage, chef du programme SAD, CSSS de La Côte-de-Gaspé,
Alban Béland, chef de programme SAD intérimaire, CSSS de La Côte-de-Gaspé

Production et diffusion :

Direction de la planification et de l'organisation des services
Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
144, boulevard Gaspé
Gaspé (Québec) G4X 1A9

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-72657-9 (version imprimée)
978-2-550-72658-6 (version PDF)

Table des matières

1.	CONTEXTE.....	1
2.	LA MISSION.....	2
3.	LES OBJECTIFS POURSUIVIS.....	2
3.1.	Pour la clientèle.....	2
3.2.	Pour le CSSS.....	3
4.	LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ.....	3
4.1.	La clientèle cible.....	3
4.2.	Les critères d'exclusion.....	4
5.	L'OFFRE DE SERVICE.....	4
6.	L'ORGANISATION DE SERVICES.....	4
6.1.	Mécanisme d'accès et de référence.....	5
6.2.	Admission.....	5
6.3.	Séjour et planification du congé.....	5
6.4.	La durée du séjour.....	6
6.5.	Responsabilités du CSSS.....	6
6.6.	Responsabilités de la ressource.....	6
6.7.	Responsabilités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la GIM.....	7
7.	LA REDDITION DE COMPTES.....	7
8.	LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'USAGER.....	7
	Annexe 1.....	8
	Annexe 2.....	9

1. CONTEXTE

L'augmentation prévue du nombre de personnes âgées et très âgées crée sans contredit de la pression sur les services à domicile et les services d'hébergement.

Les centres hospitaliers ont à conjuguer quotidiennement avec la présence de personnes âgées hospitalisées qui ne requièrent plus de soins aigus, mais qui occupent toujours un lit de courte durée. Une telle situation a des effets négatifs, tant sur les conditions des personnes que sur le fonctionnement du réseau de santé et de services sociaux. D'une part, les personnes âgées vulnérables risquent de vivre une diminution rapide de leurs capacités fonctionnelles et de leur qualité de vie au cours de leur séjour hospitalier; ce phénomène s'appelle le déclin fonctionnel¹. D'autre part, l'occupation prolongée des lits de courte durée par des personnes dont la condition médicale est stabilisée a pour effet de réduire l'accès aux lits de courte durée pour des personnes qui requièrent des soins aigus.

Également, en plus d'éviter que des personnes âgées hospitalisées soient en attente d'une évaluation, il importe de combler dès que possible les places inoccupées de répit/convalescence lorsque le retour à la maison s'avère impossible.

Ce document se veut un cadre de référence régional ayant pour but de préciser les lignes directrices encadrant l'utilisation du service de convalescence/réadaptation, en termes de critères d'admissibilité et d'offre de service.

La rédaction de ce document a été grandement inspirée du document « *Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF) - Lignes directrices* ». Nous y avons apporté les modifications spécifiques au service de convalescence/réadaptation.

¹ Ce phénomène de déclin fonctionnel d'origine iatrogénique est souvent qualifié de processus de déconditionnement par les intervenants du réseau. Le phénomène et ses implications détaillées sont décrits dans le cadre de référence « L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier ».

2. LA MISSION

Le service de convalescence/réadaptation a pour mission première d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins des personnes à la suite d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier dont l'état ne requiert plus de soins aigus et dont le retour à domicile est compromis (domicile conventionnel, ressource privée pour aînés, ressources intermédiaires, ressources de type familial). Le service de convalescence/réadaptation se veut un **service de transition entre le milieu hospitalier et le domicile**. Cette période de transition est importante dans l'étape de récupération de l'autonomie fonctionnelle nécessaire au retour à domicile.

En lien avec les orientations ministérielles, et dans la logique du maintien à domicile, *les soins et services dispensés aux usagers doivent compenser les incapacités tout en gardant pour objectif le maintien à domicile. L'emphase est a priori sur l'autonomie: on agit sur les capacités peu importe où l'utilisateur se retrouve dans le continuum de soins et de services, et ce, dans un processus d'autonomisation. Ce changement de paradigme implique de déployer tous les efforts nécessaires pour préserver, maintenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur, mais aussi de reconnaître et soutenir son autonomie décisionnelle²*.

Dans l'éventualité où l'utilisateur n'a plus le niveau d'autonomie nécessaire pour réintégrer son domicile, le service de convalescence/réadaptation est un milieu plus adapté que les centres hospitaliers pour procéder à une évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'aide *l'Outil d'évaluation multiclientèle* (OEMC).

3. LES OBJECTIFS POURSUIVIS

3.1. Pour la clientèle

- Permettre aux personnes âgées, présentant une diminution de leur autonomie et n'ayant plus besoin de soins aigus en centre hospitalier, de recouvrir, dans un milieu transitoire, les capacités fonctionnelles nécessaires au retour dans leur milieu de vie;
- Permettre aux personnes âgées, présentant une diminution de leur autonomie et ne pouvant plus réintégrer leur domicile, d'être évaluées dans un milieu ressemblant davantage à un milieu de vie; cette particularité assurera une évaluation plus juste de leurs capacités et de leurs besoins, et en conséquence, une meilleure orientation.

² Texte tiré d'une présentation sur le déploiement du système de soutien à l'autonomie.

3.2. Pour le CSSS

- Éliminer les demandes d'hébergement effectuées en milieu hospitalier;
- Assurer une utilisation optimale des ressources du réseau en ayant recours à celles qui sont les plus appropriées à la condition et aux besoins de la personne;
- Améliorer l'accès aux services de santé de courte durée;
- Assurer la continuité des soins et des services requis à la suite d'un épisode d'hospitalisation;
- Déterminer quel médecin doit prendre en charge l'usager à domicile en attente d'évaluation;
- Réserver l'hébergement de soins de longue durée aux personnes âgées dont le profil ISO-SMAF démontre une grande perte d'autonomie (en CHSLD, profil ISO-SMAF de 10 et +).

4. LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

4.1. La clientèle cible

Le service de convalescence/réadaptation vise les personnes âgées ou les adultes de moins de 65 ans présentant un profil gériatrique³, plus précisément :

- Personnes vivant un déclin fonctionnel au cours d'un épisode de soins en milieu hospitalier, ce qui compromet leur retour dans leur milieu de vie;
- Personnes dont l'état ne nécessite plus de soins médicaux aigus et spécialisés dispensés en milieu hospitalier;
- Personnes à domicile (domicile conventionnel, ressource privée pour aînés, ressources intermédiaires, ressources de type familial) et en ressource intermédiaire avec une perte d'autonomie fonctionnelle compromettant leur maintien à domicile et pour lesquelles une période de transition (évaluation, réadaptation) est nécessaire, sans toutefois nécessiter une hospitalisation.

³ Le profil gériatrique fait référence à une perte d'autonomie liée au vieillissement chez un adulte de moins de 65 ans ou une personne âgée présentant plusieurs incapacités fonctionnelles d'ordre physique, psychique et social reliées à une ou des pathologies ou maladies aiguës ou chroniques et présentant une combinaison des symptômes suivants : incontinence, immobilité, instabilité avec fréquence de chutes, problèmes dépressifs, déficits cognitifs ou problèmes iatrogéniques (sur médication).

4.2. Les critères d'exclusion

Certaines personnes doivent d'emblée être exclues des services de convalescence/réadaptation :

- Personnes admissibles aux services de l'URFI;
- Personnes ayant des troubles graves de comportement;
- Personnes vivant à domicile sans avoir été évaluées au plan médical.

5. L'OFFRE DE SERVICE

Le service de convalescence/réadaptation comprend:

- Soins infirmiers et d'assistance (ASSS);
- Travail social;
- Réadaptation physique (ergothérapie, physiothérapie);
- Services médicaux et pharmaceutiques;
- Autres services professionnels au besoin (nutrition, psychologie, orthophonie, inhalothérapie, etc.);
- Personnel de soutien⁴.

6. L'ORGANISATION DE SERVICES

Le service de convalescence/réadaptation peut s'implanter dans diverses ressources (CHSLD et RNI) à condition que les exigences décrites dans les lignes directrices soient respectées.

Des places sont dédiées aux usagers référés pour le service de convalescence-réadaptation à moins d'une situation exceptionnelle. Les lieux physiques s'apparentent à un milieu de vie de type familial avec des espaces de vie communs comme la cuisine et le salon.

⁴ Personnel de soutien : personnes qui occupent un emploi dans les services para techniques (ex. : auxiliaire aux services de santé et aux services sociaux), les services techniques (ex. : préposé à la buanderie, préposé aux services alimentaires) ou les services administratifs (ex. : agent administratif, agent de gestion du personnel).

6.1. Mécanisme d'accès et de référence

- Le coordonnateur du mécanisme d'accès à l'hébergement ou au service de convalescence-réadaptation est responsable de l'orientation des usagers vers le service de convalescence/réadaptation;
- Un mécanisme de partage d'informations doit être convenu entre les parties, soit le CSSS, le milieu hospitalier et la ressource offrant le service de convalescence/réadaptation. Le partage d'informations doit comprendre : une évaluation de l'autonomie fonctionnelle (OEMC) et le plan d'intervention interdisciplinaire s'y rattachant;
- L'utilisateur doit consentir par écrit à son séjour en convalescence/réadaptation en plus de comprendre et d'être en accord avec les motifs et les objectifs de la convalescence/réadaptation;
- Si l'utilisateur est inapte à consentir, le consentement doit être donné par la personne désignée responsable (conjoint(e), enfants, mandataire, curateur).

6.2. Admission

L'admission peut se faire sept jours par semaine selon les mécanismes en place dans chaque établissement. En cours de séjour, une évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'aide de l'OEMC est faite pour déterminer le requis de services en soutien à domicile afin que la personne puisse réintégrer son domicile ou pour orienter la personne vers un milieu de vie substitut.

6.3. Séjour et planification du congé

Dès l'admission dans le service de convalescence/réadaptation, le départ de l'utilisateur doit être planifié et organisé à travers son plan d'intervention interdisciplinaire. L'intervenant pivot au dossier, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, est responsable de la planification, de l'élaboration et du suivi du plan d'intervention interdisciplinaire. Celui-ci doit comprendre les objectifs à atteindre durant le séjour ainsi que le rôle et les responsabilités des intervenants désignés au dossier, et il se fait en présence de l'utilisateur ou de son représentant.

Les balises suivantes doivent guider les professionnels lors de la planification du congé :

- La personne est-elle parvenue à récupérer suffisamment d'autonomie fonctionnelle pour envisager un retour dans son milieu de vie?
- Des ressources œuvrant dans la communauté sont-elles en mesure de prendre le relais pour pallier le déficit de la personne?

- Les proches peuvent-ils s'impliquer pour pallier les incapacités de la personne?

6.4. La durée du séjour

Le maximum d'un séjour en convalescence est de 60 jours. Après 60 jours, une décision doit être prise afin de déterminer si la personne peut réintégrer son milieu de vie avec des services et du support du réseau ou si une demande d'hébergement est effectuée. Ce séjour peut être reconduit seulement si une note médicale en explique les raisons ou pour des raisons exceptionnelles.

6.5. Responsabilités du CSSS

Le CSSS doit :

- Coordonner le processus d'accès au service de convalescence/réadaptation (Annexe 1);
- Offrir des services professionnels à l'utilisateur durant son séjour;
- S'assurer que les soins et les services dispensés par la ressource répondent aux besoins de l'utilisateur;
- Évaluer les usagers avec l'OEMC;
- Compléter le plan d'intervention en interdisciplinarité avec la collaboration de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant;
- Planifier, dès l'admission, le retour à domicile de la personne en mettant en place les services nécessaires et solliciter la participation et le support du réseau;
- En dernier recours, orienter l'utilisateur vers une ressource d'hébergement correspondant à ses besoins;
- Effectuer une reddition de comptes à l'Agence à la P7 et à la P13.

6.6. Responsabilités de la ressource

- Si le service de convalescence/réadaptation s'effectue en CHSLD :
 - Offrir les services de gîte et couvert;
 - Offrir aide et assistance à l'utilisateur;
 - Offrir les services professionnels requis au plan d'intervention interdisciplinaire;
 - Collaborer avec le milieu hospitalier et communautaire;
- Si le service de convalescence/réadaptation s'effectue en ressource non institutionnelle :
 - Offrir les services de gîte et couvert;
 - Offrir aide et assistance à l'utilisateur;

- Collaborer avec le milieu hospitalier, les professionnels du soutien à domicile et de la réadaptation physique qui ont comme responsabilités, entre autres, d'offrir des services professionnels;
- Respecter les ententes signées avec le CSSS.

6.7. Responsabilités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la GIM

L'Agence doit :

- Déployer et coordonner le développement des services de convalescence/réadaptation;
- Supporter les CSSS dans la mise en place des services de convalescence/réadaptation;
- Analyser l'efficacité et l'efficacé du service de convalescence/réadaptation.

7. LA REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes de l'utilisation des services de convalescence/réadaptation doit être effectuée aux périodes 7 et 13 (Annexe 2).

Le CSSS doit transmettre les informations suivantes à l'agent(e) de planification, de programmation et de recherche porteur(se) du dossier à l'Agence :

- Le nombre de personnes admises dans le service de convalescence/réadaptation;
- La moyenne des durées des séjours en convalescence/réadaptation;
- Le nombre de personnes qui sont retournées dans leur milieu de vie (domicile, RPA, RTF) à la suite d'un séjour en convalescence/réadaptation;
- Le nombre de personnes qui ont été hébergées à la suite d'un séjour en convalescence/réadaptation.

8. LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'USAGER

Aucune contribution de l'utilisateur n'est actuellement requise du fait que ce service n'est pas considéré comme un service de répit. Toutefois, une orientation régionale en cette matière pourrait préciser la contribution financière de l'utilisateur.

Annexe 1

MÉCANISME D'ACCÈS AU SERVICE DE CONVALESCENCE/RÉADAPTATION	
Étape 1	L'infirmière de liaison, en collaboration avec l'équipe de gestion de lits, cible les personnes qui sont en fin de soins actifs et qui n'ont pas atteint le niveau d'autonomie nécessaire à la réintégration de leur domicile.
Étape 2	L'infirmière de liaison discute avec l'utilisateur et ses proches de la possibilité de l'orienter vers le service de convalescence/réadaptation et demande leur consentement ou celui de son représentant. En cas de refus, l'utilisateur retourne à domicile.
Étape 3	L'infirmière de liaison, en collaboration avec l'équipe de gestion de lits, informe le responsable du mécanisme d'accès des usagers potentiellement admissibles au service de convalescence/réadaptation.
Étape 4	Le responsable du mécanisme d'accès détermine, à la lumière des renseignements fournis par l'infirmière de liaison, si la personne est admissible au service et en informe l'infirmière de liaison et/ou l'intervenante sociale au dossier.
Étape 5	Le responsable du mécanisme d'accès détermine la disponibilité du service de convalescence/réadaptation et en informe l'infirmière de liaison du centre hospitalier.
Étape 6	Le responsable du mécanisme d'accès informe la ressource de l'arrivée d'un nouvel usager.
Étape 7	L'intervenante sociale au dossier attire à la personne, en collaboration avec l'infirmière de liaison, la famille et la ressource, planifie le transfert de la personne vers le service de convalescence/réadaptation et transmet les renseignements pertinents à la ressource.

Annexe 2

TABLEAU REDDITION DE COMPTES UTILISATION DU SERVICE DE CONVALESCENCE		
Périodes	P7	P13
Nombres d'usagers admis		
Moyenne de durée de séjour		
Nombre d'usagers retournés à domicile (le domicile incluant le milieu de vie substitut)		
Nombre d'usagers admis en hébergement		

NB : Il pourrait être pertinent que chaque établissement se crée un outil qui permettrait de répertorier les personnes qui ont été admises dans le service, la durée de leur séjour, le nombre d'usagers qui sont retournés à domicile et le nombre d'usagers admis en hébergement afin de faciliter la comptabilisation des données pour la P7 et la P13.