



## **Direction opérationnelle concernant la capacité et le flux en matière de réadaptation et de soins continus et complexes**

---

<b>Destinataires :</b>	Dirigeants d'hôpitaux de soins actifs et de réadaptation/soins continus et complexes
<b>Expéditeurs :</b>	Susan deRyk, Directrice régionale, Centre et Ouest Anna Greenberg, Directrice régionale, Toronto et Est Brian Kytzor, Directeur régional Nord-Est et Nord-Ouest
<b>c.c. :</b>	Matthew Anderson, Président-directeur général
<b>Date :</b>	Le 12 juillet 2023

---

Veiller à ce que les patients de tout l'Ontario reçoivent les bons soins, au bon endroit et au bon moment, est une priorité essentielle pour notre système de santé. Merci à vous et à vos équipes pour le travail que vous accomplissez chaque jour en vue d'atteindre cet objectif.

Actuellement, en Ontario, plus de 4 500 patients sont désignés comme nécessitant un niveau de soins alternatif (NSA) dans les hôpitaux de soins actifs et de réadaptation/soins continus et complexes (SCC), et environ 25 % des patients en soins actifs sont en attente de réadaptation et de soins continus et complexes. À l'approche de l'automne et de l'hiver et de la résurgence des virus respiratoires qui les accompagnent, nous nous attendons à une tension sur les capacités dans l'ensemble du système de santé. Dans ce contexte, il est de plus en plus important d'optimiser les capacités de réadaptation et de soins continus et complexes afin de soutenir les efforts de réduction du NSA et d'améliorer l'accès des patients aux soins.

Sachant que la mise en œuvre des directives opérationnelles peut être nuancée en fonction de la géographie et des régions rurales et éloignées, Santé Ontario reste déterminé à travailler avec les partenaires du système pour améliorer l'accès, le taux d'occupation, le flux et le débit dans tous les secteurs de la province. Un objectif provincial de réduction des volumes de NSA de 10 % par an au cours des trois prochaines années a été fixé afin de concentrer nos efforts collectifs sur l'amélioration de l'accès aux soins.

Pour faciliter la réalisation de ces objectifs, l'amélioration de l'utilisation, du flux des patients et de la capacité globale du système, Santé Ontario émet les directives et les conseils suivants (ci-dessous) à l'intention des hôpitaux et des fournisseurs de services de santé qui exploitent des lits de réadaptation et de soins continus et complexes en tant qu'établissements autonomes ou intégrés à un établissement de soins actifs :

1. Tous les hôpitaux de réadaptation et les hôpitaux de soins continus et complexes œuvreront pour atteindre un taux d'occupation cible de plus de 95 %.
2. Tous les hôpitaux s'efforceront d'atteindre des objectifs de capacité de traitement en NSA >1

3. Tous les hôpitaux s'efforceront de mettre en œuvre les actions et les approches décrites dans les Orientations ci-jointes qui s'appliquent à eux, en tenant compte des restrictions des régions rurales et nordiques
4. Tous les hôpitaux collaborent avec leur région de Santé Ontario dans le cadre des efforts d'amélioration susmentionnés

Votre équipe régionale de Santé Ontario continuera à travailler en étroite collaboration avec vous concernant les efforts locaux en matière de capacité, d'accès et de flux et fera un suivi avec les organisations sous peu afin de soutenir les efforts de mise en œuvre au cours de l'été.

Merci pour tout ce que vous faites afin de fournir des soins à la population de l'Ontario.

# Direction opérationnelle

**Objectif provincial : Tous les hôpitaux, établissements et programmes avec lits de soins continus et complexes s'efforceront d'atteindre un taux d'occupation cible de plus de 95 %.**

## **Pour les hôpitaux de soins actifs :**

1. Mettre en œuvre des processus visant à obtenir des sorties 7 jours/semaine vers les centres de réadaptation et de SCC.
2. Veiller à ce qu'un plan de sortie approprié soit établi et communiqué aux hôpitaux de réadaptation et de SCC, aux programmes avec lits et aux autres destinations de sortie, notamment :
  - Un processus de transfert de responsabilité,
  - Un résumé complet de la sortie, y compris les dernières informations sur les médicaments, tel qu'indiqué dans la [Liste de contrôle pour la sortie du réseau de réadaptation de la région du Grand Toronto](#), et
  - Appels téléphoniques de médecin à médecin à l'aide d'un outil normalisé tel que iPASS (si nécessaire).

## **Pour les hôpitaux/établissements de réadaptation et de SCC/programmes avec lits :**

3. Élaborer un plan pour mettre en place des admissions en réadaptation et SCC 7 jours sur 7, en tenant compte des éléments suivants :
  - La couverture médicale,
  - le personnel de soutien clinique (par exemple, la pharmacie, l'admission),
  - le personnel de thérapie de réadaptation, et
  - L'accès à des services de nettoyage et désinfection pour faciliter le nettoyage des chambres et le changement des lits.
4. Élaborer un plan visant à étendre les heures d'admission en réadaptation et en soins continus et complexes, ce qui peut inclure la mise en place d'une couverture médicale après les heures normales de travail, d'une thérapie élargie et d'une couverture de soutien clinique, y compris la pharmacie.
5. Échelonner les sorties tout au long de la semaine afin de faciliter le flux continu des soins actifs et d'éviter des variations trop importantes du taux d'occupation.
6. Créer des lits « flexibles » pour accueillir les sorties tardives ou défailtantes de patients nécessitant des soins complexes ou de réadaptation, afin d'éviter que les admissions en soins aigus ne soient annulées le jour même. Dans l'idéal, les admissions, y compris le transport, devraient être réservées à l'avance si possible.
7. Veiller à ce que les politiques de maintien des lits s'alignent sur les [orientations visant à soutenir le rapatriement des patients vers des niveaux de soins de réadaptation avec lits dans les hôpitaux autonomes de réadaptation/de soins continus et complexes](#).
8. Élaborer des stratégies proactives de renfort en ce qui concerne l'occupation des centres de réadaptation et des centres de SCC afin de répondre aux pressions exercées sur les capacités des hôpitaux, en particulier pendant la saison des infections virales respiratoires et lors d'autres augmentations de la demande en soins actifs.
9. Adopter des critères d'admission flexibles afin d'accueillir les patients inscrits sur la liste d'attente pour la rééducation et les SCC et de répondre à l'évolution de la demande (par exemple, réduction des activités chirurgicales pendant l'été, périodes de faible occupation pour les programmes spécialisés). Envisager des admissions hors service et des unités mixtes pour les programmes non

spécialisés afin de permettre la flexibilité des ressources entre les différents types de lits (voir : [Cadre du RCA pour les niveaux de réadaptation par lit](#)).

10. Veiller à ce que les mesures de prévention et de contrôle des infections dues à la COVID-19 (c'est-à-dire les tests d'admission, les exigences et la durée de l'isolement, la gestion des procédures médicales générant des particules aérosols) s'adaptent à la phase actuelle de la pandémie et aux taux de transmission virale au sein de la communauté. Les recommandations fondées sur les meilleures pratiques et la phase actuelle de la pandémie sont les suivantes :

- Tous les patients doivent faire l'objet d'un dépistage à l'admission et d'une surveillance active pendant leur séjour à l'hôpital afin de détecter la présence de COVID-19 et de symptômes compatibles avec le virus respiratoire.
- Le test systématique de dépistage de la COVID-19 chez les patients asymptomatiques n'est plus nécessaire à l'admission.
- L'isolement systématique des patients asymptomatiques à l'admission n'est plus recommandé.
- Tous les patients chez qui la présence de COVID-19 ou d'une maladie respiratoire est suspectée ou confirmée doivent être placés en précautions relatives aux gouttelettes et au contact (l'équipement de protection individuelle [EPI] comprend un respirateur N95 ajusté, une protection oculaire, des gants et une blouse) jusqu'à ce que l'équipe de l'IPAC les réévalue le plus tôt possible afin de déterminer les exigences en matière de tests et la durée de l'isolement. Remarque : l'accès à des tests de diagnostic en temps utile facilitera la détermination d'un plan de soins et de la nécessité de poursuivre l'isolement.
- Tout le personnel doit prendre des précautions en cas de contact avec des gouttelettes ou des particules aéroportées et utiliser un équipement de protection individuelle (masque respiratoire N95, écran facial, blouse, gants) lorsqu'il pratique des procédures médicales générant des aérosols sur des patients dont l'infection par un virus respiratoire est suspectée ou confirmée. Remarque : les patients asymptomatiques ayant une trachéotomie, une ventilation en pression positive continue chronique (VPPC) ou sous oxygène à haut débit/ventilation mécanique n'ont plus besoin de chambres à pression négative et de précautions relatives aux gouttelettes et au contact avec l'air.
- En règle générale, il n'est pas recommandé de déplacer les patients vers et depuis une unité d'épidémie ; toutefois, étant donné l'importance de l'accès aux services de réadaptation et SCC pour le flux du système et les besoins des patients, des transferts peuvent être envisagés après une discussion entre les programmes de PCI et avec l'accord de la santé publique. L'établissement d'accueil doit admettre le patient de préférence dans une chambre privée, si cela est possible, et maintenir les précautions supplémentaires requises.

**Objectif provincial : Tous les hôpitaux s'efforceront d'atteindre des objectifs de flux NSA supérieurs à 1.**

**Pour tous les hôpitaux :**

11. Appliquer les [pratiques exemplaires en matière de NSA](#) et les [Lignes directrices sur la réadaptation des personnes âgées en situation de fragilité de RCA et PGLO](#) afin de prévenir les retards dans les transitions de soins et d'améliorer la qualité des soins, y compris l'engagement du patient et de l'aidant dans la planification des soins et de la sortie, l'accès aux soutiens spécialisés et les transitions entre l'hôpital et le niveau de soins suivant.
12. Veiller à ce qu'un plan de soins soit élaboré par tous les membres de l'équipe soignante, avec le patient et les partenaires communautaires concernés, afin de répondre aux besoins en matière de soins, en

- mettant l'accent sur la transition vers la destination de préadmission, dans la mesure du possible.
13. Assurer une réévaluation fréquente de l'état du patient, élément essentiel du processus de soins, afin que les changements et les besoins de soutien qui en découlent soient identifiés le plus tôt possible et que le plan et les objectifs de soins soient adaptés en conséquence.
  14. Veiller à ce que l'équipe interdisciplinaire ait la possibilité de passer en revue les patients identifiés comme étant « à risque » (par exemple, rondes NSA « à risque ») au moins une fois par semaine. Les rondes NSA « à risque » comprennent un représentant au niveau du directeur/vice-président, des parties prenantes internes, des agences externes clés, et une discussion autour d'un examen des risques pour chaque patient afin d'optimiser les options de sortie, de développer des solutions de sortie créatives, et de fournir des soutiens transitoires appropriés, y compris l'augmentation des soutiens communautaires pour faciliter une sortie en temps voulu.
  15. Un tableau de résolution « à risque » est élaboré, dans lequel les obstacles à la transition, y compris le besoin d'équipements spécialisés et de soutiens comportementaux, peuvent être discutés et abordés.
  16. Élaborer des stratégies pour favoriser le transfert des patients des urgences vers la réadaptation et les soins continus et complexes le plus rapidement possible, avec les soutiens supplémentaires nécessaires.
  17. Mettre en place une stratégie de durabilité des effectifs qui comprenne des concepts clés tels que le bien-être/la résilience du personnel, le recrutement et la fidélisation, afin de garantir que nous disposons du personnel approprié pour répondre aux besoins des patients.
  18. Établir des partenariats entre les hôpitaux de soins actifs, de réadaptation et de soins continus et les programmes intégrés, le cas échéant, pour former le personnel de réadaptation et de SCC à répondre aux besoins des patients en matière de soins de réadaptation (par exemple, formation des infirmières à la dialyse pour que les patients puissent être admis tout en recevant un traitement d'hémodialyse et de dialyse péritonéale à domicile ; administration de médicaments et de traitements spécialisés, tels que la nutrition parentérale).

#### **Pour les hôpitaux de soins actifs :**

19. Veiller à ce que les patients NSA soient désignés avec précision, non seulement sur la base de leur stabilité médicale en soins actifs, mais aussi sur la base de leur potentiel réparateur<sup>1</sup> et de la réalisation d'investigations et/ou de traitements qui ne peuvent être proposés qu'en soins actifs.
20. Aligner les processus d'orientation sur le [Guide de référence des normes provinciales d'orientation](#). Veuillez noter qu'il n'est pas nécessaire que les patients soient désignés NSA pour qu'une orientation ait lieu.
21. Élaborer et mettre en œuvre des processus de prévision dans le cadre des rondes d'équipe, en s'appuyant sur les meilleures pratiques en matière de durée de séjour pour les populations ciblées, afin

---

<sup>1</sup> Le potentiel réparateur signifie qu'il y a des raisons de croire (sur la base d'une évaluation et d'une expertise cliniques et des données disponibles dans la littérature) que l'état du patient/client est susceptible de connaître une amélioration fonctionnelle et de bénéficier de soins de réadaptation. Le degré de potentiel réparateur et de bénéfice des soins de réadaptation doit tenir compte des éléments suivants concernant le patient/client :

1. Niveau de fonctionnement de base
2. Diagnostic/pronostic médical et comorbidités (c'est-à-dire, existe-t-il un niveau maximum de fonctionnement que l'on peut attendre en raison du diagnostic/pronostic médical ?)
3. Capacité à participer aux soins de réadaptation et à en bénéficier dans le contexte des objectifs fonctionnels spécifiques du patient/client et de l'orientation des besoins en matière de soins.

N.B. : Pour déterminer si un patient/client présente un potentiel réparateur, il faut tenir compte des trois facteurs susmentionnés. Les troubles cognitifs, la dépression, le délire ou la destination de sortie ne doivent pas être utilisés isolément pour influencer la détermination du potentiel de restauration.

de fournir la meilleure estimation possible du moment où les patients admis seront prêts à être transférés au niveau de soins suivant.

22. Envisager les possibilités, au sein du service des urgences, d'éviter les admissions en soins actifs ou de réduire le déclin fonctionnel des patients qui ne sont pas admis dans un lit (par exemple, Gestion des Urgences en Gériatrie, dotation en personnel de réadaptation), conformément aux principes des soins adaptés aux personnes âgées.
23. Permettre aux coordinateurs des admissions des centres de réadaptation et de SCC d'examiner les patients nouvellement désignés comme NSA afin de rechercher les orientations appropriées.

**Pour les hôpitaux/établissements de SCC/réadaptation/programmes avec lits :**

24. Élaborer un plan visant à maintenir les soins de réadaptation quotidiens dispensés par les membres de l'équipe paramédicale tout en les étendant à un minimum de six jours par semaine, et idéalement à sept jours par semaine, afin de réduire la durée du séjour et d'améliorer les flux.
25. Suivre les meilleures pratiques en matière de soins de réadaptation, telles qu'elles sont décrites dans les documents relatifs aux meilleures pratiques pour les populations clés, notamment : [Fracture de la hanche](#), [Personnes âgées fragiles](#), [Arthroplastie complète](#), [Réadaptation après un accident vasculaire cérébral](#).
26. Mettre en œuvre des programmes de groupe et optimiser les modèles de soins au sein desquels tous les membres de l'équipe travaillent pour maximiser la thérapie de réadaptation afin d'atténuer l'impact des pénuries de ressources humaines dans le secteur de la santé. Faire preuve de créativité dans le modèle de dotation en personnel et réfléchir à la manière d'utiliser d'autres disciplines (par exemple, assistants thérapeutiques, travailleurs sociaux, kinésologues, assistants diététiciens, etc.).
27. Collaborer avec les services de soins actifs pour mettre au point des « stratégies d'attraction » afin de maintenir le flux de patients, en particulier pendant les périodes de pointe. Inclure des coordinateurs de flux de patients sur place dans les établissements de référence si possible, sinon assurer un contact régulier avec les établissements de référence pour identifier les patients potentiels.
28. Collaborer avec les services de soins actifs pour mettre en œuvre des lignes directrices concernant l'admission directe en réadaptation et SCC à partir de la communauté ou du service des urgences. Envisager les voies d'orientation et les étapes décrites dans le [Document sur le processus d'accès direct à la réadaptation](#).

**Pour soutenir ces orientations :**

- En collaboration avec les partenaires du système, revoir les critères d'admission, les programmes, les services et les compétences du personnel au moins une fois par an pour s'assurer qu'ils répondent à l'évolution de la demande et qu'ils peuvent remédier aux lacunes des services.
- Veiller à ce que les meilleures pratiques en matière de soins de réadaptation pour les populations clés (accidents vasculaires cérébraux, personnes âgées, orthopédie) soient mises en place dans le secteur des soins actifs.
- Revoir le modèle médical pour assurer l'alignement en termes d'heures de travail des médecins, de présence dans l'unité, de priorités en matière d'admissions et de flux, de rapidité d'action, en particulier dans les unités où le nombre d'admissions et de sorties est élevé. Revoir les indemnités de garde ou les lignes directrices en matière de facturation afin de favoriser les admissions les fins de semaine.
- Étudier la possibilité de centraliser l'orientation et le triage pour la rééducation et les SCC afin de créer un point d'accès unique à ces programmes à partir des soins actifs.
- Étudier les possibilités d'adopter un système d'aiguillage en ligne pour soutenir le flux et élaborer un tableau de bord des performances pour surveiller les indicateurs clés d'accès et de flux dans votre hôpital.

- Planifier de manière proactive un transport approprié afin de réduire les retards d'admission potentiels.
- Établir des partenariats avec des organisations pour garantir l'accès aux pratiques de guérison autochtones et à des soins culturellement adaptés.