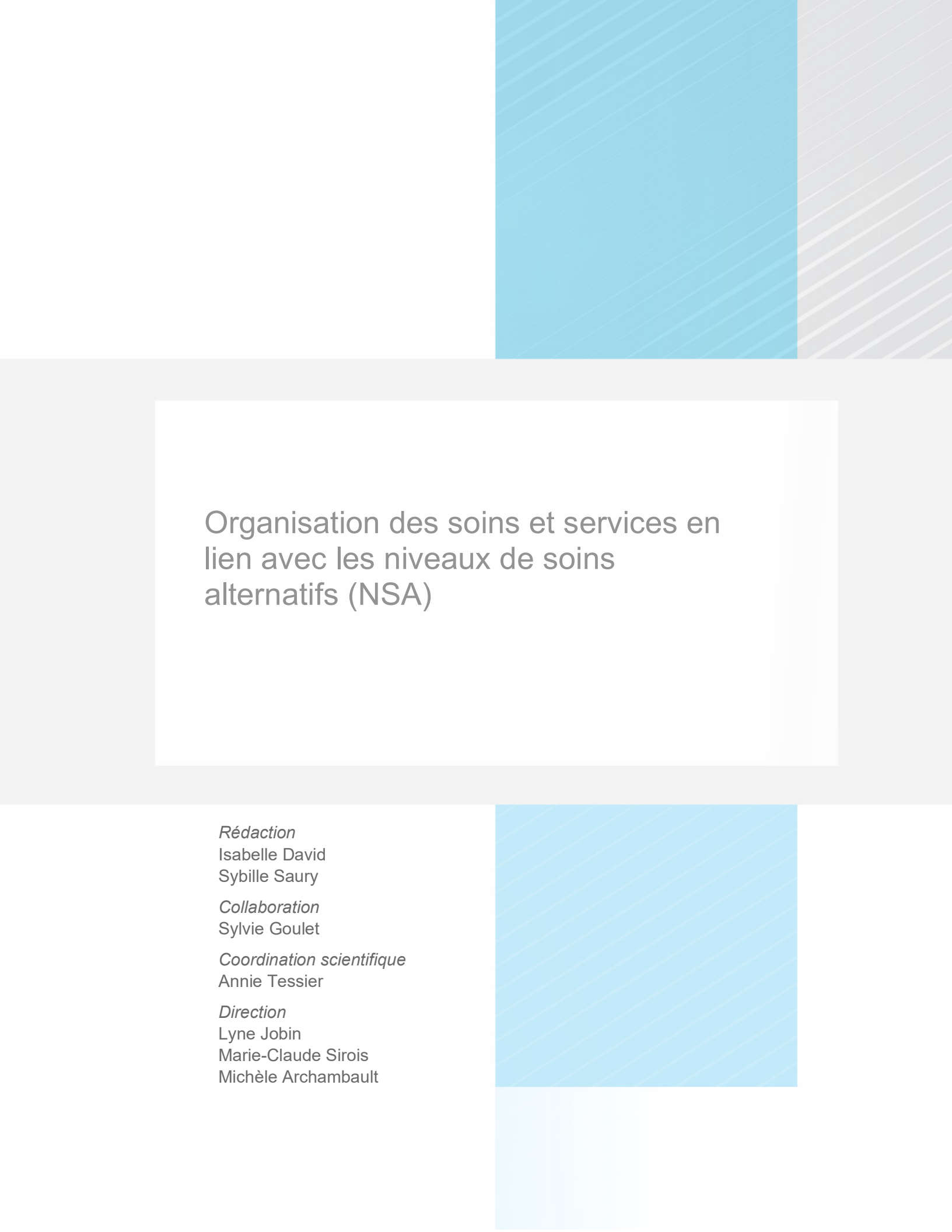


ÉTAT DES CONNAISSANCES

Organisation des soins et services en lien avec les niveaux de soins alternatifs (NSA)

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Organisation des soins et services en lien avec les niveaux de soins alternatifs (NSA)

Rédaction

Isabelle David
Sybille Saury

Collaboration

Sylvie Goulet

Coordination scientifique

Annie Tessier

Direction

Lyne Jobin
Marie-Claude Sirois
Michèle Archambault

Le présent projet a été présenté au Comité d'excellence clinique en services sociaux généraux, soutien aux personnes âgées, déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteurs principales

Isabelle David, M. Sc.

Sybille Saury, M. Sc.

Soutien administratif

Line Boisvert

Julie Dionne

Collaboratrice externe

Sylvie Goulet, M. Sc.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Directrice adjointe temporaire

Michèle Archambault, M. Sc. (jusqu'en décembre 2020)

Directrices intérimaires

Lyne Jobin, M. Ps. (jusqu'en décembre 2020)

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. adm.

Équipe de l'édition

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique
Traductions À la page, traduction
Lucy Boothroyd, révision scientifique de
traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89447-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Organisation des soins et services en lien avec les niveaux de soins alternatifs (NSA). État des connaissances rédigé par Isabelle David et Sybille Saury. Québec, Qc : INESSS; 2021. 90 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

M. Christophe Cadoz, directeur général adjoint, Programmes sociaux et de réadaptation, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Danielle Daoust, directrice adjointe, Direction des affaires professionnelles, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Panel des usagers et des proches

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Maggy Durand

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M^{me} Christiane Sauvé

Comité d'excellence clinique de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

M^{me} Mathilda Abi-Antoun, responsable de la coordination des centres d'appels COVID-19 pour la province

D^r Serge Bergeron, directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

M^{me} Jacinthe Cloutier, directrice adjointe des services spécifiques et spécialisés clientèle adulte en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Michel Desaulniers, conseiller orientation, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M^{me} Christine Fournier, chargée de projet, RUIS de l'Université de Montréal

M. Francis Frenette, infirmier praticien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Pierre-Paul Milette, directeur général adjoint, Programme santé physique générale et spécialisée et directeur des services multidisciplinaires, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Line Perreault, éthicienne, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Geneviève Racine, psychoéducatrice, CISSS de Chaudière-Appalaches

M. Mathieu Roy, Conseiller scientifique spécialisé à la qualité, Direction Valorisation scientifique et qualité, Institut national de santé publique du Québec

M^{me} Marie-Joëlle Carbonneau, membre citoyenne

M. Angelo Galletto, membre citoyen

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré n'a nécessité la mise en place de modalités de gestion.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du dossier.

L'usage du masculin dans ce document a pour unique but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IX
GLOSSAIRE.....	X
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIF ET QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	3
1. MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1. Recherche documentaire et sélection des publications.....	4
1.2. Extraction de l'information.....	5
1.3. Analyse et synthèse des données.....	5
1.4. Validation par les pairs.....	5
1.4.1. Panel des usagers et des proches.....	5
1.4.2. Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé.....	5
1.4.3. Lecteurs externes.....	6
2. CONCEPT DES NSA.....	7
2.1. Au Canada.....	7
2.2. À l'international.....	8
3. PRATIQUES DOCUMENTÉES PAR SYSTÈME DE SANTÉ.....	9
3.1. Ontario.....	9
3.1.1. Structure du système de santé.....	9
3.1.2. Organisation des soins et services en Ontario.....	10
3.1.3. Organisation des soins et services dans le continuum.....	11
3.1.4. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA.....	18
3.2. Colombie-Britannique.....	19
3.2.1. Structure du système de santé.....	21
3.2.2. Organisation des soins et services en Colombie-Britannique.....	22
3.2.3. Organisation des soins et services dans le continuum.....	23
3.2.4. Méthodes de suivi des NSA.....	27
3.3. Australie.....	28
3.3.1. Structure du système de santé.....	28
3.3.2. Organisation des soins et services en Australie.....	29
3.3.3. Organisation des soins et services dans le continuum.....	31
3.3.4. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA.....	39
3.4. France.....	40
3.4.1. Structure du système de santé.....	41
3.4.2. Organisation des soins et services en France.....	42
3.4.3. Organisation des soins et services dans le continuum.....	44

3.4.4. Méthodes de suivi des usagers dans les trajectoires et le continuum.....	47
3.5. Royaume-Uni.....	49
3.5.1. Structure du système de santé.....	50
3.5.2. Organisation des soins et services au Royaume-Uni.....	50
3.5.3. Organisation des soins et services dans le continuum.....	53
3.5.4. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA.....	58
4. FAITS SAILLANTS	60
4.1. Organisation des soins et services au niveau gouvernemental.....	60
4.1.1. Gouvernance	60
4.1.2. Financement du système de santé.....	60
4.1.3. Gestion des flux de patients.....	61
4.2. Organisation des soins et services dans le continuum.....	62
4.2.1. Approches en amont de l'hospitalisation.....	62
4.2.2. Approches pendant l'hospitalisation	63
4.2.3. Approches en aval de l'hospitalisation.....	63
4.3. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA	64
4.3.1. Indicateurs de suivi	64
4.3.2. Pratique innovante : modélisation prédictive.....	65
5. AUTRES CONSIDÉRATIONS.....	66
5.1. Gestion et implantation du changement	66
5.2. Perspectives diverses en lien avec les NSA.....	67
5.2.1. En lien avec la charge de travail du personnel.....	67
5.2.2. En lien avec le congé hospitalier et la tolérance aux risques.....	68
5.2.3. En lien avec la gestion par trajectoires	69
DISCUSSION.....	70
RÉFÉRENCES.....	73
ANNEXE A.....	82
Principales sources de repérage de la littérature grise.....	82
ANNEXE B.....	84
Principales pratiques organisationnelles et cliniques du cadre conceptuel australien : <i>Patient Flow Systems</i>	84
ANNEXE C.....	90
Principales pratiques organisationnelles et cliniques recensées dans les cinq systèmes de santé documentés.....	90

RÉSUMÉ

Introduction

Le terme « Niveau de soins alternatif (NSA) » est utilisé pour désigner le statut d'un patient qui « occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans l'unité de soins où il se trouve » [ICIS, 2016a]. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) utilise de préférence l'expression « usagers en attente de NSA ».

Les patients hospitalisés les plus susceptibles de recevoir un statut de NSA sont les personnes âgées de 80 ans et plus, celles qui présentent certains problèmes de santé tels qu'un trouble neurocognitif majeur, du diabète avec complications ou un trouble de santé mentale. Les personnes qui ont besoin d'être orientées vers différents services externes (p. ex. ergothérapie, orthophonie, physiothérapie) ou encore celles qui vivent de l'isolement et un manque de soutien social peuvent aussi recevoir ce statut [Micallef *et al.*, 2020; Bai *et al.*, 2019].

Plusieurs conséquences sont associées aux NSA. Pour les usagers en attente de NSA, le congé hospitalier retardé prolonge l'exposition à des situations cliniques indésirables. En plus d'être dispendieuse, une attente en NSA a des répercussions sur la disponibilité des lits hospitaliers qui restent occupés par ces usagers [ICIS, 2017]. Par ailleurs, la problématique des NSA est complexe et transversale à l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Elle est la résultante de plusieurs situations, souvent interreliées, qui se produisent en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation.

Autant au Québec qu'à l'international, la problématique des usagers en attente de NSA recouvre des enjeux associés à leurs besoins cliniques complexes, auxquels s'ajoutent des enjeux d'accessibilité, d'intégration, de continuité et de coordination des soins et services entre les différents paliers du réseau. S'ajoutent à cela des enjeux importants liés à l'efficacité des systèmes de santé et de services sociaux.

L'objectif principal de ce rapport est de documenter les pratiques au Canada et à l'international, afin de soutenir le MSSS dans ses travaux visant à réduire le nombre de personnes en attente de NSA lors de leur séjour hospitalier. Pour ce faire, un état des connaissances documentant des pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation, ainsi que des méthodes de suivi et de prédiction, a été réalisé pour cinq systèmes de santé, soit l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Australie, la France et le Royaume-Uni. Ceux-ci ont été sélectionnés en collaboration avec le demandeur, étant donné leurs pratiques potentiellement porteuses pour la prise en charge des NSA ou des concepts clés en lien avec les NSA qu'ils abordent, et en raison de la disponibilité d'informations pertinentes.

Méthodologie

La recherche documentaire a été effectuée en consultant des sites web d'organisations et de sociétés savantes de même que les organismes gouvernementaux des systèmes de santé sélectionnés. Des mots clés comme *alternate level of care*, *delayed discharge* ou *bed blockers* ont été utilisés. Ainsi, toutes les pratiques visant à optimiser la gestion des NSA, autant avant, pendant, qu'après une hospitalisation, ont été considérées.

Au total, 86 documents ont été analysés, dont 11 études primaires, 6 revues de la littérature, 2 thèses, 31 références de source gouvernementale (sites web et documents) et 36 publications d'organisations savantes.

Tout d'abord, une synthèse narrative analytique a été réalisée pour chacun des cinq systèmes de santé choisis. Par la suite, l'ensemble des pratiques identifiées ont été mises en commun afin de dégager des faits saillants. Quelques autres considérations qui ont émergé de l'analyse sont aussi brièvement exposées.

Résultats

On observe d'emblée une variabilité autour du concept des NSA. La définition des NSA proposée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est celle utilisée dans la majorité des provinces et des territoires canadiens. À l'international, ce concept n'est pas toujours employé, ou est employé de façon inégale. L'ICIS propose aux établissements de codifier les NSA en fonction de la raison du statut NSA (p. ex. : difficultés liées à un besoin d'assistance dû à une mobilité réduite) [ICIS, 2016a] et non en fonction de la destination prévue, comme c'est le cas présentement au Québec. Cette codification permet d'obtenir rapidement le portrait clinique de l'utilisateur en attente de NSA sans restreindre les différentes possibilités de destination pour celui-ci. Les NSA peuvent être abordés également sous forme de « causes et effets », comme proposé dans les travaux de Micallef et ses collaborateurs [2020]. Ainsi, des « causes » peuvent expliquer que des usagers se retrouvent en NSA (p. ex. : isolement social, services sociaux déficitaires, retard dans la planification du congé, manque de lits en réadaptation et en établissements de soins de longue durée). Une fois les usagers en attente de NSA, des « effets » sont observables (p. ex. : débordement des urgences, augmentation des coûts). Suivant cette perspective, des décideurs pourraient choisir de s'attarder davantage aux causes ou aux effets de la problématique. Il ressort également de la littérature consultée que les systèmes de santé documentés prennent en compte les indicateurs NSA ainsi que d'autres indicateurs (p. ex. : durée moyenne de séjour, taux de réhospitalisation) dans leurs travaux visant la diminution des NSA. Ces informations peuvent pointer vers des solutions qui sont locales (p. ex. : ajout de places dans un établissement spécifique) ou gouvernementales (p. ex. : ajout de financement), selon les analyses qui sont réalisées.

Sur le plan des pratiques gouvernementales, trois thèmes complémentaires pour la prise en charge des usagers en attente de NSA sont abordés dans la littérature consultée : la gouvernance, le financement et la gestion des flux. Au sujet de la gouvernance, les responsabilités en lien avec les NSA nécessitent d'être définies et réparties

adéquatement entre les différents niveaux : national, régional et local. Plusieurs systèmes de santé sont soutenus par des organisations pour la prise en charge des NSA. Divers mécanismes de financement pouvant avoir un effet sur la problématique des NSA sont mis en œuvre par les systèmes de santé consultés. Certains mécanismes visent à augmenter l'efficacité des services hospitaliers tandis que les autres visent plutôt à soutenir les services à domicile ou communautaires. La gestion des flux de patients, qui met l'accent sur la gestion de la quantité d'utilisateurs desservis, est mise de l'avant dans deux des systèmes de santé documentés. L'approche développée en Australie considère les interruptions des flux de patients comme multicausales. Au Royaume-Uni, la gestion des flux est considérée comme importante pour l'expérience du patient, la sécurité clinique et l'évaluation de la charge de travail sur le personnel. De plus, elle permet, d'après le *National Health Services Improvement* [2017], d'être davantage en mesure de répondre aux nouvelles pressions sur le système de santé qui pourraient survenir.

Quant aux pratiques organisationnelles et cliniques, elles sont regroupées selon le continuum de soins et services : en amont, pendant ou en aval de l'hospitalisation. L'importance d'agir en amont des NSA est soulignée dans la littérature analysée. Dans plusieurs systèmes de santé, l'hospitalisation à domicile est présentée comme une pratique ayant le potentiel de réduire le nombre d'utilisateurs en attente de NSA ou la durée de séjour de ceux-ci. Lors de la période hospitalière, le renforcement ou la bonification de services, comme ceux en ergothérapie et en travail social, est mentionné dans plusieurs systèmes de santé documentés. La création de programmes visant à répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, autant en milieu hospitalier que dans la communauté, est également citée dans plusieurs systèmes de santé.

Selon les données analysées, la question des NSA nécessite de comprendre les caractéristiques individuelles des personnes touchées et l'ensemble du contexte organisationnel dans lequel les NSA se déroulent. C'est pourquoi le déploiement de systèmes d'information clinique et l'utilisation des bases de données qui en découlent, qui permettent de compiler les informations spécifiques à certains sous-groupes de personnes, semblent être pertinents. Les tableaux de bord présentant les données en temps réel de même que les modèles mathématiques pour comprendre et prévoir les flux de patients sont nommés dans différents systèmes de santé documentés.

En plus des différentes pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques présentées précédemment, d'autres considérations à prendre en compte en lien avec les NSA ont émergé de la littérature analysée. D'abord, il ressort de la littérature que les changements de pratiques cliniques requièrent de mettre en place une approche globale cohérente et coordonnée de gestion du changement et d'implantation. Une autre considération mentionnée dans la littérature est que les différentes parties prenantes engagées dans la prise en charge des utilisateurs en attente de NSA ont des mandats différents, que ce soit d'optimiser la santé de l'utilisateur ou de veiller à l'administration d'un établissement, ce qui peut entraîner des divergences de points de vue, voire des tensions dans la compréhension des NSA et des actions qui doivent être entreprises pour les réduire.

Limites

Plusieurs limites sont à considérer dans le cadre de cet état des connaissances. La variabilité entourant le concept des NSA, illustrée notamment par les différents termes utilisés à l'international, a occasionné un risque pour le repérage et la sélection des documents pertinents. De plus, les contextes différents relativement à la structure, au financement et à l'organisation des soins et services dans lesquels s'inscrivent les pratiques liées aux NSA dans chacun des systèmes de santé documentés influencent l'interprétation de l'ensemble des résultats. Bien qu'elles n'aient pas été recensées, d'autres pratiques peuvent contribuer à réduire les hospitalisations chez certaines populations qui sont plus à risque d'un séjour en NSA. Il peut ainsi s'avérer difficile d'interpréter l'impact des pratiques liées aux NSA sans tenir compte de l'ensemble du contexte et des autres pratiques en cours dans le continuum de soins et services.

De plus, la pandémie de la COVID-19 a obligé les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à faire preuve de beaucoup de créativité afin de libérer des lits hospitaliers, notamment des usagers en attente de NSA [MSSS, 2020]. Cette crise sanitaire pourrait amener des modifications à long terme dans les façons de faire. Il est cependant à noter qu'aucune donnée propre au contexte de la COVID-19 n'a été intégrée dans le présent état des connaissances.

Perspectives d'avenir

Cet état des connaissances pourra servir de base pour d'autres travaux en lien avec les usagers en attente de NSA au Québec. Diverses avenues sont à considérer. L'examen de la littérature portant sur un thème précis (p. ex. : hôpital à domicile, soutien aux personnes proches aidantes, gestion des flux ou des transitions) permettrait une compréhension plus complète des actions qui pourraient être entreprises au Québec. Par ailleurs, un état des pratiques appuyé par des données contextuelles provenant de quelques établissements pourrait permettre de cibler des enjeux spécifiques et de documenter des pratiques porteuses en fonction de la réalité québécoise.

SUMMARY

Organization of Care and Services related to Alternate Levels of Care (ALC)

Introduction

The term “alternate level of care (ALC) is used to designate a patient who “is occupying a bed in a facility and does not require the intensity of resources/services provided in that care setting” [CIHI, n.d.]. In Québec, the Ministry of Health and Social Services (MSSS) prefers the expression “users waiting for ALC.”

Hospitalized patients most likely to be identified as ALC are those aged 80 or over and those with certain health problems, such as major cognitive impairment, diabetes with complications or a mental health disorder. People who require referral to various outpatient services (e.g. occupational therapy, speech therapy, physiotherapy) or those who feel isolated and lack social support may also be identified as ALC [Micallef *et al.*, 2020; Bai *et al.*, 2019].

There are several consequences associated with alternate levels of care. In the case of users waiting for ALC, a delayed hospital discharge prolongs their exposure to adverse clinical situations. In addition to being expensive, waiting for ALC affects the availability of hospital beds that remain occupied by these users [CIHI, 2017]. Moreover, the ALC issue is complex and cuts across the entire health and social services system. It is the result of a number of situations, often interconnected, that occur prior to, during and after hospitalization.

Both in Québec and internationally, the situation of users waiting for ALC uncovers issues related to their complex clinical needs, further compounded by issues of accessibility, integration, continuity and coordination of care and services between the various levels of the care network. To this are added important issues related to the efficiency of health and social services systems.

The main objective of this report is to document practices in Canada and internationally with a view to supporting MSSS in its efforts to reduce the number of people waiting for ALC while they are in hospital. A state-of-knowledge report was thus produced, documenting governmental, organizational and clinical practices prior to, during and after hospitalization, as well as the monitoring and prediction methods used, in five health care systems, i.e. Ontario, British Columbia, Australia, France and the United Kingdom. These systems were selected, in collaboration with the project requestor, because their practices potentially offer promise in managing ALCs or because they address certain key concepts related to ALCs, and due to relevant information being available.

Methodology

For the literature search, the websites of organizations, learned societies and government agencies of the selected health care systems were consulted. Keywords such as *alternate level of care*, *delayed discharge* or *bed blockers* were used. Consideration was thus given to all practices aimed at optimizing ALC management before, during and after hospitalization.

A total of 86 documents were analyzed, including 11 primary research studies, 6 literature reviews, 2 theses, 31 references from government sources (websites and documents) and 36 publications by learned societies.

An analytical narrative review was first carried out for each of the five selected health care systems. All identified practices were then combined to extract the key findings. A few other considerations that emerged from the analysis are also briefly outlined.

Results

A certain variability in the ALC concept can be observed from the outset. The definition of ALC used in most Canadian provinces and territories is the one proposed by the Canadian Institute for Health Information (CIHI). At the international level, this concept is not always used, or its use is not consistent. CIHI suggests that facilities codify alternate levels of care according to the reason leading to the designation [CIHI, 2016] and not on the basis of the intended destination, the latter currently being the case in Québec. This codification allows for a quick clinical overview of users waiting for ALC but does not limit the various possible destinations available to them. ALCs can also be addressed in terms of “causes and effects,” as proposed by Micallef and collaborators [2020]. Thus, there may be “causes” that explain why users end up as ALC patients (e.g. social isolation, inadequate social services, delays in discharge planning, insufficient beds in rehabilitation and in long-term care facilities). Once users are waiting for ALC, “effects” can be observed (e.g. overflowing emergency rooms, higher costs). Decision-makers who adopt this perspective may opt to focus more on the causes or the effects of the situation. The literature reviewed also showed that, when working to reduce ALCs, the documented health care systems consider both ALC and other indicators (e.g. average length of stay, rehospitalization rate). This information can point to local solutions (e.g. adding beds in a specific facility) or governmental ones (e.g. additional financing), depending on the analyses that are carried out.

In terms of government practices, the literature consulted addressed three complementary themes linked to the case management of users waiting for ALC, i.e. governance, financing and flow management. With respect to governance, ALC-related responsibilities need to be properly defined and distributed across national, regional and local levels. Several health care systems receive ALC case management support from organizations. Various financing mechanisms that can affect the ALC issue are implemented by the health care systems consulted. Some mechanisms are intended to increase the efficiency of hospital services, while others seek instead to support home or community services. Patient flow management, which focuses on managing the number

of users served, is promoted in two of the documented health care systems. The approach developed in Australia takes the view that interruptions in patient flow result from multiple causes. In the UK, flow management is considered important for the patient experience, clinical safety and assessment of staff workload. According to NHS Improvement [2017], flow management also leads to an improved ability to address any new pressures on the health care system that might arise.

With regards to organizational and clinical practices, these are grouped according to the care and services continuum, i.e. prior to, during or after hospitalization. The importance of taking upstream action to address ALCs is stressed in the literature analyzed. In several health care systems, home hospitalization is presented as a practice that can potentially reduce the number of users waiting for ALC or shorten their hospital stay. Several documented health care systems referred to strengthening or enhancing such services as occupational therapy and social work during the hospital stay. A number of the documented health care systems also mentioned the creation of programs specifically designed to meet the needs of older adults, both within hospitals and in the community.

According to the data analyzed, the ALC issue requires an understanding of the individual characteristics of those affected and of the entire organizational context in which the ALCs take place. It therefore appears relevant to deploy clinical information systems and use the resulting databases to compile information specific to certain subgroups of individuals. Various documented health care systems refer to dashboards that present both real-time data and mathematical models that can be used to understand and predict patient flow.

In addition to the various governmental, organizational and clinical practices presented above, the literature analyzed also revealed other relevant considerations regarding ALC. Firstly, the literature suggests that changes in clinical practice require a coherent, coordinated global approach to managing change and implementation. Another consideration mentioned in the literature is that the various stakeholders involved in the case management of users waiting for ALC have different mandates, be they optimizing the users' health or taking care of managing a facility. This can lead to differences of opinion and even tensions in understanding ALCs and the actions that must be undertaken to reduce them.

Limitations

There are several limitations to this state-of-knowledge report. The variability around the ALC concept is especially apparent in the terminological differences found at the international level – differences that endangered identifying and selecting relevant documents. In addition, the interpretation of the overall results is influenced by the different structural, financial and organizational contexts of the care and services in which ALC practices occur within each of the documented health care systems. Other practices, not identified in this work, may help to shorten hospitalizations in specific populations that are at greater risk of a stay in ALC. As a result, it may prove difficult to interpret the

impact of ALC practices unless the context and other current practices in the care and services continuum are taken into consideration.

Furthermore, the COVID-19 pandemic has forced facilities in the health and social services network to be highly creative in order to free up hospital beds, including those occupied by users waiting for ALC [MSSS, 2020]. This public health crisis could lead to long-term changes in the way the health and social services are offered. It should be noted, however, that no data specific to the COVID-19 context have been incorporated into this state-of-knowledge report.

Future Directions

This state-of-knowledge report can serve as a basis for other work related to users waiting for ALC in Québec. Various avenues need to be considered. A review of the literature on a specific topic (e.g. hospitals at home, support for informal caregivers, flow or transition management) would allow for a more complete understanding of the actions that could be undertaken in Québec. In addition, a state-of-practice report supported by contextual data from several facilities could be used to target specific issues and to document practices that offer promise in the Québec context.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIHW	<i>Australian Institute of Health and Welfare</i>
ALC	<i>Alternate Level of Care</i>
AVC	Accident vasculaire cérébral
CARES	<i>Community Actions and Resources Empowering Seniors</i>
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IHSTS	<i>Institute for Health System Transformation & Sustainability</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NSA	Niveau de soins alternatif
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

GLOSSAIRE

Continuum

Articulation de services offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans rupture ou incohérence, des personnes (patients ou usagers) qui ont besoin de ces services¹.

Flux de patients

Renvoie à la capacité des systèmes de soins à prendre en charge les patients efficacement et avec des délais minimaux alors qu'ils évoluent dans les différentes étapes de soins [NHS Improvement, 2017].

Niveau de soins alternatif

« Lorsque le niveau de soins requis par un patient ne correspond pas au niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve », il est question de « niveau de soins alternatif (NSA) ». Précisément, cela désigne le statut d'un patient qui « occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans l'unité de soins où il se trouve » [ICIS, 2016a]. Dans ce document, l'appellation NSA ne fait pas référence aux « niveaux de soins », assimilable à celle de « niveaux d'intervention médicale » (Le Collège des médecins du Québec en fait usage dans son guide médical sur les soins de longue durée [CMQ, 2015].).

Trajectoire

« Cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée » [MSSS, 2008, p. 25]. Cette définition, qui fait appel à la notion de cheminement optimal à travers le continuum de soins et services, a été adoptée pour la réalisation du mandat.

Transition

Passage de l'utilisateur d'un site, établissement ou secteur à un autre. Constitue un moment précis dans le parcours de l'utilisateur où la continuité risque d'être compromise [INESSS, 2019a].

¹ Office québécois de la langue française (OQLF). Le grand dictionnaire terminologique (GDT) [site Web]. Disponible à : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld_Fiche=8871649.

INTRODUCTION

Le terme « Niveau de soins alternatif (NSA) » est utilisé pour désigner le statut d'un patient qui « occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans l'unité de soins où il se trouve »² [ICIS, 2016a]. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) utilise de préférence l'expression « usagers en attente de NSA ».

Les patients hospitalisés les plus susceptibles de recevoir un statut de NSA sont les personnes âgées de 80 ans et plus, celles qui présentent certains problèmes de santé tels qu'un trouble neurocognitif majeur, du diabète avec complications ou un trouble de santé mentale. Les personnes qui ont besoin d'être orientées vers différents services externes (p. ex. ergothérapie, orthophonie, physiothérapie) ou encore celles qui vivent de l'isolement et un manque de soutien social peuvent aussi recevoir ce statut [Micallef *et al.*, 2020; Bai *et al.*, 2019]. Ces caractéristiques constituent des facteurs de risque qui sont d'autant plus préoccupants que les projections démographiques du Québec estiment que la proportion de la population âgée de 65 ans et plus passera de 19 % à 28 % entre 2018 et 2043 [Statistique Canada, 2019]. Une hausse du nombre de personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur est également attendue au Québec [MSSS, 2017].

Plusieurs conséquences sont associées aux NSA. Pour les usagers en attente de NSA, le congé hospitalier retardé prolonge l'exposition à des situations cliniques indésirables, telles que le déclin fonctionnel, le délirium, les plaies de pression et les infections nosocomiales [Covinsky *et al.*, 2011; Covinsky *et al.*, 2003]. L'attente des usagers requérant un NSA est également très coûteuse. À titre d'exemple, une étude ontarienne évalue que le séjour hospitalier d'un usager en attente de NSA a un coût médian de 22 459 \$, comparativement à un coût médian de 5 003 \$ pour un usager ne nécessitant pas un NSA, en raison de la différence de durée de séjour [Bai *et al.*, 2019]. En plus d'être dispendieuse, une attente en NSA a des répercussions sur la disponibilité des lits hospitaliers qui restent occupés par ces usagers [ICIS, 2017].

Par ailleurs, la problématique des NSA est complexe et transversale à l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Elle est la résultante de plusieurs situations, souvent interreliées, qui se produisent en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation. Des facteurs d'ordre organisationnel peuvent contribuer au développement de la problématique des NSA, comme les retards dans les procédures, les planifications de congé inadéquates, le manque de lits en établissements de soins de longue durée et en réadaptation physique [Micallef *et al.*, 2020].

Pour augmenter l'accès aux soins de courte durée, la hausse du nombre de lits afin d'accroître la capacité hospitalière est une des solutions quelquefois envisagées. Cela diminue l'impact du nombre de lits occupés par les patients en attente de NSA

² Le statut NSA peut être également attribué à un patient hospitalisé dans un établissement psychiatrique ou hébergé dans un centre de réadaptation physique.

[Sutherland et Crump, 2013]. Cependant, cette approche ne résout le problème que pour un temps limité et est coûteuse. Sans tenir compte des problèmes sous-jacents liés aux transitions entre les soins aigus et les soins post-aigus, elle peut avoir l'effet indésirable d'augmenter le nombre de lits occupés par des usagers en attente de NSA [Sutherland et Crump, 2013]. Une autre solution envisageable pour régler les problèmes liés aux NSA est le financement des soins post-aigus. Toutefois, un tel financement ne va pas sans poser de défi, notamment celui de l'identification des besoins post-aigus en tenant compte des besoins évolutifs futurs des usagers [Sutherland et Crump, 2013].

Autant au Québec qu'à l'international, la problématique des usagers en attente de NSA recouvre des enjeux associés à leurs besoins cliniques complexes, auxquels s'ajoutent des enjeux d'accessibilité, d'intégration, de continuité et de coordination des soins et services entre les différents paliers du réseau. S'ajoutent à cela des enjeux importants liés à l'efficacité des systèmes de santé et de services sociaux.

OBJECTIF ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

L'objectif principal de ce rapport est de documenter les pratiques au Canada et à l'international, afin de soutenir le MSSS dans ses travaux visant à réduire le nombre de personnes en attente de NSA lors de leur séjour hospitalier. Pour ce faire, un état des connaissances documentant des pratiques gouvernementales (nationales ou provinciales), organisationnelles et cliniques en amont, en aval et pendant l'hospitalisation ainsi que des méthodes de suivi et de prédiction est réalisé pour cinq systèmes de santé, soit l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Australie, la France et le Royaume-Uni. Ceux-ci ont été sélectionnés en collaboration avec le demandeur, étant donné leurs pratiques potentiellement porteuses pour la prise en charge des NSA ou des concepts clés en lien avec les NSA qu'ils abordent, et en raison de la disponibilité d'informations pertinentes.

Les questions d'évaluation sont les suivantes :

1. À l'international, quelles sont les pratiques gouvernementales en lien avec les NSA?
2. À l'international, quelles sont les pratiques organisationnelles et cliniques en lien avec les NSA à travers le continuum de soins et services?
3. À l'international, quelles sont les méthodes de suivi et de prédiction en lien avec les NSA?

Puisque le phénomène des NSA est systémique, la documentation incluse pour cet état des connaissances porte sur la période avant, pendant et après l'hospitalisation d'usagers en attente de NSA. Les populations de moins de 18 ans ont été exclues. La littérature portant sur les usagers hospitalisés en attente de NSA dont la raison principale de consultation est un problème de santé mentale a été retenue, sauf lorsqu'il était question d'hospitalisation en milieu de soins psychiatriques.

Les pratiques documentées dans cet état des connaissances ne peuvent pas être qualifiées de meilleures pratiques. Il n'a pas été possible d'apprécier leur niveau de preuve étant donné la nature des données recueillies et la variabilité entourant le concept des NSA à l'international.

Dans un premier temps, des pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques ainsi que des méthodes de suivi et de prédiction liées aux NSA sont présentées pour chacun des systèmes de santé documentés. Dans un deuxième temps, des faits saillants résumant ces pratiques, tous systèmes de santé confondus. Par la suite, d'autres considérations à prendre en compte sont explorées, soit la gestion et l'implantation du changement et les perspectives diverses qui peuvent être source de tension en lien avec les NSA. Enfin, la discussion rapporte brièvement les principaux résultats, présente quelques parallèles avec des pratiques québécoises, entame une réflexion sur le concept des NSA et propose des perspectives d'avenir.

1. MÉTHODOLOGIE

Le présent état des connaissances est réalisé à partir d'informations provenant de cinq systèmes de santé différents, soit l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Australie, la France et le Royaume-Uni. Des données issues de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont aussi été analysées, car ce dernier a réalisé de nombreux travaux sur les NSA pour l'ensemble des provinces et territoires du Canada (à l'exception du Québec). Cet organisme sans but lucratif fournit de l'information sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens.

1.1. Recherche documentaire et sélection des publications

La recherche documentaire a été effectuée par trois évaluatrices, en consultant des sites web d'organisations, de sociétés savantes de même que d'organismes gouvernementaux de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de l'Australie, de la France et du Royaume-Uni, à partir des moteurs de recherche Google et Google Scholar (voir [Annexe A](#) Principales sources de repérage de la littérature grise). Des mots clés comme *alternate level of care*, *delayed discharge* et *bed blockers* ont été utilisés. Le site Web de l'ICIS a été consulté pour ses multiples publications à propos des usagers en attente de NSA. La recherche documentaire a été complétée par l'identification de nouvelles références en consultant les listes bibliographiques.

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été utilisés. Ainsi, toutes les pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques visant à optimiser la gestion des NSA, autant avant, pendant, qu'après une hospitalisation, ont été considérées, à l'exception des cas où l'hospitalisation a eu lieu en soins psychiatriques. Le milieu où les pratiques sont mises en place n'est pas un critère d'exclusion. Ainsi, les pratiques recensées ont principalement lieu en centre hospitalier, alors que certaines autres sont en lien avec le soutien à domicile ou la réadaptation, ou encore sont en œuvre dans des établissements de soins de longue durée ou dans la communauté. Les publications retenues sont rédigées en français ou en anglais. Aucune limite temporelle n'a été appliquée aux documents sélectionnés.

La qualité des documents retenus n'a pas été évaluée. Le fait de provenir de sources reconnues a été considéré comme une garantie de qualité acceptable.

Au total, 86 documents ont été analysés, dont 11 études primaires, 6 revues de la littérature, 2 thèses, 31 références de source gouvernementale (sites web et documents) et 36 publications d'organisations savantes. L'objectif du rapport étant en lien avec les pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques, la littérature grise a été davantage retenue. La revue de littérature a permis d'identifier des rapports, de même que des articles publiés dans des journaux révisés par des pairs (études primaires ou revues systématiques) rapportant des données sur des pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques visant la diminution du nombre d'usagers hospitalisés en attente de NSA. De plus, des données relatives à des concepts associés à celui de NSA

ont été incluses, telles que la gestion des transitions. Des méthodes de suivi ou de prédiction des NSA pouvant être utilisées autant au niveau gouvernemental que régional ou local sont abordées. Des enjeux associés à la gestion et à l'implantation du changement de pratiques cliniques ont émergé de cette recherche documentaire, de même que des enjeux associés aux perspectives des parties prenantes qui peuvent différer et créer des tensions.

1.2. Extraction de l'information

C'est à partir d'un processus inductif, initialement appliqué à l'Ontario, qu'une grille de codification a été élaborée. Les pratiques ainsi codifiées ont ensuite été bonifiées ou réorganisées en fonction des informations provenant des autres systèmes de santé. L'ensemble des pratiques codifiées ont été discutées en équipe projet, définies puis consolidées dans une grille de codification. Pour les publications de l'ICIS, toutes les informations en lien avec les usagers en attente de NSA disponibles depuis 2016 ont été extraites (p. ex. : définitions, justifications, lignes directrices pour l'attribution, instruments de mesure). L'ensemble des données extraites a été validé par la coordonnatrice scientifique.

1.3. Analyse et synthèse des données

Tout d'abord, une synthèse narrative analytique a été réalisée pour chacun des cinq systèmes de santé choisis. Par la suite, l'ensemble des pratiques documentées ont été mises en commun afin de dégager des faits saillants. Quelques autres considérations qui ont émergé de l'analyse sont aussi brièvement exposées.

1.4. Validation par les pairs

1.4.1. Panel des usagers et des proches

Les membres du Panel des usagers et des proches ont contribué à la réflexion sur la problématique des usagers en attente de NSA au Québec, lors d'une rencontre tenue le 18 février 2020 portant sur le cadrage. Les membres soulignent, entre autres choses, l'importance de considérer la problématique sous l'angle de la trajectoire des usagers, des réalités individuelles et régionales et d'intégrer au projet l'utilisation d'indicateurs. Ils notent également les enjeux particuliers vécus par les personnes présentant des troubles de santé mentale.

1.4.2. Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Le présent rapport a été transmis à deux lectrices de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé, dans le but d'en améliorer la clarté et la cohérence. Du fait de leur connaissance du réseau hospitalier, celles-ci ont apporté notamment des éléments d'intérêt quant à l'organisation de l'information présentée.

1.4.3. Lecteurs externes

Le rapport a également été soumis à deux lecteurs externes, afin de s'assurer de la qualité et de la pertinence de différents aspects. Ces lecteurs se sont distingués par leur expertise relativement aux usagers en attente de NSA au Québec. Ils ont souligné la lisibilité du document, la richesse et la pertinence de l'information rapportée, mais auraient souhaité que les auteurs aillent plus loin en termes de recoupements avec les pratiques mises en place au Québec. Leurs commentaires ont été analysés et intégrés au rapport, le cas échéant.

2. CONCEPT DES NSA

Dans les systèmes de santé documentés, une variabilité est observée autour du concept des NSA. La présente section rappelle la définition employée au Canada et rapporte des résultats publiés par l'ICIS, institution qui a développé cette définition. À l'international, le concept n'est pas toujours employé ou est employé de façon inégale.

Il importe de rappeler que dans le cadre de cet état des connaissances, seuls les usagers en attente de NSA en soins de courte durée sont considérés, bien que ce statut puisse également s'appliquer dans un milieu psychiatrique ou en réadaptation physique, par exemple.

2.1. Au Canada

Au Canada, le statut « en attente de NSA » fait référence à « lorsque le niveau de soins requis par un patient ne correspond pas au niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve ». Précisément, il désigne le statut d'un patient qui « occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés » [ICIS, 2016a].

L'ICIS a réalisé plusieurs travaux qui permettent d'encadrer et d'uniformiser la compilation des usagers en attente de NSA dans les établissements de santé au Canada. Par exemple, l'ICIS a publié des lignes directrices pour aider les cliniciens à attribuer le statut NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée [ICIS, 2016a]. Elles ont comme objectif de faciliter la prise de décisions cliniques par rapport au moment où il faut établir qu'un patient hospitalisé en soins de courte durée devrait recevoir le statut NSA. Elles visent également à augmenter la comparabilité d'une province ou d'un territoire à l'autre, en permettant que la prolongation des séjours à l'hôpital soit consignée de la même façon. Selon l'ICIS, la responsabilité de la désignation NSA repose sur le membre de l'équipe de soins le plus approprié, que ce soit un médecin, un gestionnaire de cas ou tout autre membre de l'équipe soignante. Cette décision est d'ordre clinique. L'évaluation relative à la désignation NSA doit idéalement avoir lieu tous les jours. Ces lignes directrices rappellent que lorsqu'on attribue une désignation NSA, il n'est pas nécessaire de connaître la destination du patient à la suite de son congé ou de son transfert.

En plus de ces lignes directrices, l'ICIS a élaboré un aide-mémoire pour aider les codificateurs à attribuer correctement les principales raisons pour lesquelles un patient occupe un lit de soins de courte durée en NSA [ICIS, 2016b]. Par exemple, les circonstances liées au statut NSA peuvent être des difficultés relatives au logement et aux conditions économiques, à une dépendance envers la personne qui donne les soins, ou à des difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé.

Les établissements de santé de la plupart des provinces et territoires canadiens soumettent des données en lien avec les NSA aux banques de l'ICIS. À partir de ces données, l'ICIS a publié, en 2012, une étude sur le transfert des patients en soins de

courte durée vers la collectivité, visant à éclairer la planification du système de santé pour les Canadiens âgés qui sont hospitalisés et en attente d'un placement dans la communauté [Jutan *et al.*, 2013]. Cette étude portait sur plus de 90 000 personnes âgées qui ont récemment été transférées d'un établissement de soins de courte durée à des services à domicile ou à un établissement de soins de longue durée. L'étude rapporte que les personnes âgées retournées à leur domicile avec du soutien ont attendu un nombre médian de 7 jours à l'hôpital, et celles transférées dans un établissement de soins de longue durée, un nombre médian de 26 jours. Dans la documentation consultée, il ne semble pas que des standards à atteindre pour des indicateurs de NSA aient été établis par l'ICIS.

Un modèle de régression logistique a été conçu pour déterminer la combinaison de facteurs permettant de faire les meilleures prévisions du nombre de jours en NSA [Jutan *et al.*, 2013]. Pour les usagers en attente de NSA qui ont finalement eu leur congé à domicile en recevant du soutien, des scores élevés à un outil d'aide à la décision utilisé par les cliniciens, dans le but de classer par ordre de priorité les personnes en établissement ou qui nécessitent des services communautaires et de planifier l'allocation des ressources (algorithme MAPLe), ont été associés à des jours en NSA. D'autres facteurs sont prédictifs de jours en NSA pour ces usagers, tels qu'être sans conjoint, avoir 75 ans ou plus, vivre dans une région urbaine ou souffrir d'une incontinence urinaire ou fécale fréquente. Pour les usagers en attente de NSA qui ont été transférés dans un établissement de soins de longue durée, des facteurs prédictifs ont également été identifiés, tels que la prise de psychotropes ou de plus de neuf médicaments, la difficulté à communiquer, la manifestation de comportements difficiles, le fait de recevoir des soins dans un milieu urbain ou le fait d'être instable sur le plan médical.

L'utilisation d'un outil de priorisation pour l'accès aux services communautaires ou aux milieux d'hébergement a permis de prédire la probabilité de se retrouver en NSA. Au-delà des résultats spécifiques rapportés dans cette étude, les auteurs soulignent que les jours en NSA ne s'expliquent pas uniquement à partir des caractéristiques cliniques. Les facteurs organisationnels pourraient aussi être importants à explorer pour comprendre les retards dans les transitions vers la communauté et, plus particulièrement, vers les milieux d'hébergement.

2.2. À l'international

À l'international, le concept des NSA est utilisé différemment entre les systèmes de santé. La France n'utilise pas d'indicateur de NSA à proprement parler, mais privilégie l'utilisation d'un indicateur de durée moyenne de séjour. En Australie et au Royaume-Uni, les termes les plus semblables à « NSA » sont « congé retardé » (*delayed discharge*) ou encore *long stay* et *bed blocking*. Un examen de la portée récent (*scoping review*) au sujet des retards dans les congés hospitaliers rapporte que ceux-ci réfèrent « à l'usager, médicalement stable, qui reste à l'hôpital tandis qu'il n'en a pas besoin, en raison de facteurs organisationnels ou opérationnels OU à l'usager dont le transfert est différé » (traduction libre) [Micallef *et al.*, 2020].

3. PRATIQUES DOCUMENTÉES PAR SYSTÈME DE SANTÉ

En réponse à la situation préoccupante des NSA, un état des connaissances est réalisé dans cinq systèmes de santé différents, soit l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Australie, la France et le Royaume-Uni, pour identifier des pistes de solutions existant ailleurs dans le monde. Dans ce rapport, les deux systèmes de santé canadiens sont présentés en premier lieu, suivis des autres systèmes de santé en ordre alphabétique. À une brève description de la structure du réseau de la santé de chacun de ces systèmes de santé s'ajoutent celle des pratiques gouvernementales (nationales ou provinciales), organisationnelles et cliniques ainsi que celle des méthodes pour monitorer ou prédire les NSA. Les pratiques gouvernementales sont regroupées selon qu'elles sont liées à la gouvernance, au financement ou à la gestion des flux de patients. L'expression « flux de patients » fait référence à la capacité des systèmes de soins de prendre en charge les patients efficacement et dans des délais minimaux, alors qu'ils évoluent dans les différentes étapes de soins [NHS Improvement, 2017]. Quant aux pratiques organisationnelles et cliniques, elles sont subdivisées en trois étapes, c'est-à-dire les approches utilisées en amont, puis celles pendant l'hospitalisation et enfin celles utilisées en aval de l'hospitalisation. Enfin, les méthodes de suivi et de prédiction des NSA regroupent autant des indicateurs de suivi que des pratiques innovantes de modélisation prédictive.

3.1. Ontario

Le terme NSA ou « autres niveaux de soins » (*Alternate Level of Care (ALC)*) est utilisé en Ontario depuis une quinzaine d'années. Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'utiliser une définition commune pour l'ensemble du continuum de soins et pour tous les établissements, ainsi que de collecter des données fiables et à jour sur les temps d'attente dans tous les établissements de soins aigus et post-aigus aux différents niveaux provincial, régional et local [Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Mississauga-Halton, 2018; Expert Panel on Alternate Level of Care, 2006].

Selon les données en date d'octobre 2018, 16 % des jours passés à l'hôpital sont en attente de NSA et approximativement 4 665 usagers ont été désignés NSA. Ce pourcentage est élevé. Il a augmenté de 4 % en 2019, malgré l'ajout de lits dans le système de santé. Il est à noter que les pourcentages de NSA varient en fonction de la région ou du moment de l'année [Government of Ontario, 2019].

3.1.1. Structure du système de santé

La plus grande partie de la littérature consultée dans le cadre de ce rapport date d'avant la scission du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en deux ministères : ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée. Ainsi, ce qui est présenté ci-après concerne le système de santé ontarien avant juin 2019.

3.1.1.1. Au niveau provincial

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario est chargé d'identifier des objectifs en termes de soins et de services, d'administrer le système de soins de santé et des soins de longue durée et de fournir des services connexes dans la province canadienne de l'Ontario. Tel que mentionné, ce ministère est maintenant scindé en deux.

3.1.1.2. Aux niveaux régional et local

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé³ sont des organismes régionaux qui planifient, coordonnent et financent les soins de santé locaux et, en particulier, les services de soutien à domicile et les services communautaires de soutien subventionnés ainsi que les foyers de soins de longue durée au niveau local. Ils établissent l'admissibilité et prennent les dispositions nécessaires pour les admissions à certains programmes de jour, à des programmes pour malades chroniques ou de réadaptation, à des programmes de logement avec services de soutien et d'assistance, ainsi qu'à tous les établissements de soins de longue durée⁴. Ces organismes doivent également veiller à la reddition de comptes pour atteindre les objectifs et ajuster les incitatifs avec les résultats attendus. Ils collaborent aussi avec les hôpitaux, les centres de santé communautaire, les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ainsi qu'avec les fournisseurs de soins primaires et les bureaux de santé publique. Enfin, ils financent ces différents fournisseurs de services de santé à partir d'ententes de responsabilisation en matière de services.

3.1.2. Organisation des soins et services en Ontario

Selon Walker, qui était le responsable des NSA au niveau provincial (2010-2011) pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, la structure organisationnelle du réseau de santé de l'Ontario met beaucoup d'efforts dans sa gestion des soins ainsi que dans sa gestion des transitions. L'auteur souligne également l'importance de renforcer la gouvernance et la reddition de comptes, dans un rapport avec recommandations [Walker, 2011].

3.1.2.1. Gouvernance

Un panel d'experts sur les NSA, incluant des membres de l'ensemble du continuum de soins et de services sociaux [2006] recommande de revoir les politiques et les pratiques de sortie et de placement dans les établissements, et de soutenir l'accès aux soins de première ligne, la gestion des maladies chroniques et des initiatives de télésanté.

D'après Walker [2011], la responsabilité de planifier les sorties des hôpitaux de soins aigus pour les personnes âgées fragiles devrait passer des hôpitaux aux structures responsables de la prise en charge des usagers en aval, dans le but d'assurer l'identification des destinations appropriées de sortie (intérimaires ou permanentes)

³ Les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont similaires aux anciennes régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec.

⁴ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Réseaux locaux d'intégration des services de santé [site Web]. Disponible à : <https://www.health.gov.on.ca/fr/common/system/services/lhin/default.aspx>.

à l'aide de critères d'admission cohérents. Walker [2011] a également recommandé de créer des objectifs de performance et des mécanismes en amont, qui favorisent la prévention primaire au travers des programmes de dépistage et de prévention, et de mettre en place des ententes de reddition de comptes entre les différents partenaires.

En plus, il recommande qu'une planification et l'utilisation d'un modèle prévisionnel des besoins en services soient élaborées pour éclairer la prise de décision sur le nombre et le type de lits et les services nécessaires à financer dans chaque communauté, de même que pour optimiser les investissements en cours et futurs.

L'Ontario s'appuie sur les travaux réalisés par l'ICIS pour l'encadrement et l'uniformisation des NSA dans ses établissements. Des travaux sont également exécutés par le responsable provincial de la qualité des soins de santé de l'Ontario.

3.1.2.2. Financement du système de santé

Le panel d'experts sur les NSA [Expert Panel on Alternate Level of Care, 2006], mentionné précédemment, et Walker [2011], responsable des NSA au ministère, recommandent d'élaborer un mécanisme de financement adéquat permettant de desservir les clients dont les besoins sont plus complexes.

Par exemple, Walker recommande que les réseaux locaux d'intégration des services de santé :

- recentrent et améliorent les investissements dans le secteur des services de soutien communautaire auprès des personnes âgées et des soignants ainsi que dans les centres d'accès de soins communautaires pour implanter l'approche « Chez soi avant tout » (*Home First*)⁵;
- intègrent des principes hospitaliers de prise en compte des personnes âgées du modèle « Hôpitaux adaptés aux personnes âgées » (*Senior Friendly Hospital*) dans les ententes de reddition de comptes avec les hôpitaux et évoluent vers des normes d'accréditation.

3.1.3. Organisation des soins et services dans le continuum

Plusieurs moyens déployés sur le plan organisationnel peuvent favoriser une meilleure intégration des soins lors des transitions. Ces moyens peuvent potentiellement permettre de réduire la quantité de NSA en milieu hospitalier :

- regrouper les fournisseurs et les organismes qui interviennent tout au long du continuum de soins;
- veiller à ce que les services soient coordonnés et se complètent;
- assurer un échange rapide de renseignements exacts entre les fournisseurs, selon des normes de qualité élevées et appliquées avec constance;

⁵ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Chez soi avant tout – Mettre les patients au cœur de leurs soins de santé [site Web]. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/community/com_homefirst.aspx.

- œuvrer pour que la continuité des soins représente une obligation envers les personnes devant gérer une maladie chronique, et non seulement un idéal [QSSO, 2013].

3.1.3.1. Approches en amont de l'hospitalisation

Les personnes avec des besoins complexes, à risque de chutes ou présentant des troubles de santé mentale font partie des plus susceptibles de recevoir un statut NSA, lorsqu'elles sont hospitalisées en soins de courte durée. De nombreuses approches mises en place en amont de l'hospitalisation pourraient avoir un effet sur les NSA en prévenant celle-ci. Elles touchent principalement le renforcement des capacités de la première ligne, du soutien à domicile ainsi que du soutien aux personnes proches aidantes.

Soins et services de première ligne

En Ontario, pour faciliter l'accès aux soins en première ligne, les médecins de famille et/ou les infirmières praticiennes surveillent l'état clinique des usagers dans la communauté et constituent la porte d'entrée aux services de santé et aux services sociaux [Government of Ontario, 2019]. Par exemple, un service d'appel en tout temps pour tout problème ou questionnement permet une disponibilité accrue des prestataires de santé et assure la surveillance des symptômes, que ce soit à l'aide de la technologie ou d'autres moyens. La disponibilité des soins peut influencer sur leur qualité de même que sur le sentiment de sécurité et la satisfaction des usagers et des aidants.

Par exemple, au niveau régional, le réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton supervise une stratégie d'intégration des soins primaires, qui comprend plusieurs composantes [QSSO, 2015] : un annuaire en ligne des spécialistes et une base de données des médecins, un système de suivi de l'engagement des médecins et des spécialistes, un réseau de soins primaires dirigé par des médecins, de même que des postes de conseillers en soins primaires travaillant dans les maillons santé et qui éclairent les médecins et les font participer aux nouveaux programmes et services offerts au sein du réseau local du système.

Pour les personnes avec des besoins complexes, qui sont plus susceptibles d'être hospitalisées et de se voir attribuer un statut de NSA, plusieurs initiatives ont aussi été développées dans la communauté [QSSO, 2015].

- Les maillons santé communautaires (*Community Health Links*), créés en 2012, réunissent des fournisseurs locaux afin d'intégrer les soins cliniques prodigués aux patients souffrant d'affections chroniques multiples et ayant des besoins complexes. Ils reposent sur une approche des soins de santé axés sur la

personne, appelée « gestion des soins coordonnés », qui vise l'amélioration et la coordination harmonisée des soins pour ces patients⁶.

- La disponibilité des services d'un coordonnateur de soins pour les médecins traitants des maillons santé communautaires ou des centres de santé communautaire vise à permettre une amélioration de la coordination des soins, de la navigation dans le système de soins et de la prestation de services cliniques fondés sur les données probantes, et ce, pour assurer un accès rapide aux soins et des délais plus courts.
- La mise en place d'un programme d'évaluation de la santé dans la communauté à l'aide d'ambulanciers paramédicaux des services médicaux d'urgence renforce le soutien offert dans les situations complexes. Bien que le programme en soit à ses débuts, les services offerts peuvent comprendre des vérifications du bien-être, des évaluations du respect de la pharmacothérapie, la sensibilisation aux maladies chroniques et à leur prise en charge, des évaluations sommaires de la santé mentale et des mesures spécifiques pour prévenir les chutes à domicile.
- D'autres outils ont été mis au point pour répondre à la nécessité d'identifier les patients qui courent les plus grands risques de réadmission à l'hôpital. L'échelle de fragilité clinique est un outil qui mesure la difficulté d'un patient à exécuter des activités de la vie quotidienne, comme préparer des repas, afin d'évaluer son risque de réadmission dans les 30 jours suivant son congé. En effet, les patients dont la fragilité est considérée comme modérée ou grave présentent un risque accru de réadmission.

Étant donné que les usagers en attente de NSA sont souvent des personnes âgées et qu'une chute à domicile peut être un élément déclencheur d'une hospitalisation, voici quelques exemples d'initiatives mises en œuvre pour prévenir les chutes [QSSO, 2015] :

- avoir recours à des outils d'évaluation des risques de chutes pour déterminer les patients à risque;
- offrir un programme de prévention des chutes pour les patients qui présentent des risques élevés, tel que l'aiguillage vers des cliniques mobiles de prévention des chutes, des programmes d'exercices et l'élaboration de plans de soins individualisés pour réduire les chutes;
- collaborer avec des coordonnateurs de prévention des chutes;
- adapter les interventions à l'environnement des patients, pour ceux qui ont déjà fait une chute;

⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Les maillons santé communautaires fournissent des soins coordonnés, efficaces et efficaces aux aînés et aux personnes ayant des besoins complexes [site Web]. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20200318121006/http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/transformation/community.aspx>.

- gérer les médicaments, à l'aide de programmes de pharmacie communautaire comme les Services de soutien à la gestion des médicaments;
- déterminer les ressources clés pour susciter la participation du personnel et former ce dernier aux pratiques exemplaires et aux plus récentes lignes directrices.

Soutien à domicile

En 2006, le panel d'experts sur les NSA mentionné précédemment a également recommandé de définir, et d'augmenter au besoin, les soins prodigués par le système de santé dans la communauté, dans les soins complexes et dans les programmes de soins de longue durée [2006]. De plus, les services devraient s'étendre au soutien personnel et aux travaux ménagers, dans le but de permettre aux personnes âgées fragiles et aux personnes avec des incapacités de rester à leur domicile.

Une étude rétrospective souligne le fait que les personnes âgées fragiles sont des utilisateurs importants des soins hospitaliers pour lesquels des solutions flexibles sont nécessaires [Shmatnik, 2019].

Dès 2011, des recommandations ont été émises par Walker, dans le but de favoriser le maintien au domicile des personnes âgées dans le respect de leurs besoins sociaux, physiques, émotionnels, nutritionnels, de santé ainsi que dans le respect de leurs aidants [Walker, 2011].

Selon Bender et Holyoke [2018], qui ont réalisé une étude à l'aide d'une approche multifacettes (p. ex. : évaluation clinique d'usagers en attente de NSA, groupes de discussion avec des intervenants hospitaliers et du personnel de gestion, entrevues avec les patients et les familles), l'ajout d'heures de soins à domicile n'est pas suffisant. D'autres types de services pourraient être appropriés pour mieux planifier et prévoir les besoins futurs de soins à domicile. Par exemple, des équipes interprofessionnelles plus flexibles offrant du monitoring à distance et des évaluations en continu pourraient permettre de mieux comprendre les besoins et leur évolution.

Soutien aux personnes proches aidantes

L'épuisement mental ou physique des personnes proches aidantes ou même l'absence de tels aidants sont des raisons pouvant expliquer de longs séjours en attente de NSA. Le rapport annuel 2018 sur la performance du système de soins ontarien indique qu'approximativement 26 % des proches aidants consultés qui sont en soutien à des personnes vivant à domicile depuis au moins six mois ont vécu de la détresse, de la colère ou des symptômes dépressifs associés à leur rôle d'aidant [QSSO, 2018b]. Lorsque les aidants sont épuisés ou malades ou qu'ils ne peuvent ou ne veulent plus apporter de soutien à leur proche, les conséquences pour la personne à domicile ne sont pas négligeables. C'est notamment pourquoi les besoins des personnes proches aidantes sont à considérer (p. ex. : prévoir du répit au moment opportun). Les personnes proches aidantes peuvent aussi nécessiter de recevoir de l'éducation ou de la formation. Par exemple, l'éducation sur les stratégies de soutien à adopter ou la formation sur la

gestion des comportements (cours généraux et stratégies personnalisées) peuvent augmenter la confiance des personnes proches aidantes dans leur capacité et contribuer à améliorer la planification des soins [Peckham *et al.*, 2019].

3.1.3.2. Approches pendant l'hospitalisation

Plusieurs approches ont été développées dans les milieux hospitaliers, qui peuvent avoir un effet sur les NSA. Ces initiatives visent des clientèles âgées ou présentant des risques de réhospitalisation.

Approche « Évaluation et rétablissement » (*Assess and Restore*)

Selon Walker [2011], l'approche « Évaluation et rétablissement » (*Assess and restore*) doit être centrale dans les services offerts aux personnes âgées, dans le but de restaurer leur niveau de fonctionnement et de leur permettre de retourner à domicile le plus rapidement possible avec le niveau de soutien approprié. Cette approche vise à mettre en place des interventions individualisées de réadaptation ou de récupération fonctionnelle à court terme, afin d'augmenter la force, la mobilité et les capacités fonctionnelles de la personne. Ces interventions peuvent être offertes dans l'ensemble du continuum de soins, et ainsi se déployer lors de l'hospitalisation. Elles doivent être pratiquées par des équipes interprofessionnelles dont les membres possèdent une expertise en soins gériatriques, notamment des spécialistes en gériatrie et physiothérapie, des physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmières en réadaptation et assistants en thérapie, de même que des professionnels des soins pharmaceutiques, diététiques et psychiatriques. En 2014, elles ont fait l'objet d'un guide de recommandations pour leur application en établissement, élaboré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, en collaboration avec d'autres acteurs du milieu de la santé et des soins de longue durée [MSSLD, 2014].

D'après Bender et Holyoke [2018], les usagers qui sont en attente de soins de longue durée sont réévalués peu fréquemment. Les auteurs rapportent que des réévaluations plus fréquentes entraîneraient une révision du statut des patients hospitalisés en attente. De plus, selon eux, la moitié des patients auraient pu être retournés au domicile sur une base temporaire ou définitive si l'approche « Évaluation et rétablissement » avait été mise en œuvre.

Stratégie collaborative « Hôpitaux adaptés aux personnes âgées » (*Senior Friendly Hospital*)

Bender et Holyoke [2018] ont constaté que les soins de rétablissement devraient être prioritaires dans le plan de soins des personnes âgées hospitalisées en soins aigus, puisqu'ils diminuent le déclin physique et cognitif de celles-ci. Ces soins requièrent l'intervention d'une équipe interprofessionnelle avec une formation en gériatrie et composée de différents thérapeutes, soit nutritionnistes, travailleurs sociaux, infirmières et médecins. Ces chercheurs ont noté que les intervenants en soins aigus peuvent avoir une connaissance et une compréhension partielles des services non aigus. C'est

pourquoi des intervenants qui exercent dans des milieux de soins non aigus qui renseignent les intervenants en soins aigus sur la trajectoire de santé des patients peuvent contribuer à réduire cet écart.

La stratégie collaborative « Hôpitaux adaptés aux personnes âgées » (*Senior Friendly Hospital*) permet de prendre en compte les caractéristiques et les besoins des personnes âgées dans toutes les dimensions de la prise en charge hospitalière. Des outils de formation, de soutien et de développement de compétences ont été conçus et déployés en Ontario. Le programme régional de gériatrie de Toronto mène des projets et collabore aux initiatives mises en œuvre aux niveaux local, régional et provincial. De plus, il soutient le développement des politiques et des stratégies⁷.

Modèle « Hôpital virtuel » (*Virtual Ward*)

Pour prendre en charge les patients à haut risque de réhospitalisation, le modèle « Hôpital virtuel » (*Virtual Ward*) peut être implanté pendant la convalescence à l'extérieur des unités de soins aigus [Walker, 2011]. Il s'agit d'offrir des soins de transition intensifs, personnalisés, optimisés et coordonnés entre l'équipe hospitalière, le médecin de famille et les services communautaires pendant une période donnée, dans le but de réduire le risque de réhospitalisation.

3.1.3.3. Approches en aval de l'hospitalisation

De nombreuses approches mises en place en aval de l'hospitalisation pourraient avoir un effet sur les NSA, en permettant d'offrir des soins et des services adéquats dès la sortie des soins de courte durée et en prévenant les réhospitalisations.

En aval du centre hospitalier, la prise en charge rapide des patients par l'équipe de soins de première ligne devrait permettre d'obtenir des soins en temps opportun, d'éviter de nouvelles hospitalisations, d'assurer la continuité des soins, de faciliter la réadaptation et d'observer la détérioration en temps réel [QSSO, 2015].

Coordination pendant les transitions

Quatre pistes de changement, déterminées à partir de données probantes dans le but de combler les principales lacunes dans la coordination des soins pendant les transitions vers les services de première ligne, ont été identifiées [QSSO, 2013].

- L'établissement d'un plan de soins et de sortie de l'hôpital personnalisé vise à répondre aux objectifs du patient, en améliorant la coordination et la collaboration, et à offrir des soins de santé provenant de différents programmes, organisations et secteurs. Ce plan est aussi un outil de communication pour les patients, leur famille et les personnes proches aidantes, ainsi que pour les fournisseurs de soins. Il s'agit d'un document évolutif, qui exige une évaluation régulière et des mises à jour tenant compte des changements dans la condition du patient [QSSO, 2018a].

⁷ Regional Geriatric Program of Toronto. Disponible à : <https://www.rgptoronto.ca/>.

- L'évaluation des risques de réadmission et la planification du suivi approprié après le congé visent à mettre en place, en aval, les soins et services adéquats, et cela, avant le départ des patients. Selon Peckham et ses collaborateurs [2019], lorsqu'il y a un risque élevé de réadmission, il serait indiqué de confirmer un rendez-vous avec l'équipe de soins primaires (personnel infirmier et préposé au soutien à la personne) dans les 48 heures suivant le départ. Dans le cas d'un risque moyen, un appel de suivi dans les 48 heures et un rendez-vous confirmé dans les cinq jours suivant le congé seraient appropriés.
- La réalisation d'un bilan comparatif des médicaments aux principaux moments de transition.
- L'amélioration de la littératie en matière de santé vise à aider la personne à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer ses soins de façon autonome. L'éducation en milieu communautaire, hospitalier, de réadaptation, etc. (en individuel ou en groupe) demeure importante dans tout le continuum de soins. L'augmentation de l'éducation et de l'information, que ce soit sur le plan des soins, des ressources disponibles ou des moyens d'y accéder, améliore les réponses aux besoins des usagers et des personnes proches aidantes. Des formations portant sur des thèmes précis, tels que les ressources disponibles, les télésoins à domicile et l'autogestion, s'avèrent des incontournables, tant pour les patients que pour les membres de la famille, et contribuent à l'amélioration de l'état du patient, de son comportement et de son autonomie.

Pratiques visant les personnes à risque de retour dans le milieu hospitalier

Le soutien aux autosoins ou à l'autogestion, pour les patients avant la sortie des soins de courte durée, permet de prévenir le déclin éventuel de l'état de la personne et sa réhospitalisation. Il s'agit, par exemple, de s'assurer que le patient ou le proche sachent précisément comment reconnaître les symptômes et identifier l'aggravation de ceux-ci; quand, comment et à qui demander de l'aide, ou bien respecter la posologie des médicaments prescrits [QSSO, 2013].

Les programmes post-aigus en santé mentale (p. ex. : services de rétablissement) souffrent souvent de critères d'admission complexes et réducteurs, d'après Bender et Holyoke, ce qui en réduit l'accès pour les patients qui sont en attente de NSA [Bender et Holyoke, 2018]. Une simplification ainsi qu'une plus grande flexibilité de ces critères pourraient sans doute augmenter l'accès à ces services, notamment pour les usagers en attente de NSA.

Des pratiques ont également été mises en œuvre dans le but d'éviter les retours à l'urgence [QSSO, 2015], soit :

- des évaluations régulières et continues de l'état des usagers après leur sortie de l'hôpital, pour assurer la satisfaction des besoins des clients;

- un outil de suivi du « changement de l'état » de l'utilisateur, pour favoriser l'uniformité des services et soins chez les fournisseurs et dans la région;
- un avis électronique qui permet de faire le suivi des visites aux services d'urgence, d'en cerner les raisons les plus courantes et de combler les lacunes en lien avec celles-ci;
- des programmes d'aide à la vie autonome, afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées présentant un risque élevé de réhospitalisation dans les 30 jours suivant le congé hospitalier;
- du partenariat avec le service de soutien communautaire d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées présentant un risque élevé de réhospitalisation, afin de favoriser le maintien à domicile des personnes qui ont besoin d'un préposé aux services de soutien, de services d'aide aux tâches ménagères, de vérification de sécurité et de rassurance.

Programme de lits de transition

Si les lits de transition sont une solution envisagée pour les usagers en attente de NSA, il est recommandé que ces lits ne soient pas dans les milieux hospitaliers et que les intervenants soient formés pour favoriser le retour à domicile [Bender et Holyoke, 2018].

3.1.4. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA

Un ensemble d'indicateurs ciblés ont été choisis par des experts de la santé en partenariat avec des responsables du système de santé de l'Ontario pour suivre l'évolution de la qualité des soins [QSSO, 2020].

3.1.4.1. Indicateur : Pourcentage de jours de soins désignés comme NSA

Le pourcentage de jours de soins désignés comme NSA fait partie des indicateurs prioritaires pour les hôpitaux. Celui-ci est considéré comme un indicateur a posteriori du fonctionnement du système.

3.1.4.2. Autres indicateurs pour les hôpitaux

Certains indicateurs ne sont pas liés directement aux NSA, mais sont tout de même d'intérêt parce qu'ils informent sur la qualité des transitions à partir du milieu hospitalier. Par exemple :

- le pourcentage de sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé;
- l'expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital (pourcentage de répondants qui ont répondu "complètement" à cette question);
- le bilan comparatif des médicaments au moment du congé (nombre total de patients ayant reçu leur congé pour qui le meilleur schéma thérapeutique possible

au congé a été créé, par rapport au nombre total de patients ayant reçu leur congé).

3.1.4.3. Indicateurs pour les soins primaires et les soins à domicile et communautaires

Certains indicateurs ne sont pas directement associés aux NSA, mais sont néanmoins d'intérêt parce qu'ils informent sur la qualité des soins en aval de l'hospitalisation. Par exemple :

- le suivi 7 jours après le congé de l'hôpital;
- l'accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires (pourcentage de patients et de clients qui peuvent consulter un médecin ou un infirmier praticien le jour même ou le lendemain de la sollicitation de services);
- les consultations non prévues aux urgences dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital.

3.1.4.4. Pratique innovante : modélisation prédictive

Dans le but d'aider les différents établissements à mieux optimiser les flux et les volumes de patients, Patrick [2011] propose une approche reposant sur une modélisation des flux. Cette approche peut être configurée à partir de différents paramètres, dont la durée de séjour en soins aigus. Elle permet de prédire le nombre d'usagers en attente de NSA. Par exemple, en fournissant plus longtemps des services au domicile, la durée de séjour en établissement de longue durée diminue, et cela a un effet sur la disponibilité des places dans ce type d'établissement.

Shmatnik [2019] s'intéresse à la situation des personnes âgées utilisant de nombreux soins et services et qui sont souvent en attente de NSA pour une place en établissement de soins de longue durée. Il démontre comment un modèle de prédiction, informé par des données sur l'utilisation des soins et services et prenant en compte les NSA, peut être utilisé pour évaluer l'impact de nouvelles politiques sur le niveau de demande de services de santé. Par exemple, il est estimé qu'une politique qui éviterait à 15 % des patients d'attendre en NSA une place en hébergement de soins de longue durée permettrait de débloquer 100 lits de soins aigus.

3.2. Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, les données sur les usagers en attente de NSA sont suivies par l'*Institute for Health System Transformation & Sustainability* (IHSTS) [2015]. Entre 2001 et 2014, il y a eu peu de changements dans le nombre d'usagers en attente de NSA et leur durée de séjour. Dans les *Local Health Areas*, le pourcentage de jours d'hospitalisation en NSA varie de 5 % à 25 %. Le nombre de cas avec au moins une journée en NSA a oscillé quelque peu, passant de 3,3 à 3,9 par 1 000 habitants. Toutefois, le nombre moyen de jours d'hospitalisation en NSA est passé de 95 à 85 par 1 000 habitants. Cette dernière statistique reflète le fait que la durée moyenne de séjour

en NSA par cas NSA a diminué, soit de 29 à 22 jours, entre 2001 et 2014. Il est à noter que ces données ne considèrent pas le fait que la population de la Colombie-Britannique a vieilli entre 2001 et 2014. En effet, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 13 % à 16 %.

À travers la Colombie-Britannique, les personnes âgées de 80 ans et plus comptabilisent la majorité des jours en NSA (56 %). Seulement 12 % des jours en NSA sont liés à des patients âgés de 59 ans et moins [IHSTS, 2015].

Toujours en Colombie-Britannique, 84 % des jours en NSA ont lieu à la suite d'une admission à l'urgence [IHSTS, 2015]. En général, les hôpitaux non universitaires de petite ou moyenne taille montrent des pourcentages plus élevés de journées en NSA. Ces hôpitaux ont moins de lits, moins de volume de services et une intensité de ressources moindre. Ils sont souvent situés en milieux ruraux. Les données provenant des *Health Service Delivery Areas* indiquent que les usagers en attente de NSA dans les hôpitaux non universitaires de petite ou moyenne taille sont souvent en attente d'un transfert. Bien que les journées en NSA soient moindres dans les hôpitaux universitaires, les durées de séjour sont plus longues, ce qui peut laisser supposer la présence d'usagers avec des conditions plus complexes [IHSTS, 2015].

Deux catégories cliniques, soit « Santé mentale et cognitive » (incluant les troubles neurocognitifs et la schizophrénie) et « Autres raisons d'hospitalisation » (incluant la convalescence, la réadaptation et les soins palliatifs), comptent pour 51 % de l'ensemble des journées en NSA, mais uniquement 27 % des journées d'hospitalisation. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques, les interventions à la hanche ou au fémur, les crises cardiaques et les maladies pulmonaires obstructives chroniques expliquent également une grande proportion des journées en NSA. Le pourcentage de journées en NSA en fonction des diagnostics varie selon les régions [IHSTS, 2015].

La durée de séjour des usagers en attente de NSA est plus longue pour les personnes âgées qui attendent d'avoir accès au soutien à domicile que pour celles qui attendent une place dans un établissement d'hébergement et de soins de longue durée. Les retours au domicile avec soutien qui sont retardés peuvent s'expliquer par des enjeux liés à l'installation d'équipements pour rendre le domicile plus sécuritaire, à la coordination entre les agences et à la disponibilité d'une personne proche aidante à domicile [IHSTS, 2015].

L'*Office of the Seniors Advocate - British Columbia* [2018] a remarqué qu'une forte proportion de résidents en établissement de soins de longue durée⁸ qui sont hospitalisés deviennent des usagers en NSA. Les résultats de cette étude révèlent que, comparativement aux résidents en établissement d'hébergement public, ceux en établissement d'hébergement privé (contractuels) sont :

⁸ En Colombie-Britannique, les établissements de soins de longue durée offrent des soins et une supervision professionnelle 24 heures sur 24 dans un environnement soutenant et sécuritaire pour des personnes aux besoins de soins complexes qui ne peuvent plus rester à domicile ou en résidence (BC Ministry of Health. Long-Term Care Services [site Web], disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/long-term-care-services>).

- 32 % plus à risque d'être admis à l'urgence;
- 34 % plus à risque d'être hospitalisés;
- une fois admis, leur durée de séjour est 32 % plus longue;
- la probabilité de ne pas retourner à l'établissement d'hébergement et d'être en NSA est 47 % plus élevée, et leur durée de séjour en NSA est 9 % plus longue;
- la probabilité de mourir à l'hôpital est 54 % plus élevée.

Il est à noter que les résultats rapportés dans cette étude ont pris en compte le fait que les résidents hébergés en établissement d'hébergement privé ont généralement des conditions médicales moins complexes, et nécessitent moins d'heures de soins que ceux suivis en établissement d'hébergement public.

3.2.1. Structure du système de santé

3.2.1.1. Au niveau provincial

En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé collabore avec la *Provincial Health Services Authority*, cinq *Regional Health Authorities* et la *First Nations Health Authority*⁹.

Notamment, la *Provincial Health Services Authority* a un rôle unique dans le système de santé, soit de s'assurer que les résidents ont accès à un réseau provincial coordonné de services de haute qualité¹⁰. Elle cherche à réduire les coûts des services et à gagner en efficacité grâce à la consolidation et à l'implantation de modèles alternatifs, comme le partage de services avec les autres autorités. Elle travaille avec les *Regional Health Authorities* pour planifier et coordonner des programmes provinciaux et des soins spécialisés. Ces derniers incluent les traitements contre le cancer, la prévention et le contrôle des infections, les soins pédiatriques, les services ambulanciers, la santé mentale et la dépendance, la santé rénale, les transplantations, la santé des femmes, les chirurgies cardiaques et les services périnataux¹¹. La *Provincial Health Services Authority* gouverne et gère les organisations qui offrent ces soins spécialisés, soins qui ne sont pas offerts partout à travers la province.

3.2.1.2. Au niveau régional

Les cinq *Regional Health Authorities* (*Fraser Health*, *Interior Health*, *Island Health*, *Northern Health* et *Vancouver Coastal Health*) gouvernent, planifient et donnent des soins et services dans leur région géographique respective. Les autorités régionales sont responsables d'identifier les besoins populationnels, de planifier des programmes et services appropriés et de s'assurer que ces derniers sont bien financés et gérés.

⁹ BC Ministry of Health. First Nations Health Authority [site Web]. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-authorities/first-nations-health-authority>.

¹⁰ Provincial Health Services Authority. Our Unique Role [site Web]. Disponible à : <http://www.phsa.ca/about/who-we-are/our-unique-role>.

¹¹ BC Ministry of Health. Provincial Health Services Authority [site Web]. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-authorities/provincial-health-services-authority>.

De plus, ces autorités doivent atteindre des objectifs de performance¹². Elles regroupent les *Health Service Delivery Areas*.

En ce qui concerne les établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique, il y a 293 établissements, dont 32 % des lits sont gérés par une *Regional Health Authority* et 68 % par des organismes contractuels qui ont une entente avec une *Regional Health Authority* [Office of the Seniors Advocate - British Columbia, 2018].

3.2.2. Organisation des soins et services en Colombie-Britannique

Selon un rapport de l'IHSTS [2015], les interventions les plus prometteuses pour réduire les NSA impliquent l'intégration des prestataires et des organisations à travers les soins primaires, les soins à domicile et la communauté, et les soins aigus. Une forte coordination, une capacité adéquate et de la flexibilité dans les soins à domicile ou communautaires seraient centrales pour la gestion efficace des NSA [IHSTS, 2015].

Selon la littérature, « la meilleure solution à long terme serait de consolider et d'accroître les soins primaires, les soins infirmiers et les services de réadaptation, tout en éduquant la population, afin qu'elle comprenne mieux à quel moment et dans quelle situation les soins de courte durée, qui sont des ressources dispendieuses, sont vraiment requis » (traduction libre) [Blandford, 2018, p. 27].

3.2.2.1. Gouvernance

En plus de faire partie de la collecte de données effectuée par l'ICIS (voir « Concept des NSA », [Section 2](#)), les données de la Colombie-Britannique sur les usagers en attente de NSA sont suivies par le ministère de la Santé de la province via un portail nommé *Healthideas*. De plus, l'IHSTS publie des analyses des données provinciales colligées (p. ex. : nombre d'usagers avec au moins une journée en NSA par 1 000 habitants, durée moyenne de séjour en NSA, pourcentage de NSA par catégories d'âge, pourcentage de NSA à la suite d'une admission à l'urgence, quantité de NSA selon le nombre de lits hospitaliers et l'affiliation universitaire, pourcentage de NSA selon le diagnostic, durée de séjour en NSA selon la destination).

3.2.2.2. Financement du système de santé

Au début des années 2000, l'introduction d'un financement basé sur l'activité dans les hôpitaux de Colombie-Britannique, en remplacement d'un budget global, avait comme objectif de créer une incitation financière pour augmenter le volume de patients [IHSTS, 2015]. Cette initiative visait à inciter les administrateurs des hôpitaux à favoriser le congé des usagers en attente de NSA et à admettre de nouveaux patients. L'impact de cette initiative ne semble malheureusement pas documenté.

¹² BC Ministry of Health. Health Authorities [site Web]. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-authorities>.

3.2.3. Organisation des soins et services dans le continuum

3.2.3.1. Approches en amont de l'hospitalisation

Quelques approches en amont de l'hospitalisation ont été analysées, soit le modèle *Community Actions and Resources Empowering Seniors (CARES)*, des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées et des suivis dans la communauté. Elles sont présentées ici. De plus, des pistes pour réduire les admissions non nécessaires sont brièvement décrites. Enfin, d'autres ressources en amont de l'hospitalisation sont identifiées pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Modèle « *Community Actions and Resources Empowering Seniors* » (CARES)

CARES est un modèle d'évaluation précoce des personnes âgées fragiles¹³ qui a été évalué par le biais d'une étude pilote effectuée à dans la *Fraser Health Regional Health Authority* [IHSTS, 2015]. Il compte quatre étapes en soins primaires pour prévenir la fragilité.

1. La recherche active des personnes âgées à risque : L'équipe de soins primaires identifie des personnes âgées à risque dans la communauté, en utilisant un score de 3-5 selon l'échelle de fragilité clinique (*Clinical Frailty Scale*), et selon la présence d'enjeux liés à des maladies chroniques.
2. L'évaluation (*Comprehensive Geriatric Assessment and Frailty Indexing*) : Un médecin et une infirmière remplissent une évaluation dans le dossier médical électronique, afin d'identifier les personnes âgées les plus à risque de fragilité. Cette évaluation tient compte du fonctionnement global de la personne âgée dans sa communauté. L'équipe produit ainsi un index de fragilité afin de soutenir une planification individualisée de services. Les personnes âgées étant souvent bien plus fragiles qu'elles le déclarent, cet outil permet au personnel d'obtenir une compréhension précise de la situation.
3. Le bilan / référencement dans la communauté : Un résumé de l'évaluation est transmis à la personne âgée, qui est ensuite dirigée vers un accompagnateur communautaire.
4. L'accompagnement lié à la santé : La personne âgée reçoit un accompagnement gratuit en lien avec sa santé au téléphone, pour une durée maximale de six mois, afin de parler de nutrition, d'exercices physiques et d'engagement social. L'accompagnateur aide la personne âgée à avoir des comportements sains et à accéder à des ressources, si cela est pertinent, pour l'aider à rester en santé et autonome. L'évaluation *Comprehensive Geriatric Assessment and Frailty Indexing* est réalisée à nouveau après six mois pour évaluer les impacts de l'accompagnement.

¹³ « La fragilité est un concept essentiel en médecine gériatrique et se définit par une réduction généralisée des réserves homéostatiques de plusieurs systèmes physiologiques conduisant à un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne âgée aux événements stressants de la vie, même mineurs (maladies, accidents, etc.), et qui augmente le risque de perte d'autonomie » [INSPQ, 2018].

Pour retarder de façon proactive les manifestations de fragilité chez les personnes âgées, l'étude pilote susmentionnée a permis de conclure que :

- la réalisation d'évaluations gériatriques complètes et périodiques donne de meilleurs résultats lorsqu'elle a lieu avant que la personne âgée soit fragile;
- soutenues par un accompagnateur, ces évaluations potentialisent les facteurs de protection de la personne âgée et peuvent améliorer sa santé;
- le personnel de soins primaires peut facilement intégrer les meilleures pratiques préventives dans leur pratique quotidienne.

Les avantages en lien avec le modèle CARES sont les suivants :

- les personnes âgées vieillissent bien et leur risque de fragilité est réduit;
- l'utilisation de l'urgence et des soins de courte durée est diminuée;
- l'expérience des membres du personnel est améliorée;
- les admissions en établissement d'hébergement sont retardées.

Cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées et suivis en première ligne

Des modèles de soins, comme des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées ou des suivis en première ligne, peuvent permettre d'offrir des services appropriés en amont de l'hospitalisation. Ces services peuvent prendre la forme d'appels téléphoniques effectués par des équipes interprofessionnelles au domicile des personnes âgées. Sans ces appels, certaines personnes âgées pourraient être incapables de recevoir les services requis et devraient composer le 911 ou aller à l'urgence.

Effectivement, des services de première ligne peuvent permettre d'éviter que, en cas d'hospitalisation, des patients deviennent des usagers en attente de NSA. La première ligne peut être plus facilement en mesure de coordonner des services avec d'autres agences et de planifier des besoins de services à long terme, avant qu'une situation de crise ne survienne en centre hospitalier [IHSTS, 2015].

Soutien aux personnes

De façon générale, de nombreuses ressources existent pour soutenir les personnes âgées en Colombie-Britannique. Par exemple, un site Web gouvernemental est disponible, à titre de ressource, pour aider à planifier et à vivre une vie active en santé¹⁴. De plus, un guide d'informations s'adressant spécifiquement aux personnes âgées est fréquemment mis à jour [SeniorsBC, 2015].

Pour les personnes en situation de handicap, de l'aide financière est offerte pour faciliter le maintien à domicile. La *Disability assistance* est ainsi allouée aux personnes de 18 ans et plus avec des problèmes sévères sur le plan physique ou mental qui entraînent des

¹⁴ BC Ministry of Children and Family Development. Seniors [site Web]. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/seniors>.

restrictions significatives pour effectuer les activités de la vie quotidienne pour une durée minimale prévue de deux ans¹⁵.

Soutien aux personnes proches aidantes

Pour le système de santé, l'implication des personnes proches aidantes auprès de l'utilisateur contribue à atteindre plusieurs cibles de performance, notamment en ce qui concerne les usagers en NSA (p. ex. : réduction du nombre de visites à l'urgence, diminution de la durée du séjour hospitalier, report d'un déménagement dans un établissement de soins de longue durée). Pour les personnes proches aidantes, le regroupement de différentes formes de soutien, comme du répit d'urgence, du répit à domicile, du répit à l'extérieur du domicile, du soutien entre proches, de l'accompagnement et de la formation, s'avère une approche pertinente afin de rendre ce soutien plus efficace, plus efficient et plus accessible [IHSTS, 2018]. Selon l'IHSTS [2018], le système de santé en Colombie-Britannique doit changer de culture, afin d'identifier, de reconnaître, de soutenir et d'inclure davantage les personnes proches aidantes.

Évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'urgence

Cette approche consiste à demander à des ergothérapeutes d'effectuer une évaluation détaillée de la cognition, de la mobilité et des barrières sociales au retour à domicile de la personne, et ce, au point d'entrée des services, c'est-à-dire dès la salle d'urgence [Blandford, 2018]. Ainsi, en collaboration avec une infirmière spécialisée en gériatrie, en plus d'une infirmière responsable du plan de congé et d'une équipe de soins à domicile, deux ergothérapeutes travaillant dans un centre hospitalier sont en mesure d'accompagner de 1 à 3 patients par jour, afin d'obtenir leur congé directement à partir de l'urgence.

3.2.3.2. Approches pendant l'hospitalisation

Différents modèles organisationnels existent en Colombie-Britannique par rapport à la répartition des lits hospitaliers en NSA. Ceux-ci sont brièvement décrits ci-dessous. De plus, quelques approches appliquées lors d'une hospitalisation qui peuvent potentiellement influencer sur le nombre d'usagers en attente de NSA sont ici rapportées, soit l'approche *Assess and Restore*, les interventions précoces en ergothérapie, l'implication rapide d'un gestionnaire de cas et le congé précoce assisté.

¹⁵ BC Ministry of Children and Family Development. Disability assistance [site Web]. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/services-for-people-with-disabilities/disability-assistance>.

Modèles organisationnels

Dans le cadre d'un projet de recherche réalisé dans une *Regional Health Authority*, 84 unités réparties dans quatre centres hospitaliers hébergeant des usagers en attente de NSA ont été étudiées [Yassi *et al.*, 2002]. Les auteurs ont classifié ces unités en quatre différents modèles d'unités de soins. Ceux-ci sont présentés par ordre de grandeur par rapport au nombre d'usagers en attente de NSA desservis.

- *Les Extended Care Units* : Elles sont situées dans des établissements qui étaient auparavant dédiés aux personnes âgées. Les unités suivent une approche de soins de longue durée. Les ratios d'infirmières bachelières / patients sont plus bas que ceux associés aux autres modèles, et les ratios d'infirmières techniciennes et de préposés aux bénéficiaires sont plus élevés.
- Le placement aléatoire des usagers en attente de NSA à travers les unités : Il existe des unités avec moins de 15 % de patients NSA (appelées *Low-Mix ALC Wards*), qui incluent les urgences, et d'autres avec plus de 15 % (appelées *High-Mix ALC Wards*).
- Les unités dédiées aux NSA : Ces unités ont souvent davantage accès à de meilleurs équipements de type « lève-personne » que celles de placement aléatoire. Contrairement aux *Extended Care Units*, ces unités suivent une approche de soins aigus. Les ratios d'infirmières techniciennes et de préposés aux bénéficiaires, par rapport au nombre d'usagers, sont plus élevés que ceux associés au placement aléatoire des usagers en attente de NSA et que ceux des unités sans NSA.
- Les unités d'évaluation et de soins gériatriques : Il s'agit d'unités spécialement construites et équipées pour les usagers en attente de NSA, disposant d'une équipe soignante supervisée par un gériatre. Les patients qui peuvent retourner relativement rapidement à domicile sont stabilisés dans ces unités.

Aucun résultat n'a été rapporté sur l'efficacité de ces modèles à l'égard de la prise en charge des NSA [Yassi *et al.*, 2002]. Selon les auteurs, la présence d'usagers présentant des comportements perturbateurs et l'absence de matériel approprié (p. ex. : lève-personne) dans les unités augmentent les risques de blessures pour les infirmières qui travaillent auprès d'usagers en NSA. À ce sujet, les unités dédiées aux NSA semblent plus sécuritaires, en diminuant les risques de blessures chez le personnel comparativement au placement aléatoire. Il ressort de ces travaux qu'il est important de vérifier, dès l'embauche, si un membre du personnel souhaite ou non travailler avec des usagers en attente de NSA. Des efforts doivent être faits en ce sens pour éviter que les membres du personnel ne souhaitant pas travailler avec ce type d'usagers se retrouvent avec plusieurs usagers en NSA [Yassi *et al.*, 2002].

Approche « Assess and Restore »

En Colombie-Britannique, des programmes sont mis sur pied comme solution de remplacement au séjour en NSA. Il s'agit de programmes basés sur l'approche *Assess and Restore*. Cette approche reconnaît que les milieux hospitaliers ne sont pas bien conçus pour répondre aux besoins des usagers en attente de NSA, et peuvent par inadvertance contribuer au déconditionnement physique et à la détérioration mentale des personnes. Elle est implantée en milieu hospitalier ou en établissement d'hébergement (soins de courte durée). Ce type de programme aide les usagers à retrouver leur niveau de fonctionnement antérieur, et permet leur retour à domicile [IHSTS, 2015].

Intervention précoce en ergothérapie

Dans les cas où une admission dans une unité de soins de courte durée à partir de l'urgence est nécessaire, un ergothérapeute rencontre le patient et la famille immédiatement après que la décision d'admission a été prise. L'intervention précoce en ergothérapie a comme but principal de réduire la possibilité d'une « conversion » du patient en usager en attente de NSA, en documentant son état fonctionnel dès son arrivée, avant l'admission, et celui prévu au congé [Blandford, 2018].

Gestionnaire de cas

Selon un document de littérature grise, l'implication rapide d'un gestionnaire de cas des équipes de soins à domicile, au moment de l'admission en milieu hospitalier du patient, pourrait contribuer à l'obtention d'un congé au moment opportun vers le milieu adéquat [IHSTS, 2015]. Cette pratique pourrait potentiellement avoir un impact sur le nombre d'usagers en NSA.

Congé précoce assisté

La mise en place d'un congé précoce pour les personnes ayant subi un AVC ou un traumatisme craniocérébral a permis de réduire la durée du séjour hospitalier d'environ 8 jours par patient (récupérant 509 jours d'hospitalisation sur 12 mois). Une équipe composée d'ergothérapeutes et d'orthophonistes a été mise sur pied pour élaborer des plans de réadaptation et offrir une semaine de thérapie à domicile, à la suite d'un congé précoce de l'hôpital. Cela a été réalisé en collaborant avec les équipes de soins à domicile et par la délégation de tâches de réadaptation à des assistants en réadaptation [Blandford, 2018].

3.2.4. Méthodes de suivi des NSA

En Colombie-Britannique, les données sur les NSA sont suivies par plusieurs instances, dont l'ICIS et l'IHSTS. De plus, plusieurs indicateurs ont été mis en place dans ce système de santé.

3.2.4.1. Indicateurs de suivi prioritaires

À travers différentes statistiques, plusieurs indicateurs de suivi sont nommés au début de la section sur le système de santé de la Colombie-Britannique. En plus de ces indicateurs, selon la littérature consultée, une proportion moyenne de 7 % à 10 % de NSA serait considérée comme bonne [Blandford, 2018]. Toujours selon la littérature, un indicateur important à documenter est le soutien des personnes proches aidantes (famille ou amis) des patients hospitalisés, car celui-ci peut avoir un impact sur la probabilité de devenir, ou non, un usager en attente de NSA [IHSTS, 2015].

3.3. Australie

Aucun terme équivalant à celui d'« usagers en attente de NSA » ne semble être utilisé en Australie. La littérature analysée porte principalement sur la notion de flux de patients en milieu hospitalier (*patient flow*), sur la coordination des soins et services et, dans une moindre mesure, sur les notions de « congé retardé » (*delayed discharge*) [Showell *et al.*, 2012], *bed blocking* [Showell *et al.*, 2012; Brown *et al.*, 2011] et *long stay* [Osborne *et al.*, 2018]. Les congés retardés (*delayed discharge*) sont associés à des admissions complexes, et une distinction semble être faite avec l'attente dans un processus de soins ou services à la fin d'une hospitalisation [Showell *et al.*, 2012]. En d'autres mots, les usagers en attente de NSA sont davantage considérés comme des interruptions des flux de patients en Australie.

Il est à noter que plusieurs des documents analysés proviennent de l'État de la Nouvelle-Galles du Sud.

3.3.1. Structure du système de santé

3.3.1.1. Au niveau national

En juillet 2015, le gouvernement australien a mis sur pied des *Primary Health Networks*. Ces 31 réseaux ont comme objectifs d'augmenter l'efficacité et l'efficience des soins et services, particulièrement pour les populations vulnérables, et d'améliorer la coordination des soins, afin que les patients reçoivent les bons soins au bon moment et au bon endroit¹⁶.

De façon plus détaillée, ces réseaux :

- aident à améliorer les soins dans les centres communautaires et les hôpitaux et soutiennent les médecins de famille, les spécialistes, les infirmières et les autres professionnels de la santé à travers les changements;
- coordonnent le réseau de la santé (p. ex. : entre l'hôpital et le médecin de famille lors d'un congé);
- évaluent les besoins de santé dans leur région;

¹⁶ Australian Government Department of Health. PHN Background [site Web]. Disponible à : <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/PHN-Background>.

- offrent des services complémentaires, lorsque cela est requis¹⁷.

3.3.1.2. Au niveau des États et des territoires

Dans chacun des États et territoires, diverses autres structures existent. Par exemple, dans l'État du Queensland, il y a 16 *Hospital and Health Services*¹⁸. Dans celui de la Nouvelle-Galles du Sud, il y a 15 *Local Health Districts* et 3 *Specialty Networks*. Ceux-ci gèrent les établissements publics, dont les hôpitaux, et offrent des services de santé aux communautés dans leur région géographique respective (ou à des populations définies pour les *Specialty Networks*). Leurs responsabilités sont de :

- promouvoir, protéger et maintenir la santé de la population;
- gérer les hôpitaux, les établissements de santé, les services de santé et de soutien à la santé;
- atteindre et maintenir les objectifs pour assurer un fonctionnement efficace et économique;
- collaborer avec les autres *Local Health Districts* et le ministère;
- rendre accessibles au public de l'information et des conseils concernant la santé publique et les services de santé disponibles¹⁹.

En Australie, il y a des *Visiting Medical Officers*. Il s'agit de médecins qui travaillent au privé, mais qui offrent aussi des services dans des hôpitaux publics. Les *Visiting Medical Officers* ne sont pas des employés des hôpitaux. Ils ont une entente pour donner des services médicaux dans certains établissements publics.

3.3.2. Organisation des soins et services en Australie

Les principales pratiques gouvernementales australiennes analysées en lien avec les NSA portent sur la gouvernance, le financement et la gestion des flux de patients.

3.3.2.1. Gouvernance

En Australie, il existe la *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, qui détermine, de façon cohérente au niveau national, les attentes que les usagers peuvent avoir à l'égard des organisations de soins et services. Cette instance établit des standards de qualité nationaux, autant sur les plans de la gouvernance clinique et du partenariat avec les usagers que sur celui de la promotion d'une approche globale²⁰.

¹⁷ Australian Government Department of Health. The Australian health system. Primary health networks [site Web]. Disponible à : <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system#primary-health-networks>.

¹⁸ Queensland Government. Queensland Health organisational structure [site Web]. Disponible à : <https://www.health.qld.gov.au/system-governance/health-system/managing/org-structure>.

¹⁹ New South Wales Government. Local Health District Boards and Specialty Network Boards [site Web]. Disponible à : <https://www.health.nsw.gov.au/lhd/boards/Pages/default.aspx>.

²⁰ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The NSQHS Standards [site Web]. Disponible à : <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards>.

3.3.2.2. Financement du système de santé

Depuis 2011, l'agence gouvernementale indépendante australienne appelée Independent Hospital Pricing Authority est responsable d'encadrer le financement basé sur l'activité des hôpitaux publics²¹.

Un rapport récent d'une organisation nationale non gouvernementale, la *Mental Health Australia* [2020], recommande un transfert des responsabilités financières liées aux soins et services psychosociaux, présentement gérés au niveau national, aux États et territoires.

Différents financements sont accessibles pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap en Australie. Ces ressources financières visent à répondre aux besoins d'usagers qui peuvent bénéficier de soins adaptés dans la communauté.

Par exemple, le *Commonwealth Home Support Programme* finance des services à domicile pour que les personnes âgées de 65 ans et plus demeurent autonomes et en sécurité chez elles, et pour qu'elles restent actives socialement et reliées à leur communauté. Les services permettent également de retarder ou d'éviter un déménagement dans un établissement de soins de longue durée²². Il existe des programmes similaires pour les 7 à 65 ans qui ont besoin d'assistance en raison d'une situation de handicap significative et permanente et pour les personnes âgées de 50 ans et plus avec un faible revenu, en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

3.3.2.3. Gestion des flux de patients : cadre conceptuel *Patient Flow Systems*

Il est à noter que l'ensemble des informations présentées dans cette section résume des pratiques proposées dans un document provenant de l'État de la Nouvelle-Galles du Sud [Showell *et al.*, 2012]. Ce document a été écrit par un groupe de recherche de l'Université de Tasmanie et répond à une demande du ministère de la Santé de cet État.

Puisque les interruptions des flux de patients peuvent être multicausales, son amélioration requiert une approche holistique systémique incluant un leadership fort et cohérent, de même qu'un engagement de la part de tous les membres du personnel. L'approche systémique vise à identifier, comprendre et résoudre les retards, afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité au moment opportun.

À la suite d'un audit réalisé par le ministère de la Santé dans 20 hôpitaux de l'État de la Nouvelle-Galles du Sud sur le flux de patients, combiné à l'analyse d'autres expériences internationales, un cadre conceptuel a été élaboré. Ce cadre, nommé *Patient Flow Systems*, a été structuré autour de sept éléments essentiels pour avoir un flux de patients efficace, soit cinq éléments organisationnels (gouvernance, qualité, gestion des variations, planification de la demande et de la capacité et augmentation de la demande)

²¹ Independent Hospital Pricing Authority (IHPA). What we do [site Web]. Disponible à : <https://www.ihipa.gov.au/what-we-do>.

²² Australian Government Department of Health. About the Commonwealth Home Support Programme (CHSP) [site Web]. Disponible à : <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/commonwealth-home-support-programme-chsp/about-the-commonwealth-home-support-programme-chsp>.

ainsi que deux éléments cliniques (coordination des soins et pratiques standardisées) (voir [Annexe B](#) pour la liste des principales pratiques organisationnelles et cliniques du cadre conceptuel *Patient Flow Systems*).

Selon la littérature consultée, le cadre *Patient Flow Systems* serait présentement déployé dans les hôpitaux de la Nouvelle-Galles du Sud. Des outils et ressources, qui en découlent, sont disponibles pour aider à évaluer le flux de patients. Un portail d'apprentissage en ligne est d'ailleurs accessible grâce au *New South Wales Ministry of Health Clinical Redesign Program*. De plus, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud a déployé des modules électroniques (à l'intérieur d'un portail nommé *Patient Flow Portal*), que le personnel peut utiliser pour gérer le flux de patients au quotidien. Les modules du *Patient Flow Portal* sont :

- un tableau de bord de gestion des lits (avec les durées de séjour des patients et les dates de congé prévues);
- les raisons pour lesquelles les patients attendent;
- un module de transfert interétablissements;
- un outil prédictif de la demande et de la capacité en soins et services (voir plus bas pour davantage d'explications).

3.3.3. Organisation des soins et services dans le continuum

Plusieurs pratiques présentées dans le cadre *Patient Flow Systems* font référence au continuum de soins et services. Celles-ci ne sont pas reprises dans la section ci-dessous par souci de concision. Mentionnons uniquement que selon la littérature analysée par un groupe de recherche [Showell *et al.*, 2012], plusieurs facteurs ont un impact sur le flux de patients, que ce soit avant, pendant ou après l'hospitalisation.

Avant l'hospitalisation, les facteurs suivants sont identifiés :

- admissions potentiellement évitables;
- meilleures alternatives à une hospitalisation;
- amélioration de la gestion des maladies chroniques.

Après l'hospitalisation, les facteurs suivants sont identifiés :

- fin de l'épisode de soins;
- continuité;
- coordination des services (soins infirmiers dans la communauté, établissements de soins de longue durée, médecins de famille).

Enfin, avant, pendant et après une hospitalisation, les services transversaux suivants sont identifiés :

- planification et réponse au moment opportun en imagerie médicale;
- service efficient et au moment opportun en pathologie médicale;

- importance de la vérification des ordonnances de médicaments au congé;
- services adéquats des professionnels paramédicaux;
- services de transport et d'entretien ménager au moment opportun.

À propos des pratiques transversales au continuum, les données colligées dans plusieurs centres hospitaliers australiens permettent d'identifier le besoin d'une meilleure communication, en dehors du séjour hospitalier, par rapport aux transitions des patients, et ce, autant pour les communications avec les ressources communautaires qu'avec les établissements de soins de longue durée [Showell *et al.*, 2012]. Il est observé que les membres du personnel qui ont des attentes élevées quant à la réception d'information auraient souvent moins tendance à donner de l'information aux autres par rapport aux soins et services.

Le type d'information, le moyen de la véhiculer et le moment où celle-ci est communiquée peuvent contribuer à améliorer le flux de patients, surtout quand des défis surviennent [Showell *et al.*, 2012].

Quand des problèmes de flux sont décelés, certains gestionnaires augmentent la quantité d'appels téléphoniques, de messages et de visites à l'unité de soins pour poser des questions à des membres du personnel qui sont très occupés. Cette volonté d'aider de façon opérationnelle, plutôt que stratégique, peut être contre-productive (pour le patient et le personnel) [Showell *et al.*, 2012]. Il est rapporté qu'un stress élevé, des distractions et des pratiques fragmentées en raison d'interruptions augmentent les probabilités d'erreurs médicales, administratives ou de médication.

3.3.3.1. Approches en amont de l'hospitalisation

Des approches liées à une réforme nationale de santé pouvant réduire le recours à l'hospitalisation pour les personnes pouvant bénéficier de soins adaptés dans la communauté sont analysées en Australie.

Réforme nationale de santé

Une volonté gouvernementale d'agir avant l'apparition de maladies chroniques évitables ainsi que d'améliorer la littératie en santé ressort de la dernière réforme de santé nationale australienne [Council of Australian Governments (COAG), 2020]. Cette réforme implique notamment la mise en place de mécanismes transparents pour surveiller la performance du système de santé et s'assurer que les problèmes sont identifiés et traités de façon proactive, afin d'augmenter l'accès des usagers et de bonifier les résultats sur la santé.

3.3.3.2. Approches pendant l'hospitalisation

En Australie, des politiques et directives en centre hospitalier se concentrent particulièrement sur l'élaboration de plans de congé individualisés. Ces pratiques peuvent, entre autres, permettre un congé plus rapide et faciliter la mise en place efficace de services après le congé [Guerin *et al.*, 2013]. Il est possible que ces pratiques aient un

impact positif sur les coûts hospitaliers de courte durée puisque les soins non actifs sont poursuivis dans la communauté [Guerin *et al.*, 2013]. La collaboration entre les hôpitaux et les services communautaires pour planifier les congés est primordiale [Guerin *et al.*, 2013]. Ces pratiques pourraient potentiellement avoir un impact sur les NSA.

Quelques autres approches lors d'une hospitalisation sont analysées, dont le partage d'informations cliniques et la bonification des services en travail social. Ces approches peuvent potentiellement réduire la durée de séjour d'usagers en attente de NSA.

Équipe interprofessionnelle

Selon la littérature analysée, les membres de l'équipe interprofessionnelle en milieu hospitalier devraient s'entendre sur le plan de traitement, en tenant compte du risque que le patient ait besoin de services à la suite de son congé de l'hôpital, et déterminer une date de congé [NSW Ministry of Health, 2011]. Selon une commission spéciale réalisée dans l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, les rencontres interprofessionnelles devraient avoir lieu deux fois par semaine en milieu hospitalier [NSW Ministry of Health, 2011]. Des rencontres plus fréquentes peuvent être requises pour certains patients. Il serait important de tenir en partie ou en totalité ces rencontres au lit de l'usager, afin que lui et ses proches puissent être impliqués dans le plan de traitement.

Planification du congé

En Australie, l'outil d'évaluation *Transfer of Care Risk Assessment* est utilisé en milieu hospitalier pour identifier les patients susceptibles d'avoir besoin de services à la suite de leur congé de l'hôpital [NSW Department of Health, 2011]. Cet outil considère plus de 30 facteurs (tous âges confondus) au regard de la santé, du fonctionnement et de la situation sociale. Il devrait être rempli à l'admission ou avant l'admission, si celle-ci est planifiée, et devrait être mis à jour si la condition clinique ou sociale du patient change. Les usagers susceptibles d'avoir besoin de services à la suite de leur congé devraient être adressés précocement aux équipes communautaires appropriées. Pour les admissions non planifiées, l'outil devrait être rempli dans les 24 premières heures suivant l'admission.

Une liste est utilisée pour s'assurer que les besoins des usagers sont comblés avant de quitter l'hôpital. L'infirmière-chef est responsable de l'établir avec l'aide du patient, avant son congé [NSW Ministry of Health, 2011]. Cette liste doit notamment permettre de s'assurer que le transport est réservé, que les références nécessaires sont effectuées, que le patient a un plan de soins et un résumé de transfert (incluant la médication, les informations du médecin référent et des services communautaires de même que celles se rapportant aux rendez-vous de suivi).

Date de congé prévue

La date de congé prévue correspond à la date la plus probable à laquelle le patient aura congé de l'hôpital. Bien que cette date puisse être modifiée pour certains patients, elle peut être déterminée avec précision pour plusieurs autres [NSW Ministry of Health,

2011]. Les efforts entourant la planification du congé peuvent permettre d'éviter des séjours en NSA ou de réduire des durées de séjour en NSA.

Voici des pratiques en lien avec la date de congé prévue, qui sont reconnues pour améliorer les transitions.

- Une date de congé prévue réaliste doit être établie pour chaque usager au moment de son admission [Showell *et al.*, 2012].
- La date de congé prévue devrait être affichée près du lit de l'usager, afin de la rappeler au personnel et d'en informer l'usager et ses proches [NSW Ministry of Health, 2011].
- La planification du congé doit débuter dans les 24 heures suivant l'admission (ou même avant l'admission pour les cas électifs) [Showell *et al.*, 2012]. L'équipe interprofessionnelle peut utiliser la date de congé prévue pour synchroniser les références avec d'autres équipes ou disciplines [NSW Ministry of Health, 2011]. Il peut s'avérer pertinent de confirmer la date de congé 2 à 3 jours à l'avance dans les cas plus complexes [Showell *et al.*, 2012]. Afin de s'assurer que les références appropriées sont faites, cette responsabilité devrait être attribuée à une personne qui a la tâche de vérifier que les références ont été reçues et traitées [NSW Department of Health, 2011]. Pour les cas plus complexes, il peut être indiqué que les services communautaires évaluent le patient à l'hôpital avant la date prévue de son congé [NSW Department of Health, 2011].
- La date de congé prévue doit être révisée si la condition de l'usager se détériore [NSW Ministry of Health, 2011].
- Toutes modifications de date de congé doivent être conservées et les personnes concernées informées, soit l'usager, ses proches et les intervenants des milieux hospitalier et communautaire (si cela est pertinent) [NSW Ministry of Health, 2011].
- Si un patient est cliniquement prêt à avoir son congé et que ce congé est reporté en raison d'un retard de service ou de diagnostic, la date prévue ne doit pas être modifiée dans le but d'identifier les délais ou retards problématiques [NSW Department of Health, 2011].
- Les soins intensifs et autres unités spécialisées devraient utiliser la date de congé prévue pour indiquer quand l'usager sera transféré d'unité [NSW Department of Health, 2011].
- Il est pertinent d'aider l'usager qui a son congé à quitter le plus tôt possible dans la journée (préférentiellement avant midi) [Showell *et al.*, 2012].
- Selon une étude pré-post, le recours à un pharmacien responsable de préparer les ordonnances, de façon électronique, au congé aurait des impacts positifs sur le flux de patients. Il y aurait effectivement une augmentation de la proportion de congés avant 9 h le matin et une réduction de la durée médiane des congés après 9 h. De plus, les membres du personnel se montrent satisfaits de cette

façon de faire [Tran *et al.*, 2017]. Cependant, aucune analyse de coût n'a été réalisée dans le cadre de cette étude.

- Les usagers présentant un risque en lien avec leur médication, selon l'évaluation obtenue avec l'outil *Transfer of Care Risk Assessment* ou selon l'équipe interprofessionnelle, devraient être priorisés par les pharmaciens par rapport aux patients non urgents, afin de faciliter un congé ou un transfert sécuritaire en respectant la date de congé prévue [NSW Department of Health, 2011].
- Une liste claire de la médication (dans un format approprié) devrait être donnée lors du congé au patient et à ses proches, particulièrement dans le cas des personnes avec des problèmes visuels ou pouvant avoir de la difficulté à respecter la posologie de leur traitement pharmacologique (p. ex. : avec des pertes cognitives) [NSW Department of Health, 2011]. Un pilulier devrait être recommandé pour les patients pouvant avoir de la difficulté à gérer la médication à domicile. Un pilulier avec des couleurs contrastées devrait être utilisé pour les personnes avec des pertes visuelles [NSW Department of Health, 2011].

Échange d'informations cliniques

Lors du séjour hospitalier, il est important de communiquer directement avec les usagers, les membres de leur famille ou leurs proches [Showell *et al.*, 2012]. Cependant, seuls quelques établissements ont systématisé ces communications. De plus, les usagers ou leurs proches sont rarement invités à participer activement au processus de congé. Les auteurs rapportent que les attentes des usagers étaient généralement gérées ou communiquées de différentes façons et par différents membres du personnel, sans être coordonnées. Toutefois, dans des circonstances appropriées, les usagers, leurs familles et leurs proches peuvent être activement impliqués afin que le congé soit un succès, au moment opportun [Showell *et al.*, 2012].

Bonification des services en travail social

Dans une étude de cohorte, un nouveau modèle de soins pour gérer les hospitalisations de longue durée a été évalué [Osborne *et al.*, 2018]. Selon ce modèle, en plus de l'attribution d'un gestionnaire de cas, soit le travailleur social de l'unité de soins, un niveau de service est ajouté pour augmenter le soutien et faciliter le congé. Ce service additionnel implique le référencement des patients à risque d'un séjour prolongé à un travailleur social spécialisé pour les situations complexes. Ces références sont entrées dans un système électronique de traçage de patients, nommé *Pathfinder*. Ce système permet au travailleur social spécialisé de suivre les patients à risque d'hospitalisation prolongée, soit de potentiels usagers en attente de NSA. *Pathfinder* enregistre les barrières systémiques et psychosociales au congé de même que les durées de séjour. Comparativement à l'ancien modèle de soins, qui était réactif, ce modèle se veut proactif et il adopte une approche systémique pour identifier et suivre les patients à risque de séjour prolongé.

3.3.3.3. Approches en aval de l'hospitalisation

Plusieurs approches en aval de l'hospitalisation ont été analysées, dont l'hôpital à domicile, le programme *Transition Care* et le programme *ComPacks*, et elles sont décrites ci-dessous. Ces approches peuvent potentiellement réduire le nombre d'usagers en attente de NSA ou leur durée de séjour.

Hôpital à domicile

En Australie, l'hôpital à domicile (*Hospital in the Home*) est utilisé pour les patients sortant des hôpitaux publics. Ceux-ci peuvent, dans le confort de leur domicile ou dans un autre endroit approprié, recevoir des soins aigus et post-aigus en continuité des soins reçus en milieu hospitalier. Selon des études, les patients qui ont accès à ces services ont moins de complications de type infection, délire ou confusion que les patients hospitalisés²³.

L'hôpital à domicile est une alternative à l'hospitalisation. Les usagers sont toujours considérés comme des patients hospitalisés et restent sous les soins de l'hôpital. Les soins peuvent être fournis par des infirmières, des médecins ou des professionnels paramédicaux, et du soutien à domicile supplémentaire peut être organisé au besoin²⁴.

L'hôpital à domicile est accessible à tout usager admis dans un hôpital public, qui :

- est évalué comme cliniquement stable;
- est correctement soutenu à la maison (par un proche ou une autre personne);
- vit dans un environnement adapté avec accès à un téléphone;
- a besoin d'un traitement qui convient au modèle de l'hôpital à domicile;
- est disposé à être traité par l'hôpital à domicile²⁵.

Ce service est dispensé 7 jours par semaine par une équipe interprofessionnelle pour des usagers ayant des conditions spécifiques, comme une inflammation ou des suivis sanguins. Habituellement, l'hôpital à domicile dure d'une à deux semaines.

Programme « Transition Care »

En Australie, depuis 2005, des soins de transition sont offerts aux personnes âgées après un séjour à l'hôpital [AIHW, 2014]. Les soins de transition peuvent être donnés dans un établissement ou dans la communauté (domicile de la personne). Il est possible de recevoir de tels soins dans un établissement en premier et ensuite au domicile, ou vice versa [Australian Government Department of Health, 2019]. Ces soins sont de courte durée et visent à optimiser le fonctionnement et l'indépendance des personnes âgées. Ils ont comme objectif de permettre aux personnes âgées de retourner à domicile plutôt que d'être admis prématurément dans un établissement de soins de longue durée. Les soins de transition facilitent le déroulement du continuum de soins pour les

²³ Victoria State Government. Hospital in the Home [site Web]. Disponible à : <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/acute-care/hospital-in-the-home>.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

personnes âgées qui ont terminé leur séjour hospitalier (soins aigus et subaigus) et qui peuvent bénéficier de plus de temps et de soutien. La fonction principale du programme est thérapeutique (et non celle d'un lieu d'attente). Ces soins incluent des thérapies à faible intensité, comme de la physiothérapie et de l'ergothérapie, l'accès à des services sociaux à des soins infirmiers et à des soins personnels pour maintenir ou améliorer le fonctionnement physique ou cognitif. L'accès à ces soins peut potentiellement réduire le nombre de personnes en NSA ou les durées de séjour en NSA en milieu hospitalier.

Entre 2005 et 2013, 87 142 personnes ont participé à ce programme [AIHW, 2014]. Plus de 75 % des participants ont vu leur niveau fonctionnel s'améliorer; au-delà de 50 % sont retournés à domicile (18 % sans soutien et 36 % avec soutien) et 21 % ont été admis en établissement de soins de longue durée après avoir participé au programme. Les soins de transition sont personnalisés. Ils varient, de services qui visent à améliorer les capacités des personnes pour qu'elles deviennent indépendantes à des services pour optimiser le fonctionnement physique et cognitif de personnes qui seront admises en établissement d'hébergement [Australian Government Department of Health, 2019].

Pour avoir accès aux soins de transition, les personnes doivent être évaluée à l'hôpital par une *Aged Care Assessment Team*. Elles doivent commencer le programme directement après le congé de l'hôpital. Les personnes âgées avec un trouble neurocognitif majeur peuvent être admissibles au programme. La grande majorité du temps, le programme est d'une durée maximale de 12 semaines. Une prolongation de six semaines est possible.

Des lignes directrices relatives à ces soins de transition ont été mises à jour en 2019 [Australian Government Department of Health, 2019]. Elles ont été élaborées par le gouvernement à la suite de consultations avec tous les États et territoires. Selon ces lignes directrices, les rôles et responsabilités du gouvernement par rapport aux soins de transition sont de :

- énoncer et implanter des politiques nationales pour atteindre les objectifs du programme en partenariat avec les États et territoires;
- gérer le programme en partenariat avec les États et territoires, incluant l'établissement de lignes directrices opérationnelles;
- allouer des places de soins de transition et rendre compte du programme dans le rapport remis au Parlement australien;
- accorder une subvention pour chaque lit de soins de transition occupé en vertu du *Aged Care Act* de 1997;
- collaborer avec les États et territoires à l'évaluation du programme et rapporter les données;
- gérer les plaintes reçues par l'*Aged Care Quality and Safety Commission*;
- donner des directions stratégiques.

Le gouvernement australien, les États et les territoires financent le programme *Transition Care*. Le financement provenant du gouvernement est donné sous forme de subvention flexible, en vertu du *Aged Care Act* de 1997. Le montant du financement est payable selon le nombre d'usagers bénéficiaires par jour [Australian Government Department of Health, 2019].

Les rôles et responsabilités des États et des territoires australiens par rapport aux soins de transition [Australian Government Department of Health, 2019] sont de :

- élaborer et implanter les politiques en partenariat avec le gouvernement;
- gérer les opérations quotidiennes liées au programme;
- s'assurer que des soins de qualité sont donnés;
- gérer les plaintes dans leur État ou territoire, et lorsque cela est requis collaborer avec l'*Aged Care Quality and Safety Commission*;
- collaborer avec le gouvernement australien à l'évaluation nationale du programme;
- s'assurer que les données sont colligées et rapportées au gouvernement australien;
- octroyer un financement qui tient compte de la nature et du volume des activités mises en place dans le programme;
- établir des mécanismes pour que les directives soient respectées;
- s'assurer que le personnel respecte toutes les ententes en vigueur.

Programme « ComPacks »

Les patients admis dans le programme *ComPacks* sont référés par les hôpitaux publics. Ce programme est un regroupement de services qui s'adresse aux adultes de tous âges nécessitant le recours à un gestionnaire de cas et du soutien non clinique de la communauté après l'hospitalisation [NSW Ministry of Health, 2016].

Le programme *ComPacks* offre :

- de l'assistance aux soins personnels;
- de l'assistance domestique;
- de l'assistance sociale;
- du transport.

Ce programme exige une bonne coordination entre les fournisseurs de soins et une excellente planification des soins, de bons suivis et des évaluations continues. Sa durée est établie à 6 semaines [NSW Ministry of Health, 2016].

3.3.4. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA

Cette section présente des indicateurs de suivi prioritaires en Australie ainsi qu'un modèle mathématique.

3.3.4.1. Indicateurs de suivi prioritaires

Différents indicateurs sont suivis en milieu hospitalier en Australie.

« National Emergency Access Target »

En Australie, une cible nationale d'accès aux urgences de quatre heures est établie depuis 2011, soit le *National Emergency Access Target*. Selon cette cible, la décision d'être soit admis, soit transféré, ou d'obtenir son congé à partir de l'urgence doit être prise dans un délai maximal de quatre heures suivant l'arrivée à l'urgence. Les actions mises en œuvre pour y arriver peuvent contribuer à la réduction des hospitalisations. L'objectif initial était que 90 % des admissions à l'urgence respectent cette cible d'ici 2015. Cet indicateur s'inspire d'une cible mise en place au Royaume-Uni. Entre 2011 et 2014, les gouvernements des États et des territoires ont reçu des incitatifs financiers importants lorsque la cible était atteinte [Prang *et al.*, 2018]. Ces incitatifs ont toutefois été arrêtés en 2014. Le pourcentage d'atteinte de la cible de quatre heures est un indicateur de suivi rigoureux. Quelques études en ont mesuré les impacts dans divers États australiens, dont ceux de Victoria [Prang *et al.*, 2018] et d'Australie-Occidentale [Ngo *et al.*, 2018]. Il ressort d'une étude longitudinale regroupant 1,2 million de patients entre 2002 et 2013 que l'introduction de cette cible a permis de diminuer de façon significative, soit jusqu'à 13 %, les durées de séjour de plus de huit heures à l'urgence (*Rate Ratio* 0.868, IC 95 % 0.814, 0.925) [Ngo *et al.*, 2018].

Durée de séjour

Dans une étude réalisée en Australie, les durées de séjour sont considérées comme problématiques lorsqu'elles sont égales ou supérieures à 21 jours pour des soins aigus, et lorsqu'elles sont égales ou supérieures à 35 jours pour des soins subaigus [Osborne *et al.*, 2018].

3.3.4.2. Pratique innovante : modélisation prédictive

Un modèle mathématique de microsimulation statique, nommé *HospMod*, a été élaboré en Australie pour simuler les patients hospitalisés et les coûts associés [Brown *et al.*, 2011]. Ce modèle s'appuie sur un sondage national réalisé en 2001 pour documenter les comportements des Australiens en lien avec leur santé. *HospMod* a été élaboré pour simuler les changements dans l'utilisation de soins et de services hospitaliers au niveau individuel. Il a été utilisé pour comparer plusieurs données, contrôlées selon 23 catégories diagnostiques, de patients âgés de 75 ans et plus avec celles d'autres patients âgés de 65 à 74 ans. Le modèle a permis de déceler une disparité dans la durée de séjour entre les patients âgés de 75 ans et plus et ceux de 65 à 74 ans, principalement pour les conditions liées au système nerveux (p. ex. : trouble neurocognitif majeur, délirium, AVC, sclérose en plaques, méningite) et au système musculosquelettique

(p. ex. : remplacement de hanche, de genou, amputation). Un scénario a été testé à partir du modèle *HospMod*, dans lequel la durée moyenne de séjour de la cohorte des patients âgés de 65 à 74 ans a été diminuée de deux jours, pour les conditions liées au système nerveux et au système musculosquelettique, et d'une journée pour sept autres catégories diagnostiques. Les résultats de la simulation montrent une réduction de 940 000 jours d'hospitalisation et une économie de 1,5 milliard de dollars. Cela représente une diminution de 24 % des hospitalisations et des coûts pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Les stratégies utilisées pour atteindre ces réductions de durée moyenne de séjour demeurent cependant inconnues [Brown *et al.*, 2011].

3.4. France

L'appellation NSA ne semble pas utilisée dans le système de santé français. Dans la littérature disponible, on fait davantage référence aux patients identifiés comme des *bed blockers*²⁶, terme existant depuis les années 1970.

En 2015, une étude transversale, réalisée dans les services gériatriques du centre hospitalier universitaire de Poitiers, a rapporté que 21,6 % des patients hospitalisés peuvent être qualifiés de *bed blockers*. Les motifs principaux ayant mené à cette désignation sont des problématiques sociales (76 %), dont l'attente d'une institutionnalisation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (équivalent des centres d'hébergement et de soins de longue durée québécois) ou en foyer logement, des besoins de répit pour la personne elle-même ou ses proches, ou des problèmes organisationnels (24 %) [De Gaillard, 2017]. L'auteure de cette thèse souligne que l'efficacité du système de santé, qui est évaluée à partir de la durée moyenne de séjour, pourrait bénéficier de l'ajout de la notion de *bed blocking*.

De nombreux facteurs peuvent influencer la durée de séjour et parmi ceux-ci, le fait que la durée moyenne de séjour puisse prendre une signification différente selon que l'acteur est un usager, un gestionnaire hospitalier ou un membre de l'équipe médicale. Également, le fait qu'un séjour hospitalier puisse être néfaste pour la santé de certains patients n'est pas encore couramment admis par l'ensemble des acteurs concernés²⁷.

²⁶ Un patient *bed blocker* est un patient dont l'état médical permet la sortie, mais qui reste pourtant hospitalisé. Le traitement de l'épisode aigu est terminé ou en cours, mais efficace et bien toléré, l'expertise médicale est finalisée, le patient présente une stabilité clinique qui permet la sortie de l'hôpital, avec une continuité des soins qui est assurée. Si le patient n'est pas totalement guéri, son état de santé ne nécessite plus une prise en charge hospitalière avec les soins, la technologie, l'expertise, l'observation et les coûts qui en découlent [De Gaillard, 2017].

²⁷ Résultats rapportés dans le cadre de consultations réalisées entre 2016 et 2018 auprès d'une trentaine d'équipes hospitalières intéressées à l'amélioration du parcours des patients (projet « Mieux soigner moins héberger ») – Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

3.4.1. Structure du système de santé

Le système de santé français s'appuie sur des structures multiples : sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médico-sociales et sociales (pour des publics fragiles, âgés ou handicapés, par exemple), ambulatoires (appelés aussi « soins de ville »). Il se déploie sur trois niveaux : national, régional et local²⁸.

3.4.1.1. Niveau national

Le ministère des Solidarités et de la Santé prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé. Il intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale.

3.4.1.2. Niveau régional : le relai des politiques nationales

Les agences régionales de santé ont pour but d'assurer une meilleure gouvernance du système au niveau régional, une meilleure réactivité aux besoins et une plus grande efficacité. Elles coordonnent les soins ambulatoires et hospitaliers de la population ainsi que la santé et la prise en charge sociale des personnes âgées et handicapées à travers un plan stratégique régional de santé, en fonction des besoins de la population. Les agences attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins de même que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.

3.4.1.3. Niveau local : la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale au plus près des usagers

Les structures, les établissements et les professionnels collaborent, sous la supervision des agences régionales de santé, pour permettre une prise en charge organisée de l'ensemble des soins.

En France, le système de santé et médico-social se compose de structures ambulatoires, d'établissements hospitaliers et d'établissements médico-sociaux, regroupant entre autres les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes²⁹.

²⁸ Section tirée et adaptée de Système de santé, médico-social et social [site Web] (Ministère des Solidarités et de la Santé), disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>.

²⁹ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Ils s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie, par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les EHPAD [site Web], disponible à : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>).

Ce système permet également d'obtenir des aides et soins à domicile³⁰. Ceux-ci sont principalement fournis par des infirmières et des médecins libéraux³¹ ainsi que dans une moindre mesure, par les services de soins infirmiers à domicile, qui prennent en charge des soins d'hygiène ou des actes infirmiers.

Ces dernières années, des alternatives à l'hospitalisation classique ou à l'hébergement traditionnel se développent :

- la chirurgie ambulatoire;
- la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise ou télésurveillance, par exemple);
- l'hospitalisation à domicile;
- les services de soins infirmiers à domicile;
- l'accueil temporaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, des structures spécialisées accueillent de manière adaptée certains patients ou résidents, dont les unités neuro-vasculaires ou les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, ou encore les centres locaux d'information et de coordination gérontologique.

3.4.2. Organisation des soins et services en France

Une réforme du système de santé et des services sociaux dans son ensemble est en cours en France. La répartition des responsabilités est redéfinie ainsi que des modalités de financement.

3.4.2.1. Gouvernance

D'après le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) [2016], le cadre de gouvernance actuel en santé présente des faiblesses qui nuisent à son efficacité, et donc à la bonne intégration de l'innovation, tant au niveau national que dans son articulation avec l'échelon régional.

La réflexion sur la gouvernance doit également porter sur le rôle des patients et des citoyens et de leur rôle dans la prise en charge sanitaire et sociale ou la conception de nouveaux services [HCAAM, 2016].

³⁰ Les aides et soins à domicile incluent un ensemble de prestations favorisant le maintien à domicile. Sont inclus les services d'aide et d'accompagnement pour des actions liées aux actes essentiels de la vie et les services de soins infirmiers à domicile. Ce sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection, afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de nursing) (Aides et soins à domicile [site Web] (Ministère des Solidarités et de la Santé), disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>).

³¹ Le terme de « profession libérale » englobe l'ensemble des professions qui sont exercées par une personne, individuellement, sous sa responsabilité personnelle.

Gouvernance nationale

Le HCAAM a réalisé des travaux sur les questions de gouvernance, notamment nationales. Il souligne le fait que le niveau national doit fixer les orientations stratégiques, la répartition des rôles entre les différents niveaux territoriaux, les outils de la régulation et les modalités d'organisation des soins (p. ex. : sur les dispositifs de coordination, ou de maintien à domicile des personnes âgées fragiles) [HCAAM, 2020].

Gouvernance territoriale

La transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur une prise en charge de préférence au domicile, sur la mise en œuvre des innovations organisationnelles par les acteurs sur le terrain, sur la responsabilisation des professionnels et des acteurs du système de santé et sur l'implication des patients dans le fonctionnement du système [Pribile et Nabet, 2018].

Des outils de coordination territoriale sont mis en place depuis quelques années dans le but de moderniser le système de santé. En voici quelques exemples.

- Les groupements hospitaliers de territoires, qui sont un dispositif – entre établissements publics de santé d'un même territoire – par lequel ceux-ci s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé, qui ont pour rôle de coordonner les professionnels qui s'organisent autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes, telles que la coordination ambulatoire-hôpital ou la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile.
- Les dispositifs d'aide à la coordination, qui ont pour but d'organiser les parcours complexes et de participer aux coordinations territoriales existantes.

3.4.2.2. Financement du système de santé

La littérature consultée rapporte que les modes de financement actuellement en vigueur au sein du système de santé français assurent globalement la productivité de ce dernier, mais ne permettent ni d'identifier le degré de qualité des soins et services dispensés ni d'assurer au bénéfice du patient une coordination efficace entre les acteurs. La transformation du financement est donc nécessaire pour inciter davantage les acteurs à développer la prévention, s'assurer d'un standard élevé de qualité, rechercher une plus grande pertinence des soins et prendre le temps d'une meilleure coordination [Aubert, 2018].

Forfait de coordination/réorientation dans les établissements hospitaliers

Le forfait de coordination vise la réorientation de 5 % à 10 % des usagers qui se présentent à l'urgence vers un service ambulatoire. La réorientation se traduit pour l'utilisateur par un rendez-vous. Il est visé qu'un minimum de 70 % des usagers réorientés vers les services de médecine ambulatoire s'y rend, et que ce forfait n'ait pas d'incidence sur l'état de santé de ces usagers. Finalement, le forfait peut ralentir, à terme, la progression du nombre de visites aux urgences, qui a doublé en 20 ans (21,4 millions en 2017)³².

Financement à la qualité dans les établissements hospitaliers

Depuis 2019, les établissements hospitaliers reçoivent un financement accru pour favoriser la qualité des soins et services. Cette incitation financière est attribuée sur la base des résultats obtenus à des indicateurs de qualité transversaux, dont la qualité des prises en charge cliniques et la qualité de la coordination des prises en charge par les établissements hospitaliers³³.

Tarifification mixte

La tarification mixte correspond à la mise en place d'une tarification à l'acte ou à l'activité, qui est combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaires pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques [Aubert, 2018].

Forfait de pathologies chroniques

Cette mesure vise à inciter les établissements de santé à davantage de prévention et de coordination avec les services ambulatoires, en vue de réduire le nombre d'hospitalisations liées à des complications [Aubert, 2018].

Aide au retour à domicile pour les personnes en perte d'autonomie temporaire

L'aide au retour à domicile après une hospitalisation est une aide temporaire pour faciliter le retour de la personne à domicile et favoriser son rétablissement dans les meilleures conditions, particulièrement si elle vit seule ou est isolée.

3.4.3. Organisation des soins et services dans le continuum

Un grand nombre d'initiatives cliniques déployées en France peuvent avoir un effet sur les durées moyennes de séjour et le nombre de *bed blockers*. Comme il est mentionné dans le projet « Ma santé 2022 », il s'agit dans le cadre de cette réforme du système de santé français de définir les services attendus en évitant autant que possible d'être prescriptif quant au modèle d'organisation capable de le rendre. Sans transiger sur le

³² Pour les détails de l'expérimentation, voir [Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019].

³³ Ministère des Solidarités et de la Santé. Incitation financière à l'amélioration de la qualité – IFAQ [site Web]. Disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq>.

contenu et la qualité du service à rendre, différents modèles d'organisation permettent de développer ces services, très dépendants des territoires. Il est également rappelé l'importance de créer les conditions de l'innovation territoriale en renforçant la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs (p. ex. : éducation) [Pribile et Nabet, 2018].

Pour favoriser la qualité, « Ma santé 2022 » propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins visant à limiter, tout au long de la prise en charge, les actes redondants ou les pratiques non pertinentes, ainsi qu'à favoriser une coordination des soins entre tous les acteurs et un renforcement de la permanence des soins entre les structures ambulatoires et hospitalières³⁴.

Trois niveaux de prise en charge sont identifiés :

- les parcours de santé³⁵, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile;
- les parcours de soins³⁶, qui permettent l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation planifiée ou non (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suivi et de réadaptation, unité de soins de longue durée et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes;
- les parcours de vie, qui appréhendent la personne dans son environnement, dont la famille et l'entourage, la scolarisation, la prévention de la désinsertion professionnelle, la réinsertion, le logement.

Voici également quelques initiatives qui semblent d'intérêt pour réduire l'équivalent des NSA en amont, en aval ou pendant l'hospitalisation en France.

3.4.3.1. Approches en amont de l'hospitalisation

Des approches peuvent aider à prévenir l'utilisation des structures hospitalières ou à réduire la durée de prise en charge dans celles-ci.

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation qui permet d'assurer certains soins techniques, intensifs ou complexes au domicile des personnes³⁷. Elle garantit la continuité des soins (24/7) dans un environnement familial. Sans celle-ci, les personnes seraient maintenues en établissement hospitalier. Elle permet donc de raccourcir une hospitalisation en établissement, voire parfois de l'éviter complètement.

³⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie [site Web]. Disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>.

³⁵ Le concept de parcours de santé en France se rapproche de celui de continuum utilisé dans le cadre de ce projet.

³⁶ Le concept de parcours de soins en France se rapproche de celui de trajectoire utilisé dans le cadre de ce projet.

³⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. L'hospitalisation à domicile [site Web]. Disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>.

Ce type d'hospitalisation permet d'assurer la prestation de soins non réalisables en ambulatoire, car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité de soins et de l'intervention d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne, etc.) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en hospitalisation à domicile.).

L'hospitalisation à domicile peut être également mise en place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'équipe de l'hospitalisation à domicile intervient dans la chambre du résident avec le concours de l'équipe soignante de l'établissement, en se coordonnant avec elle. La possibilité de recourir à l'hospitalisation à domicile dans ce type d'établissement permet un parcours de soins sans rupture de l'accompagnement auquel la personne est habituée. Elle garantit sa qualité de vie, tout en évitant des hospitalisations souvent perturbantes.

3.4.3.2. Approches pendant l'hospitalisation

Selon la littérature consultée, certaines approches déployées pendant l'hospitalisation peuvent favoriser une sortie du patient en temps opportun.

Assistant de service social à l'hôpital

L'assistant de service social à l'hôpital aide la personne hospitalisée dans ses démarches, afin de préparer son retour à domicile ou de trouver une solution d'hébergement si le retour à domicile n'est pas possible. Il informe et oriente les usagers et leurs proches.

Cet assistant intervient dans l'organisation des services d'aide et de soins à domicile après la sortie de l'hôpital. Il peut également effectuer les différentes demandes d'aide financière pour le retour au domicile.

L'assistant social peut également aider la personne à trouver un établissement d'hébergement temporaire ou un établissement proposant des soins de suivi et de réadaptation.

Plateforme opérationnelle de sortie

Parmi les initiatives en cours qui ont pour but de fluidifier la sortie du patient, une plateforme opérationnelle de sortie a été implantée en 2014 dans un centre hospitalier universitaire, pour traiter les sorties complexes [Fuz et Paniego, 2015].

Cette plateforme a pour but de :

- réduire le nombre de séjours jugés inappropriés;
- améliorer l'adéquation des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique et l'efficacité de la prise en charge;
- réduire la durée moyenne de séjour;

- orienter plus précocement les patients sortant des soins vers les structures d'aval ou le retour à domicile;
- améliorer le processus de la sortie;
- assurer un suivi post-hospitalisation de qualité;
- renforcer les liens entre les services ambulatoire et hospitalier.

La plateforme opérationnelle de sortie permet à l'équipe pluridisciplinaire de détecter précocement les fragilités médico-sociales induisant des sorties d'hôpital complexes après une hospitalisation et d'offrir les services appropriés aux besoins des personnes.

Hôtels hospitaliers

L'implantation d'hôtels hospitaliers, qui permettent d'offrir un hébergement temporaire non médicalisé aux patients afin de fluidifier les prises en charge hospitalières en amont et en aval des séjours hospitaliers ou lors d'une séance de soins et de recentrer l'hôpital sur sa mission de soins aigus, est en cours [Gouvernement de la République française, 2020].

3.4.3.3. Approches en aval de l'hospitalisation

Les approches en aval de l'hospitalisation peuvent permettre d'éviter une réhospitalisation, mais aussi permettre un délai de sortie plus court parce que la prise en charge au domicile est assurée.

Services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les soins financés par l'assurance maladie ou par les services d'aide et d'accompagnement à domicile prennent en charge les services ménagers et des services d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien du logement, entretien du linge, préparation des repas, courses, toilette, habillage et déshabillage)³⁸.

3.4.4. Méthodes de suivi des usagers dans les trajectoires et le continuum

Deux agences, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux³⁹, rapportent des initiatives pour permettre d'optimiser les trajectoires des patients dans les établissements de santé, mais également dans l'ensemble du continuum.

³⁸ Ces services offerts se rapprochent de ceux offerts par le soutien à domicile au Québec.

³⁹ L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux a pour mission de répondre aux besoins des établissements de santé et médico-sociaux par des actions (méthodes, outils, événements, interventions) élaborées avec et pour les professionnels de terrain, dans le respect des grandes orientations fixées par le ministère responsable de la santé autour de 4 axes :

- fluidifier les parcours des personnes;
- faciliter la connaissance de l'offre en santé, l'aide à la décision et le dialogue de gestion;
- concourir à l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers;
- optimiser l'organisation des fonctions de soutien.

Mesure de la qualité des parcours

L'objectif de la mesure de la qualité des parcours est d'assurer à la population des services de qualité. Elle doit servir aux fournisseurs de soins à évaluer leur action (individuelle et collective) et à identifier les améliorations prioritaires, mais aussi à informer la population – comme le régulateur – sur la qualité du service rendu [Le Guludec *et al.*, 2018]. La mesure de la qualité des parcours s'articule autour de l'évaluation de la qualité des parcours, de la diffusion des résultats et de l'introduction d'une dimension qualité dans le financement de l'offre de soins⁴⁰. Ces indicateurs, élaborés par la HAS, seront définis pour les parcours de soins associés à plusieurs pathologies cliniques fréquentes (p. ex. : bronchopneumopathie chronique obstructive, obésité, maladie coronarienne stable, diabète) et seront priorisés, notamment au regard des points critiques du parcours, à savoir là où il y a une forte prévalence de rupture de continuité des parcours de soins.

Fluidification du parcours des personnes

Différents outils à l'intention des établissements sanitaires et médico-sociaux relativement à la fluidité des parcours des usagers sont élaborés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Par exemple :

- Le projet « Personne âgée en risque de perte d'autonomie » vise à optimiser et fluidifier les parcours de santé et de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie. La bonne circulation de l'information entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge, qu'ils soient professionnels de la santé ambulatoire, hospitaliers ou intervenants à domicile, est un élément clé de cette fluidification;
- Une trousse qui inclut différents outils a été élaborée dans le but de soutenir les professionnels qui souhaitent rendre le parcours de leurs patients le plus fluide possible. Il intéresse aussi les agences régionales de santé et les porteurs de projet dans les territoires qui pourront y trouver des exemples d'expériences innovantes;
- Une trousse visant à faciliter et à appuyer le dialogue entre les structures hospitalières et le service d'hospitalisation à domicile offre des outils de connaissance et de représentation des flux entre établissements. Elle sert également à pousser la réflexion sur les écarts de résultats entre établissements et, le cas échéant, à identifier des améliorations à apporter;
- Le projet « Gestion des lits » propose un ensemble de fiches actions permettant aux différents acteurs du milieu hospitalier de répondre aux problèmes opérationnels concrets auxquels ils sont confrontés au quotidien (regroupant des outils, des démarches, des bonnes pratiques et des documents types) pour appuyer et concrétiser les projets de transformation des établissements hospitaliers.

⁴⁰ Pour les détails, voir Financement à la qualité dans les établissements hospitaliers, dans [3.4.2.2](#) Financement du système de santé.

Patient traceur

Le concept de patient traceur fait référence à une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques permettant d'analyser collectivement et a posteriori le parcours d'un patient [HAS, 2019].

Cette méthode vise à analyser la prise en charge pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle de patients en comparant la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification pour les établissements de santé, référentiels de bonnes pratiques, référentiels spécifiques à l'équipe, etc.). Elle prend en compte les perceptions du patient et de ses proches et les croise avec l'analyse de la prise en charge par les professionnels, pour évaluer notamment les organisations, les interfaces entre secteurs et la coordination entre professionnels. Elle implique la participation d'une équipe de soins, composée des différents professionnels qui contribuent à la prise en charge du patient.

L'analyse porte sur :

- l'hospitalisation du patient, de l'entrée à la sortie (parcours intrahospitalier, incluant les interfaces ambulatoire-hôpital) en établissement hospitalier;
- le parcours de santé dans son ensemble ou une partie de ce parcours, incluant les secteurs hospitalier, médico-social et social.

3.5. Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les NSA sont appelés *delayed discharge* (ou encore *delayed transfer* ou *bed blocking*). Ce terme fait référence aux situations où les patients sont considérés comme suffisamment stables, médicalement, pour recevoir leur sortie, mais sont incapables de quitter l'hôpital parce que les services post-hospitaliers à dispenser ne sont pas finalisés [NHS England, 2018]. En 2016, la raison la plus fréquente de report de sortie en Angleterre est l'attente de soins de santé non aigus, incluant les soins intermédiaires et la réadaptation [NHS England, 2016]. Par ailleurs, une étude a démontré que la proportion de lits utilisés par des personnes en attente de sortie est passée d'approximativement 3 % à plus de 4,5 % entre 2015 et 2017 [Newton Europe, 2018].

Le *National Health Service* (NHS) de l'Angleterre a rapporté dans une étude réalisée sur un échantillon de 5 000 personnes ayant vécu des sorties retardées que ces dernières sont principalement dues à des problèmes dans [NHS England, 2018] :

- les évaluations de soins et de besoins de soutien à venir;
- les services sociaux ou le financement des soins de santé;
- les soins non aigus futurs (soins intermédiaires et réadaptation);
- les placements en résidence pour personnes âgées;
- les soins et services à domicile;
- les équipements et les adaptations d'hébergement.

Les problèmes des sorties retardées peuvent également être causés par le refus du patient ou de la famille des solutions proposées, ou par le désaccord entre les différentes autorités au sujet de l'état de préparation de la sortie ou de la responsabilité des soins à venir [NICE, 2015].

3.5.1. Structure du système de santé

3.5.1.1. Niveau gouvernemental

Le Département de santé et de services sociaux du Royaume-Uni soutient les ministres du gouvernement qui sont responsables de diriger les services de santé et de protection sociale du pays. Ce département est soutenu par différents organismes et agences publics, dont le NHS de l'Angleterre, le NHS Improvement et le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*⁴¹.

3.5.1.2. Niveau national

Les soins de santé sont largement décentralisés, et chacune des nations (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord) prend ses propres décisions en matière d'organisation, de financement, d'attribution et d'exploitation des services de santé. Les services publics de soins sont dispensés par les NHS de chaque nation. Seul le NHS de l'Angleterre inclut les soins de santé et les services sociaux.

3.5.1.3. Niveaux régional et local

Les *Clinical Commissioning Groups* sont responsables d'assurer les services de santé au niveau local, ce qui implique d'évaluer les besoins locaux, d'établir les priorités et les stratégies et d'acheter des services aux fournisseurs de services, tels que les hôpitaux, les cliniques et les services de santé communautaire, au nom de la population desservie.

3.5.2. Organisation des soins et services au Royaume-Uni

Plusieurs mesures financières importantes au niveau gouvernemental qui ont été mises en place peuvent avoir un effet sur les NSA au Royaume-Uni. Elles couvrent l'ensemble du système de santé ou sont directement allouées aux personnes en perte d'autonomie.

Le système de santé et de services sociaux du Royaume-Uni subit des pressions importantes relativement à son fonctionnement, et une approche de gestion des flux est considérée pour améliorer le flux des patients.

⁴¹ Department of Health and Social Care (DHSC). About us [site Web]. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care/about>.

3.5.2.1. Financement du système de santé

Community Care (Delayed Discharges, etc.) Act

En 2003, le Département de la santé du Royaume-Uni a mis en œuvre la loi *Community Care (delayed discharges, etc.) Act*, qui soutient financièrement les autorités locales responsables de dispenser les services communautaires et les rend également comptables financièrement quand des retards sont observés dans la prise en charge des patients en soins de courte durée qui sont en attente de services post-hospitaliers⁴².

Une étude a été réalisée en 2009 dans le but d'évaluer si cette loi a eu un effet sur la réduction des temps d'attente pour les sorties [Godden *et al.*, 2009]. L'analyse des données au sujet de l'hospitalisation des patients en Angleterre entre 2001 et 2007 indique une réduction d'environ 3 % à 4 % de patients qui occupent des lits de soins aigus et qui sont en attente de transfert. Les auteurs notent cependant qu'il est difficile de déterminer si le fait de facturer les autorités locales responsables des services communautaires en est la seule cause, compte tenu des informations disponibles pour l'évaluer.

Cette loi est critiquée pour ses possibles impacts négatifs, parce qu'elle aurait entraîné une augmentation des réhospitalisations (de 5,4 % à 6,7 % entre 2002 et 2005), une hausse des transferts vers les résidences pour personnes âgées et une faible prise en compte de la perspective de l'utilisateur et de ses proches [Bryan, 2010].

Augmentation des subventions transférées aux autorités locales

En 2016, le Département de la santé du Royaume-Uni a augmenté les subventions pour les autorités locales, dans le but d'inciter celles-ci à continuer la réduction des retards pour la sortie des patients hospitalisés ainsi que de prévenir davantage les hospitalisations en amont⁴³.

3.5.2.2. Gestion des flux de patients

Une bonne gestion des flux de patients est importante pour l'expérience du patient, la sécurité clinique et la charge de travail du personnel, selon le NHS Improvement [2017]. Les sorties retardées contribuent à une faible qualité des flux. Les systèmes de santé et de services sociaux qui adoptent de bonnes pratiques dans la gestion des flux de patients sont également plus en mesure de répondre aux nouvelles pressions qui peuvent se présenter. Dans le but de soutenir les responsables opérationnels et cliniques, un guide des bonnes pratiques pour améliorer le flux des patients a été élaboré. Il se centre sur les soins aigus hospitaliers, tout en soulignant que la collaboration entre les systèmes de santé et de services sociaux est centrale pour améliorer le flux des patients.

⁴² Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003 [site Web]. Disponible à :

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/5#commentary-key-f748255bc1f83ebe1d3421c7ee1ba88c>.

⁴³ NICE guidance can reduce delays in hospital discharge raised by critical report [site Web]. 22 July 2016.

Disponible à : <https://www.nice.org.uk/news/article/nice-guidance-can-reduce-delays-in-hospital-discharge-raised-by-critical-report>.

Six principes sous-tendent une gestion efficiente des flux de patients :

- la fluidité demande un travail d'équipe en partageant les évaluations et interventions entre les différents professionnels;
- la désignation de responsables des flux qui analysent en temps réel s'il y a des goulots d'étranglement (gestion par le haut);
- la gestion des flux 7 jours sur 7, car les admissions, transitions et sorties ne sont pas statiques et ont lieu en tout temps;
- la correspondance entre la demande et l'offre (faire l'arrimage entre les patients et les bonnes ressources);
- la gestion des flux nécessite la participation du patient, afin de connaître son point de vue et ses préférences;
- la fluidité doit être maintenue même en période de tension du réseau, d'où la mise en place de processus (plan d'escalade) au moment approprié.

Pour maintenir la fluidité du flux de soins, il s'agit d'implanter les bonnes pratiques dans le but de s'assurer des résultats suivants :

- les patients sont transférés aux urgences rapidement et avec toute l'information collectée par les services ambulanciers;
- les patients sont réorientés vers les soins primaires si les évaluations et les traitements y sont plus adéquats que ceux disponibles aux urgences;
- les patients reçoivent une évaluation en temps opportun et des soins de haute qualité aux urgences;
- les patients se présentant aux urgences ou dans les unités d'hospitalisation sont soignés avec bienveillance par l'ensemble du personnel. Les évaluations et les interventions sont disponibles 7 jours sur 7, dans le but d'optimiser la sécurité et l'expérience des patients ainsi que pour réduire les admissions évitables et les durées d'hospitalisation;
- les patients qui peuvent avoir leur sortie sont placés dans des unités de décision clinique pour une courte période d'observation;
- les patients admis en urgence sont rapidement évalués et, si cela est approprié, transférés vers les soins ambulatoires d'urgence, où ils reçoivent un diagnostic et sont traités rapidement. Ces soins ambulatoires permettent d'éviter le tiers des admissions en courte durée;
- les patients avec des conditions médicales aiguës sont évalués et ensuite pris en charge par une équipe interprofessionnelle de soins aigus dans une unité médicale aiguë de soins de courte durée;

- les patients fragiles sont identifiés dès qu'ils se présentent aux urgences, ou sont directement adressés aux services d'évaluation, et reçoivent des soins centrés sur la personne, spécialisés et de haute qualité. Ils obtiennent leur congé sans retard, dès que les soins aigus sont complétés. Ils reçoivent ensuite le niveau de soutien adéquat pour leur réadaptation et leur convalescence à la maison;
- les patients hospitalisés reçoivent des soins centrés sur la personne, bienveillants et de qualité. Ils sont admis rapidement et restent dans le service qui répond le mieux à leurs besoins. Ils sont, ainsi que leur famille, impliqués dans les décisions concernant leurs soins et les objectifs de soins;
- les patients reçoivent leur congé dès qu'ils ne bénéficient plus des soins aigus, et sont dans la plupart des cas retournés à leur domicile.

3.5.3. Organisation des soins et services dans le continuum

Les approches en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation sont nombreuses au Royaume-Uni. Elles visent à permettre d'éviter les hospitalisations et réhospitalisations inutiles.

3.5.3.1. Approches en amont de l'hospitalisation

Plusieurs approches peuvent permettre de prévenir les hospitalisations, notamment lors des visites aux urgences. Également, l'intervention d'équipes de crise est un moyen proposé pour la prise en charge des personnes présentant des problématiques de santé sociale ou mentale.

Projet *Triage, Rapid, Elderly, Assessment Team*

Le projet *Triage, Rapid, Elderly, Assessment Team* vise à éviter les admissions d'urgence pour les personnes de 70 ans et plus ainsi qu'à diminuer les durées moyennes de séjour et les NSA.

Aux urgences, le projet permet de :

- faire un examen précoce par un médecin expérimenté;
- offrir une consultation par un spécialiste en gériatrie, au besoin;
- assurer l'accès rapide à un ergothérapeute;
- réaliser un examen gériatrique complet et une intervention appropriée pour réduire du déclin fonctionnel;
- prévoir une sortie et une récupération assistées.

Le projet peut également favoriser l'accès aux services d'une clinique gériatrique qui doit prendre en charge les patients adressés par l'équipe dans les cinq jours suivant leur sortie.

Une étude réalisée afin de mesurer l'efficacité de ce projet dans un centre hospitalier a démontré que celui-ci a permis de raccourcir la durée de séjour de 12 % pour les admissions gériatriques d'urgence et de réduire le nombre de celles qui sont évitables grâce à une meilleure coordination des services [Wright *et al.*, 2014].

Approches lors de la visite aux urgences

Booth et ses collaborateurs [2019] ont réalisé une recension des interventions existantes pour desservir les personnes vulnérables qui se présentent aux urgences et pour lesquelles les besoins sont inadéquatement satisfaits. Parmi ces interventions, certaines peuvent avoir un effet sur les NSA :

- la recherche de cas (*Case Finding*) vise à identifier les populations vulnérables avec des besoins complexes, dont ceux de type psychologique ou social, et qui se présentent souvent aux urgences. Cette intervention peut aider à réduire les visites à l'urgence inappropriées et les hospitalisations;
- le navigateur de soins, dont le principal rôle est d'aider les personnes à naviguer dans le réseau de la santé. Il répond à leurs besoins en les dirigeant vers les bons services et les bonnes ressources. Il a un rôle de coordonnateur, mais n'agit pas au niveau clinique. Il met en lien les services communautaires, sanitaires et sociaux. Il a un rôle de facilitateur, et ce, quelle que soit la raison : barrière de langue, difficulté de compréhension ou pauvre connaissance en santé. Il agit sur la trajectoire, la fluidité et la continuité des services et des soins;
- la gestion de cas (*Case Management (Targeted)*) permet d'offrir des soins personnalisés, incluant la planification des soins, la recherche de cas et les services de navigateur de soins aux usagers pour lesquels les besoins ne sont pas résolus lors de la visite à l'urgence.

Certaines urgences hospitalières disposent des services d'une équipe de liaison en psychiatrie ou d'une équipe de crise. Ces équipes peuvent évaluer, sur place, les besoins en santé mentale et les risques pour la personne, prescrire des traitements pharmacologiques, au besoin, pour aider à diminuer les symptômes présents, mettre en contact avec d'autres services de crise, si nécessaire, et déterminer si la personne doit être hospitalisée⁴⁴.

3.5.3.2. Approches pendant l'hospitalisation

Plusieurs initiatives ont été développées pour permettre des délais de sortie rapides et des transitions post-hospitalières visant des transferts de soins efficaces.

⁴⁴ NHS mental health services [site Web]. Disponible à : <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/mental-health-services/>.

Facteurs favorisant un court délai de sortie

Une étude réalisée auprès de six établissements anglais performants au niveau du délai de sortie des patients [Baumann *et al.*, 2007] a fait ressortir les facteurs suivants :

- la priorisation stratégique de haut niveau pour la réduction et le monitoring des délais de sortie;
- la présence d'infirmières de liaison aux urgences, qui peuvent conseiller les médecins généralistes sur les différentes alternatives à l'hospitalisation;
- la disponibilité d'unités d'évaluation médicale, qui peuvent faire des évaluations en profondeur sans nécessiter une admission. Ces unités ont besoin que les arrangements avec les services communautaires soient établis avant la sortie du patient;
- la présence de coordinateurs ou d'équipes de sortie pour aider l'infirmière du service (*ward nurse*) dans la planification de la sortie et notamment pour :
 - suivre les progrès de l'usager, de l'admission à la sortie;
 - aider les infirmières à identifier les usagers qui pourraient avoir besoin de soins de santé et de services sociaux post-hospitaliers;
 - soutenir les infirmières dans la planification de la sortie, pour les cas complexes;
 - aider au choix du protocole de sortie avec le patient;
 - faciliter les communications entre les agences;
 - documenter régulièrement les données de sortie et participer aux rencontres entre les services de soins et les services sociaux;
 - assister pour la planification des transports.

Modèle de changement à fort impact (*High Impact Change Model*) en Angleterre

Différents partenaires, incluant la *Local Government Association*, l'*Association of Directors of Adult Social Services* et le NHS de l'Angleterre, ont élaboré un modèle de gestion des transferts entre l'hôpital et le domicile. Ce modèle, mis à jour en 2019, identifie neuf changements qui ont des impacts significatifs pour atteindre l'efficacité dans les transferts de soins [Local Government Association, 2019]. Il s'agit de :

- planifier précocement les sorties;
- suivre la demande et y répondre en adéquation avec la capacité du système;
- travailler en équipes interprofessionnelles ou multiagences, incluant le secteur communautaire;
- prioriser le maintien ou le retour au domicile;
- rendre disponibles des services 7 jours sur 7;

- avoir confiance dans le partage des responsabilités et dans les évaluations des professionnels en soins et en services sociaux;
- tenir compte du choix des patients dans leurs futurs soins;
- améliorer la prise en charge par les résidences pour personnes âgées;
- rehausser les soins et les autres services à domicile.

Ce modèle est supporté par une matrice d'auto-évaluation et de nombreux outils qui permettent aux différentes équipes de soins de le mettre en place.

Guide pour la transition à partir du milieu hospitalier

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) [2015] a publié un guide au sujet de la transition entre le milieu hospitalier et le domicile ou la résidence de soins pour les adultes ayant des besoins sociaux, dont ceux liés à leur santé mentale. Une série de recommandations visent à améliorer l'expérience des personnes, de l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital, notamment en plaçant une grande importance sur la coordination entre les différents services de santé et services sociaux.

Guide pour réduire les longs séjours hospitaliers

Le NHS Improvement [2018] a publié un guide de pratique pour réduire les longs séjours hospitaliers. Ce dernier présente ce qui peut être fait pour implanter des approches qui réduisent les durées de séjour. Il suggère les étapes à suivre pour y arriver. Il s'adresse principalement aux autorités locales en santé et services communautaires, mais interpelle aussi les différents partenaires, tels que les services sociaux, les bénévoles et les personnes proches aidantes.

3.5.3.3. Approches en aval de l'hospitalisation

Plusieurs modèles de soins intermédiaires sont définis pour les usagers ayant besoin de soins et de services à la suite d'une hospitalisation.

Soins intermédiaires⁴⁵

Quelques facteurs relatifs aux soins intermédiaires ont été identifiés dans une étude réalisée auprès de six établissements anglais performants au niveau du délai de sortie des patients [Baumann *et al.*, 2007] :

- un éventail disponible de services intermédiaires impliquant une gradation entre les soins aigus et les services à domicile, avec pour chacun d'entre eux des critères d'admissibilité spécifiques;

⁴⁵ Les services de soins intermédiaires correspondent aux services reçus pendant une courte période de temps dans le but de favoriser la convalescence et l'autonomie. Ils sont dispensés par des professionnels des soins de santé et des services sociaux. Les équipes peuvent inclure des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes et du personnel soignant (National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Understanding intermediate care, including reablement [site Web], disponible à : <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/understanding-intermediate-care>).

- des équipes de soins intermédiaires qui peuvent évaluer les usagers où qu'ils soient hébergés (au domicile, à l'hôpital ou aux urgences).

Les soins intermédiaires ont été définis en 2006 par la Société de gériatrie britannique comme des services qui respectent les critères suivants :

- ils visent les personnes qui vivent des séjours hospitaliers inutilement prolongés ou qui sont admises dans des services de soins hospitaliers de courte durée inappropriés ou des soins résidentiels à long terme;
- ils sont fournis après une évaluation complète, aboutissant à un plan de soins individuel structuré qui comprend une thérapie active;
- ils ont pour objectifs de maximiser l'indépendance et de permettre aux patients et utilisateurs de services de reprendre leur vie à domicile;
- ils sont limités dans le temps (généralement entre deux et six semaines);
- ils impliquent un travail interprofessionnel, avec un cadre d'évaluation unique, des dossiers professionnels uniques et des protocoles partagés [Bryan, 2010].

En 2017, NICE rédige un guide avec recommandations portant sur les soins intermédiaires, pour lesquels quatre modèles sont reconnus :

- soins intermédiaires en hébergement (*bed-based intermediate care*) : l'évaluation et les interventions sont réalisées dans le milieu d'hébergement, comme l'hôpital, la résidence pour personnes âgées, un établissement d'hébergement et de soins ou une ressource de soins intermédiaires. Ce modèle vise à prévenir les admissions inutiles ou prématurées en soins aigus hospitaliers ou en établissement d'hébergement et de soins, et à permettre une sortie en temps opportun des soins aigus. Ces soins intermédiaires sont dispensés par une équipe interprofessionnelle et plus particulièrement par les professionnels de soins de santé ou le personnel de l'établissement d'hébergement et de soins;
- soins intermédiaires de réponse à la crise (*crisis response*) : Ces services communautaires visent à prévenir une hospitalisation. Ils impliquent une évaluation et peuvent correspondre à des interventions court-terme (jusqu'à 48 heures). Les services sont dispensés par une équipe interprofessionnelle et plus particulièrement par les professionnels de soins de santé;
- soins intermédiaires au domicile (*home-based intermediate care*) : L'évaluation et les interventions sont réalisées au domicile de la personne dans le but de prévenir l'hospitalisation, d'accélérer la convalescence, de permettre une sortie en temps opportun et de maximiser l'indépendance de la personne. Ces soins sont dispensés par une équipe interprofessionnelle et plus particulièrement par les professionnels de soins de santé ou le personnel de l'établissement d'hébergement et de soins;
- soins intermédiaires de réadaptation (*reablement*) : L'évaluation et les interventions sont réalisées au domicile de la personne dans le but de l'aider à

retrouver sa capacité et sa confiance et de maximiser son indépendance. Ces soins sont dispensés par une équipe interprofessionnelle et plus particulièrement par les professionnels de services sociaux [NICE, 2017].

3.5.4. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA

Cette section présente des indicateurs de suivi prioritaires au Royaume-Uni ainsi qu'une approche de modélisation prédictive qui est intéressante pour comprendre le fonctionnement des systèmes de santé et comment optimiser ceux-ci.

3.5.4.1. Indicateurs de performance des retards de transfert dans les soins

Le NHS de chaque nation détermine les domaines de santé prioritaires et les objectifs de performance associés. Pour l'Angleterre, les indicateurs de performance portent autant sur les soins de santé que sur les services sociaux :

- le nombre total de jours en attente de transfert (*total delayed days*) vers d'autres structures de soins et de services;
- le nombre moyen de lits occupés quotidiennement par des patients en attente de transfert (*delayed transfers of care beds*) vers d'autres structures de soins et de services.

Les raisons des retards sont explicitées par les autorités locales (en % pour la période 2018-2019) :

- en attente de soins et services à domicile (21 %);
- en attente de soins non aigus futurs (soins intermédiaires et réadaptation) (17 %);
- en attente de placement ou de disponibilité en établissement d'hébergement et de soins pour personnes âgées (*nursing home placement*) (14 %);
- choix du patient ou des familles, ou dispute (13 %);
- en attente de placement ou de disponibilité en résidence pour personnes âgées (*residential home placement*) (12 %);
- en attente de fin de l'évaluation (11 %);
- en attente de financement public (3 %);
- en attente d'équipements et d'adaptations des hébergements (3 %).

Les résultats de ces indicateurs ainsi que les raisons des retards sont compilés mensuellement depuis 2010 pour chaque région.

3.5.4.2. Règle des quatre heures aux urgences (*Four-Hour Rule*)

Parmi les objectifs de performance des NHS, il y a celui d'assurer que le temps d'attente aux urgences ne dépasse pas quatre heures. Cette règle devait être respectée, de l'admission à la sortie, pour la majorité des patients qui se présentaient dans les services d'urgence. Une meilleure gestion, l'allocation de plus de ressources, des changements dans les flux de patients, des admissions plus rapides des urgences vers les soins aigus, de meilleurs processus de sortie et un engagement plus important des gestionnaires à agir et à réduire les goulots d'étranglement expliqueraient l'atteinte à hauteur de 98 % de cette cible en 2005 [Ngo *et al.*, 2018].

3.5.4.3. Standards de qualité de NICE

Le Département de la santé et des services sociaux du Royaume-Uni a promulgué une loi appelée *The Health and Social Care Act 2012*, qui requiert notamment des autorités locales qu'elles évaluent et améliorent la qualité des soins dispensés.

NICE établit des standards de qualité pour faciliter la mise en œuvre des recommandations issues des guides de pratique [2018; 2016]. Ils ne visent pas à atteindre des cibles prédéfinies.

Par exemple, les standards de qualité, qui accompagnent le guide sur la transition entre le milieu hospitalier et le domicile ou une résidence de soins pour les adultes ayant des besoins sociaux ont pour but d'améliorer les indicateurs suivants :

- la qualité de vie liée à la santé;
- la qualité de vie liée aux services sociaux;
- la longueur de la durée d'hospitalisation;
- le délai de transfert des soins;
- le nombre de réadmissions hospitalières dans les 30 jours suivant la sortie.

3.5.4.4. Pratique innovante : modélisation prédictive

Une revue systématique a été récemment réalisée au sujet des méthodes de modélisation mathématique (*system dynamics model* et *agent-based models* ou des modèles hybrides). Les études sélectionnées dans cette revue évaluent l'impact des politiques ou des interventions existantes sur les services de santé. Elles peuvent également aider à la prise de décision pour déterminer des cibles à atteindre afin d'améliorer l'accès aux services de soins et le soutien social, de diminuer les délais d'accès à un médecin, ou encore d'améliorer le flux de patients en optimisant l'allocation des ressources [Cassidy *et al.*, 2019]. De nombreuses recherches sont effectuées sur le système de santé du Royaume-Uni. L'utilisation de ces méthodes de modélisation mathématique semble une approche intéressante pour comprendre le fonctionnement des systèmes de santé et comment optimiser ceux-ci.

4. FAITS SAILLANTS

Les faits saillants relatifs aux pratiques gouvernementales (nationales et provinciales), organisationnelles et cliniques ainsi qu'aux diverses façons de suivre les NSA et de les prédire sont regroupés par thèmes et présentés pour l'ensemble des systèmes de santé.

4.1. Organisation des soins et services au niveau gouvernemental

Les pratiques organisationnelles mises en place par les différents systèmes de santé documentés sont organisées selon trois thèmes principaux : gouvernance, financement et gestion des flux de patients. Ces pratiques représentent des perspectives différentes sur la prise en charge des usagers en attente de NSA et sont complémentaires et interreliées.

4.1.1. Gouvernance

Bien que des informations ne soient pas disponibles pour tous les systèmes de santé documentés, il semble ressortir des données consultées que les responsabilités en lien avec les NSA nécessitent d'être définies et réparties adéquatement entre les différents niveaux, national, régional et local, dans le but notamment de rendre le système de santé plus efficace.

Les différents paliers décisionnels des systèmes de santé documentés s'appuient sur diverses organisations pour les soutenir dans la prise en charge des NSA. Il est à noter qu'au Canada, les travaux de l'ICIS permettent d'encadrer et d'uniformiser la compilation des cas de NSA dans les établissements de santé. De plus, l'ICIS a élaboré différents outils pour aider les cliniciens à attribuer adéquatement le statut NSA et à préciser les circonstances qui y sont rattachées [ICIS, 2016a]. Les données compilées par l'ICIS permettent également de réaliser des analyses au sujet des caractéristiques des usagers touchés, des différentes trajectoires ou des facteurs pouvant permettre de prévoir les nombres d'usagers en attente de NSA.

4.1.2. Financement du système de santé

Un financement basé sur l'activité dans les hôpitaux a été mis en place dans la plupart des systèmes de santé documentés. L'objectif est de créer une incitation financière pour augmenter le volume de patients, en favorisant les congés des usagers et les admissions de nouveaux patients. D'après une étude réalisée en 2012, comparant cinq pays européens, ce type de financement est associé avec une augmentation de l'activité, une diminution de la durée de séjour et une réduction du taux d'augmentation des dépenses hospitalières dans la plupart des systèmes de santé documentés [O'Reilly *et al.*, 2012]. L'impact direct du financement sur l'ensemble du système, notamment sur la désignation du statut NSA, est cependant difficile à déterminer.

La mise en place d'un mécanisme de financement permettant de desservir les clients dont les besoins sont chroniques ou complexes et l'augmentation du soutien financier pour les services à domicile et communautaires sont promus dans plusieurs systèmes de santé documentés.

Deux des cinq systèmes de santé documentés ont pour leur part instauré des pénalités financières lors de sous-performance dans l'atteinte de résultats en lien avec des indicateurs.

Des financements aux personnes en perte d'autonomie peuvent être alloués pour le maintien au domicile, mais aussi au moment du retour au domicile à la suite d'une hospitalisation, pour favoriser le rétablissement dans les meilleures conditions. Ces derniers sont moins courants que les premiers, qui sont des initiatives fréquentes dans les différents systèmes de santé documentés.

4.1.3. Gestion des flux de patients

Des goulots d'étranglement peuvent se créer dans les trajectoires de soins et de services, et la gestion des flux est un des moyens qui peuvent permettre d'évaluer la distribution de ces flux dans ces trajectoires et d'y trouver des solutions. L'expression « flux de patients » fait référence à la capacité des systèmes de soins à prendre en charge les patients efficacement et avec des délais minimaux alors qu'ils évoluent dans les différentes étapes de soins [NHS Improvement, 2017]. Les délais de sortie contribuent à une faible qualité des flux de patients, c'est pourquoi la gestion des flux peut permettre d'identifier les facteurs qui ont un impact sur les NSA. Deux systèmes de santé documentés s'intéressent au déploiement de cette approche.

Une approche mise en œuvre en Australie a permis d'identifier les facteurs qui ont un impact sur le flux de patients, que ce soit avant, pendant ou après l'hospitalisation. Les interruptions des flux de patients sont considérées comme multicausales. L'amélioration des flux de patients requiert ainsi une approche holistique systémique incluant un leadership fort et cohérent, de même qu'un engagement de la part de tous les membres du personnel. Un cadre conceptuel appelé *Patient Flow Systems*, faisant appel à différents outils, dont l'apprentissage en ligne avec des modules de gestion des flux de patients, a été élaboré et serait présentement déployé dans les hôpitaux de la Nouvelle-Galles du Sud. Par ailleurs, différentes pratiques organisationnelles et cliniques ont été développées en lien avec la gouvernance, la qualité, la planification de la demande et de la capacité, les pratiques standardisées, l'augmentation de la demande, la gestion de la variabilité et la coordination des soins.

L'importance de développer une stratégie de communication interétablissements au niveau stratégique, et pas seulement au niveau clinique, pour éviter les surcharges quand des défis surviennent se dégage également de la littérature analysée.

La gestion des flux de patients est considérée comme importante pour l'expérience du patient, la sécurité clinique et l'évaluation de la charge de travail sur le personnel au Royaume-Uni. Également, une bonne gestion des flux permet de mieux être à même de répondre aux nouvelles pressions sur le système de santé qui peuvent se présenter. Dans le but de soutenir les responsables opérationnels et cliniques, un guide des bonnes pratiques pour améliorer le flux des patients a été conçu par le NHS Improvement [2017]. Il se centre sur les soins aigus hospitaliers, tout en soulignant que la collaboration entre

les systèmes de santé et de services sociaux est centrale pour améliorer le flux des patients.

4.2. Organisation des soins et services dans le continuum

Les pratiques cliniques sont subdivisées en trois types, soit les approches en amont, les approches pendant et les approches en aval de l'hospitalisation (voir [Annexe C](#) pour la liste des principales pratiques organisationnelles et cliniques recensées dans les cinq systèmes de santé documentés).

L'enjeu de la transition entre les services hospitaliers aigus et les services post-hospitaliers a souvent été identifié comme une des causes d'attente en NSA. Selon l'ICIS [2017], les politiques et pratiques qui visent à améliorer la coordination des soins offerts entre les différentes agences et les personnes proches aidantes, entre les systèmes de soins de courte et de longue durée, ainsi que dans les services à domicile, doivent être considérées comme aussi importantes que celles qui ciblent la réduction des séjours en NSA. En France, une approche par parcours de soins est proposée dans le but de mieux favoriser la coordination des soins tout au long de la prise en charge de différentes maladies chroniques.

4.2.1. Approches en amont de l'hospitalisation

Le renforcement des soins et services de première ligne et du soutien à domicile permet de diminuer le recours aux urgences et aux services hospitaliers, ce qui a par la suite un impact sur le volume d'usagers recevant un statut NSA. Sachant que ceux-ci sont souvent des personnes âgées ou des personnes présentant des troubles de santé mentale, la mise en place dans la communauté de soins et services appropriés est une des pistes de solution potentielles documentées. Une revue rapide portant sur les interventions de soins à rendement élevé pour les soins de proximité souligne neuf éléments communs, soit 1) durée et fréquence élevée, 2) soutien important aux personnes proches aidantes, 3) approche personnalisée, 4) soutien social à domicile ou en soins communautaires, 5) soutien et éducation en matière d'autogestion, 6) approches normalisées pour faciliter les transitions (p. ex. : lignes directrices, protocoles), 7) disponibilité des soins, 8) approches à composantes multiples ou à des méthodes de prestation multiples (p. ex. : des rencontres en personne et au téléphone, ou des visites en individuel et en groupe), 9) équipes multidisciplinaires [Peckham *et al.*, 2019].

Les systèmes de santé documentés ont tous mis en œuvre des pratiques en amont de l'hospitalisation dans le but de réduire le recours à celle-ci.

Il existe également, dans tous les systèmes de santé documentés, des ressources pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, disponibles dans la communauté, afin de leur permettre de planifier et de vivre une vie active ou de réaliser les activités de la vie quotidienne.

Afin de prévenir les admissions en centre hospitalier, la réorientation – dès l'arrivée à l'urgence – des personnes dont les besoins seraient mieux satisfaits par des services ambulatoires est également une stratégie déployée dans quelques systèmes de santé

(voir Évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'urgence en Colombie-Britannique, [section 3.2.3.1](#), et le projet *Triage, Rapid, Elderly, Assessment Team* et équipe de liaison en psychiatrie au Royaume-Uni, [section 3.5.3.1](#)).

4.2.2. Approches pendant l'hospitalisation

Les approches pendant l'hospitalisation qui sont mises en œuvre dans les systèmes de santé documentés sont variées, mais répondent principalement aux besoins spécifiques des personnes âgées (p. ex. : « les Hôpitaux adaptés aux personnes âgées », l'approche « Évaluation et rétablissement », ou le programme *Transition Care*). Celles-ci peuvent favoriser une diminution du nombre d'usagers en attente de NSA et leur durée de séjour avec ce statut. Parmi les raisons associées à une durée plus longue de séjour en attente de NSA, la référence – lors de l'hospitalisation – à un établissement d'hébergement et de soins de longue durée est fréquente. Selon un rapport de l'ICIS [2017], 16 % des personnes âgées admises en établissement d'hébergement et de soins de longue durée (selon les données de cinq provinces et d'un territoire) le sont directement à la suite d'une hospitalisation. Celles-ci étaient admises plus tôt que celles qui entamaient leur trajectoire dans la collectivité. Une évaluation qui est réalisée préférentiellement à domicile, visant à déterminer où orienter l'usager, permettrait d'avoir un portrait plus juste de la situation et d'éviter des transferts vers les établissements d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que des délais en attente de NSA.

Quatre différents modèles d'unités de soins impliquées dans la prise en charge des usagers en attente de NSA ont été identifiés et évalués dans le cadre d'un projet de recherche réalisé dans plusieurs centres hospitaliers, en Colombie-Britannique. Aucun résultat n'a été rapporté sur l'efficacité de ces modèles à l'égard des usagers en attente de NSA. Cependant, les unités dédiées aux NSA semblent plus sécuritaires en diminuant les risques de blessure chez le personnel, comparativement au placement aléatoire des usagers en attente de NSA à travers les unités de soins hospitaliers.

D'autres pratiques pendant l'hospitalisation sont mises en place dans les différents systèmes de santé documentés, telles que l'implication précoce d'un gestionnaire de cas, l'amélioration de la littératie en matière de santé ou la planification anticipée du congé. Au Royaume-Uni, un guide de pratique se concentre particulièrement sur l'étape de la transition à partir du milieu hospitalier vers le domicile ou une résidence de soins pour les adultes ayant des besoins sociaux, dans le but d'améliorer l'expérience des usagers et la coordination entre les différents services. Y sont associés des standards de qualité permettant aux intervenants et aux gestionnaires d'utiliser des indicateurs de suivi de l'implantation de ces nouvelles pratiques.

4.2.3. Approches en aval de l'hospitalisation

L'offre de services en soutien à domicile revient fréquemment en tant que pratiques cliniques en aval de l'hospitalisation dans les systèmes de santé documentés. En plus de permettre une prise en charge post-aiguë adaptée aux besoins des usagers, cette approche permet également de prévenir une détérioration de la santé des patients et les réhospitalisations. Ces pratiques cliniques en soutien à domicile permettent d'agir au

moment opportun, aussi bien en amont qu'en aval de l'hospitalisation, sur les deux fronts conjointement.

L'hôpital à domicile est présenté comme une alternative en aval de l'hospitalisation en Australie, tandis qu'en France il peut autant permettre de réduire un séjour hospitalier que de l'éviter complètement. En France, l'hospitalisation à domicile est même offerte aux résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Des parallèles semblent également pouvoir être faits entre l'hôpital à domicile et le congé précoce assisté mis en place en Colombie-Britannique.

4.3. Méthodes de suivi et de prédiction des NSA

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour suivre le nombre d'usagers en attente de NSA, dont des indicateurs de suivi. Des pratiques innovantes sont aussi observées pour prédire l'impact de politiques ou de modifications de pratique sur les systèmes de santé.

4.3.1. Indicateurs de suivi

Le nombre, la nature et l'objectif de l'utilisation d'indicateurs de suivi sont variables d'un système de santé à l'autre.

Au Royaume-Uni, le NHS de l'Angleterre rapporte tous les mois des données en lien avec les NSA pour les soins de santé et les services sociaux, soit le nombre total de jours en attente de transfert de soins et de services et le nombre moyen de lits occupés quotidiennement par des patients en attente de transfert.

L'expérience du patient est un indicateur de qualité des services en Ontario et en cours de déploiement en France. Il vise à informer indirectement sur la qualité du transfert entre les soins aigus et les soins post-aigus. Le soutien des personnes proches aidantes (famille ou amis) des patients hospitalisés a aussi été identifié comme un indicateur intéressant par la Colombie-Britannique, car celui-ci peut avoir un impact sur la probabilité de devenir un usager en attente de NSA.

La documentation consultée rapporte qu'en Australie et au Royaume-Uni, une cible nationale d'accès aux urgences de quatre heures a été établie comme indicateur de la qualité des services hospitaliers qui peut avoir un impact sur les NSA en réduisant les hospitalisations.

La durée moyenne de séjour est un indicateur utilisé dans de nombreux systèmes de santé pour mesurer la performance du système de santé, en établissant des cibles à atteindre (France et Australie). Par exemple, des durées moyennes de séjour égales ou supérieures à 21 jours pour des soins aigus ou égales ou supérieures à 35 jours pour des soins subaigus sont considérées comme problématiques (Australie).

4.3.2. Pratique innovante : modélisation prédictive

Des publications scientifiques qui ont évalué l'impact de mesures ou de politiques sur le fonctionnement du système de santé, et ainsi aidé à la prise de décision sur les orientations les plus optimales, ont été réalisées à partir de données collectées dans les systèmes de santé documentés. Par exemple, l'utilisation de modèles prédictifs a permis d'améliorer les flux de patients en optimisant l'allocation des ressources, ou encore de diminuer les délais d'attente pour certains services post-hospitaliers. Si ces améliorations n'ont pas directement un effet sur le nombre d'utilisateurs en attente de NSA, elles peuvent agir indirectement sur celui-ci. Ces modèles pourraient également être mis à contribution pour évaluer l'impact de mesures actuelles ou envisagées dans le futur pour diminuer les nombres d'utilisateurs en attente de NSA et la durée de leur attente en NSA.

5. AUTRES CONSIDÉRATIONS

En plus des différentes pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques présentées précédemment, d'autres considérations à prendre en compte en lien avec les NSA émergent de la littérature analysée. Celles-ci portent sur la gestion et l'implantation du changement, de façon cohérente et coordonnée, et sur les tensions qui peuvent émerger des perspectives diverses liées à la compréhension des NSA et des actions qui doivent être entreprises pour les réduire.

5.1. Gestion et implantation du changement

La littérature consultée fait ressortir l'importance de considérer les changements de pratiques cliniques liées aux usagers en attente de NSA dans une approche globale de gestion du changement et d'implantation de nouvelles pratiques. Des exemples provenant de l'Ontario, de l'Australie et de la France soulignent cette importance.

Ainsi, selon une revue basée sur les données probantes provenant de l'Australie, il est important de s'assurer que la gestion du changement soit gérée de façon cohérente et efficace à l'intérieur d'une organisation [Showell *et al.*, 2012].

Dans l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, plusieurs ressources sont disponibles pour guider les hôpitaux à travers des restructurations complexes via le *Centre for Healthcare Redesign*. Cette agence pour l'innovation clinique se spécialise en gestion de projet, en gestion du changement et en gestion des connaissances⁴⁶.

En France, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est également une ressource qui accompagne les professionnels des milieux médical et social dans l'évolution de leurs organisations au regard de différents aspects, dont la structuration des trajectoires, la prise en charge et le soutien des usagers. Les services offerts par cette agence incluent de la formation, des méthodes et des outils.

Il est aussi mentionné dans la littérature consultée que les changements organisationnels majeurs devraient s'appuyer sur un financement, du personnel, des formations ainsi que du soutien approprié. De plus, les progrès devraient être mesurés [Showell *et al.*, 2012].

Dans le but de favoriser l'implantation des nouvelles pratiques dans le processus de congé, *William Osler Health System*, qui est un réseau local d'intégration des services de santé en Ontario, propose une approche qui reconnaît que pour changer les comportements, il est nécessaire de préalablement modifier les processus mentaux qui les sous-tendent [Chidwick *et al.*, 2017]. Il est également important de garder mobilisés les membres du personnel. Certains membres du personnel rencontrés en Australie dans le cadre de la revue réalisée par Showell et ses collaborateurs expriment que leurs efforts pour identifier des problèmes et des solutions potentielles sont rarement

⁴⁶ NSW Government. Centre for Healthcare Redesign [site Web]. Disponible à : <https://www.aci.health.nsw.gov.au/make-it-happen/centre-for-healthcare-redesign>.

considérés. Bien que tous les problèmes ne puissent pas être réglés immédiatement, les préoccupations du personnel doivent être et validées entre collègues pour qu'un partage de connaissances soit mis à profit entre le personnel et les gestionnaires [Showell *et al.*, 2012].

5.2. Perspectives diverses en lien avec les NSA

Dans la littérature consultée, les différentes perspectives des parties prenantes semblent influencer la compréhension de la problématique des usagers en attente de NSA, de même que les actions entreprises pour résoudre celle-ci. Les parties prenantes ont des mandats différents, que ce soit d'optimiser la santé de l'utilisateur ou de veiller à l'administration d'un établissement, qui peuvent entraîner des divergences de points de vue. Ainsi, l'attention médicale et celle des professionnels de la santé sont principalement centrées sur des soins personnalisés, tandis qu'une personne ayant des responsabilités de gestion peut être davantage sensible à la nécessité de gérer, de façon globale, la disponibilité des lits. Ces différences de points de vue, qui peuvent être ancrées dans des valeurs personnelles, professionnelles ou institutionnelles, ont été nommées comme une source potentielle de tension lors de consultations réalisées auprès du personnel de plusieurs hôpitaux de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie [Showell *et al.*, 2012]. Bien que tout un chacun puisse être en accord avec les différentes valeurs préconisées à ces divers paliers de responsabilité (p. ex. : qualité, sécurité, accessibilité), des tensions peuvent survenir en raison des mandats variés à remplir.

5.2.1. En lien avec la charge de travail du personnel

Les besoins complexes des patients sont grandissants et, en conséquence, les fournisseurs de soins doivent absorber une charge de travail croissante. Le soutien à ces fournisseurs ne doit pas être négligé, car une pression supplémentaire est mise sur ceux-ci, tant à l'hôpital que dans la communauté. Une étude réalisée dans quatre hôpitaux ontariens a ainsi démontré que les fournisseurs de soins sont souvent débordés (trop de responsabilités et pas assez de temps) : 59 % d'entre eux ont rapporté un haut niveau de stress [Government of Ontario, 2019]. Il est important, selon certains auteurs, de s'interroger sur les impacts d'un ajustement à la baisse de la durée de séjour pour le personnel, puisque ce processus peut entraîner une augmentation de la charge de soins, par l'accélération des flux d'utilisateurs, et des besoins de coordination entre les acteurs du parcours de soins⁴⁷. La stabilité étant déterminante pour la continuité des soins, il est capital de diminuer le niveau de stress des fournisseurs de soins pour maintenir les équipes en place et bien répondre aux demandes croissantes.

⁴⁷ Résultats rapportés dans le cadre de consultations réalisées entre 2016 et 2018 auprès d'une trentaine d'équipes hospitalières intéressées à l'amélioration du parcours des patients (projet « Mieux soigner moins héberger ») – Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

5.2.2. En lien avec le congé hospitalier et la tolérance aux risques

Lors de la planification du congé, la personne ayant des troubles cognitifs peut parfois être exclue de la prise de décision la concernant [Chidwick *et al.*, 2017]. Les membres du personnel communiqueraient d'abord avec les personnes proches aidantes. Ainsi, il peut arriver que les prises de décision soient réalisées en fonction de ce que les personnes proches aidantes veulent, sans tenir compte des souhaits de la personne ayant un trouble cognitif. Cependant, même si l'utilisateur a des atteintes cognitives, il peut être en mesure de participer aux décisions.

Il peut arriver que des membres des équipes interprofessionnelles comprennent mal leur rôle par rapport au congé, et cela peut entraîner de la confusion chez les usagers et les personnes proches aidantes [Chidwick *et al.*, 2017]. Par ailleurs, l'hôpital n'est pas l'environnement optimal pour le bien-être des usagers, notamment en raison des risques de déconditionnement, d'infections nosocomiales et du manque de stimulation [Chidwick *et al.*, 2017]. Les membres du personnel ont cependant parfois tendance à retenir les usagers à l'hôpital et à sous-estimer la pertinence de l'évaluation fonctionnelle, dans leur environnement naturel, permettant d'identifier le soutien et les ressources adéquates [Chidwick *et al.*, 2017]. Le manque de clarté des rôles par rapport au congé a un impact sur la durée de séjour à l'hôpital des usagers et peut influencer négativement l'expérience de ces derniers. Par exemple, si le médecin parle d'hébergement à long terme avant de connaître les attentes de l'utilisateur, il peut être difficile de changer cette orientation par la suite. Le fait de travailler de façon optimale en équipe interprofessionnelle, en comprenant bien son rôle, en faisant confiance aux autres membres et en partageant les tâches permet de distribuer davantage de manière équitable les responsabilités et de gagner du temps. Afin d'améliorer la compréhension des intervenants travaillant en milieu hospitalier quant au soutien à domicile déployé auprès des usagers, il est proposé d'augmenter la rétroaction qui leur est faite à propos du fonctionnement de l'utilisateur à domicile [Bender et Holyoke, 2018].

Les planifications de congé viseraient souvent un contexte de « zéro risque toléré », qui ne correspond pas toujours au degré de tolérance de l'utilisateur face au risque [Chidwick *et al.*, 2017]. Cet objectif s'appuierait davantage sur la perception du personnel et des personnes proches aidantes et/ou sur leur acceptation du risque plutôt que sur les choix et souhaits des usagers. Selon la Commission du droit de l'Ontario [2011, p. 69], « la notion de risque accru reconnaît d'emblée que l'état d'un individu varie selon les situations et au fil du temps : le risque est une question de degré, et ne relève pas du *tout ou rien* ». De plus, le concept du risque accru est axé non seulement sur les caractéristiques de chaque personne, mais aussi sur les facteurs propres à son environnement immédiat ou plus large. Ainsi, il tient compte des facteurs sociaux qui peuvent entraîner des conséquences néfastes, telles que la stigmatisation des personnes considérées comme plus vulnérables. Dans cette perspective, tous les êtres humains sont exposés à un certain degré de risque, et ce degré diminue ou augmente selon les ressources ou les atouts de chacun [Chidwick *et al.*, 2017].

Face au risque accru pouvant être identifié lors de la planification d'un retour à domicile, il est important de documenter la prédictibilité et l'acceptabilité des risques encourus par l'utilisateur. Dans le contexte du retour à domicile d'une personne aux besoins complexes, la question principale est comment réduire et compenser les risques identifiés. L'évaluation des mesures de protection et de soutien souhaitables ainsi que celle des ressources disponibles et de la capacité à mettre en place ces mesures deviennent essentielles [Chidwick *et al.*, 2017].

5.2.3. En lien avec la gestion par trajectoires

Lors de consultations réalisées auprès du personnel de plusieurs hôpitaux de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, un écart entre les perspectives de la haute direction et celles des membres du personnel a été observé au sujet de la gestion par trajectoires [Showell *et al.*, 2012]. Chez les membres du personnel, cet écart s'exprime notamment par la perception que la gestion par trajectoires équivaut principalement à « pousser » les usagers à travers le système, pour atteindre les objectifs de performance mesurés par des indicateurs, plutôt qu'à s'appuyer sur des indicateurs visant la prestation de soins et services sécuritaires, de qualité et donnés au moment opportun [Showell *et al.*, 2012]. À l'inverse, pour les membres de la haute direction, ces indicateurs peuvent représenter des leviers afin de favoriser l'amélioration continue à travers l'établissement. Des membres du personnel expriment la crainte que les approches contemporaines de gestion par trajectoires puissent avoir un impact négatif sur la sécurité et la qualité des soins offerts [Showell *et al.*, 2012]. En effet, selon la littérature, les trajectoires chaotiques augmentent les risques d'impacts négatifs sur la sécurité et la qualité des soins. Inversement, les trajectoires fluides sont liées à des soins sécuritaires, de bonne qualité et donnés au moment opportun [Showell *et al.*, 2012].

DISCUSSION

Cet état des connaissances présente des pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques documentées dans cinq systèmes de santé autres que le Québec, en lien avec les usagers en attente de NSA en milieu hospitalier.

En ce qui concerne les pratiques gouvernementales, trois thèmes principaux sont abordés (gouvernance, financement et gestion des flux). Ces pratiques représentent des perspectives différentes sur la prise en charge des usagers en attente de NSA et sont complémentaires et interreliées. Quant à elles, les pratiques organisationnelles et cliniques sont regroupées selon le continuum de soins et services : en amont, pendant ou en aval de l'hospitalisation. Des méthodes de suivi et de prédiction des NSA sont aussi présentées. Les tableaux de bord présentant les données en temps réel de même que les modèles mathématiques pour comprendre et prévoir les flux de patients sont nommés dans différents systèmes de santé documentés. Ces méthodes impliquent de comprendre les caractéristiques individuelles des personnes touchées et l'ensemble du contexte organisationnel dans lequel les NSA se déroulent. En plus des différentes pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques présentées précédemment, d'autres considérations à prendre en compte en lien avec les NSA ont émergé de la littérature analysée. Celles-ci traitent de la gestion et de l'implantation du changement en lien avec les pratiques entourant les NSA ainsi que des tensions qui peuvent émerger des diverses perspectives des parties prenantes.

Quelques liens entre les pratiques gouvernementales, organisationnelles et cliniques exposées dans le rapport et des initiatives québécoises peuvent être faits. Depuis plusieurs années, des travaux sont en cours pour formaliser des trajectoires optimales dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois, notamment en traumatologie (dont les traumatismes craniocérébraux et les blessures médullaires) [INESSS, 2019b] et pour les personnes âgées [INESSS, 2019a]. Des travaux récents portent sur la mise en place de la gestion par trajectoires [Équipe accès et trajectoire de soins, 2019] et sur l'évaluation de la performance de ce type de gestion [Thiebaut *et al.*, 2020]. En amont de l'hospitalisation, l'amélioration de l'accès aux services de proximité est une priorité du MSSS [INESSS, 2019c]. Lors de l'hospitalisation d'usagers de 75 ans et plus, l'approche adaptée à la personne âgée est encouragée depuis plusieurs années. Cette approche vise principalement à prévenir ou à atténuer le déclin fonctionnel [MSSS, 2011]. Des efforts sont aussi déployés au Québec afin de rendre plus fluides les transitions entre les différents prestataires et établissements dispensant des soins et services. Mentionnons, à titre d'exemple, la bonification de l'offre de services en soutien à domicile annoncée en novembre 2020 par le gouvernement⁴⁸.

⁴⁸ Services de soutien à domicile – Le gouvernement du Québec annonce un financement de 100 M\$ pour augmenter l'offre de services de soutien à domicile (15 novembre 2020). Disponible à : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/services-de-soutien-a-domicile-le-gouvernement-du-quebec-annonce-un-financement-de-100-m-pour-augmen/>.

Réflexion sur les usagers en attente de NSA

Reconnaissant que l'enjeu des NSA est présent dans différents systèmes de santé à travers le monde et que différentes façons de conceptualiser cette problématique complexe existent, il est intéressant de s'attarder aux divers moyens de colliger l'information. L'avenue proposée par l'ICIS est d'inciter les établissements à codifier les NSA en fonction de la raison du statut NSA (p. ex. : difficultés liées à un besoin d'assistance dû à une mobilité réduite) [ICIS, 2016a] et non en fonction de la destination prévue, comme c'est le cas présentement au Québec. Cette codification permet d'obtenir rapidement le portrait clinique de l'utilisateur en attente de NSA sans restreindre les différentes possibilités de destination pour celui-ci. En lien avec la destination de l'utilisateur âgé, des travaux réalisés par l'ICIS concluent que le milieu hospitalier ne serait pas toujours le lieu optimal pour une prise de décision partagée lorsqu'un déménagement définitif vers un établissement d'hébergement et de soins de longue durée est envisagé [ICIS, 2017].

Les NSA peuvent être abordés également sous forme de « causes et effets », comme proposés dans les travaux de Micallef et ses collaborateurs [2020]. Ainsi, des « causes » peuvent expliquer que des usagers se retrouvent en NSA (p. ex. : isolement social, services sociaux déficitaires, retard dans la planification du congé, manque de lits en réadaptation et en établissements de soins de longue durée). Une fois les usagers en attente de NSA, des « effets » sont observables (p. ex. : débordement des urgences, augmentation des coûts). Suivant cette perspective, des décideurs pourraient choisir de s'attarder davantage aux causes ou aux effets de la problématique.

Il ressort également que les systèmes de santé documentés prennent en compte les indicateurs NSA ainsi que d'autres indicateurs (p. ex. : durée moyenne de séjour, taux de réhospitalisation) dans leurs travaux visant la diminution des NSA. Ces informations peuvent pointer vers des solutions qui sont locales (p. ex. : ajout de places dans un établissement spécifique) ou gouvernementales (p. ex. : ajout de financement), selon les analyses qui sont réalisées.

Limites

La variabilité entourant le concept des NSA, illustrée notamment par les différents termes utilisés à l'international, a occasionné un risque pour le repérage et la sélection des documents pertinents. De plus, les contextes différents relativement à la structure, au financement et à l'organisation des soins et services dans lesquels s'inscrivent les pratiques liées aux NSA dans chacun des systèmes de santé documentés influencent l'interprétation de l'ensemble des résultats. Bien qu'elles n'aient pas été recensées, d'autres pratiques peuvent contribuer à réduire les hospitalisations chez certaines populations qui sont plus à risque d'un séjour en NSA. Il peut ainsi s'avérer difficile d'interpréter l'impact des pratiques liées aux NSA sans tenir compte de l'ensemble du contexte et des autres pratiques en cours dans le continuum de soins et services.

Chacun des thèmes présentés dans les pratiques organisationnelles et cliniques n'a pas été exploré de façon exhaustive. De plus, cet état des connaissances ne s'est pas attardé spécifiquement aux usagers en attente de NSA dans les centres de réadaptation physique ou hospitalisés dans les établissements psychiatriques. Aussi, les documents analysés sont d'une grande hétérogénéité. Certaines pratiques qui semblent porteuses ont été décrites sans qu'elles aient fait l'objet d'étude scientifique. D'autres ont fait l'objet de publications dans des documents administratifs ou légaux qui ne sont pas encore en vigueur. Des publications font part de résultats de recherche. Le niveau d'implantation réel de ces pratiques constitue une information souvent non documentée, toutes publications confondues. Enfin, les documents consultés ont été élaborés à différentes périodes de temps, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'il n'y ait pas d'autres documents plus récents.

Par ailleurs, la pandémie de la COVID-19 a obligé les établissements du RSSS à faire preuve de beaucoup de créativité afin de libérer des lits hospitaliers, notamment ceux d'usagers en attente de NSA [MSSS, 2020]. Cette crise sanitaire pourrait entraîner des modifications à long terme dans les façons de faire. Il est cependant à noter qu'aucune donnée propre au contexte de la COVID-19 n'a été intégrée dans le présent état des connaissances.

Perspectives d'avenir

La diminution du nombre d'usagers en attente de NSA et de la durée moyenne de leur séjour en centre hospitalier constitue une priorité du MSSS et des dirigeants du RSSS québécois. Depuis plusieurs années, des travaux sont réalisés afin de comprendre cet enjeu, et des outils sont élaborés dans le but de soutenir les établissements dans l'amélioration des processus cliniques et administratifs liés au parcours des usagers en attente de NSA.

Malgré tous les efforts déployés pour répondre aux besoins des usagers en attente de NSA, peu d'amélioration a été notée au cours des dernières années, selon des données fournies par le MSSS. D'une année à l'autre, les usagers en attente de NSA sont principalement les mêmes, c'est-à-dire des personnes en attente d'un transfert en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en ressource intermédiaire - ressource de type familial ou en centre de réadaptation physique. Soulignons toutefois que la proportion d'usagers en attente de NSA pour la mise en place de services de soutien à domicile a été très faible entre 2016 et 2019.

Cet état des connaissances pourra servir de base pour d'autres travaux en lien avec les usagers en attente de NSA au Québec. Diverses avenues sont à considérer. L'examen de la littérature portant sur un thème précis (p. ex. : hôpital à domicile, soutien aux personnes proches aidantes, gestion des flux ou des transitions) permettrait une compréhension plus complète des actions qui pourraient être entreprises au Québec. Par ailleurs, un état des pratiques appuyé par des données contextuelles provenant de quelques établissements pourrait permettre de cibler des enjeux spécifiques et de documenter des pratiques porteuses en fonction de la réalité québécoise.

RÉFÉRENCES

- Aubert J-M. Stratégie de transformation du système de santé. Modes de financement et de régulation – Rapport final. Paris, France : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. Disponible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf.
- Australian Government Department of Health. Transition Care Programme Guidelines. Canberra, Australie : 2019. Disponible à : https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/12/transition-care-programme-guidelines_0.pdf.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Transition care for older people leaving hospital 2005–06 to 2012–13. Cat. no. AGE 75. Canberra, Australie : AIHW; 2014. Disponible à : <https://www.aihw.gov.au/reports/aged-care/transition-care-for-older-people-leaving-hospital/contents/table-of-contents>.
- Bai AD, Dai C, Srivastava S, Smith CA, Gill SS. Risk factors, costs and complications of delayed hospital discharge from internal medicine wards at a Canadian academic medical centre: Retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):935.
- Baumann M, Evans S, Perkins M, Curtis L, Netten A, Fernandez JL, Huxley P. Organization and features of hospital, intermediate care and social services in English sites with low rates of delayed discharge. *Health Soc Care Community* 2007;15(4):295-305.
- Bender D et Holyoke P. Why some patients who do not need hospitalization cannot leave: A case study of reviews in 6 Canadian hospitals. *Healthc Manage Forum* 2018;31(4):121-5.
- Blandford M. Les ergothérapeutes et le flux de patients : un apport inestimable et des possibilités déterminantes qui peuvent faire une différence. *Actualités ergothérapeutiques* 2018;20(4):27-9.
- Booth A, Preston L, Baxter S, Wong R, Chambers D, Turner J. Interventions to manage use of the emergency and urgent care system by people from vulnerable groups: A mapping review. *Health Services and Delivery Research*, No. 7.33. Southampton, Royaume-Uni : NIHR Journals Library; 2019. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547124/>.
- Brown L, Abello A, Thurecht L. Length of hospital stay by older Australians: Bed-blocking or not? Canberra, Australie : National Centre for Social and Economic Modelling (NATSEM), University of Canberra; 2011. Disponible à : https://www.researchgate.net/publication/241753550_Length_of_Hospital_Stay_by_Older_Australians_Bed-blocking_or_Not.
- Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Br Med Bull* 2010;95(1):33-46.

- Cassidy R, Singh NS, Schiratti PR, Semwanga A, Binyaruka P, Sachingongu N, *et al.* Mathematical modelling for health systems research: A systematic review of system dynamics and agent-based models. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):845.
- Chidwick P, Oliver J, Ball D, Parkes C, Hansen TL, Fiumara F, *et al.* Six change ideas that significantly minimize alternate level of care (ALC) days in acute care hospitals. *Healthc Q* 2017;20(2):37-43.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). La pratique médicale en soins de longue durée – Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2015. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-pratique-medicale-en-soins-de-longue-duree.pdf>.
- Commission du droit de l'Ontario. Le droit et les personnes âgées : élaboration d'une démarche anti-âgiste. Rapport préliminaire. Toronto, ON : Commission du droit de l'Ontario; 2011. Disponible à : <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2011/07/older-adults-interim-report-fr.pdf>.
- Council of Australian Governments (COAG). Addendum to National Health Reform Agreement 2020-2025. Canberra, Australie : COAG; 2020. Disponible à : https://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health/other/NHRA_2020-25_Addendum_consolidated.pdf.
- Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *JAMA* 2011;306(16):1782-93.
- Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, *et al.* Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):451-8.
- De Gaillard C. Prévalence des patients identifiés « bed-blockers » dans les unités de court séjour et de soins de suite et réadaptation du Pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers : enquête un jour donné [thèse]. Poitiers, France : Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers; 2017. Disponible à : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/57932>.
- Équipe accès et trajectoire de soins. La gestion par trajectoire de soins et de services – Guide théorique et pratique. Rédigé par Olivia Boisrond, Stéphanie Gougoux et Julie-Alexandra Langué Dubé. Montréal, Qc : CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal; 2019. Disponible à : https://cdn.ciuSSSnormtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Gestion_clinique/La_gestion_par_trajectoire_de_soins_et_de_services_guide_theorique_et_pratique.pdf.
- Expert Panel on Alternate Level of Care. Appropriate level of care: A patient flow, system integration and capacity solution. Toronto, ON : 2006. Disponible à : https://www.advantageontario.ca/oanhssdocs/Issue_Positions/External_Resource_s/ALC_Report_December_2006.pdf.

- Fuz D et Paniego A. Plateforme opérationnelle de sortie : un projet novateur, fluidifiant et sécurisant la sortie qui fait ses premières preuves au CHU de Nîmes. *Techniques hospitalières* 2015;749:55-6.
- Godden S, McCoy D, Pollock A. Policy on the rebound: Trends and causes of delayed discharges in the NHS. *J R Soc Med* 2009;102(1):22-8.
- Gouvernement de la République française. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021. Dossier de presse. Paris, France : 2020. Disponible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_plfss_2021.pdf.
- Government of Ontario. Hallway health care: A system under strain. 1st Interim Report from the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine. Toronto, ON : 2019. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/premiers_council/docs/premiers_council_report.pdf.
- Guerin M, Grimmer K, Kumar S. Community services' involvement in the discharge of older adults from hospital into the community. *Int J Integr Care* 2013;13(3):e032.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Rapport d'étape des travaux du HCAAM sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé. Paris, France : HCAAM; 2020. Disponible à : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Rapport%20d'%c3%a9tape%20sur%20travaux%20r%c3%a9gulation%20-%20HCAAM%2025%20juin%202020.pdf>.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Innovation et système de santé. Volume I. Paris, France : HCAAM; 2016. Disponible à : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2016/RAPPORT/HCAAM-2016-RAPPORT-RAPPORT DU HAUT CONSEIL PORTANT SUR L-INNOVATION ET SYSTEME DE SANTE TOME 1.pdf>.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Patient traceur. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2019. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Aînés en transition – Cheminement dans le continuum des soins. Ottawa, ON : ICIS; 2017. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/seniors-in-transition-report-2017-fr.pdf.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée. Ottawa, ON : ICIS; 2016a. Disponible à : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/acuteinpatientalc-definitionsandguidelines_fr.pdf.

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Niveau de soins alternatif (NSA) — Liste des codes de diagnostic : des précisions sur son utilisation (en vigueur à compter du 1er avril 2016). Ottawa, ON : ICIS; 2016b. Disponible à : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/niveau_de_soins_alternatif_nsa.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation du continuum de soins et services aux aînés – Perspectives pour l'évolution de la mesure. Rapport rédigé par Michèle Archambault, Bernard Candas, Maria Fortino et Marie-Hélène Raymond. Québec, Qc : INESSS; 2019a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait du réseau québécois de traumatologie adulte: 2013 à 2016. Rapport rédigé par Catherine Gonthier, Amina Belcaïd et Catherine Truchon. Québec, Qc : INESSS; 2019b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Reseau_traumatologie_adulte.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert et Paula L. Bush. Québec, Qc : INESSS; 2019c. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'utilisation des services de santé et la fragilité chez les aînés québécois victimes d'une fracture mineure. Québec, Qc : INSPQ; 2018. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2464_utilisation_service_sante_aines_fracture_mineure.pdf.
- Institute for Health System Transformation and Sustainability (IHSTS). A roadmap for home health: Accelerating best practices in BC – Workshop proceedings report. Vancouver, BC : IHSTS; 2018. Disponible à : <http://ihsts.ca/wp-content/uploads/2018/08/IHSTS-A-Roadmap-for-Home-Health-Workshop-Proceedings-Report.pdf>.
- Institute for Health System Transformation and Sustainability (IHSTS). Regional variation in Alternate Level of Care (ALC) service use in British Columbia hospitals: An opportunity for intervention? Vancouver, BC : IHSTS; 2015. Disponible à : <http://ihsts.ca/wp-content/uploads/2016/06/BC-ALC-Report-Lavergne-2015.pdf>.
- Jutan N, Langlois L, Damiano N. Seniors and alternative level of care: Building on our knowledge. *Healthc Q* 2013;16(3):7-10.

- Le Guludec D, Ceretti A-M, Lyon-Caen O. Stratégie de transformation du système de santé. Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques – Rapport final. Paris, France : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. Disponible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence-2.pdf.
- Local Government Association. High impact change model: Managing transfers of care between hospital and home. Londres, Angleterre : Local Government Association; 2019. Disponible à : https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/25.1%20High%20Impact%20Change%20model%20CHIP_05_1.pdf.
- Mental Health Australia. Productivity Commission Inquiry into mental health – Final report. Canberra, Australie : Mental Health Australia; 2020. Disponible à : https://mhaustralia.org/sites/default/files/images/mental_health_australia_brief_-_productivity_commission_inquiry_into_mental_health_-_final_report_-_20_november_2020.pdf.
- Micallef A, Buttigieg SC, Tomaselli G, Garg L. Defining delayed discharges of inpatients and their impact in acute hospital care: A scoping review. Int J Health Policy Manag 2020 [Epub ahead of print].
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Mise à jour du plan de délestage NSA – Directive COVID-19. Québec, Qc : MSSS; 2020. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002729/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide de mise en œuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-829-01W_Guide_pratiques_cliniques_complet_BR.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence. Québec, Qc : MSSS; 2011. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble. Québec, Qc : MSSS; 2008. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Ligne directrice sur l'évaluation et le rétablissement. Toronto, ON : MSSLD; 2014. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/assessrestore/docs/ar_guideline.pdf.

- Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence. Paris, France : Journal officiel de la République française n° 2; 2019. Disponible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=VDMY0Jjw3lShdmXC3rIEpjMbWZAFbcTslqsHhe5AbcM=>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intermediate care including reablement. Quality standard [QS173]. Londres, Angleterre : NICE; 2018. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/qs173>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intermediate care including reablement. NICE guideline [NG74]. Londres, Angleterre : NICE; 2017. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/NG74>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. Quality standard [QS136] Londres, Angleterre : NICE; 2016. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/qs136>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. NICE guideline [NG27]. Londres, Angleterre : NICE; 2015. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>.
- Newton Europe. People first, manage that matters... Part of the Why not home? Why not today? series. Oxford, Royaume-Uni : Newton Europe; 2018. Disponible à : <https://reducingdtoc.com/People-first-manage-what-matters.pdf>.
- Ngo H, Forero R, Mountain D, Fatovich D, Man WN, Sprivulis P, *et al*. Impact of the Four-Hour Rule in Western Australian hospitals: Trend analysis of a large record linkage study 2002-2013. PLoS One 2018;13(3):e0193902.
- NHS England. Why not home? Why not today? Behind every delayed transfer of care from hospital to home, there is a person, in the wrong place at the wrong time. Monthly Delayed Transfers of Care Situation Report. Londres, Angleterre : NHS England; 2018. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Monthly-Delayed-Transfers-of-Care-Situation-Report-Principles-Definitions-and-Guidance.pdf>.
- NHS England. Statistical Press Notice – Monthly delayed transfers of care data, England, May 2016. Delayed Transfers of Care. Leeds, Royaume-Uni : Government Statistical Service (GSS), NHS England; 2016. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2016/06/May-16-DTOC-SPN.pdf>.
- NHS Improvement. Guide to reducing long hospital stays. Londres, Angleterre : NHS Improvement; 2018. Disponible à : https://improvement.nhs.uk/documents/2898/Guide_to_reducing_long_hospital_stays_FINAL_v2.pdf.

- NHS Improvement. Good practice guide: Focus on improving patient flow. National priorities for acute hospitals 2017 Londres, Angleterre : NHS Improvement; 2017. Disponible à : https://improvement.nhs.uk/documents/1426/Patient_Flow_Guidance_2017_July_2017.pdf.
- NSW Department of Health. Care coordination: From admission to transfer of care in NSW public hospitals. Sydney, Australie : NSW Department of Health; 2011. Disponible à : <https://www.health.nsw.gov.au/pfs/Publications/care-coordination-ref.pdf>.
- NSW Ministry of Health. ComPacks Program Guidelines. Sydney, Australie : NSW Ministry of Health; 2016. Disponible à : https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2016_023.pdf.
- NSW Ministry of Health. Care coordination: Planning from admission to transfer of care in NSW public hospitals. Sydney, Australie : NSW Ministry of Health; 2011. Disponible à : https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2011_015.pdf.
- O'Reilly J, Busse R, Häkkinen U, Or Z, Street A, Wiley M. Praying for hospital care: The experience with implementing activity-based funding in five European countries. Health Econ Policy Law 2012;7(1):73-101.
- Office of the Seniors Advocate - British Columbia. From residential care to hospital: An emerging pattern. Victoria, BC : Office of the Seniors Advocate; 2018. Disponible à : <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2018/08/ResidentialCaretoHospital-report.pdf>.
- Osborne S, Harrison G, O'Malia A, Barnett AG, Carter HE, Graves N. Cohort study of a specialist social worker intervention on hospital use for patients at risk of long stay. BMJ Open 2018;8(12):e023127.
- Patrick J. Access to long-term care: The true cause of hospital congestion? Prod Oper Manag 2011;20(3):347-58.
- Peckham A, Carbone S, Poole M, Allin S, Marchildon G. Prestation de soins de proximité : caractéristiques des services de santé à domicile et communautaires à rendement élevé. Revue rapide préparée pour la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Toronto, ON : North American Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Disponible à : <https://www.fcass-cfhi.ca/innovations-tools-resources/item-detail/2019/06/26/care-closer-to-home-elements-of-high-performing-home-and-community-healthcare-services>.
- Prang KH, Canaway R, Bismark M, Dunt D, Kelaher M. The impact of Australian healthcare reforms on emergency department time-based process outcomes: An interrupted time series study. PLoS One 2018;13(12):e0209043.

- Pribile P et Nabet N. Stratégie de transformation du système de santé. Repenser l'organisation territoriale des soins – Rapport final. Paris, France : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. Disponible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf.
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Caractéristiques techniques des indicateurs – Plans d'amélioration de la qualité 2020-2021. Toronto, ON : QSSO; 2020. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/qip-technical-specification-2020-2021-fr.pdf>.
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés. Version 2.1. Toronto, ON : QSSO; 2018a. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-fr.pdf>.
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). À la hauteur 2018. Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Toronto, ON : QSSO; 2018b. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/measuring-up-2018-fr.pdf>.
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Centres d'accès aux soins communautaires. Impressions et observations à propos des plans d'amélioration de la qualité 2015-2016. Pleins feux sur l'amélioration de la qualité. Toronto, ON : QSSO; 2015. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qip-analysis-ccac-2015-fr.pdf>.
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Transitions en matière de soins. Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes. Toronto, ON : QSSO; 2013. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-transitions-fr.pdf>.
- Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Mississauga-Halton. ALC Management: Three work streams. Mississauga, ON : 2018. Disponible à : https://quorum.hqontario.ca/Portals/0/Users/206/58/10958/ALC_Management_Graphic%20-%20MH%20LHIN.pdf?ver=2018-09-07-103604-883.
- SeniorsBC. Guide pour les aînés de la Colombie-Britannique. 11^e éd. Victoria, BC : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2015. Disponible à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/people/seniors/about-seniorsbc/guide/bc_seniors_guide_11thed_french.pdf.
- Shmatnik P. ALC populations in Ontario – A data driven approach to targeted policy design for specific patient populations using a time-variant state space model [thèse]. Toronto, ON : Mechanical and Industrial Engineering, University of Toronto; 2019. Disponible à : https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/98366/1/Shmatnik_Pavel_%20_201911_MAS_thesis.pdf.

- Showell C, Ellis L, Keen E, Cummings E, Georgiou A, Turner P. An evidence-based review and training resource on smooth patient flow. eHealth Services Research Group (eHSRG), University of Tasmania, Australia (on behalf of the Ministry of Health, New South Wales Government); 2012. Disponible à : <https://www.health.nsw.gov.au/pfs/Documents/evidence-based-review.pdf>.
- Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043). Ottawa, ON : Statistique Canada; 2019. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.pdf>.
- Sutherland JM et Crump RT. Alternative level of care: Canada's hospital beds, the evidence and options. *Healthc Policy* 2013;9(1):26-34.
- Thiebaut G-C, Lavoie C, Labrecque-Pégoraro S, Maillet L. Pour des trajectoires de soins et services performantes : un outillage pour l'analyse et la mesure. Sherbrooke, Qc : Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2020. Disponible à : <https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres de recherche/IUPLSSS/transfert connaissances/outils-publications/Pour des trajectoires de soins et de services performantes Un outillage pour l'E2%80%99analyse et la mesure.pdf>.
- Tran T, Hardidge A, Heland M, Taylor SE, Garrett K, Mitri E, Elliott RA. Slick scripts: Impact on patient flow targets of pharmacists preparing discharge prescriptions in a hospital with an electronic prescribing system. *J Eval Clin Pract* 2017;23(2):333-9.
- Walker D. Caring for our aging population and addressing alternate level of care. Toronto, ON : Ontario Ministry of Health and Long-Term Care; 2011. Disponible à : https://www.niagaraknowledgeexchange.com/wp-content/uploads/sites/2/2014/05/Caring_for_Our_Aging_Population.pdf.
- Wright PN, Tan G, Iliffe S, Lee D. The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges. *Age Ageing* 2014;43(1):116-21.
- Yassi A, Ostry A, Ratner PA, Tate R, Park IH, Kazanjian A, *et al.* Caring for the caregivers of "Alternate Level Care" (ALC) patients: The impact of healthcare organizational factors in nurse health, well being, recruitment and retention in the South Fraser Health Region of British Columbia. Vancouver, BC : Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAB); 2002. Disponible à : https://www.researchgate.net/publication/326044213_Caring_for_the_Caregivers_of_Alternate_Level_Care_Patients_The_Impact_of_Healthcare_Organizational_Factors_on_Nurse_Health_Well-Being_Recruitment_and_Retention_in_the_South_Fraser_Region_of_British_Co.

ANNEXE A

Principales sources de repérage de la littérature grise

Agences ÉTS et Guides de pratiques :

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) : <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/search.html>
- British Columbia Guidelines : <http://www.bcguidelines.ca/>
- Campbell Collaboration : <https://campbellcollaboration.org/>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) : <https://www.cadth.ca/>
- Cochrane Library : <https://www.cochranelibrary.com/>
- ECRI Centre : <https://guidelines.ecri.org/>
- Guidelines International Network (G-I-N) : <http://www.g-i-n.net/>
- Haute Autorité de Santé (HAS) : <https://www.has-sante.fr/>
- Health Quality Ontario (HQO) : <https://www.hqontario.ca/>
- Health Technology Wales : <https://www.healthtechnology.wales/>
- Health Technology Assessment international (HTAi) : <https://htai.org/>
- International Initiative for Impact Evaluation (3ie) : <https://www.3ieimpact.org/>
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment : <http://www.inahta.org/>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) : <https://www.nhmrc.gov.au/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : <https://www.nice.org.uk/>
- National Institute for Health Research (NIHR) : <https://www.nihr.ac.uk/covid-19/>
- Social Care Institute of Excellence (SCIE) : <https://www.scie.org.uk/atoz>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) : <http://www.sign.ac.uk/>

Australie :

- Australian Government Department of Health : <https://www.health.gov.au/>
- Australian Indigenous Health InfoNet : <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/>
- Australian National Audit Office (ANAO) : <https://www.anao.gov.au/>
- Queensland Health : <https://www.health.qld.gov.au/>

Canada :

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) : <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences : <http://www.ices.on.ca/>
- Institute of Health Economics (IHE) : <https://www.ihe.ca/>
- Ministry of Health – Colombie-Britannique : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/health>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) – Ontario : <http://www.health.gov.on.ca/fr/>

France :

- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp>
- Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Royaume-Uni :

- Department of Health : <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>
- Centre for Reviews and Dissemination : <https://www.york.ac.uk/crd/>
- Healthcare Improvement Scotland : <http://www.healthcareimprovementscotland.org/>
- National Health Service (NHS) : <https://www.nhs.uk/>
- NHS England : <https://www.england.nhs.uk/>
- NHS Improvement : <https://improvement.nhs.uk/>

ANNEXE B

Principales pratiques organisationnelles et cliniques du cadre conceptuel australien : *Patient Flow Systems*

Des pratiques organisationnelles et cliniques pour chacun des sept éléments du modèle sont résumées ici [Showell *et al.*, 2012] :

Gouvernance

Tout d'abord, selon le cadre *Patient Flow Systems*, l'organisation doit s'assurer que le flux de patients, qui a le potentiel d'affecter la qualité des soins et la sécurité des patients, est inclus dans les responsabilités de la gouvernance.

La gouvernance clinique en lien avec le flux de patients devrait autant prendre en considération les particularités professionnelles que interprofessionnelles. L'organisation devrait aussi s'assurer que les objectifs par rapport au flux de patients sont bien décrits et que tous les membres du personnel comprennent ce dont il est attendu d'eux pour atteindre ces objectifs.

Exemples de pratiques stratégiques	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer de la compréhension des membres du personnel :<ul style="list-style-type: none">– de la structure de la gouvernance à l'intérieur de laquelle leurs activités sont gérées ainsi que de leurs responsabilités;– des objectifs organisationnels en lien avec le flux de patients;– par rapport aux initiatives qu'ils peuvent entreprendre pour résoudre des problèmes liés au flux de patients et comment ils doivent communiquer leurs actions aux autres membres de l'établissement.• Conscientiser les membres du personnel que l'optimisation des opérations d'une unité peut possiblement ne pas avoir d'impact positif sur le flux de patients en général au travers de son séjour hospitalier (p. ex. : afin d'améliorer la performance financière, la réduction des heures de pharmacie (en limitant les services les fins de semaine) peut causer des congés retardés et potentiellement entraîner des séjours plus longs ou des heures supplémentaires chez d'autres services).
Exemple de pratique opérationnelle et tactique	<ul style="list-style-type: none">• Familiariser tous les membres du personnel avec les façons de faire anticipées lors d'un pic temporaire d'activités ou lors d'une crise. Les membres du personnel doivent avoir l'opportunité de contribuer au développement et aux mises à jour de ces plans.

Qualité

Selon le cadre *Patient Flow Systems*, l'organisation doit être claire à propos des aspects de la qualité qu'elle valorise.

Exemples de pratiques stratégiques	<ul style="list-style-type: none">• Établir et conserver des relations basées sur la confiance entre les hôpitaux, les centres communautaires et les établissements de soins de longue durée.• Récolter et analyser des données (p. ex. : incidents/accidents, expérience des patients et du personnel) pour évaluer la qualité des soins. Partager les résultats avec le personnel et adopter une approche planifiée pour remédier aux problèmes organisationnels.• Surveiller et tenter de réduire le nombre de fois qu'un patient est déplacé pendant son séjour hospitalier.• Encourager des communications ouvertes et fréquentes avec les patients. S'assurer que les proches sont inclus dans ces communications. Discuter avec les patients et leurs proches pour qu'ils aient des attentes réalistes par rapport au séjour hospitalier.
Exemples de pratiques opérationnelles et tactiques	<ul style="list-style-type: none">• Veiller à ce que les patients avec un séjour prolongé soient traités avec respect. Les termes <i>delayed discharge</i> et <i>bed blocker</i> peuvent être perçus de façon péjorative et donnent l'impression aux patients que c'est leur faute s'ils sont encore hospitalisés.• Comparer les soins donnés aux meilleures pratiques et améliorer l'approche de soins, lorsqu'indiqué.• Donner l'opportunité au personnel de contribuer au développement des politiques et procédures et accorder du temps au personnel pour ces contributions.• Tenir compte de l'expérience de soins des usagers comme un aspect important de la qualité des soins.

Planification de la demande et de la capacité

Il est important d'avoir en place un système efficace pour prévoir les activités futures. Par exemple, l'augmentation de la demande lors de la saison hivernale et la diminution de la capacité en raison des congés planifiés du personnel de même que les tendances quotidiennes et hebdomadaires peuvent être planifiées en avance.

À la suite des visites réalisées dans huit hôpitaux en Nouvelle-Galles du Sud, il en ressort que l'attention donnée aux congés est associée à la disponibilité des lits. C'est-à-dire qu'une plus grande attention est donnée lorsque le niveau d'occupation de

l'hôpital est proche ou à 100 % de sa capacité. Cette observation soulève un potentiel d'amélioration lorsque la disponibilité de lits est plus grande.

Exemples de pratiques stratégiques

- Utiliser l'outil nommé *Demand and Capacity Predictive Tool* afin d'avoir un aperçu de la charge de travail estimée pour les deux semaines à venir. Puisque la qualité de ces prédictions repose sur la qualité des données disponibles, des efforts doivent être déployés en ce sens.
- Surveiller les activités de l'établissement et réagir aux tendances observées. Pour ce faire, il est possible d'examiner de façon périodique les données aberrantes pour évaluer la répartition des lits entre les spécialités et les redistribuer au besoin.

Pratiques standardisées

Utiliser des pratiques standardisées pour établir ou maintenir les meilleures pratiques cliniques permet au personnel et aux patients d'avoir une meilleure expérience et de meilleurs résultats. De plus, cela peut aider à réduire le niveau d'inefficience dans le système de santé, et minimiser l'incertitude vécue par les patients et le personnel.

Exemples de pratiques stratégiques

- Encourager le développement d'une compréhension commune des pratiques actuelles, des variations entre les pratiques (à l'intérieur d'une spécialité et entre les spécialités) et des raisons derrière ces variations. Les facteurs influençant le congé et le moment du congé sont particulièrement d'intérêt.
- Faciliter le développement et l'application de pratiques standardisées (p. ex. : s'assurer que les politiques et procédures soient facilement accessibles et qu'elles sont préparées et présentées adéquatement).
- Encourager et soutenir le développement et l'utilisation de pratiques standardisées. Explorer pourquoi certains sont résistants à leurs introductions.

Exemples de pratiques opérationnelles et tactiques

- S'assurer que la majorité des tâches répétitives suivent des pratiques standardisées documentées et qu'elles sont périodiquement revues afin d'être améliorées (p. ex. : l'admission, les dates de congé prévues, les rencontres d'équipe et le processus de congé).
- Standardiser le processus de congé en tenant compte des deux types de congés :
 - Les congés 'simples' qui suivent généralement une courte durée de séjour et demandent peu de coordination pour la poursuite des soins;
 - Les congés 'complexes' qui demandent plus d'efforts et de planification.

Augmentation de la demande

Selon le cadre *Patient Flow Systems*, l'équipe de direction doit développer sa capacité à identifier les signes avant-coureurs d'une augmentation de la demande. Par exemple, ces signes peuvent être une augmentation marquée des durées de séjour, une augmentation des congés retardés (*delayed discharges*) ou *long stay patients*, une augmentation des admissions dans une ou deux spécialités.

Exemples de pratiques stratégiques	<ul style="list-style-type: none">• Colliger des données sur les goulots d'étranglement du système et utiliser ces informations pour prioriser les interventions.• Veiller à ce que l'outil <i>Demand and Capacity Predictive Tool</i> soit utilisé de façon quotidienne afin d'évaluer la demande probable de services pour les deux prochaines semaines.• Établir un plan (<i>Capacity - Action - Plan</i>) visant à diminuer les admissions prévues et à donner plus d'importance aux activités en lien avec le congé.• En cas d'inadéquation entre la demande anticipée et la capacité, s'assurer qu'il y a un processus structuré pour exécuter le <i>Capacity - Action - Plan</i>. Ce plan peut aussi être utilisé pour répondre à des variations connues de la charge de travail (p. ex. : variations saisonnières).• S'assurer que chaque unité a un plan pour gérer des augmentations ponctuelles de demande (<i>Short Term Escalation Plan</i>), de même qu'une suite d'actions pour accompagner les équipes dans le retour aux activités normales.
Exemples de pratiques opérationnelles et tactiques	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que tous les membres du personnel de l'unité ou du service connaissent le <i>Capacity - Action - Plan</i>, les raisons de sa mise en place (pourquoi) et les circonstances de sa mise en œuvre (comment).• Monitorer la demande probable de services avec l'outil <i>Demand and Capacity Predictive Tool</i>. Si nécessaire, ajuster le personnel et les activités qui peuvent être délestées en fonction des prédictions.• En cas de pics inattendus d'activités, s'assurer qu'il y a un protocole bien documenté et compris par le personnel.

Gestion de la variabilité

La gestion de la variabilité cherche à réduire les hauts et les bas au niveau de la demande hospitalière autant de façon quotidienne, qu'hebdomadaire et saisonnière afin que la charge de travail soit la plus uniforme possible.

Exemples de pratiques stratégiques	<p><i>Comprendre les variations</i></p> <p>L'analyse de données pour comprendre les variations doit être personnalisée en fonction des goulots d'étranglement de chacun des hôpitaux. Voici des exemples de données qui peuvent être considérées : 1) durées moyennes de séjour (celles-ci peuvent être segmentées en fonction des diagnostics. À noter : la durée moyenne de séjour doit toutefois être considérée avec précaution, car elle peut représenter un mélange de séjours trop longs et trop courts), 2) occupations des lits par heure et hebdomadaire, 3) occupation des lits à minuit selon le jour de l'année, 4) délais d'admission par spécialité, 5) délais de congé par spécialité, 6) jours de congé par spécialité, 7) congés de fins de semaine, 8) profil des transferts de patients à l'interne, 9) <i>bed turnover time</i>, 10) heures de nettoyage des chambres et délais de nettoyage (pour le nettoyage standard et le nettoyage au congé).</p> <p><i>Réduire les variations</i></p> <ul style="list-style-type: none">• S'assurer que les horaires d'opérations des équipes chirurgicales tiennent compte du nombre d'opérations par jour, de la durée des procédures (équilibrer celles de courte et de longue durée) et des durées de séjour anticipées, de façon agrégée. Planifier les chirurgies en fonction des variations saisonnières.• Faciliter et encourager les congés de fin de semaine en s'assurant que les services nécessaires sont disponibles.• Tenter d'avoir une proportion élevée de congés prévus en milieu d'avant-midi.
Exemple de pratique opérationnelle et tactique	<ul style="list-style-type: none">• Évaluer les informations à propos des durées de séjour par unité.• Identifier les variations à court terme et à long terme et tenter d'identifier les causes.• Tenter de minimiser les variations à court terme.

Coordination des soins

La coordination des soins réfère au processus de navigation lors du parcours de chaque usager à travers le système de santé dans l'optique de minimiser toutes attentes ou retards inutiles.

Exemples de pratiques stratégiques

- Déterminer la date de congé prévue à l'admission et la documenter. Pour les cas plus complexes, cette date doit être revue régulièrement.
- Avoir un processus efficace pour aviser le médecin de famille et les services communautaires que l'usager a été admis à l'hôpital et au moment du congé.

ANNEXE C

Principales pratiques organisationnelles et cliniques recensées dans les cinq systèmes de santé documentés

Principales pratiques organisationnelles et cliniques recensées dans les cinq systèmes de santé étudiés

	AVANT l'hospitalisation	PENDANT l'hospitalisation	APRÈS l'hospitalisation
ONTARIO	<ul style="list-style-type: none"> Soins et services de première ligne Soutien à domicile Soutien aux personnes proches aidantes 	<ul style="list-style-type: none"> Approche Évaluation et rétablissement (<i>Assess and restore</i>) Stratégie collaborative Hôpitaux adaptés aux personnes âgées (<i>Senior Friendly Hospital</i>) Modèle Hôpital virtuel (<i>Virtual Ward</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination pendant les transitions Pratiques visant les personnes à risque de retour dans le milieu hospitalier Programme de lits de transition
COLOMBIE-BRITANNIQUE	<ul style="list-style-type: none"> Modèle <i>Community Actions and Resources Empowering Seniors (CARES)</i> Cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées et suivis en première ligne Soutien aux personnes Soutien aux personnes proches aidantes Évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Modèles organisationnels Approche <i>Assess and Restore</i> Intervention précoce en ergothérapie Gestionnaire de cas Congé précoce assisté 	<ul style="list-style-type: none"> Non documenté
AUSTRALIE	<ul style="list-style-type: none"> Réforme nationale de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Équipe interprofessionnelle Planification du congé Date de congé prévue Échange d'informations cliniques Bonification des services en travail social 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital à domicile Programme <i>Transition Care</i> Programme <i>ComPacks</i>
FRANCE	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Assistant de service social à l'hôpital Plateforme opérationnelle de sortie Hôtels hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> Services d'aide et d'accompagnement à domicile
ROYAUME-UNI	<ul style="list-style-type: none"> Projet <i>Triage, Rapid, Elderly, Assessment Team</i> Approches lors de la visite aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> Facteurs favorisant un court délai de sortie Modèle de changement à haut impact (<i>High Impact Change Model</i>) en Angleterre Guide pour la transition à partir du milieu hospitalier Guide pour réduire les longs séjours hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> Soins intermédiaires

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

