



Ce bulletin **Repères** s'adresse aux décideurs et aux gestionnaires du Québec concernés par les services de réadaptation aux adultes présentant des incapacités motrices permanentes ou temporaires. Il résume les principaux constats de l'état des pratiques intitulé [*Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire*](#) (INESSS 2018).

Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire

Introduction

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit un état des pratiques qui recense différents modèles nationaux et internationaux d'organisation de services ainsi que des pratiques organisationnelles favorisant l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des soins et services destinés aux adultes ayant des incapacités motrices permanentes ou temporaires. Les incapacités motrices permanentes découlent d'un accident ou d'une maladie (accident vasculaire cérébral [AVC], traumatisme craniocérébral [TCC], amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative), tandis que les incapacités motrices temporaires résultent d'une fracture (fragile avec comorbidités) ou d'une chirurgie (prothèse totale de la hanche [PTH], prothèse totale du genou [PTG]). Cette recension des écrits vise donc à éclairer les décideurs et les gestionnaires qui s'emploient, d'une part, à définir les paramètres d'organisation des services pour ces clientèles et, d'autre part, à clarifier l'offre de services spécifiques pour les personnes ayant une incapacité motrice, qu'elle soit permanente ou temporaire.

Des recherches menées dans la littérature scientifique et grise, la consultation de gestionnaires et d'experts de différentes régions du Québec, de même que la contribution d'un comité de travail ont permis de répondre aux cinq questions d'évaluation établies pour atteindre cet objectif et de documenter :

1. les modèles d'organisation des services instaurés dans d'autres pays ou provinces canadiennes;
2. les pratiques organisationnelles transversales à la gestion des lits, la gestion des transitions ou la dispensation des services externes;

les pratiques organisationnelles spécifiques à :

3. la gestion des lits;
4. la gestion des transitions;
5. la dispensation des services externes.

Afin de soutenir les décideurs et les gestionnaires concernés par les services de réadaptation aux adultes présentant des incapacités motrices permanentes ou temporaires, le bulletin **Repères** résume les principaux constats tirés de l'analyse des modèles et des pratiques organisationnelles présentés dans cette recension.

1 Modèles nationaux et internationaux d'organisation de services de réadaptation

Certains pays ou provinces canadiennes ont décidé d'optimiser l'organisation de leurs services de réadaptation. La recherche documentaire a permis de repérer cinq modèles d'organisation à la fois prometteurs, pertinents et transférables, en tout ou en partie, au contexte québécois.

Les modèles retenus sont ceux développés en **Australie**, en **Ontario**, en **Irlande**, en **Alberta** et en **Nouvelle-Zélande**. Quelques éléments communs se dégagent de ces différents modèles. Ils permettent d'assurer une meilleure fluidité entre les différents services de réadaptation et une réponse optimale aux besoins des usagers.

Éléments communs aux cinq modèles d'organisation de services



Adoption de définitions communes



Adhésion de tous les acteurs concernés à une vision intégrée des services du continuum de réadaptation



Mise en œuvre d'une offre complète et variée de services externes

Principes, objectifs et moyens qui caractérisent chacun des modèles étudiés

▣ L'**Australie** a développé :

- deux répertoires de standards pour la prestation des services de réadaptation – l'un interne et l'autre externe – qui se déclinent en six thématiques : gouvernance, dotation, installations et équipements, politiques et procédures, amélioration de la qualité et gestion des risques, formation et recherche;
- un cadre de référence national sur les services de réadaptation post-AVC;
- un modèle non hiérarchisé d'organisation de services en AVC, incluant une offre variée de services externes.

▣ L'**Ontario** a élaboré un plan d'action qui a pour objectifs de :

- adopter une terminologie commune;
- soutenir une approche standardisée d'évaluation des services de réadaptation;
- élaborer une approche de services adaptée pour les personnes âgées fragiles et les adultes ayant une condition médicale complexe;
- évaluer et planifier les services de réadaptation externes;
- soutenir les établissements dans la mise en place du processus provincial de reclassification des lits de réadaptation.

Dans la poursuite de ces objectifs, l'**Ontario** a proposé différents outils et cadres de référence, notamment :

- un cadre de référence qui décrit la réorganisation des lits de réadaptation;
- des algorithmes visant à soutenir l'orientation des usagers nécessitant des services de réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche ou d'une chirurgie pour une prothèse totale de la hanche (PTH) ou une prothèse totale du genou (PTG).

▣ **L'Irlande** a réorganisé ses services de réadaptation selon deux objectifs principaux et quatre niveaux de services :

- fournir un service le plus près possible du domicile de l'utilisateur, individualisé, en temps opportun et intégré;
- créer un système souple, réactif et responsable.

Ainsi, la nouvelle organisation des services en **Irlande** se décline en quatre niveaux unis par des liens bidirectionnels :

- services de réadaptation primaires;
- services de réadaptation dans la communauté;
- services régionaux de réadaptation;
- services nationaux de réadaptation.

▣ **L'Alberta** s'est dotée d'un cadre conceptuel qui :

- favorise une compréhension commune de la réadaptation;
- définit les concepts relatifs aux services de réadaptation;
- sert de guide pour planifier, gérer et dispenser les services de réadaptation divisés en :
 - soins aigus;
 - unité interne de réadaptation;
 - services externes;
 - services à domicile;
 - soins de longue durée.

▣ La **Nouvelle-Zélande** a adopté une stratégie nationale afin d'assurer une meilleure coordination du développement des structures et des processus en matière de réadaptation. Ses objectifs sont que :

- la réadaptation fasse partie intégrante des stratégies de santé et de services sociaux;
- l'offre de service puisse répondre aux besoins de ses populations autochtones;
- l'intégration des services soit bonifiée;
- une planification nationale des services et des standards de réadaptation soit établie;
- la planification nationale des effectifs soit actualisée;
- une base de données nationale soit déployée.



2 Pratiques organisationnelles transversales

Quatre pratiques organisationnelles transversales ressortent de façon prépondérante.

Une terminologie commune : une assise importante

- Une vision globale du continuum de réadaptation et des définitions claires permettent aux différents prestataires d'avoir une même compréhension de l'organisation et de l'offre de service, ce qui contribue à une meilleure coordination des services de réadaptation et des transitions au sein du continuum.

P Au Québec, il semble que le concept de réadaptation diffère entre les différents programmes-services (santé physique, déficience physique, soutien à l'autonomie des personnes âgées). Les experts consultés soulignent d'ailleurs l'importance de se doter de telles définitions afin que les usagers, leur famille, les proches aidants et les prestataires aient une compréhension commune du continuum de services de réadaptation.

L'intégration des services associée à une offre complète et à une gamme variée de services : une visée de cohérence

- L'intégration consiste à mettre en relation l'ensemble des services, de la prévention jusqu'aux services dans la communauté, tout en considérant que les changements à l'organisation ou la dispensation des services à l'une des phases du continuum auront un impact sur les autres phases.
- L'intégration suppose également qu'une offre de service complète est disponible à chaque phase du continuum, notamment en externe, afin de soutenir l'utilisateur et sa famille dans la reprise de leurs habitudes de vie en vue d'une participation sociale optimale.
- Les services de réadaptation doivent proposer une gamme variée d'interventions thérapeutiques. Ainsi, ils ne doivent pas soutenir uniquement la reprise des activités de la vie quotidienne, mais également celle de l'ensemble des habitudes de vie (soins personnels, déplacements, relations interpersonnelles, éducation, travail, loisirs, etc.).

P Au Québec, le MSSS a publié quelques documents d'orientation, notamment ceux destinés aux personnes ayant subi un AVC, qui promeuvent des principes d'intégration des services. Les experts consultés témoignent de l'importance de convenir d'une vision intégrée du continuum québécois des services de réadaptation pour l'ensemble des clientèles. À cet égard, ils affirment qu'une organisation basée sur le niveau de complexité des services plutôt que sur les caractéristiques propres d'une problématique-clientèle leur semblerait avantageuse. Les systèmes d'information-clientèle actuellement utilisés par les établissements québécois ne permettraient pas d'avoir une vue d'ensemble du continuum de services. Les experts consultés soulignent que l'interopérabilité de ces différents systèmes favoriserait une meilleure intégration.

Une équipe interdisciplinaire ayant acquis une expertise ciblée : un gage de succès

- Une équipe interdisciplinaire permet de bien soutenir l'utilisateur, sa famille et les proches aidants dans le processus de réadaptation. Il apparaît de plus essentiel de pouvoir compter sur du personnel ayant la formation ou l'expertise appropriée.

P Au Québec, l'interdisciplinarité est un concept connu des établissements, et ses principes font partie des cursus collégiaux et universitaires. Les experts consultés soulignent toutefois que l'adhésion à ces principes et leur application sont variables. Des formations continues permettraient d'acquérir et de maintenir les savoir-faire associés à la mise en pratique de l'interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité implique une présence médicale et la disponibilité d'intervenants de diverses disciplines au sein des équipes de réadaptation, ce qui demeure, selon les experts consultés, un défi dans certains établissements ou à certains moments.

L'inclusion de l'utilisateur et de sa famille : un incontournable

- L'inclusion de l'utilisateur et de sa famille au sein de l'équipe interdisciplinaire et leur participation dans la détermination et l'atteinte des objectifs de réadaptation sont considérées comme des éléments essentiels.
- Plusieurs auteurs évoquent l'importance de prendre en considération les besoins et préférences des usagers et de leur famille, et de miser sur le développement et le renforcement de leurs compétences.

▢ Au Québec, l'approche centrée sur l'utilisateur fait partie intégrante des nombreux documents d'orientation. Le partenariat de soins et de services est aussi de plus en plus répandu, à la fois dans les milieux universitaires, de recherche et cliniques. Pour favoriser la mise en pratique de ces approches, les experts consultés suggèrent qu'on en fasse la promotion et qu'on déploie des formations appropriées. Des indicateurs de suivi permettraient également aux établissements d'en apprécier l'actualisation.

3 Pratiques organisationnelles relatives à la gestion des lits

La précocité et l'intensité des services internes de même que le choix du type d'unité interne sont les principales pratiques concernant la gestion des lits qui se dégagent de la recension des écrits.

La précocité et l'intensité des services internes : un nécessaire engagement

- Les données démontrent une forte corrélation entre l'accès précoce aux services de réadaptation et la récupération, par les usagers, de leurs capacités et l'amélioration de leur autonomie. L'accès précoce aux services de réadaptation serait même un des facteurs prédictifs de retour à domicile pour les personnes ayant subi un AVC ou une fracture de la hanche.
- L'intensité des services en unité interne joue un rôle important sur la durée de séjour et sur les résultats cliniques observés chez l'utilisateur. Il est internationalement reconnu d'offrir entre 12 et 15 heures par semaine de services internes de réadaptation. Cependant, l'intensité devrait être ajustée selon la tolérance de l'utilisateur.

▢ Au Québec, il existe quelques balises en matière de précocité et d'intensité, notamment pour les personnes ayant subi un AVC. Selon les experts consultés, la présence médicale et la disponibilité d'intervenants de différentes disciplines sont nécessaires pour respecter ces balises. Ils soulignent aussi qu'à la lumière de certains standards établis dans d'autres juridictions, des balises relatives à la durée moyenne de séjour ainsi que des normes liées au nombre de lits de réadaptation requis pour une population donnée pourraient être explorées.

Les différents types d'unités internes : un choix en adéquation avec les besoins de l'utilisateur

- Parmi les types d'unités internes recensés, trois sont des unités dites dédiées, c'est-à-dire qu'elles offrent des soins et services exclusivement à une clientèle spécifique, soit :
 - soins aigus;
 - services de réadaptation;
 - soins aigus et services de réadaptation combinés pour une clientèle particulière (unité combinée).
- Les unités orthogériatriques pourraient aussi être considérées comme des unités dédiées aux personnes âgées ayant subi une chirurgie orthopédique à la suite d'une blessure ou d'une condition médicale particulière.
- Plusieurs auteurs rapportent que les usagers recevant des soins et services dans une unité dédiée ont plus de chance de survivre, d'être autonomes et de retourner à domicile. Cela est démontré tant pour les usagers ayant subi un AVC que pour les personnes âgées qui ont eu une chirurgie orthopédique.
- La création d'unités combinées – soins aigus et services de réadaptation dans une même unité – devrait être explorée. Leur efficacité semble comparable à celle des unités dédiées séquentielles, où les soins aigus et les services de réadaptation sont dans deux unités distinctes, tout en requérant une plus courte durée de séjour.

P Au Québec, la création d'unités de soins aigus dédiées aux usagers ayant subi un AVC ou un TCC est recommandée dans les centres hospitaliers secondaires ou tertiaires. Pour les unités internes de réadaptation, l'organisation est toutefois variable dans les différentes régions du Québec, notamment en fonction de la masse critique d'usagers et de la disponibilité des ressources.

Selon les experts consultés, la création d'unités combinées, particulièrement lorsqu'il est difficile de créer des unités dédiées de réadaptation, apparaît une avenue intéressante.

Par ailleurs, ils soulignent la pression que ressentent actuellement les unités internes de réadaptation pour admettre des usagers et ainsi libérer les lits des centres hospitaliers de courte durée et ceux des urgences. À cet égard, ils rappellent l'importance de maintenir une adéquation entre les ressources disponibles, leurs compétences et les besoins des usagers.

4 Pratiques organisationnelles relatives à la gestion des transitions

Malgré quelques différences terminologiques, on cible dans la littérature trois moments clés au cours desquels des actions doivent être posées afin d'assurer à l'usager et sa famille un passage harmonieux d'un prestataire de services à l'autre, soit :

- lors de l'épisode de services;
- au moment du congé;
- après l'épisode de services.

Parmi les pratiques organisationnelles entourant la gestion des transitions, des pratiques apparaissent essentielles : la planification et la coordination des transitions.

La planification et la coordination de chaque transition : un exercice indispensable

- La planification des transitions peut avoir de nombreux effets positifs pour l'usager :
 - facilite son retour à domicile;
 - maximise son autonomie;
 - réduit l'isolement;
 - permet de mieux répondre à ses besoins;
 - réduit la durée de séjour et les réadmissions non planifiées;
 - améliore la coordination des services après la sortie des unités internes.
- La planification du congé devrait être amorcée précocement, soit dès l'admission ou l'inscription de l'usager, et se baser sur l'évaluation de ses besoins ainsi que ceux de sa famille et des proches aidants. Elle doit aussi tenir compte des problèmes potentiels susceptibles de retarder le congé.
- Les communications et la transmission de l'information sont déterminantes dans la gestion des transitions, et ce, tant entre les différents prestataires, dont le médecin de famille, qu'avec l'usager, sa famille et les proches aidants.
- La coordination dans la gestion des transitions est également importante. Aussi, un intervenant devrait être désigné pour coordonner les transitions d'un usager et participer à toutes les décisions le concernant. En plus d'offrir du soutien à l'usager, à sa famille et aux proches aidants, il s'assure que l'orientation de l'usager vers des services de réadaptation nécessaires à sa condition est effective et que des liens de communication efficace soient établis entre les prestataires concernés.

P Au Québec, bien que la terminologie varie selon les équipes ou les phases du continuum de services, on peut compter sur la présence d'un intervenant qui assure le lien entre l'usager, sa famille, les proches aidants et les autres intervenants. Il coordonne les activités cliniques mises en place et assure les communications entre les équipes ou les établissements. Les experts consultés sont d'avis que la présence d'un intervenant coordonnateur pour l'ensemble des services de réadaptation serait prometteuse, notamment pour les cas plus complexes qui demandent des interventions intensives et des services à différentes phases du continuum.

▣ Les experts consultés estiment également que les communications et la transmission d'information entre les prestataires de services du continuum de réadaptation seraient grandement améliorées s'ils pouvaient compter sur des modalités électroniques confidentielles et sécuritaires et sur des outils téléaccessibles.

Bien que certains prestataires de services aient formalisé des protocoles de communication et de transmission d'information pour des problématiques-clientèles spécifiques, les experts consultés estiment qu'il faut éviter de multiplier les protocoles selon chaque problématique-clientèle et viser plutôt une intégration de toutes ces modalités.

5 Pratiques organisationnelles relatives à la dispensation des services externes

Des services externes variés et adaptés aux besoins des usagers et de leur famille représentent un des éléments fondamentaux de cette recension des écrits. L'accès à des services de réadaptation externes est en effet reconnu comme un moyen d'éviter que les milieux de soins aigus ou post-aigus deviennent des milieux de soins chroniques; ils contribuent ainsi à réduire les durées de séjour. Les modèles proposés dans les pays et provinces étudiés accordent d'ailleurs une place importante au développement de services externes.

Le déploiement des services externes : une pratique à renforcer

- Il est démontré que les services externes favorisent l'amélioration de l'autonomie de l'utilisateur dans ses activités quotidiennes.
- Le choix du type de services externes (services externes en établissement ou à domicile, hôpital à la maison, congé précoce avec soutien, hôpital de jour) doit être en adéquation avec les besoins de l'utilisateur, ses objectifs et la gamme de services disponibles.
- Le congé précoce avec soutien est une modalité recommandée pour plusieurs types de clientèles puisqu'il améliorerait l'autonomie des usagers et réduirait le nombre d'admissions en hébergement institutionnel.
- Le recours à la téléadaptation apparaît également avantageux. Les résultats cliniques des services offerts par téléadaptation sont comparables à ceux des services offerts de façon traditionnelle, et ce, peu importe la problématique-clientèle. De plus, le recours à la téléadaptation permet de réduire les déplacements, de faciliter l'accès aux services pour les usagers habitant en région éloignée ou d'obtenir des services de pointe habituellement offerts dans les grands centres urbains.

▣ Au Québec, différents types de services externes sont implantés. Les experts consultés sont toutefois d'avis que certains devraient être réévalués, d'autres bonifiés et certains développés.

- Le déploiement d'une gamme variée de services externes serait nécessaire.
- La modalité de congé précoce avec soutien (CPS), qui commence à s'implanter au Québec, devrait, compte tenu de son efficacité reconnue, être mise en pratique plus largement et avec l'ensemble des clientèles.
- La modalité de services en hôpital de jour, d'abord développée pour répondre aux besoins d'une clientèle gériatrique, pourrait aussi être revue et adaptée à d'autres types de clientèles. La vocation des services en hôpital de jour pourrait alors consister à soutenir les équipes de première ligne, à éviter les réadmissions en unité de soins aigus ou à évaluer la pertinence d'une admission ou d'une réadmission en unité interne de réadaptation.
- Développer davantage le volet des services communautaires afin que les usagers se sentent moins seuls et démunis à la fin de l'épisode de services de réadaptation pourrait aussi être exploré.

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, la disponibilité de moyens de transport abordables et variés demeure une barrière importante à l'accès aux services externes. Un coordonnateur des services de réadaptation pourrait contribuer à chercher, dans la communauté, des solutions alternatives de transport. Les experts consultés soulignent toutefois la nécessité que les différents ministères concernés mènent des travaux afin que les usagers des différentes régions du Québec puissent bénéficier de moyens de transport appropriés et ainsi avoir accès à des services externes adaptés à leurs besoins et préférences.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Il s'agit d'un résumé de l'état des pratiques intitulé *Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire*, publié en septembre 2018.

Ce document peut être consulté à la section [Publications](#) du site inesss.qc.ca.

Équipe de projet

Auteurs

Hélène Laflamme, DESS, M. Sc. Ed.
Sylvie Valade, M.A.P., M.O.A.

Coordination scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Direction des services sociaux

Sylvie Desmarais, M. Sc., directrice
Michèle Archambault, M. Sc., adjointe à la direction

Transfert de connaissances

Renée Latulippe, M. A.
Carole-Line Nadeau, M. A.

Graphisme

Amina Yasmine Acher, M. A.