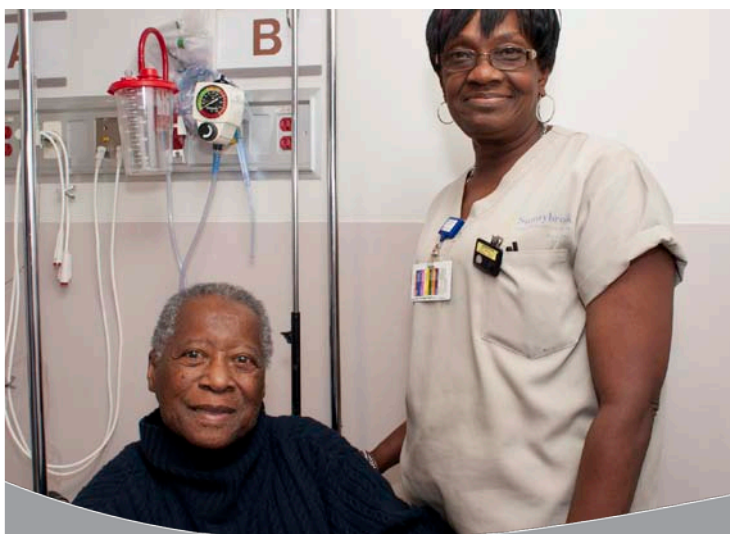


RLISS de l'Ontario

Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario

Rapport sommaire et recommandations

Septembre 2011



Remerciements

Les RLISS aimeraient souligner la contribution des Programmes régionaux de soins gériatriques de l'Ontario qui ont élaboré le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés et ont fourni leur expertise pour la production de ce rapport et des recommandations qu'il contient.

Nous tenons par ailleurs à remercier l'équipe de direction du Centre-Toronto, en particulier Camille Orridge (chef de la direction), Vania Sakelaris (directrice principale) et Janine Hopkins (directrice principale), pour le rôle de leadership que ces personnes ont assumé pour la mise en œuvre de cette stratégie à l'échelle provinciale.

Le logo des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés (SAHBA) figure sur la couverture de ce rapport avec la permission du Programme régional de soins gériatriques de Toronto.

AUTEURS DU RAPPORT

Ken Wong, BScPT MSC, David Ryan, PhD, et Barbara Liu, MD FRCP
Programme régional de soins gériatriques de Toronto

PHOTOGRAPHIES

Patients et personnel du Centre des sciences de la santé de Sunnybrook



Avant-propos

En septembre 2010, cherchant à améliorer constamment la qualité des soins et à contribuer à la santé des collectivités de la province, les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont désigné collectivement la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés (SAHBA) en tant que priorité à mettre en œuvre à l'échelle provinciale. Avec l'aide clinique des programmes régionaux de soins gériatriques (PRSG) de l'Ontario, la stratégie SAHBA est lancée dans tous les RLISS en vue de favoriser l'avènement de milieux hospitaliers qui répondent aux besoins physiques, cognitifs et psychosociaux des personnes âgées, qui améliorent leur santé et leur sécurité et qui augmentent l'engagement et la satisfaction des patients et des familles.

La vision d'ensemble de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés consiste à permettre aux personnes âgées hospitalisées de conserver une santé et une fonctionnalité optimales afin qu'elles puissent faire la transition sans heurt vers leur domicile ou vers le prochain niveau de soins approprié.

La stratégie SAHBA contribuera directement aux réalisations des priorités communes du système de santé : réduire le temps d'attente dans les urgences, libérer des lits d'autre niveau de soins et fournir des soins excellents pour tous. C'est une puissante stratégie d'amélioration de la qualité que mettent en œuvre les quatorze RLISS afin d'aider les hôpitaux à se conformer au mandat d'améliorer la qualité et la valeur de l'expérience du patient que leur confère la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* de l'Ontario. Cette stratégie aidera aussi les hôpitaux et leurs partenaires à respecter leur engagement d'améliorer la santé des personnes âgées dans nos collectivités.

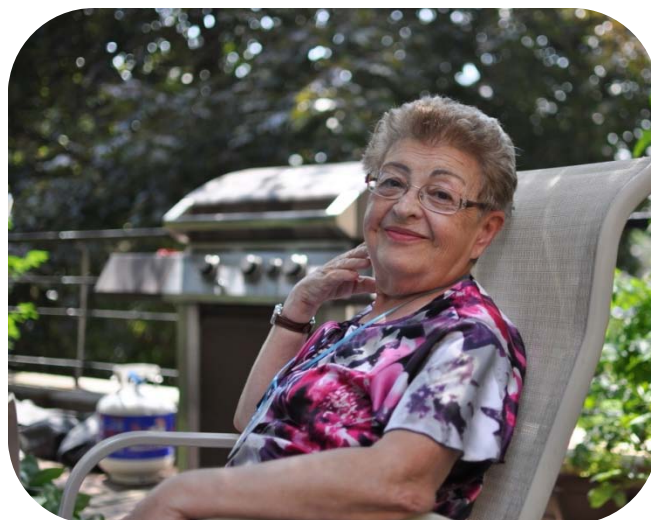
Ce rapport souligne l'excellent travail déjà accompli par les hôpitaux de la province pour améliorer les soins adaptés aux besoins des personnes âgées et désigne les occasions qui s'offrent aux hôpitaux et aux RLISS pour poursuivre le travail en ce sens.

Table des matières

1	Sommaire	5
2	Le vieillissement de la population de l'Ontario Un impératif en faveur de l'adaptation des soins hospitaliers aux besoins des aînés	11
3	Un plan d'orientation pour les hôpitaux de l'Ontario Le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés	14
4	La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario	16
5	Auto-évaluation de l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés	18
6	Sommaire de l'adaptation des soins hospitaliers aux besoins des aînés en Ontario	20
6.1	SOUTIEN ORGANISATIONNEL.....	21
6.2	PROTOCOLES DE SOINS.....	27
6.3	MILIEU ÉMOTIONNEL ET COMPORTEMENTAL.....	30
6.4	ÉTHIQUE DANS LES SOINS ET LA RECHERCHE CLINIQUES	32
6.5	MILIEU PHYSIQUE.....	34
7	Recommandations pour des soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés en Ontario	36
8	Prochaines étapes	47
	Annexe A – Pratiques prometteuses qui vont dans le sens des recommandations pour l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés.....	48
	Annexe B – Contributeurs.....	50
	Annexe C – Abréviations	52

1 Sommaire

Le vieillissement de la population a de nombreuses répercussions sur les collectivités urbaines et rurales. Pour édifier des collectivités en santé, il est indispensable d'aider les personnes âgées à préserver leur autonomie. La population de l'Ontario vieillit rapidement, le pourcentage de personnes âgées de 65 et plus étant appelé à plus que doubler d'ici 2036. Le nombre de personnes très âgées (celles ayant 90 ans et plus) – dont plus de 20 pour cent sont considérées fragiles – devrait plus que tripler pendant la même période, passant de 73 000 à 261 000¹.



La fragilité est associée à la présence de maladies chroniques multiples, à la vulnérabilité aux pertes fonctionnelles et à des besoins de soins plus importants. Le pourcentage de personnes âgées dans les hôpitaux de l'Ontario justifie amplement un changement en profondeur de nos orientations, un changement qui reconnaît que les soins aux personnes âgées est une fonction essentielle de nos établissements de santé. Dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario, les personnes âgées accaparent entre 43 et 73 pour cent (non pondéré) des jours d'hospitalisation. Depuis longtemps, les priorités des hôpitaux tournent autour des diagnostics rapides, de la gestion des maladies graves et des protocoles opératoires. Ce paradigme convient mal aux besoins complexes des personnes âgées. Celles-ci subissent souvent à l'hôpital des événements défavorables qui entraînent une détérioration de leurs fonctions physiques et cognitives difficile à inverser. Cette situation accroît la probabilité d'institutionnalisation et exerce une pression encore plus forte sur les ressources déjà surchargées de notre système de santé. Les hôpitaux signalent d'ailleurs que le pourcentage des lits classés « autre niveau de soins » (ANS) occupés par des aînés oscille entre 71 et 89 pour cent (non pondéré) dans l'ensemble des RLISS. Les stratégies d'amélioration de la qualité qui régissent la performance des hôpitaux et du système de santé sont indispensables en cette époque de vieillissement de la population si l'on veut aider les aînés à retrouver leur vie autonome dans la collectivité après une hospitalisation.

Les meilleures données disponibles indiquent qu'une approche systémique à la gestion des personnes âgées en milieu hospitalier qui prend en compte tous les milieux de soins est essentielle

¹ Ministère des Finances de l'Ontario (2010), *Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario 2009 – 2036*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

au succès. Les soins gériatriques en hôpital qui tiennent compte d'un ou de plusieurs éléments systémiques permettent une utilisation plus efficace des ressources et présentent de meilleurs résultats, y compris une amélioration des fonctions physiques et cognitives des patients, un taux d'institutionnalisation plus faible, des séjours à l'hôpital plus courts, une meilleure satisfaction du patient et de sa famille et une meilleure connaissance, collaboration et rétention des ressources humaines.

Le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés (SAHBA), élaboré et appuyé par les Programmes régionaux de soins gériatriques (PRSG) de l'Ontario, offre une approche organisationnelle exhaustive aux soins des aînés qui intègre les éléments positifs des pratiques fondées sur les faits. Le Cadre forme la base de cette analyse provinciale et des recommandations visant à orienter les hôpitaux vers les meilleurs résultats possibles pour les aînés fragiles. Pendant l'hiver 2011, tous les hôpitaux pour adultes de l'Ontario ont rempli une auto-évaluation fondée sur le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés. Les résultats ont été compilés pour produire un rapport sommaire pour chaque RLISS, suivi de cet examen provincial des soins SAHBA – résumés ci-dessous sous la forme des cinq points d'intervention du Cadre SAHBA :

Soutien organisationnel – Bien que l'engagement formel envers les soins adaptés aux besoins des aînés se répande rapidement au sein du système de santé, il n'est pas encore fermement établi dans les hôpitaux de l'Ontario. Jusqu'ici, trente-neuf pour cent des hôpitaux ont fixé des objectifs en matière de soins adaptés aux besoins des aînés dans leur plan stratégique, tandis que le conseil d'administration de trente pour cent des hôpitaux a pris des engagements formels à cet égard. Cinquante-six pour cent des hôpitaux ont désigné un cadre supérieur pour prendre en charge les initiatives d'adaptation aux besoins des aînés et trente-et-un pour cent ont mis en place des comités à cette fin. Les hôpitaux de toutes les régions, mais plus particulièrement en milieu rural, indiquent que le manque d'expertise en la matière est un obstacle important. Il faudra prévoir des mesures de formation et de perfectionnement des ressources humaines à l'échelle du système et promouvoir l'équité entre les différents milieux d'exercice. De plus, ces mesures favoriseront l'apparition dans chaque milieu de « champions » qui montreront la voie pour appliquer les connaissances acquises. La planification des soins adaptés aux besoins des aînés faite en collaboration entre les partenaires communautaires et du système de santé facilitera l'intégration du système de santé et permettra aux hôpitaux de s'engager avec plus de confiance dans les stratégies d'adaptation aux besoins des aînés.

Protocoles de soins – Des protocoles et paramètres sont en place plus souvent dans certains domaines cliniques (les chutes, les plaies de pression, les réactions indésirables à un médicament, l'emploi de moyens de contention) et moins dans d'autres (la gestion du sommeil, l'incontinence, l'hydratation et la nutrition, les comportements liés à la démence, le déclin fonctionnel et, dans une moindre mesure, le délire). La reconnaissance et la gestion du déclin fonctionnel et du délire revêtent une importance particulière, car ces phénomènes ont un lien causal avec d'autres

problèmes tels les chutes, les plaies de pression et l'incontinence, et ce sont d'importants déterminants de la durée des séjours à l'hôpital et du moment de la sortie. Un petit nombre d'organisations déclarent être en voie de développer des programmes de gestion du déclin fonctionnel ou du délire, ce qui laisse entrevoir une sensibilisation croissante à ces priorités. L'attention portée à la transition entre les soins est un autre point important des pratiques hospitalières adaptées aux besoins des aînés et l'élaboration de stratégies d'évaluation rapide des besoins et de partenariats collaboratifs avec la collectivité sera un facteur essentiel.

Milieu émotionnel et comportemental – Tous les hôpitaux déclarent avoir adopté des principes de prestation de soins axés sur le patient et la plupart appliquent des pratiques sensibles à la diversité culturelle. Soixante-et-un pour cent des hôpitaux présentent certaines pratiques conçues pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées. Vingt-huit pour cent déclarent avoir incorporé des mesures de satisfaction en fonction de l'âge dans leurs stratégies d'amélioration de la qualité. Dans le monde des hôpitaux spécialisés, où prédominent la sécurité et les consignes cliniques, il se pourrait qu'on ne porte pas une attention suffisante à certains éléments de protocole qui produisent un fort impact sur le bien-être et la satisfaction des patients âgés et de leurs familles.

Éthique dans les soins et la recherche cliniques – Des situations complexes relevant de l'éthique se produisent dans le cadre des soins donnés couramment aux patients âgés. La majorité des hôpitaux – 83 pour cent dans la province – ont accès à un spécialiste en éthique clinique qui soutient le personnel, les patients et les familles pour les décisions difficiles. Plusieurs organisations qui n'ont pas accès à un éthicien ont mis en place des mécanismes appropriés pour trancher les problèmes d'éthique et on pourrait parfois envisager de partager des ressources communautaires en matière d'éthique. Soixante-dix-huit pour cent des hôpitaux ont adopté des politiques et procédures particulières pour les soins avancés, même si ces politiques et procédures doivent être revues et réécrites afin de prendre en compte un éventail de problèmes cliniques plus large que simplement les ordres de réanimation. Il est recommandé d'offrir des mesures de formation ou de recyclage qui peuvent notamment prendre la forme d'études de cas ou de séances d'apprentissage pendant l'heure de lunch afin que le personnel puisse enrichir sa réflexion sur les situations qui relèvent de l'éthique.

Milieu physique – Les infrastructures physiques vieillissantes qui n'ont pas été conçues pour répondre aux besoins des aînés fragiles comptent parmi les obstacles aux soins adaptés aux besoins des aînés qui ont été mentionnés le plus souvent, même dans les régions ayant un taux relativement élevé d'implantation de la technologie adaptée aux besoins des aînés. L'intégration de ressources de conception et de connaissances cliniques adaptées aux besoins des aînés, ainsi que des consignes appropriées en matière d'accessibilité et de code de construction sont autant de facteurs essentiels à toutes les activités de planification, de maintenance et d'approvisionnement des installations. Cette intégration des connaissances permettra – avec le

temps et au fil des améliorations majeures ou progressives apportées aux installations – d’obtenir un milieu physique adapté aux besoins des aînés.

RECOMMANDATIONS EN BREF

Cette enquête sur les pratiques SAHBA dans la province, évaluée en corrélation avec les données pertinentes portant sur les soins offerts aux adultes âgés, nous mène à formuler les recommandations suivantes en ce qui concerne l’adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés :

RECOMMANDATIONS POUR LES HÔPITAUX
SOUTIEN ORGANISATIONNEL
1) Obtenir du conseil d’administration et/ou intégrer au plan stratégique des engagements de planification favorisant l’adaptation aux besoins des aînés.
2) Désigner un cadre supérieur/chef médical de l’hôpital pour prendre en charge les initiatives d’adaptation aux besoins des aînés à l’échelle de l’organisation.
3) Former et habiliter un ou des champions en gériatrie clinique pour agir à titre de ressource auprès des pairs et pour faciliter les changements sur le plan des pratiques et des politiques à l’échelle de l’hôpital.
4) Former et perfectionner le personnel en matière d’acquisition de compétences axées sur les personnes âgées.
PROTOCOLES DE SOINS
5) Mettre en œuvre dans les services des hôpitaux des protocoles interprofessionnels visant à optimiser les fonctions physiques, cognitives et psychosociales des patients âgés – ces protocoles pourraient inclure le dépistage des personnes à risque, des mesures de prévention, des stratégies de gestion et des protocoles de surveillance et d’évaluation.
6) Soutenir la transition entre les soins en appliquant des pratiques et en établissant des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs.
MILIEU ÉMOTIONNEL ET COMPORTEMENTAL
7) Donner à tous les membres du personnel, clinicien et non clinicien, une formation poussée en matière de sensibilisation aux besoins des personnes âgées afin de promouvoir une culture adaptée aux besoins des aînés dans tous les services de l’hôpital.
8) Insérer une perspective d’adaptation aux besoins des aînés dans les pratiques de soins axés sur le patient et sur la diversité, afin que l’hôpital favorise la participation maximale des patients âgés et des familles/aidants à leurs soins en respect de leurs valeurs personnelles (sur le plan culturel, linguistique, spirituel, etc.).
ÉTHIQUE DANS LES SOINS ET LA RECHERCHE CLINIQUES
9) Mettre un éthicien ou un service de consultation éthique à la disposition du personnel de soutien, des patients et des familles aux prises avec des problèmes éthiques délicats.
10) Élaborer des pratiques et politiques formelles visant à assurer que les capacités et l’autonomie des patients âgés soient respectées.
MILIEU PHYSIQUE

- 11) Utiliser des ressources de conception adaptées aux besoins des aînés, en plus de lignes directrices en matière d'accessibilité, pour guider les activités de planification, d'approvisionnement et de maintenance des installations.
- 12) Réaliser régulièrement des vérifications du milieu physique et mettre en œuvre des améliorations basées sur les principes de conception adaptée aux besoins des aînés et sur le personnel ayant reçu une formation sur les besoins des personnes fragiles.

Les hôpitaux auront besoin d'aide pour mettre en œuvre ces recommandations. Il sera nécessaire de procéder à une planification continue à l'échelle du système et assurer que les hôpitaux et le système de santé travaillent ensemble à promouvoir le vieillissement dans les meilleures conditions.

RECOMMANDATIONS POUR LES RLISS

- 1) Fournir du soutien* aux hôpitaux pour opérationnaliser les plans d'action facilitant l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, en veillant à la mise en œuvre coordonnée de pratiques fondées sur des faits dans toute la province.
- 2) Désigner des champions d'hôpitaux adaptés aux besoins des aînés dans chaque RLISS.
- 3) Mettre en place pour chaque RLISS une entité d'organisation (par ex. un comité directeur) ayant pour mandat d'aider à planifier l'intégration des services en matière de soins adaptés aux besoins des aînés, de répondre aux besoins de la collectivité et de favoriser les partenariats intersectoriels de prestation des soins – inclure dans ces entités des représentants des hôpitaux, des soins primaires, des services communautaires, des établissements de soins de longue durée, des personnes âgées et de leurs familles.
- 4) Assurer l'alignement de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario avec les autres priorités et processus de la province (par ex. les plans d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux).
- 5) Trouver des outils pour aider les hôpitaux à mesurer le succès des initiatives d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés à l'échelle provinciale.

*Le soutien pourrait inclure des ressources de formation, des guides de pratiques exemplaires, etc.

Les recommandations formulées dans ce rapport aideront les hôpitaux à agir en tant qu'organisations adaptées aux besoins des aînés. Les recommandations destinées aux RLISS appuieront les hôpitaux et aideront à intégrer la performance des organisations hospitalières au sein d'un système de santé adapté aux besoins des aînés, favorisant les partenariats entre les fournisseurs de services de santé et optimisant les transitions entre les services. Ce sommaire provincial a permis d'obtenir une évaluation du milieu et a révélé certaines pratiques émergentes prometteuses en matière de gestion du déclin fonctionnel, du délire et de la transition entre les soins. Les spécialistes et la littérature sur les soins de santé soulignent l'importance de ces pratiques, qui ont un rapport causal avec l'état des patients et les options du système, tels que les fonctions physiques et cognitives, la sécurité, la satisfaction, les options de mise en congé, la durée des séjours et les réadmissions. Il est aussi important de pouvoir tirer parti des pratiques

prometteuses, de renforcer les interventions existantes et d'avoir un impact positif sur le temps d'attente dans les urgences et les ANS.

Pour ces raisons, il est proposé de mettre au point des plans d'action visant les priorités cliniques (1) du déclin fonctionnel, (2) du délire et (3) de la transition entre les soins.

PRIORITÉ 1 DÉCLIN FONCTIONNEL – Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de mobilisation précoce dans tous les services des hôpitaux afin d'optimiser les fonctions physiques des patients.

PRIORITÉ 2 DÉLIRE – Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de dépistage, de prévention et de gestion du délire dans tous les services des hôpitaux afin d'optimiser les fonctions cognitives des patients.

PRIORITÉ 3 TRANSITION ENTRE LES SOINS – Soutenir la transition entre les soins en mettant en place des pratiques et des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs.

2 Le vieillissement de la population de l'Ontario

Un impératif en faveur de l'adaptation des soins hospitaliers aux besoins des aînés

L'Ontario, comme le reste du Canada, assiste au vieillissement accéléré de sa population et voit grimper le nombre de ses résidents fragilisés. En 2007-2008, 16,8 pour cent de la population de la province était âgée de plus de 65 ans et 12 pour cent des personnes de ce groupe étaient âgées de 85 ans ou plus. Dans cette cohorte d'âge, une personne sur cinq est considérée fragile, une condition associée à l'utilisation plus intensive des services de santé et à une plus grande dépendance. Il convient de noter que ce groupe d'âge s'est accru de 36 pour cent entre 2002-2003 et 2008-2009, soit le taux de croissance le plus élevé parmi toutes les cohortes d'âge de la province².

À l'échelle du pays, les personnes âgées accaparent le tiers des hospitalisations en soins actifs et près de la moitié des jours d'hospitalisation³. Ces chiffres se reflètent dans la présente étude. Dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario, la moyenne non pondérée des jours d'hospitalisation des aînés représente entre 43 et 73 pour cent du total des jours d'hospitalisation. La moyenne non pondérée des jours d'autre niveau de soins (ANS) oscille entre 71 et 89 pour cent. Avec le vieillissement accéléré de la population, ces pressions sur le système continueront à s'accroître à moins que l'on mette en place des stratégies d'atténuation qui modifient le fonctionnement des hôpitaux.

Depuis longtemps les priorités des hôpitaux tournent autour des diagnostics rapides, de la gestion des maladies graves et des protocoles opératoires. Pour les patients âgés fragiles, cela peut souvent se traduire par une expérience d'hospitalisation difficile sinon nocive caractérisée par des résultats non optimaux et un déclin fonctionnel. Le paradigme actuel des soins actifs répond mal aux besoins des personnes âgées, qui sont aux prises avec de multiples problèmes aigus et chroniques. En outre, le coût croissant des soins hospitaliers exerce des pressions en faveur de la réduction de la durée des séjours, ce qui vient encore augmenter l'inadéquation entre les soins hospitaliers et les besoins des personnes âgées, en particulier celles qui sont confrontées à des problèmes complexes et chroniques.

Pour les patients âgés, les avantages des soins hospitaliers sont souvent amoindris par l'expérience même de l'hospitalisation, qui recèle des risques d'incidents fâcheux et de perte fonctionnelle pouvant avoir des répercussions majeures sur la trajectoire de la personne à sa sortie de l'hôpital.

² Institut de recherche en services de santé (2010). *Aging in Ontario: An ICES Chartbook of Health Service Use by Older Adults*. Toronto, Institut de recherche en services de santé.

³ Statistique Canada (2006). *Rapports sur la santé*, Catalogue 82-003-XPE 16: 33-45.

Les besoins plus complexes des personnes âgées haussent le risque d'incidents évitables et compliquent les modalités de transition à la sortie de l'hôpital⁴. En plus des changements physiologiques qui accompagnent normalement le vieillissement, les patients âgés ont parfois des comorbidités multiples et subissent les interactions complexes des maladies chroniques. Les phénomènes de rechute et de récurrence chez les aînés fragiles produisent un ensemble de conséquences physiques, sociales et fonctionnelles complexes qui sont mal desservies par les soins actifs et leur perspective épisodique⁵. Cette complexité clinique fait que les patients âgés présentent souvent des symptômes atypiques. Par ailleurs, ils sont parfois plus lents et moins fiables quand ils relatent leur situation et les personnes souffrant d'un déficit sensoriel ou de communication courent un risque plus grand d'évaluation erronée de la part des services de soins actifs. Pour compliquer encore la situation, ils ont tendance à participer moins activement aux rencontres médicales et à poser moins de questions – en particulier les questions susceptibles de prévenir les erreurs médicales⁶. Tous ces facteurs contribuent aux erreurs, aux retards de diagnostic et aux sous-diagnoses. Étant donné leurs réserves physiologiques et psychosociales limitées, il est facile de comprendre que les personnes âgées aient plus de difficulté à se remettre de leurs maladies et courent plus de risques de complications et de déclin fonctionnel. En outre, sans mesures de promotion d'une culture de soins et de services adaptée aux besoins des aînés à tous les échelons, l'engagement et la satisfaction du patient et de sa famille vis-à-vis de son expérience hospitalière se trouvent souvent compromis⁷.

L'incorporation de méthodes fondées sur les faits dans la prestation des soins aux personnes âgées nécessite une stratégie systémique qui tient compte de l'impact de l'ensemble du milieu de soins. Plusieurs modèles de soins actifs ont été mis au point pour s'attaquer aux facteurs systémiques multiples. Les unités ACE des soins actifs aux personnes âgées allient les modifications du milieu et le modèle de pratique interprofessionnelle qui met l'accent sur le déclin fonctionnel et la planification de la mise en congé rapide axée sur le patient⁸. Un autre modèle, le programme HELP (Hospital Elder Life Program), permet d'identifier les patients à risque de délire et de déclin fonctionnel et intègre les bénévoles de l'hôpital dans des protocoles de prise en charge de ces

⁴ Parke B et NL Chappell (2010). Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis. *Journal of Aging Studies* 24: 115-124.

⁵ Fisher R (2002). The Role of Specialized Geriatric Services in Acute Hospitals. *Geriatrics and Aging* 5(5): 48-51.

⁶ Kapp M (2001). Medical Mistakes and Older Patients: Admitting Errors and Improving Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 49: 1361 – 1365.

⁷ Parke B et NL Chappell (2010). Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis. *Journal of Aging Studies* 24: 115-124.

⁸ Landefeld CS, RM Palmer, DM Kresevic, RH Fortinsky et J Kowal (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill aged patients. *New England Journal of Medicine* 332: 1338-1344.

problèmes⁹. Le programme NICHE d'amélioration des soins infirmiers prodigués aux personnes âgées met l'accent sur la formation, les stratégies organisationnelles, les protocoles et la collaboration interprofessionnels, ainsi que le modèle des champions en gériatrie¹⁰. Ces modèles de soins actifs qui adoptent une approche multidimensionnelle ont démontré leur efficacité sur le plan des coûts et ont amélioré les résultats : taux plus élevés de retour à domicile après l'hospitalisation, réduction du déclin cognitif et fonctionnel, réduction de la durée des séjours, meilleure satisfaction du patient et de la famille et hausse des connaissances du personnel et de la rétention¹¹.

Le concept d'« hôpital ami des aînés » a été proposé en premier lieu par Belinda Parke, qui a décrit un modèle organisationnel de prestation des soins aux personnes âgées¹². Le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, élaboré et appuyé par les PRSG de l'Ontario, se base sur ces principes et fournit un guide pratique pour la conception de soins de santé qui maximisent les résultats pour les aînés fragiles et le système de santé.

⁹ Inouye SK, ST Bogardus, DI Baker, L Leo-Summers et LM Coonley (2000). The hospital elder life program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 48(12): 1697-1706.

¹⁰ Capezuti E et T Fulmer, éd. (2009). *NICHE Planning and Implementation Guide*. New York, New York: Hartford Institute for Geriatric Nursing.

¹¹ Boltz M, E Capezuti et N Shabbat (2010). Building a framework for a geriatric acute care model. *Leadership in Health Sciences* 23(4): 334-360.

¹² Parke B et L Stevenson (1999). Creating an Elder-Friendly Hospital. *Healthcare Management Forum* 12(3): 45-48.

3 Un plan d'orientation pour les hôpitaux de l'Ontario

Le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés

Le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés décrit une **stratégie organisationnelle** applicable à la planification et à la prise de décision. Reconnaisant la complexité de la question de la fragilité des personnes âgées et leur vulnérabilité face aux conséquences négatives de l'hospitalisation qui compromettent leurs fonctions et leur bien-être, l'hôpital adapté aux besoins des aînés offre un milieu de soins et de services qui crée des conditions propices à la sécurité, à l'indépendance, à l'autonomie et au respect. Les personnes âgées vulnérables nécessitant souvent des services dans tout le continuum des soins, l'hôpital adapté aux besoins des aînés fonctionne en partenariat au sein du système de santé, fournissant une continuité de pratique qui optimise la capacité des aînés à reprendre leur vie autonome dans la collectivité.

Le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés comporte cinq éléments :

- 1) Soutien organisationnel** – Des mesures d'encadrement et de soutien sont en place pour faire des soins adaptés aux besoins des aînés une priorité organisationnelle. Acquise aux principes des soins adaptés aux besoins des aînés, la direction de l'hôpital facilite le développement de ressources humaines, de politiques, de procédures, de protocoles de soins et d'espaces physiques qui répondent aux besoins des patients fragiles.
- 2) Protocoles de soins** – La prestation des soins hospitaliers est fondée sur les faits et les pratiques exemplaires qui prennent en compte les principes physiologiques, pathologiques et sociaux du vieillissement et de la fragilité. Les soins sont donnés de façon à assurer la continuité au sein du système de santé et dans la collectivité, dans le but de préserver l'autonomie des personnes.
- 3) Milieu émotionnel et comportemental** – L'hôpital offre des soins et des services exempts d'âgisme et dans le respect des besoins particuliers des patients et de leurs aidants, maximisant ainsi la satisfaction et la qualité de l'expérience vécue à l'hôpital.
- 4) Éthique dans les soins et la recherche cliniques** – La prestation des soins et la recherche sont menés dans un milieu hospitalier qui possède les ressources et la capacité pour prendre en charge les situations de nature éthique qui se produisent, protégeant ainsi l'autonomie des patients et l'intérêt des personnes vulnérables.
- 5) Milieu physique** – Les structures, les espaces, l'équipement et les installations de l'hôpital procurent un environnement qui minimise la vulnérabilité des patients fragiles, favorisant ainsi leur sécurité, leur autonomie et leur bien-être fonctionnel.

Ce cadre permet de tracer un itinéraire commun pour obtenir des changements positifs. Il peut toutefois s'adapter au contexte particulier de chaque hôpital. Bien qu'il soit nécessaire d'agir sur les cinq éléments du Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés pour obtenir des résultats optimaux, il convient de noter que la mise en œuvre de certains de ces éléments – par exemple apporter d'importantes améliorations au milieu physique – sont des entreprises à long terme et que le changement par étape est souvent plus facilement réalisable.

4 La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario

La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario est un projet d'amélioration continue qui vise à promouvoir des pratiques hospitalières qui répondent mieux aux besoins physiques, cognitifs et psychosociaux des personnes âgées. Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé soutiennent la mise en œuvre de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés dans le cadre de leur engagement à améliorer les soins offerts aux aînés dans les hôpitaux. Ces améliorations faciliteront le retour sécuritaire des aînés dans la collectivité, un élément essentiel de l'effort déployé à l'échelle du système dans le but de réduire le temps d'attente dans les urgences et pour un autre niveau de soins. De plus, cette approche systématique à l'amélioration des soins hospitaliers pour les personnes âgées nous rapprochera des améliorations sur le plan de la qualité et de la sécurité prévues dans la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*. La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés est alignée avec les projets prioritaires existants des RLISS : le Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes, qui vise à réduire le fardeau que représentent les chutes pour les personnes qui en sont victimes comme pour le système de santé, la stratégie Chez soi avant tout, qui permet de garder les patients à la maison le plus longtemps possible avec les services communautaires appropriés, et l'engagement général des RLISS en faveur de la santé des aînés et des collectivités.

Pour orienter le travail sur cette priorité, le RLISS du Centre-Toronto (RLISS CT) a créé à l'été 2010 un groupe de travail sur la stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés composé de représentants des hôpitaux de soins actifs, de soins de réadaptation et de soins continus complexes, ainsi que du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC). Le Programme régional de soins gériatriques de Toronto a offert des services de consultation clinique et produit deux documents d'orientation : le document de contexte, qui décrit les cinq domaines du Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés appuyé par les PRSG de l'Ontario¹³ et un modèle d'auto-évaluation de l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés.

Les auto-évaluations ont été mises à l'essai dans le RLISS CT et les réponses fournies par les quinze hôpitaux ont été utilisées pour créer un rapport sommaire¹⁴. Ce rapport a aidé à identifier les thèmes récurrents dans les soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés dans le RLISS, y

¹³ Programme régional de soins gériatriques de Toronto (2010). *Background Document: Senior Friendly Care in Toronto Central LHIN Hospitals*. Toronto, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto.

¹⁴ Programme régional de soins gériatriques de Toronto (2010). *Background Document: Senior Friendly Care in Toronto Central LHIN Hospitals*. Toronto, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto.

compris certaines pratiques et occasions prometteuses en vue d'améliorer les choses à l'échelle de l'établissement ou du système. Avec l'aide des directions des quatorze RLISS de la province et la coordination du PRSG de Toronto, tous les hôpitaux pour adultes de la province ont par la suite réalisé des auto-évaluations d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés. Les PRSG de l'Ontario fournissant leur expertise et leur soutien, des rapports sommaires ont été préparés pour décrire les processus d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés dans tous les RLISS de la province.

Les rapports sommaires des RLISS décrivent collectivement un éventail de pratiques prometteuses qui ont été mises en œuvre dans la province, ainsi que certains défis que les hôpitaux devront relever pour fournir des soins adaptés aux besoins des aînés. Le présent rapport provincial est le fruit de ces rapports sommaires, auxquels ont été ajoutés certaines notions tirées de la littérature récente sur les soins hospitaliers prodigués aux aînés. Les recommandations présentées dans ce document aideront les hôpitaux de l'Ontario à atteindre leurs objectifs en matière de sécurité, de temps d'attente, de durée des séjours, d'autre niveau de soins et de transition entre les soins, en améliorant les soins donnés aux patients âgés d'une façon qui est conforme aux plans d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux de Qualité des services de santé Ontario, pris en vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*. Les indicateurs provinciaux pour mesurer le succès de cette stratégie seront élaborés d'ici janvier 2012, alors que la mise en œuvre est prévue pour avril 2012.

5 Auto-évaluation de l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés

MÉTHODES

L'auto-évaluation de l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés réalisée dans le RLISS CT à l'automne 2010 a mené à la rédaction d'un rapport sommaire paru en décembre 2010. Ce processus a servi de répétition générale en prévision de la sortie provinciale du programme, qui a débuté en janvier 2011. Au cours de cette seconde phase, les hôpitaux ont reçu de l'aide sous la forme d'un document sur les questions fréquentes préparé par le PRSG de Toronto et de trois téléconférences provinciales au cours desquelles les participants ont pu poser des questions. Les séances de téléconférence ont aussi permis aux hôpitaux de commenter directement le processus de collecte d'information. Au mois de mars 2011, les hôpitaux ont soumis les auto-évaluations remplies à leur RLISS et par la suite aux PRSG affiliés (figure 1). Chaque PRSG a mis sur pied une équipe d'examen clinique qui a analysé avec le RLISS les renseignements quantitatifs et qualitatifs fournis dans les auto-évaluations et qui a ensuite produit un rapport sommaire à l'intention du RLISS en juin 2011.

Programme régional de soins gériatriques	RLISS	Hôpitaux
Programme régional de soins gériatriques du Sud-Ouest de l'Ontario (London)	Érié St. Clair	5
	Sud-Ouest	14
Programme régional de soins gériatriques du Centre (Hamilton)	Waterloo Wellington	8
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	22
Programme régional de soins gériatriques de Toronto	Centre-Ouest	2
	Mississauga Halton	3
	Centre-Toronto	15
	Centre	7
	Centre-Est	9
	Simcoe Nord Muskoka	6
Programme régional de soins gériatriques du Sud-Ouest de l'Ontario (Kingston)	Sud-Est	7
Programme régional de soins gériatriques de l'Est de l'Ontario (Ottawa)	Champlain	19
	Nord-Ouest	13
Services gériatriques spécialisés du Nord-Est (Sudbury)	Nord-Est	25
Total des hôpitaux participants		155

Figure 1. Affiliations des programmes régionaux de soins gériatriques pour les rapports sommaires des hôpitaux des RLISS.

Tous les RLISS ont reçu l'aide de leur Programme régional de soins gériatriques pour l'analyse des données, l'interprétation clinique et la production du rapport sommaire. Le nombre d'hôpitaux participants dans chaque RLISS est indiqué ci-dessus. Dans certains cas, les données pour des emplacements multiples appartenant à la même corporation hospitalière ont été regroupées dans un seul rapport d'auto-évaluation.

Tous les RLISS ont ensuite envoyé leur rapport sommaire au PRSG de Toronto, qui a dirigé la rédaction du sommaire provincial. Les données globales et les résumés qualitatifs des rapports des RLISS ont été étudiés et interprétés par une équipe clinique et, dans les cas applicables, le logiciel QSR NVivo 9 a été utilisé pour structurer les données pour fins d'analyse. Les équipes des PRSG ont ensuite examiné et commenté le sommaire provincial, premièrement de façon indépendante puis tous ensemble dans le cadre de téléconférences, afin d'en arriver à un consensus sur le rapport et les recommandations qu'il contient.

LIMITATIONS

Il convient de signaler les limitations de cette analyse et de ce sommaire des soins SAHBA. Il est évident que les hôpitaux ne comptaient pas tous sur les mêmes ressources pour recueillir et transmettre les données statistiques. Dans certains cas, la définition des valeurs mesurées différait d'un endroit à l'autre, ce qui a causé des variations sur le plan de la qualité et de l'homogénéité de l'information, en particulier à l'égard des données quantitatives figurant dans les sommaires des RLISS. De plus, le modèle d'auto-évaluation ne permettait pas de produire une évaluation environnementale détaillée de tous les services hospitaliers. Les rapports des RLISS et ce sommaire provincial présentent les thèmes qui reviennent fréquemment en matière de pratique, mais n'offrent pas une comparaison exhaustive des services fournis aux personnes âgées dans tous les hôpitaux de la province. La méthodologie d'auto-évaluation avait déjà été employée avec succès pour déterminer les besoins de formation, d'autoperfectionnement et d'accompagnement professionnel. Toutefois, les réponses quantitatives et qualitatives ont été influencées dans une certaine mesure par l'interprétation subjective des questions exploratoires. Par conséquent, l'analyse des données a demandé une connaissance clinique et contextuelle du système de santé et des types de services mentionnés dans les réponses fournies. Afin de minimiser les effets de cette limitation, plusieurs évaluateurs ont travaillé ensemble pour atteindre un consensus sur le rapport sommaire de chaque RLISS. Le rapport provincial s'appuie sur les conclusions tirées des rapports des RLISS, elles-mêmes formulées par des équipes différentes dans les six PRSG. Tous les PRSG ont participé à des séances de formation communes et à de multiples téléconférences portant sur ces rapports en vue de maintenir une interprétation uniforme. Afin de minimiser encore une fois les écarts éventuels, toutes les équipes ont examiné le rapport provincial et les recommandations et ont dégagé un consensus.

6 Sommaire de l'adaptation des soins hospitaliers aux besoins des aînés en Ontario



6.1 SOUTIEN ORGANISATIONNEL

SOINS ADAPTÉS AUX BESOINS DES AÎNÉS EN TANT QUE PRIORITÉ ORGANISATIONNELLE

Le modèle d'auto-évaluation de l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés tentait d'évaluer l'engagement formel des cadres supérieurs et des conseils d'administration à l'égard des soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés. Cet engagement formel est en voie d'adoption dans les hôpitaux de l'Ontario. Trente-neuf pour cent des hôpitaux ont fixé dans leur plan stratégique des objectifs explicites liés aux soins adaptés aux besoins des aînés, alors que le conseil d'administration de 30 pour cent des hôpitaux a pris l'engagement de devenir une organisation adaptée aux besoins des aînés. Une plus grande proportion d'hôpitaux – 56 pour cent dans la province – a désigné un cadre supérieur pour prendre en charge les initiatives liées aux aînés, alors que 31 pour cent ont mis sur pied des comités à cette fin. Ces données, accompagnées de comparaisons entre les régions, sont présentées aux figures 2 à 5.

Dans certaines régions de la province, le concept du Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés n'avait pas encore été largement disséminé avant l'adoption de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario. Les petits hôpitaux et les hôpitaux ruraux, en particulier, ont exprimé la crainte de ne pas avoir accès sur place à une expertise suffisante en gériatrie. Ce problème est lié au fait que dans les hôpitaux, ce sont souvent les spécialistes de la clinique de gériatrie qui informent la direction sur le sujet et encouragent l'adoption des stratégies SAHBA. Les hôpitaux qui n'ont pas de telles cliniques veulent savoir comment on les aidera à aborder les questions relevant de la SAHBA. Il est essentiel que le système, en premier lieu le RLISS, assisté par des organisations telles que les PRSG de l'Ontario, apporte une aide aux hôpitaux qui n'ont pas d'expertise en gériatrie. La planification à l'échelle du système des services destinés aux aînés pourrait aussi encourager un plus grand nombre d'organisations à réfléchir à la question et à insérer des objectifs d'adaptation aux besoins des aînés dans leurs priorités stratégiques. Plusieurs RLISS ont déjà mis en place des structures d'aide aux hôpitaux : dans les RLISS du Centre-Ouest, du Centre-Est et de Simcoe Nord Muskoka, par exemple, des conseils consultatifs et des groupes de travail travaillent à l'élaboration de services de gériatrie pour la région. Le RLISS de Mississauga Halton a mis au point à l'intention de ses hôpitaux le modèle ASSIST de services intégrés en faveur de l'autonomie des personnes âgées, qui accueille les aînés et les oriente vers les services du RLISS spécialisés en gériatrie. Le RLISS du Centre-Est a mis en place le réseau GAIN d'évaluation et d'intervention en gériatrie dans quatre hôpitaux. Cette entreprise de planification collaborative a permis de mettre au point des services charnières qui aident les personnes âgées à s'orienter dans le système de santé et tire profit au maximum de l'expertise existante en gériatrie. Dans ces RLISS, le pourcentage des hôpitaux bénéficiant d'engagements d'adaptation aux besoins

des aînés de la part des conseils d'administration ou formulés dans leur plan stratégique et ayant des cadres supérieurs désignés pour superviser les initiatives visant les personnes âgées est plus élevé que la moyenne provinciale. L'aide active du RLISS peut inciter les hôpitaux sans expertise en gériatrie à adopter la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés.

1 Érié St. Clair	8 Centre
2 Sud-Ouest	9 Centre-Est
3 Waterloo Wellington	10 Sud-Est
4 Hamilton Niagara Haldimand Brant	11 Champlain
5 Centre-Ouest	12 Simcoe Nord Muskoka
6 Mississauga Halton	13 Nord-Est
7 Centre-Toronto	14 Nord-Ouest

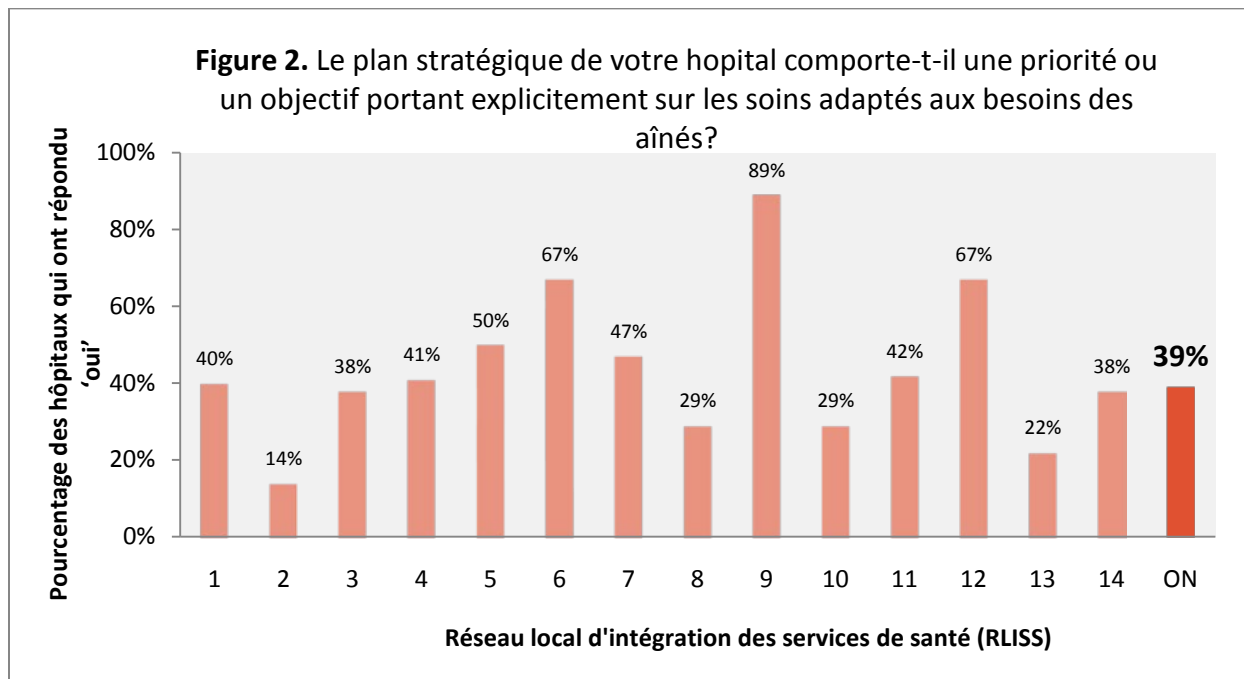


Figure 3. Le conseil d'administration a-t-il pris l'engagement explicite de devenir un hopital adapté aux besoins des aînés?

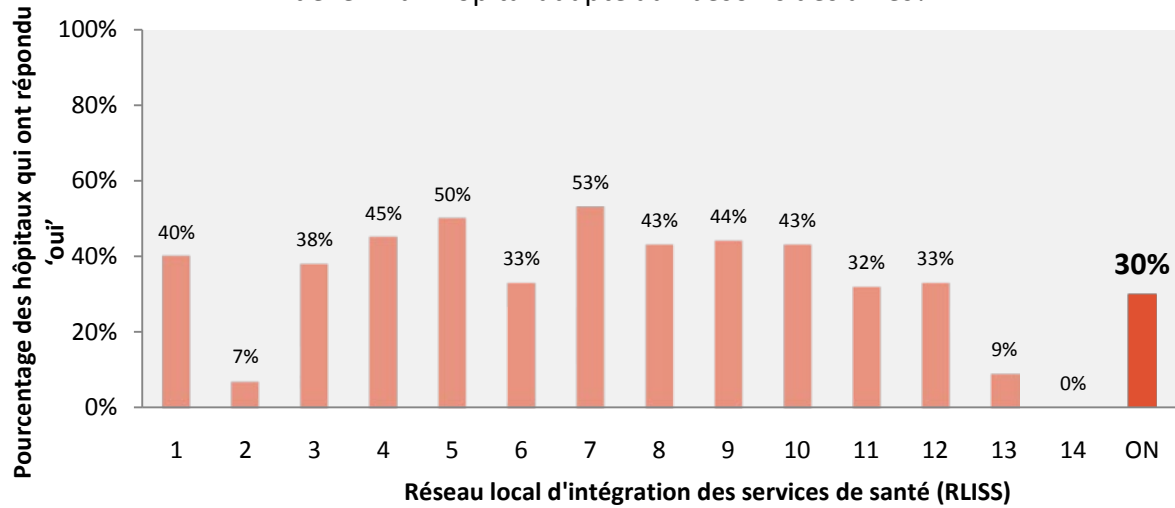


Figure 4. Un cadre supérieur a-t-il été désigné pour prendre en charge les initiatives de gériatrie ou de soins à l'intention des personnes âgées?

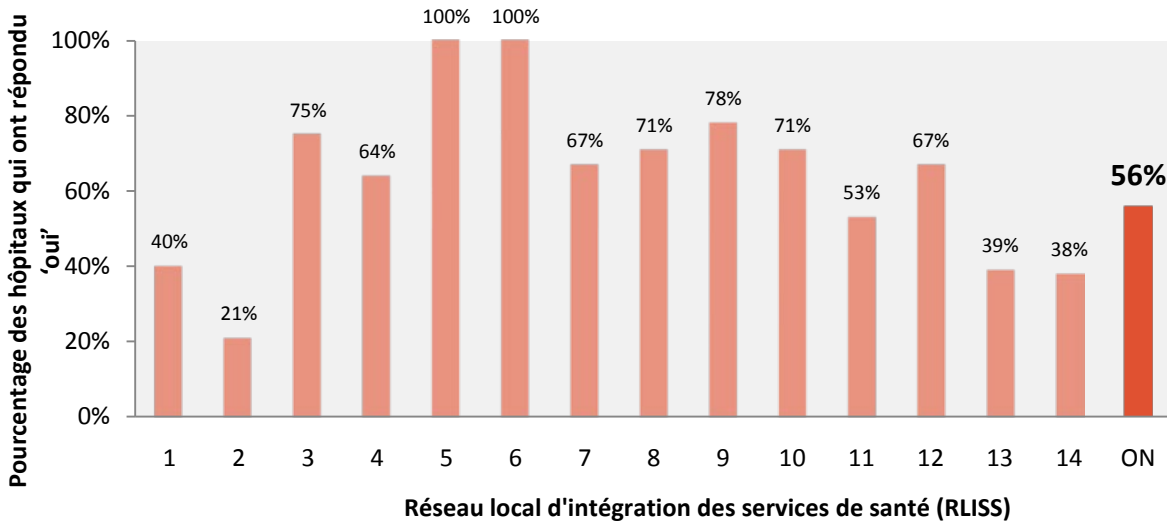
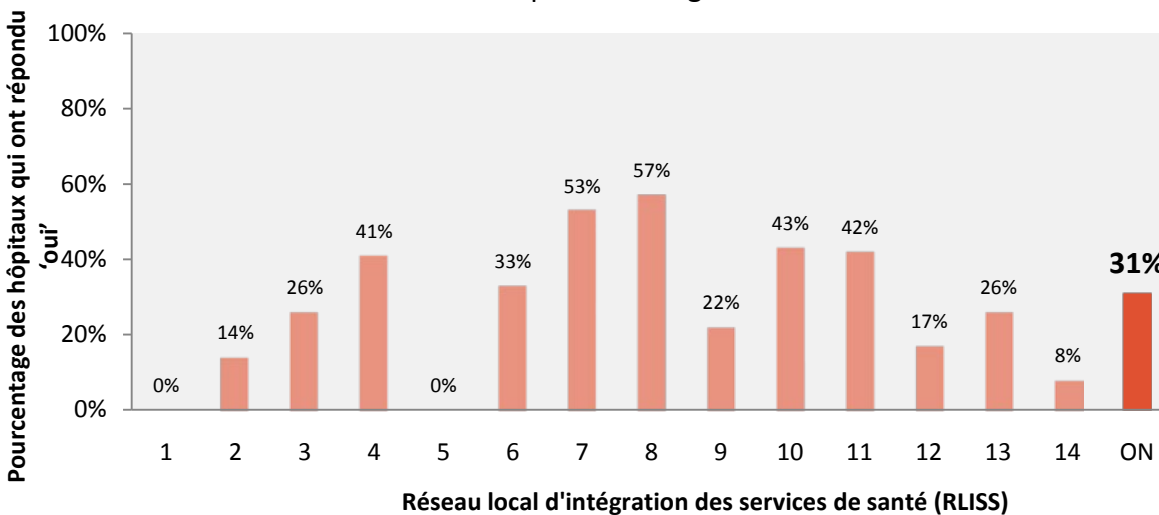


Figure 5. Votre hôpital comporte-t-il un comité désigné pour les soins aux personnes âgées?



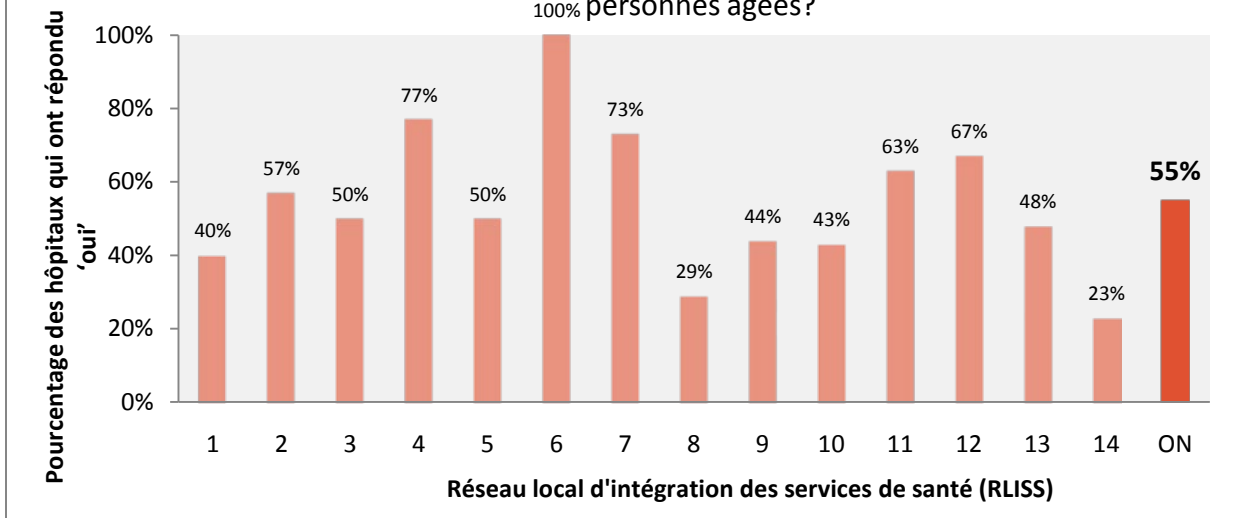
PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LES SOINS ET SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES FRAGILES

Pour offrir aux personnes âgées des soins qui tiennent compte de leur état particulier, le personnel doit être adéquatement formé et sensibilisé. Les soins aux personnes âgées fragiles sont complexes et multidimensionnels et ils nécessitent une formation particulière, de l'expérience en gériatrie, des pratiques interprofessionnelles et une collaboration interorganisationnelle. Les organisations peuvent soutenir les initiatives SAHBA en formant le personnel en place et le nouveau personnel. Dans la province, 55 % des hôpitaux ont déclaré offrir des mesures de formation sur les besoins des aînés (figure 6). Ces efforts de formation portent principalement sur des sujets cliniques tels que les consignes de sécurité et sont fournis à un nombre limité de professionnels qui travaillent dans des domaines cliniques distincts. Dans certains cas, une formation plus générale est fournie. Il est recommandé d'adopter une approche par palier :

- Formation et sensibilisation de l'ensemble du personnel, clinique et non clinique, sur les problèmes du vieillissement et sur l'âgisme.
- Perfectionnement interprofessionnel sur le processus SAHBA pour tous les membres du personnel clinique.
- Formation et perfectionnement des champions SAHBA pour favoriser la formation par des pairs, l'accompagnement et le soutien.

Les champions des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés peuvent être recrutés parmi les fournisseurs de services gériatriques à l'interne. Dans les hôpitaux sans spécialistes en gériatrie, la plupart du temps certains membres du personnel qui entretiennent un intérêt particulier envers les personnes âgées pourront devenir des champions SAHBA.

Figure 6. Vos programmes d'orientation et de formation du personnel comportent-ils des objectifs d'apprentissage particuliers pour les soins aux personnes âgées?



Étant donné que les aînés sont soit des patients soit des visiteurs dans pratiquement tous les services des hôpitaux, il est essentiel de procéder à la formation du personnel en gériatrie et d'instituer des postes de champion en gériatrie dans toutes les unités des hôpitaux. Pour le moment, les efforts de formation axés sur les compétences en gériatrie se limitent la plupart du temps aux grands hôpitaux. La majorité des hôpitaux ruraux déclarent être aux prises avec des limitations importantes sur le plan financier et des ressources humaines pour fournir des mesures comparables de formation et de perfectionnement. Un petit nombre d'organisations ont fait des efforts pour combler ces manques en formant des partenariats avec d'autres fournisseurs de services ayant une expertise en gériatrie. Dans l'ensemble, l'accès aux connaissances et à l'expertise en gériatrie demeure limité dans tous les milieux, et plus particulièrement dans les petites localités et les milieux ruraux. Des stratégies devraient être coordonnées à l'échelle du système en vue de s'attaquer à ce problème.

MOBILISATION DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

Le soutien organisationnel en faveur de l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés est aussi révélé par la façon dont les hôpitaux mobilisent les patients âgés, les familles ainsi que les soignants et organismes partenaires de la collectivité. En sollicitant les commentaires et les conseils de chacun de ces groupes pour l'élaboration de leurs services, les hôpitaux peuvent rester au fait des besoins particuliers de la collectivité. Le processus d'auto-évaluation a révélé que bien que la majorité des hôpitaux utilisent des sondages de satisfaction et des processus de prise de contact avec les patients pour obtenir des commentaires, les résultats de ces pratiques ne sont pas habituellement classés par catégories d'âge. Plusieurs hôpitaux ont déclaré utiliser des entrevues structurées et des groupes de discussion pour obtenir de l'information de retour. Sur une note

encore plus encourageante, il convient de noter que certains hôpitaux ont créé des comités consultatifs permanents auxquels participent des personnes âgées et des partenaires externes. Dans quelques cas, des hôpitaux ont créé ces structures consultatives en partenariat avec d'autres hôpitaux et des fournisseurs de services communautaires des environs. Pour les hôpitaux adaptés aux besoins des aînés, la consultation continue et significative de la collectivité et des partenaires de la santé est un élément de soutien organisationnel important.

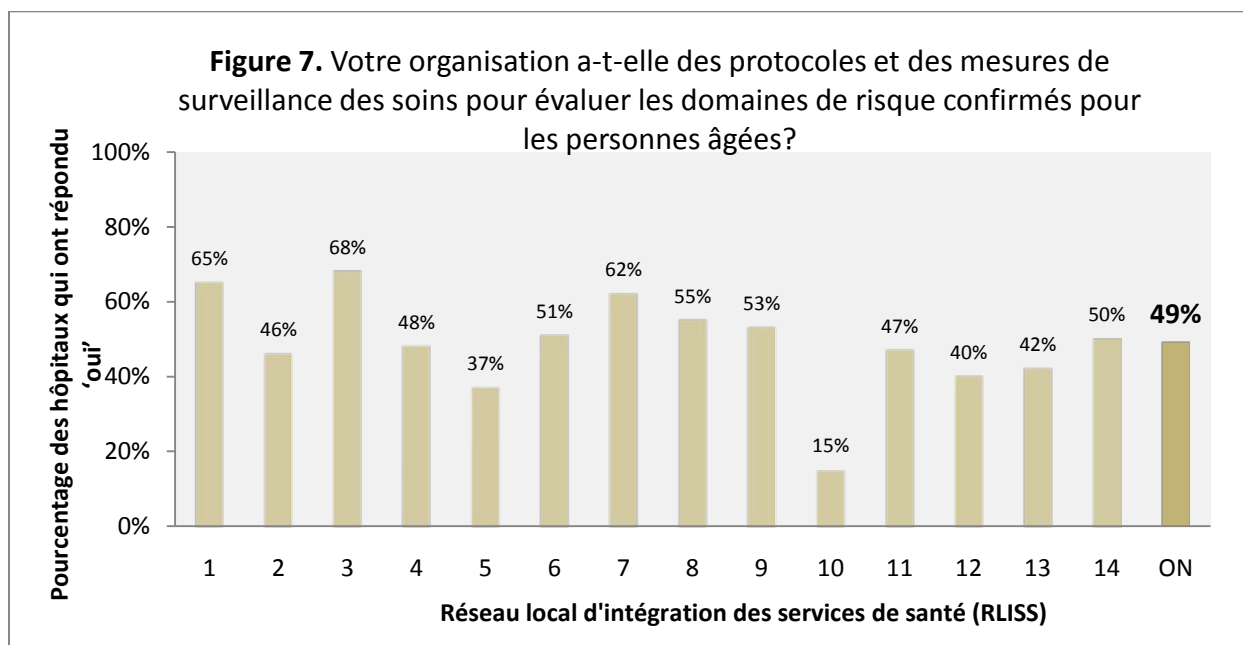
SOUTIEN ORGANISATIONNEL – RECOMMANDATIONS

- 1) Obtenir du conseil d'administration et/ou insérer dans le plan stratégique des engagements de planification favorisant l'adaptation aux besoins des aînés
- 2) Désigner un cadre supérieur/chef médical d'hôpital pour prendre en charge les initiatives d'adaptation aux besoins des aînés à l'échelle de l'organisation
- 3) Former et habiliter un ou des champions en gériatrie clinique pour agir à titre de ressource auprès des pairs et pour faciliter les changements sur le plan des pratiques et des politiques à l'échelle de l'hôpital
- 4) Former et perfectionner le personnel en matière d'acquisition de compétences axées sur les personnes âgées

6.2 PROTOCOLES DE SOINS

DOMAINES DE RISQUE CLINIQUE POUR LES AÎNÉS ET ÉMERGENCE DE PRATIQUES PRIORITAIRES

L'hospitalisation peut représenter un point tournant dans la vie d'une personne âgée fragile. Cet événement peut ajouter des années de vie, améliorer la qualité de vie ou bien mener à des complications qui portent atteinte à l'autonomie de la personne, un processus parfois difficile à inverser. S'il va de soi que les patients âgés bénéficient grandement des soins hospitaliers, l'hospitalisation dans un milieu non adapté à leurs besoins particuliers peut entraîner tout un éventail de conséquences négatives. C'est pourquoi l'auto-évaluation SAHBA demandait aux hôpitaux de signaler s'ils utilisent les protocoles et/ou surveillent les procédures dans treize domaines de pratique dont on sait qu'ils augmentent ou atténuent des risques cliniques pour les patients âgés : dépistage des patients à risque, délire, chutes, incontinence, plaies de pression, emploi de moyens de contention, prévention du déconditionnement, réactions indésirables à un médicament, état d'hydratation et de nutrition, gestion de la douleur, gestion du sommeil, gestion des comportements liés à la démence et mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Le degré avec lequel ces protocoles sont utilisés et la surveillance de ces pratiques cliniques sont résumés à la figure 7.



Les domaines cliniques où les protocoles et la surveillance étaient le plus souvent en place étaient les chutes, les plaies de pression, les réactions indésirables à un médicament, l'emploi de moyens de contention et la gestion de la douleur (figure 8), certains d'entre eux étant des pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada. Les domaines cliniques ayant le moins souvent des protocoles et des procédures de surveillance en place étaient la gestion du sommeil,

l'incontinence, l'hydratation et la nutrition, la gestion des comportements liés à la démence, la prévention du déconditionnement et du déclin fonctionnel, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et, dans une moindre mesure, le délire et le dépistage des patients à risque (figure 8).

Domaines de risque clinique	
Utilisation plus fréquente de protocoles/procédures de surveillance	chutes plaies de pression réactions indésirables à un médicament emploi de moyens de contention gestion de la douleur
Utilisation moins fréquente de protocoles/procédures de surveillance	gestion du sommeil incontinence hydratation et nutrition gestion des comportements liés à la démence prévention du déconditionnement mauvais traitements infligés aux personnes âgées délire dépistage des patients à risque

Figure 8. Utilisation de protocoles et procédures de surveillance dans les domaines de risque clinique pour les personnes âgées

Les hôpitaux devaient indiquer si des protocoles ou des procédures de surveillance étaient en place dans les domaines cliniques dont on sait qu'ils présentent un risque pour les personnes âgées fragiles. Les domaines cliniques où des protocoles et procédures de surveillance étaient le plus souvent et le moins souvent utilisés sont indiqués ici. Les domaines de risque clinique inclus dans l'auto-évaluation étaient le dépistage des patients à risque, le délire, les chutes, l'incontinence, les plaies de pression, l'emploi de moyens de contention, la prévention du déconditionnement, les réactions indésirables à un médicament, l'état d'hydratation et de nutrition, la gestion de la douleur, la gestion du sommeil, la gestion des comportements liés à la démence et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.

Parmi les domaines les moins susceptibles d'être soumis à des protocoles et à des mesures de surveillance, la prévention du déconditionnement et du déclin fonctionnel et la reconnaissance et la gestion du délire revêtent une importance particulière. Ces domaines ont un lien causal avec d'autres troubles (par ex. les plaies de pression et l'incontinence) et ce sont d'importants déterminants de la durée du séjour et de la destination à la sortie de l'hôpital. Les patients âgés qui sont immobilisés perdent entre deux et cinq pour cent de leur tonus musculaire chaque jour, situation qui, si elle n'est pas combattue, entraîne une perte fonctionnelle¹⁵. Par contre, des interventions légères peuvent prévenir ces risques – un protocole de mobilité des personnes âgées hospitalisées a permis de réduire le déclin fonctionnel et la durée des séjours de 8,72 jours à 4,96 jours¹⁶. Il est encourageant de constater que des protocoles d'intervention précoce en matière de mobilisation et de délire sont élaborés et mis en œuvre dans plusieurs organisations de la province, car cela signifie que ces problèmes de santé reçoivent une attention de plus en plus soutenue.

¹⁵ Gillis A et B MacDonald (2005). Deconditioning in the Hospitalized Elderly. *The Canadian Nurse* 101(6): 16-20.

¹⁶ Padula CA, C Hughes et L Baumhover (2009). Impact of a Nurse-Driven Mobility Protocol on Functional Decline in Hospitalized Older Adults. *Journal of Nursing Care Quality* 24(4): 325-331.

PLANIFICATION DE LA SORTIE ET DE LA TRANSITION DANS UN HÔPITAL ADAPTÉ AUX BESOINS DES AÎNÉS

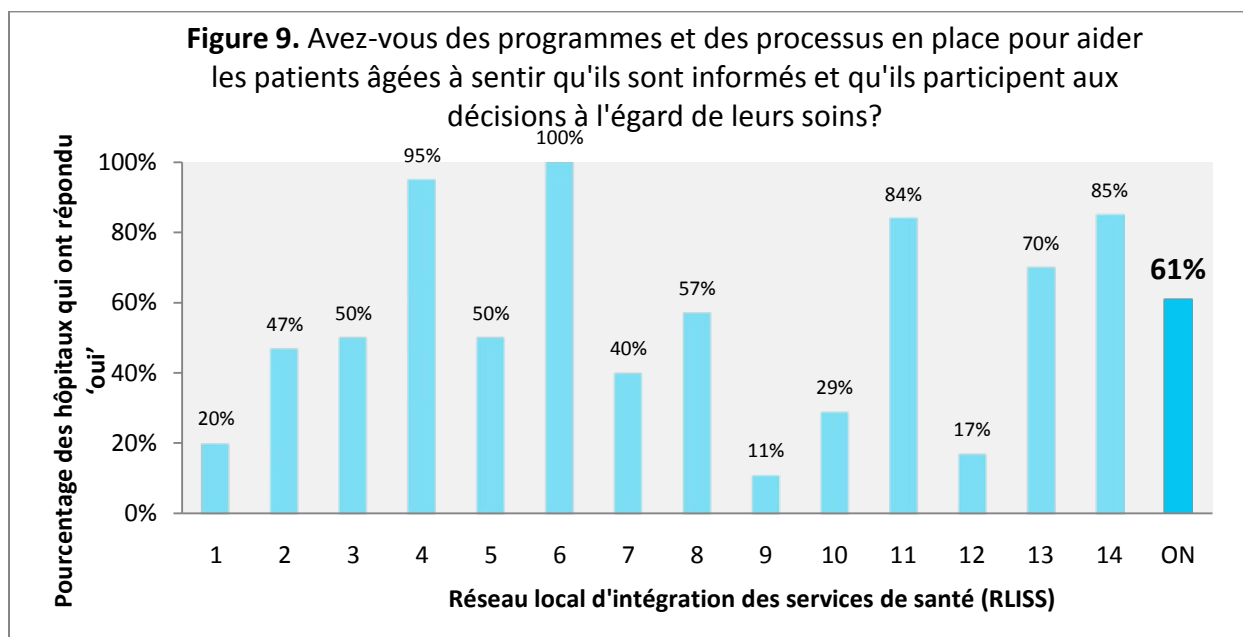
L'auto-évaluation du processus d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés a permis d'examiner les pratiques de planification de la sortie qui contribuent à l'identification rapide des risques et des besoins, à la bonne coordination des interventions et à l'orientation et la transition sans heurt des patients à l'intérieur et à l'extérieur des organisations et des services. La majorité des organisations déclarent des pratiques qui mènent à l'identification rapide des risques et des besoins à la sortie. Dans certains cas, les unités des hôpitaux emploient des outils de dépistage des patients à risque, ce qui déclenche l'intervention précoce appropriée par l'équipe interprofessionnelle de l'unité. L'établissement rapide des objectifs et les discussions sur la planification de la sortie avec les patients et les familles sont aussi utilisés pour déterminer les besoins des patients et stimuler la participation de la famille et sa collaboration avec l'équipe de soins. Les partenariats avec les services postactifs et communautaires sont également des éléments indispensables d'une bonne planification de la mise en congé des patients. Ces partenariats incluent une meilleure communication avec les fournisseurs de soins primaires, l'orientation vers des services gériatriques spécialisés, l'utilisation de portails de regroupement des services communautaires, de triage à la sortie, de partenariats communautaire tels les programmes Chez soi avant tout et Home at Last ainsi que les services d'intervention infirmières en soins de longue durée. La planification anticipée de la mise en congé et de la transition dès l'admission à l'hôpital alliés aux plans simples, structurés et personnalisés de mise en congé qui incluent la famille et les fournisseurs de soins communautaires est indispensable pour obtenir des mises en congé dans les meilleurs délais et qui sont durables. La capacité de travailler en équipe et d'établir des partenariats dans la collectivité sont aussi des éléments clés de pratique clinique dans les hôpitaux adaptés aux besoins des aînés.

PROTOCOLES DE SOINS – RECOMMANDATIONS

- 1) Mettre en œuvre dans les services des hôpitaux des protocoles interprofessionnels visant à optimiser les fonctions physiques, cognitives et psychosociales des patients âgés – ces protocoles pourraient inclure le dépistage des personnes à risque, des mesures de prévention, des stratégies de gestion et des protocoles de surveillance et d'évaluation
- 2) Soutenir la transition entre les soins en appliquant des pratiques et en établissant des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs

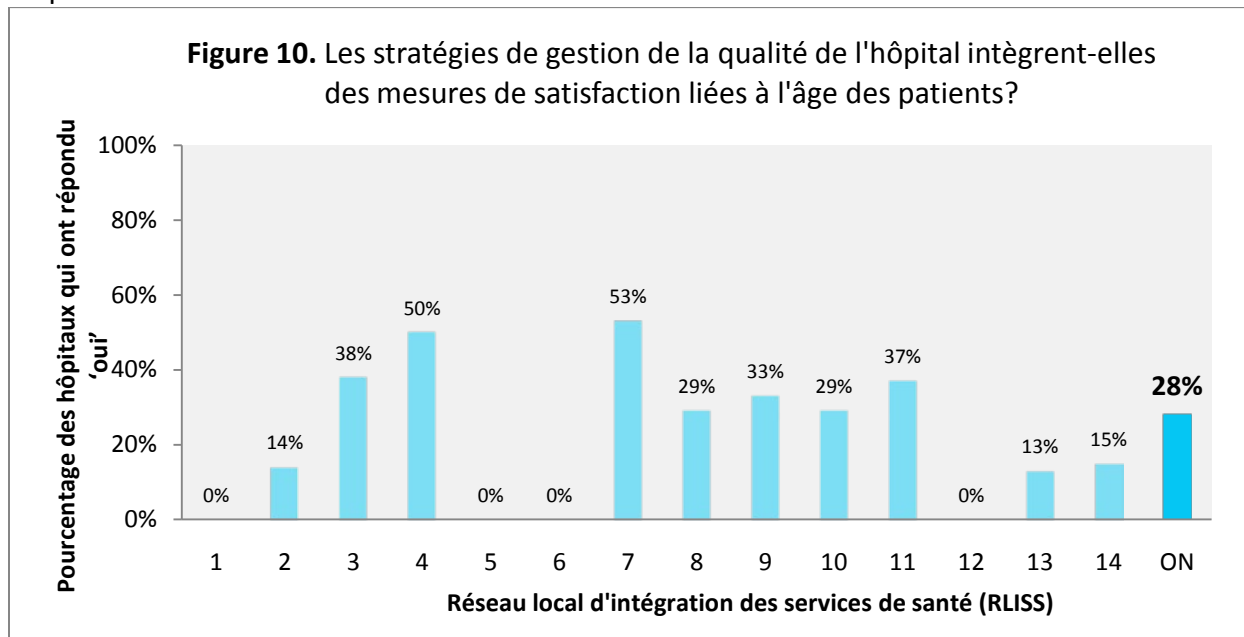
6.3 MILIEU ÉMOTIONNEL ET COMPORTEMENTAL

Les hôpitaux adaptés aux besoins des aînés créent une atmosphère respectueuse d'engagement et de compréhension des besoins émotionnels et comportementaux des personnes âgées et de leurs familles. Le processus d'auto-évaluation a révélé que bien que la majorité des hôpitaux aient des politiques et des activités qui soutiennent les soins ciblés et la diversité culturelle, près de la moitié n'ont pas adapté ces procédures en fonction des besoins des aînés (figure 9). Dans le monde moderne des hôpitaux orientés sur la tâche, où prédominent la formation sur la sécurité et les consignes cliniques, il se peut bien que nous ne portions pas suffisamment attention à certains éléments qui contribuent énormément au sentiment de bien-être et à la satisfaction du patient et de sa famille. Plusieurs organisations ont fait montre de pratiques prometteuses. Le programme de perfectionnement en adaptation aux besoins des aînés permet de sensibiliser le personnel de l'hôpital aux besoins des personnes âgées et encourage l'intégration de ces connaissances dans un mode de prestation des services axé sur la personne. Certaines organisations déploient des membres de leur personnel et des bénévoles aux services de navigation, de récréation, de socialisation, d'aide pour le choix des menus et de diversité culturelle – afin d'aider les aînés fragiles qui ont de la difficulté avec ces activités.



Les hôpitaux utilisent des enquêtes de satisfaction des patients, principalement au moyen du système NRC Picker™, pour obtenir des commentaires sur leurs projets d'amélioration de la qualité visant à bonifier l'expérience des patients. Très peu d'hôpitaux répartissent ces sondages par tranches d'âge, une pratique qui permettrait d'acquérir une meilleure compréhension des éléments de soins et de services les plus importants pour les patients âgés. Vingt-huit pour cent des hôpitaux de la province déclarent avoir inséré des mesures de satisfaction liée à l'âge dans leur stratégie d'amélioration (figure 10). Les aînés fragiles peuvent avoir une vision ou une dextérité amoindrie qui les empêche de remplir les questionnaires écrits standards. Dans un hôpital, des bénévoles se rendent au lit des patients âgés pour les aider à remplir les sondages de satisfaction,

assurant ainsi que l'avis des patients âgés est pris en compte dans les processus d'amélioration de la qualité.



Les personnes âgées fragiles ont des besoins complexes et ils doivent avoir un environnement qui comble leurs besoins de communication et leurs capacités sensorielles particulières. Souvent aussi ils comptent beaucoup sur leur famille ou d'autres aidants, qui forment une partie importante de leur cercle de soins. L'optimisation de l'engagement et de la participation des personnes âgées et des familles aux interactions de soins a été désignée comme un moyen d'améliorer l'état de santé et la satisfaction du patient¹⁷. Il sera tout particulièrement important de faciliter le partage des connaissances et d'encourager la diffusion et la mise en œuvre des pratiques prometteuses identifiées dans les rapports sommaires des RLISS. De cette façon, les hôpitaux de toute la province pourront mettre en place un milieu émotionnel et comportemental qui favorise l'établissement de partenariats avec les patients âgés et leurs familles.

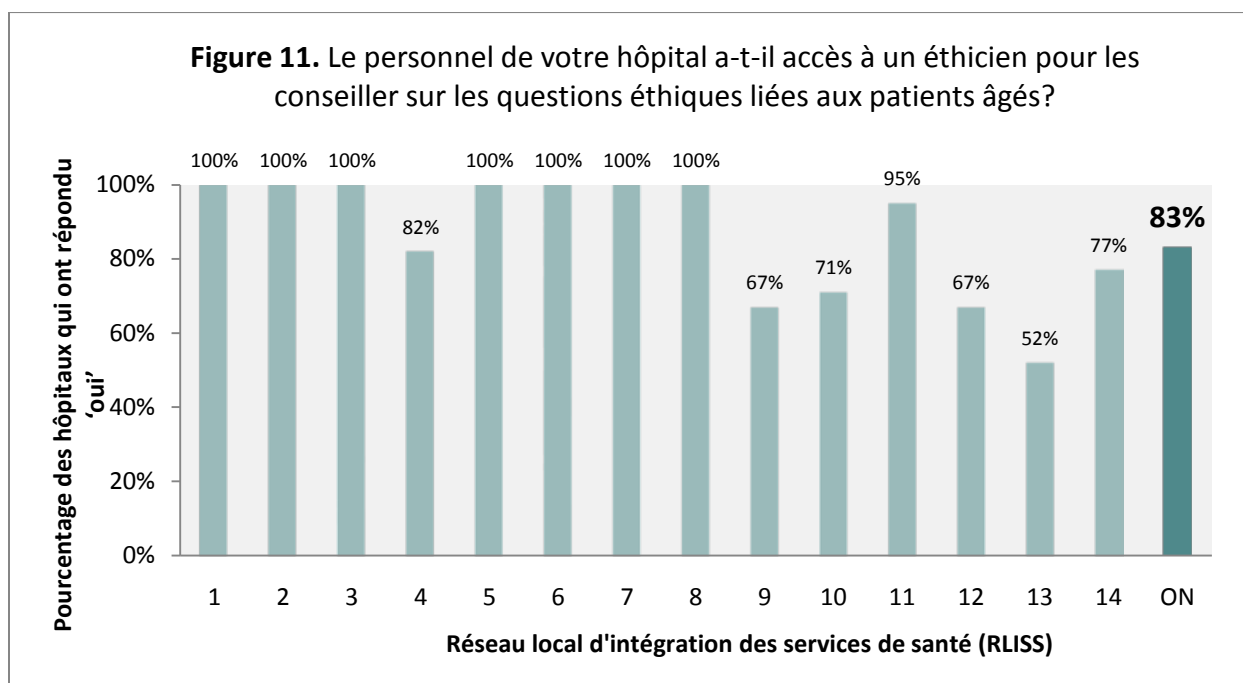
MILIEU ÉMOTIONNEL ET COMPORTEMENTAL – RECOMMANDATIONS

- 1) Donner à tous les membres du personnel, clinicien et non clinicien, une formation poussée en matière de sensibilisation aux besoins des personnes âgées afin de promouvoir une culture adaptée aux besoins des aînés dans tous les services de l'hôpital
- 2) Insérer une perspective d'adaptation aux besoins des aînés dans les pratiques de soins axés sur le patient et sur la diversité, afin que l'hôpital favorise la participation maximale des patients âgés et des familles/aidants à leurs soins en respect de leurs valeurs personnelles (sur le plan culturel, linguistique, spirituel, etc.)

¹⁷ Brown J (2004). *Patient-Centred Collaborative Practice*. Ottawa: Santé Canada.

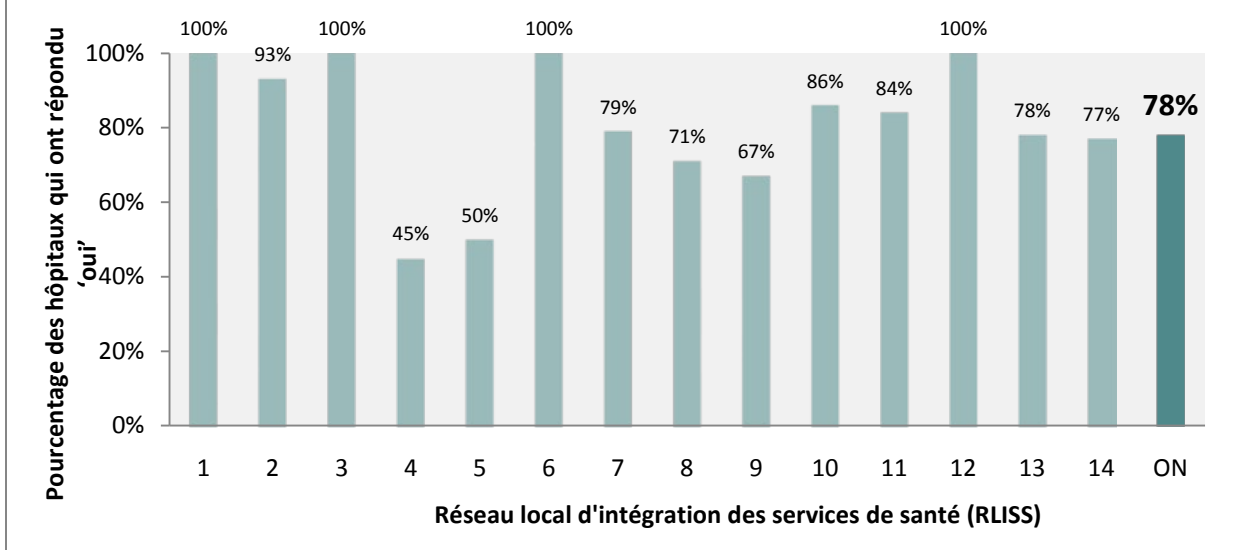
6.4 ÉTHIQUE DANS LES SOINS ET LA RECHERCHE CLINIQUES

Des situations éthiques complexes se manifestent dans l'exercice quotidien auprès des patients âgés. Les hôpitaux doivent avoir les ressources et les politiques en place pour pouvoir adopter une approche réfléchie et constante face à ces défis en vue d'équilibrer les risques, les avantages et l'autonomie des patients. Une majorité d'hôpitaux – 83 pour cent dans la province – ont accès à un éthicien clinique qui aide le personnel, les patients et les familles (figure 11). Habituellement, les organisations qui n'ont pas d'éthicien retiennent les services de sources externes, partagent les ressources avec d'autres organisations ou créent des comités d'éthique interprofessionnels. En milieu rural, certaines organisations déclarent que les consultations de nature éthique sont effectuées de façon compétente par les médecins de l'endroit qui possèdent une bonne connaissance du patient et de ses perspectives.



Les organisations de la province ont aussi élaboré des politiques liées à l'autonomie des patients. Par exemple, 78 pour cent des hôpitaux de l'Ontario ont élaboré des politiques et des procédures particulières pour les soins de niveau avancé (figure 12). Plusieurs de ces politiques sont limitées à la réanimation et devraient être revues pour inclure d'autres soins de niveau avancé dans d'autres domaines cliniques. Par exemple, certaines organisations offrent des formules complètes de planification des soins de niveau avancé afin d'informer les patients et les familles et les préparer à prendre le cas échéant les décisions complexes dictées par la situation. La majorité des hôpitaux sondés ont aussi en place des procédures formelles de prise de décision éclairée.

Figure 12. Votre hôpital a-t-il une politique particulière sur les soins de niveau avancé?



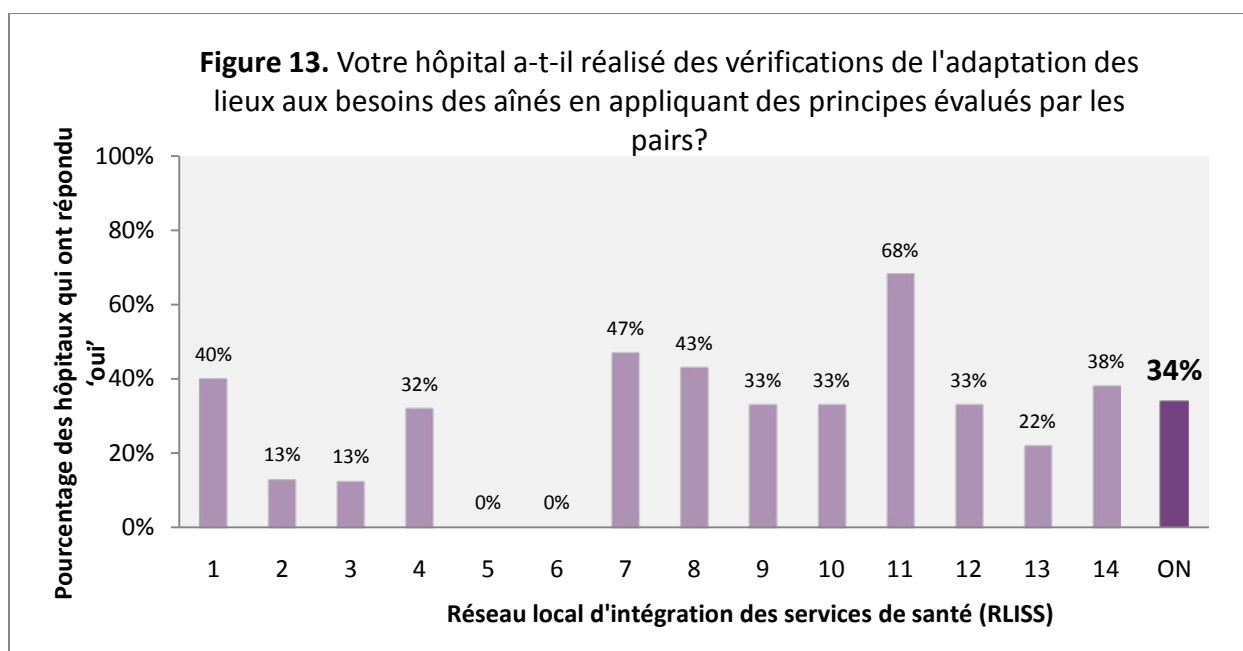
Les situations éthiques présentent souvent des cas uniques dans la pratique, car les convictions culturelles des patients et des familles modèlent leur façon de percevoir les priorités en matière de santé. Un cas rapporté dans les auto-évaluations faisait état de patients ambulatoires qui refusaient de rester dans leurs chambres pendant une épidémie. Les services éthiques de l'hôpital ont travaillé en consultation avec le comité sur la sécurité des patients et le service de lutte contre les infections pour mettre au point des stratégies qui respectaient d'une part l'autonomie de ces patients tout en veillant à la sécurité des autres patients vulnérables. Cette situation illustre aussi l'importance d'offrir des mesures d'apprentissage sur une base régulière sous la forme par exemple d'études de cas ou de séances d'apprentissage pendant l'heure de lunch afin que l'équipe de soins soit toujours prête à opter pour une attitude réfléchie dans de telles situations. Cette pratique est relativement courante dans la province, et en particulier dans les services en santé mentale où des situations particulièrement difficiles se présentent parfois. Dans les hôpitaux où les questions d'éthique n'ont pas été débattues de façon régulière, il pourrait être possible de profiter de l'expérience acquise par la communauté de la santé mentale à titre de ressource d'apprentissage commune.

ÉTHIQUE DANS LES SOINS ET LA RECHERCHE CLINIQUES – RECOMMANDATIONS

- 1) Mettre un éthicien ou un service de consultation éthique à la disposition du personnel de soutien, des patients et des familles aux prises avec des problèmes éthiques délicats.
- 2) Élaborer des pratiques et politiques formelles visant à assurer que les capacités et l'autonomie des patients âgés soient respectées.

6.5 MILIEU PHYSIQUE

Dans tous les RLISS, le milieu physique a été cité comme l'un des obstacles les plus importants à la prestation de soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés. Plusieurs structures ont été construites à une époque où les codes de construction faisaient peu de cas des problèmes d'accès. À l'heure actuelle, la plupart des hôpitaux se basent sur les codes de construction et la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO) pour planifier leurs espaces physiques. Il existe beaucoup de documentation sur la conception de milieux adaptés aux besoins des aînés^{18,19,20} dans lesquels sont formulés des principes en matière de soins cliniques et de sécurité qui vont plus loin que les simples règles d'accessibilité. Dans la province, 34 pour cent des hôpitaux seulement déclarent utiliser des ressources d'adaptation des lieux aux besoins des aînés pour vérifier l'adéquation de leurs espaces physiques (figure 13).



Dans le RLISS de Champlain, des ressources de planification de lieux adaptés aux besoins des aînés ont été adoptées rapidement, peut-être à la suite des connaissances acquises avec la publication de principes d'adaptation aux besoins des aînés par le PRSG de l'est de l'Ontario en 2004²⁰. Bien qu'il existe encore des barrières environnementales importantes, les hôpitaux de Champlain ont

¹⁸ Parke B et K Friesen (2008). *Code Plus: Physical Design Elements for an Elder Friendly Hospital*. Fraser Health Authority.

¹⁹ Frank C, J Hoffman et D Dickey (2007). Development and Use of a Senior Friendly Hospital Environmental Audit Tool. *Canadian Journal of Geriatrics* 10(2): 44-52.

²⁰ O'Keeffe, J (2004). Creating a Senior Friendly Physical Environment in our Hospitals. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society* 7(2): 49-52.

démontré un engagement ferme à intégrer les principes d'adaptation aux besoins des aînés dans leurs projets d'immobilisations. Les organisations d'autres RLISS commencent elles aussi à exprimer un engagement à cet égard. Par exemple, une organisation qui a déjà réalisé une vérification de l'adaptation des lieux aux besoins des aînés a collaboré avec le personnel de gestion de leurs établissements pour assurer que le fini de sol dans les endroits fréquentés par les patients soit partout mat et sans reflet – car pour les personnes âgées ayant une déficience visuelle, le reflet du plancher peut faire distraction et entraîner des chutes. Dans d'autres cas, des hôpitaux assignent des membres du personnel spécialement formés et enrôlent des aînés de la collectivité pour informer les équipes de conception des besoins pertinents. L'utilisation de ressources spécialisées dans l'adaptation aux besoins des aînés par les équipes de planification et de réalisation, par le personnel d'acquisition et par le personnel de maintenance est un facteur essentiel qui permet d'apporter continuellement aux installations des améliorations – qu'elles soient de grande envergure ou progressives – qui permettront avec le temps d'avoir des milieux physiques adaptés aux besoins des aînés.

MILIEU PHYSIQUE – RECOMMANDATIONS

- 1) Utiliser des ressources de conception adaptées aux besoins des aînés, en plus de lignes directrices en matière d'accessibilité, pour guider les activités de planification, d'approvisionnement et de maintenance des installations.
- 2) Réaliser régulièrement des vérifications du milieu physique et mettre en œuvre des améliorations basées sur les principes de conception adaptée aux besoins des aînés et sur le personnel ayant reçu une formation sur les besoins des personnes fragiles

7 Recommandations pour des soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario

Les recommandations qui suivent sont des mesures que les organisations peuvent prendre pour instaurer des soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés. L'annexe A présente certaines pratiques prometteuses mentionnées dans les rapports sommaires des RLSS qui viennent appuyer les plans d'actions recommandés.

RECOMMANDATIONS POUR LES HÔPITAUX

Soutien organisationnel

- 1) Obtenir du conseil d'administration et/ou insérer dans le plan stratégique des engagements de planification favorisant l'adaptation aux besoins des aînés.
- 2) Désigner un cadre supérieur/chef médical de l'hôpital pour prendre en charge les initiatives d'adaptation aux besoins des aînés à l'échelle de l'organisation.
- 3) Former et habiliter un ou des champions en gériatrie clinique pour agir à titre de ressource auprès des pairs et pour faciliter les changements sur le plan des pratiques et des politiques à l'échelle de l'hôpital.
- 4) Former et perfectionner le personnel en matière d'acquisition de compétences axées sur les personnes âgées.

Protocoles de soins

- 5) Mettre en œuvre dans les services des hôpitaux des protocoles interprofessionnels visant à optimiser les fonctions physiques, cognitives et psychosociales des patients âgés – ces protocoles pourraient inclure le dépistage des personnes à risque, des mesures de prévention, des stratégies de gestion et des protocoles de surveillance et d'évaluation.
- 6) Soutenir la transition entre les soins en appliquant des pratiques et en établissant des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs.

Milieu émotionnel et comportemental

- 7) Donner à tous les membres du personnel, clinicien et non clinicien, une formation poussée en matière de sensibilisation aux besoins des personnes âgées afin de promouvoir une culture adaptée aux besoins des aînés dans tous les services de l'hôpital.
- 8) Insérer une perspective d'adaptation aux besoins des aînés dans les pratiques de soins axés sur le patient et sur la diversité, afin que l'hôpital favorise la participation maximale des patients âgés et des familles/aidants à leurs soins en respect de leurs valeurs personnelles (sur le plan culturel, linguistique, spirituel, etc.).

Éthique dans les soins et la recherche cliniques

- 9) Mettre un éthicien ou un service de consultation éthique à la disposition du personnel de soutien, des patients et des familles aux prises avec des problèmes éthiques délicats.
- 10) Élaborer des pratiques et politiques formelles visant à assurer que les capacités et l'autonomie des patients âgés soient respectées.

Milieu physique

- 11) Utiliser des ressources de conception adaptées aux besoins des aînés, en plus de lignes directrices en matière d'accessibilité, pour guider les activités de planification, d'approvisionnement et de maintenance des installations.
- 12) Réaliser régulièrement des vérifications du milieu physique et mettre en œuvre des améliorations basées sur les principes de conception adaptée aux besoins des aînés et sur le personnel ayant reçu une formation sur les besoins des personnes fragiles.

Les hôpitaux auront besoin d'aide pour appliquer ces recommandations. Les aînés vulnérables ont souvent besoin de services de santé dans tout le continuum de soins. Par conséquent, un hôpital adapté aux besoins des aînés fonctionne comme un partenaire au sein du système de santé, fournissant une continuité de pratique qui optimise la capacité des personnes âgées de vivre de façon autonome dans la collectivité. Il est indispensable de planifier à l'échelle du système pour assurer que les hôpitaux et le système de santé travaillent ensemble pour promouvoir un vieillissement dans les meilleures conditions.

RECOMMANDATIONS POUR LES RLISS

- 1) Fournir du soutien* aux hôpitaux pour opérationnaliser les plans d'action facilitant l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, en veillant à la mise en œuvre coordonnée de pratiques fondées sur des faits dans toute la province.
- 2) Désigner des champions d'hôpitaux adaptés aux besoins des aînés dans chaque RLISS.
- 3) Mettre en place pour chaque RLISS une entité d'organisation (par ex. un comité directeur) ayant pour mandat d'aider à planifier l'intégration des services en matière de soins adaptés aux besoins des aînés, de répondre aux besoins de la collectivité et de favoriser les partenariats intersectoriels de prestation des soins – inclure dans ces entités des représentants des hôpitaux, des soins primaires, des services communautaires, des établissements de soins de longue durée, des personnes âgées et de leurs familles.
- 4) Assurer l'alignement de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario avec les autres priorités et processus de la province (par ex. les plans d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux).
- 5) Trouver des outils pour aider les hôpitaux à mesurer le succès des initiatives d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés à l'échelle provinciale.

*Le soutien pourrait inclure des ressources de formation, des guides de pratiques exemplaires, etc.

Les recommandations contenues dans ce rapport aideront les hôpitaux à fonctionner comme des organisations adaptées aux besoins des aînés. Les recommandations destinées aux RLISS aideront les hôpitaux et permettront de les intégrer dans un système de santé adapté aux besoins des aînés, de promouvoir les partenariats entre fournisseurs de services de santé et d'optimiser la transition entre les soins. Ce rapport sommaire a présenté une évaluation environnementale des pratiques SAHBA dans la province. À notre connaissance, il s'agit de la première enquête à grande échelle sur les pratiques adaptées aux besoins des aînés à être réalisée au Canada.

Sur la base des pratiques prometteuses formulées dans ce rapport, des opinions émises par les spécialistes et de l'étude de la littérature pertinente, **les plans d'action suivants sont proposés pour agir sur les priorités cliniques (1) du déclin fonctionnel, (2) du délire et (3) de la transition entre les soins.** Les occasions de mettre à profit les pratiques prometteuses, de développer les interventions existantes et de réduire le temps d'attente dans les urgences et les ANS sont autant de facteurs qui ont été pris en considération lors de la désignation de ces trois priorités. Ces dernières ont également un lien causal avec différents éléments importants tels les fonctions physiques et cognitives, la sécurité, la satisfaction, les options d'orientation à la sortie du patient, la durée des séjours et les réadmissions.

L'expérience nous indique que les pratiques de gériatrie qui connaissent le succès sont basées sur une approche holistique qui tient compte des influences de l'ensemble du milieu de soins²¹. Les plans d'action présentés plus bas décrivent comment les recommandations formulées dans le Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés aideront à réaliser les priorités suggérées et à optimiser les résultats obtenus :

²¹ Boltz M, E Capezuti et N Shabbat (2010). Building a framework for a geriatric acute care model. *Leadership in Health Sciences* 23(4): 334-360.

PRIORITÉ 1 – DÉCLIN FONCTIONNEL : Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de mobilisation précoce dans tous les services des hôpitaux afin d’optimiser les fonctions physiques des patients.

Justification

- Les taux de mobilisation des patients admis dans les hôpitaux de soins actifs sont inadmissiblement bas – les personnes âgées hospitalisées qui se déplacent pendant les deux semaines précédant leur admission passent **43 minutes par jour** (valeur médiane) debout ou à se déplacer²².
- L’immobilité est dangereuse pour la santé et le bien-être du patient – privés de mobilité, les patients âgés perdent de deux à cinq pour cent de leur tonus musculaire par jour²³.
- Des interventions légères peuvent prévenir ces risques – un protocole de mobilité des personnes âgées hospitalisées a permis de réduire le déclin fonctionnel et la durée des séjours de 8,72 jours à 4,96 jours²⁴.

Synergies – alignement avec d’autres initiatives provinciales

- Stratégie provinciale de prévention des chutes
- ANS
- Temps d’attente dans les urgences, durée des séjours
- Taux de réadmission
- Sécurité
- Loi sur l’excellence des soins pour tous

Avantages de la priorité

- Intervention réalisable
- Investissement dans le développement des RH et le changement des processus axé sur la qualité et l’efficacité
- Fort impact potentiel :
 - Système** – ANS, durée des séjours, réadmissions
 - Hôpital** – ANS, durée des séjours, réadmissions, satisfaction du personnel, réduction concomitante des complications liées à l’immobilité et à l’alitement (par ex. plaies de pression, déclin circulatoire et respiratoire)
 - Personne/famille** – réduction des événements indésirables, amélioration des fonctions physiques et de l’état du patient, plus de destinations/options à la sortie de l’hôpital

²² Brown CJ, DT Redden, KL Flood et RM Allman (2009). The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 57: 1660-1665.

²³ Gillis A et B MacDonald (2005). Deconditioning in the Hospitalized Elderly. *The Canadian Nurse* 101(6): 16-20.

²⁴ Padula CA, C Hughes et L Baumhover (2009). Impact of a Nurse-Driven Mobility Protocol on Functional Decline in Hospitalized Older Adults. *Journal of Nursing Care Quality* 24(4): 325-331.

PRIORITÉ 1 – DÉCLIN FONCTIONNEL

DÉPISTER

Évaluer les patients âgés tôt après leur admission afin de détecter le risque de déclin fonctionnel

GÉRER

Mettre en place des protocoles fondés sur les faits et adaptés en fonction du contexte local

(voir l'annexe A pour obtenir des exemples)

SURVEILLER/ÉVALUER

Se conformer aux indicateurs pour les hôpitaux définis dans la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario

Examen régulier et déclaration aux comités sur la qualité et sur la sécurité

Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés – recommandations – activités visant à soutenir la priorité

Soutien organisationnel

(1) Engagement du conseil d'administration	<ul style="list-style-type: none"> Le cadre supérieur en charge se rapporte au conseil Groupe de travail des cadres supérieurs en charge de la mise en œuvre du programme de mobilité Représentation sur le comité qualité et sécurité
(2) Cadre supérieur en charge	
(3) Champions en gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> Ressource d'entraide et accompagnateur pour les protocoles de mobilité Renforce les activités formelles de mise en pratique des connaissances
(4) Développement des RH	<ul style="list-style-type: none"> Formation formelle sur les protocoles de mobilité

Milieu émotionnel et comportemental

7) Sensibilisation aux besoins des aînés	<ul style="list-style-type: none"> Formation d'initiation ou mise à jour des connaissances de tout le personnel, clinicien et non clinicien, sur le vieillissement, les soins axés sur la personne et les compétences culturelles intégrées aux processus d'évaluation de la performance
(8) Pratiques adaptées aux besoins des aînés, axées sur la personne et la diversité	

Éthique dans les soins et la recherche cliniques

(9) Services d'éthique disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la disponibilité d'un éthicien ou d'un comité d'éthique pour aider les équipes cliniques, les patients et les familles à prendre les décisions complexes
(10) Politiques en faveur de l'autonomie, de la capacité et du consentement éclairé	

Milieu physique

(11) Ressources de conception adaptée aux besoins des aînés utilisées en plus des consignes d'accessibilité (LAPHO)	<ul style="list-style-type: none"> Revoir l'aménagement des services pour permettre la mobilisation Apporter des modifications physiques pour réduire le risque de chute
(12) Inspection des lieux et améliorations	<ul style="list-style-type: none"> Revoir l'achat d'équipement pour favoriser la mobilité des patients

PRIORITÉ 2 – DÉLIRE : Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de dépistage, de prévention et de gestion du délire dans tous les services des hôpitaux afin d’optimiser les fonctions cognitives des patients.

Justification

- Le taux de délire chez les patients âgés hospitalisés peut atteindre 50 pour cent, y compris les personnes qui délirent au moment de leur admission et celles qui développent un délire pendant leur hospitalisation^{25,26,27}.
- Le délire est associé à plusieurs situations fâcheuses – non géré, le délire cause le déclin fonctionnel, prolonge les séjours, fait grimper les coûts, augmente le taux de placement de longue durée et de mortalité^{25,26,27}.
- Des protocoles fondés sur les faits sont décrits dans la littérature^{28,29} et des normes de pratique ont été mises à l’essai dans des hôpitaux de l’Ontario (voir l’annexe A pour obtenir des exemples).

Synergies – alignement avec d’autres initiatives provinciales

- Chutes
- Taux de réadmission
- Temps d’attente dans les urgences, durée des séjours
- ANS
- Sécurité
- Loi sur l’excellence des soins pour tous

²⁵ Gillick MR, NA Serrell et LS Gillick (1982). Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Social Science et Medicine* 16: 1033-1038.

²⁶ Chisholm SE, OL Deniston, RM Ingrisan et AJ Barbus (1982). Prevalence of confusion in elderly hospitalized patients. *Journal of Gerontological Nursing* 8: 87-96.

²⁷ Inouye SK, MJ Schlesinger et TJ Lydon (1999). Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine* 106: 563-573.

²⁸ Inouye SK, CH van Dyck, CA Alessi, S Balkin, AP Siegal et RI Horwitz (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detecting delirium. *Annals of Internal Medicine* 113: 941-948.

²⁹ Inouye SK, ST Bogardus Jr, DI Baker, L Leo-Summers et LM Cooney Jr (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 48: 1679-1706.

Avantages de la priorité

- Intervention susceptible d'être mise en œuvre sur une plus ou moins grande échelle
- Investissement dans le développement des RH et le changement des processus axé sur la qualité et l'efficacité
- Fort impact potentiel :
 - Systeme** – ANS, durée des séjours
 - Hôpital** – ANS, durée des séjours, satisfaction du personnel, réduction des complications liées au délire (par ex. chutes, présence d'observateurs directs et consommation de psychotropes)
- **Personne/famille** – réduction des événements indésirables, amélioration de l'état du patient

PRIORITÉ 2 – DÉLIRE

DÉPISTER

Évaluer les patients âgés tôt après leur admission afin de détecter le risque de délire

GÉRER

Mettre en place des stratégies de détection rapide et de protocoles de gestion du délire fondés sur les faits et adaptés en fonction du contexte local

(voir l'annexe A pour obtenir des exemples)

SURVEILLER/ÉVALUER

Se conformer aux indicateurs pour les hôpitaux définis dans la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario

Examen régulier et déclaration aux comités sur la qualité et sur la sécurité

Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés – recommandations – activités visant à soutenir la priorité

Soutien organisationnel

(1) Engagement du conseil d'administration	<ul style="list-style-type: none">• Le cadre supérieur en charge se rapporte au conseil• Groupe de travail des cadres supérieurs en charge de la mise en œuvre du programme sur le délire• Représentation sur le comité qualité et sécurité
(2) Cadre supérieur en charge	
(3) Champions en gériatrie	<ul style="list-style-type: none">• Ressource d'entraide et accompagnateur pour les protocoles sur le délire• Renforce les activités formelles de mise en pratique des connaissances
(4) Développement des RH	<ul style="list-style-type: none">• Formation formelle sur le délire

Milieu émotionnel et comportemental

(7) Sensibilisation aux besoins des aînés	<ul style="list-style-type: none">• Formation d'initiation ou mise à jour des connaissances de tout le personnel, clinicien et non clinicien, sur le vieillissement, les soins axés sur la personne et les compétences culturelles intégrées aux processus d'évaluation de la performance
(8) Pratiques adaptées aux besoins des aînés, axées sur la personne et la diversité	

Éthique dans les soins et la recherche cliniques

(9) Services d'éthique disponibles	<ul style="list-style-type: none">• Assurer la disponibilité d'un éthicien ou d'un comité d'éthique pour aider les équipes cliniques, les patients et les familles à prendre les décisions complexes
(10) Politiques en faveur de l'autonomie, de la capacité et du consentement éclairé	

Milieu physique

(11) Ressources de conception adaptée aux besoins des aînés utilisées en plus des consignes d'accessibilité (LAPHO)	<ul style="list-style-type: none">• Revoir l'aménagement des services pour créer un milieu qui minimise le délire• Revoir l'achat d'équipement pour aider les patients à risque de délire
(12) Inspection des lieux et améliorations	

PRIORITÉ 3 – TRANSITION ENTRE LES SOINS : *Soutenir la transition entre les soins en mettant en place des pratiques et des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs.*

Justification

- Après leur sortie de l'hôpital, 49 pour cent des patients connaissent au moins un événement fâcheux incluant les erreurs de médication, les erreurs de suivi des instructions et les tests inutiles^{30,31,32}.
- Associé à de mauvais résultats – sortie d'hôpital qui échoue et réadmission à l'hôpital.
- Des protocoles fondés sur les faits sont décrits dans la littérature³³ et des normes de pratique ont été mises à l'essai dans des hôpitaux de l'Ontario (voir l'annexe A pour obtenir des exemples).
- Quand elle est amorcée tôt dans le processus, la planification continue de la transition aide à éliminer les interruptions de soins, réduire la durée des séjours, réduire le taux de réadmission, éliminer les erreurs médicales et hausser la qualité des soins, tout en améliorant les partenariats et la collaboration entre fournisseurs de soins.

Synergies – alignement avec d'autres initiatives provinciales

- Temps d'attente dans les urgences, durée des séjours
- Taux de réadmission
- Sécurité
- Partenariats communautaires (Chez soi avant tout, Home at Last, etc.)
- Excellence des soins pour tous

³⁰ Forster A, HD Clark, A Menard, N Dupuis, R Chernish, N Chandok, A Khan et C van Walraven (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal* 170: 345-349.

³¹ Moore C, J Wisnivesky, S Williams et T McGinn (2003). Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine* 18: 646-651.

³² Marcantano ER, S McKean, M Goldfinger, S Kleefield, M Yurkofsky et TA Brennan (1999). Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a Medicare managed care plan. *American Journal of Medicine* 107: 13-17.

³³ Inouye SK, CH van Dyck, CA Alessi, S Balkin, AP Siegal et RI Horwitz (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detecting delirium. *Annals of Internal Medicine* 113: 941-948.

Avantages de la priorité

- Interventions et partenariats réalisables
- Investissement dans le développement des RH et le changement des processus axé sur la qualité et l'efficacité
- Meilleure collaboration entre les organisations, partenariats et effet bénéfique sur l'ensemble du système
- Fort impact potentiel :
 - Systeme** – meilleure intégration et meilleure performance du système
 - Organisation** – durée des séjours, taux de réadmission, partenariats améliorés
- **Personne/famille** – réduction des événements indésirables, amélioration de l'état du patient, satisfaction, meilleure continuité des soins

PRIORITÉ 3 – TRANSITION ENTRE LES SOINS

DÉPISTAGE

Évaluation rapide des besoins, identification des problèmes de transition et engagement/établissement d'objectifs avec les patients et les familles

GÉRER

Mettre en place des protocoles cliniques adaptés en fonction du contexte local

(voir l'annexe A pour obtenir des exemples)

SURVEILLER/ÉVALUER

Se conformer aux indicateurs pour les hôpitaux définis dans la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario

Examen régulier et déclaration aux comités sur la qualité et sur la sécurité

Cadre d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés – recommandations – activités visant à soutenir la priorité

Soutien organisationnel

(1) Engagement du conseil d'administration	<ul style="list-style-type: none"> Le cadre supérieur en charge se rapporte au conseil Groupe de travail des cadres supérieurs en charge de la mise en œuvre des processus de soins et de l'établissement des partenariats Représentation sur le comité qualité et sécurité
(2) Cadre supérieur en charge	
(3) Champions en gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> Ressource d'entraide et accompagnateur, travaille avec les planificateurs des sorties pour établir des partenariats Renforce les activités formelles de mise en pratique des connaissances
(4) Développement des RH	<ul style="list-style-type: none"> Formation formelle sur la transition entre les soins, les ressources locales pour les aînés, la collaboration entre les organisations

Milieu émotionnel et comportemental

(7) Sensibilisation aux besoins des aînés	<ul style="list-style-type: none"> Formation d'initiation ou mise à jour des connaissances de tout le personnel, clinicien et non clinicien, sur le vieillissement, les soins axés sur la personne et les compétences culturelles intégrées aux processus d'évaluation de la performance
(8) Pratiques adaptées aux besoins des aînés, axées sur la personne et la diversité	

Éthique dans les soins et la recherche cliniques

(9) Services d'éthique disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la disponibilité d'un éthicien ou d'un comité d'éthique pour aider les équipes cliniques, les patients et les familles à prendre les décisions complexes
(10) Politiques en faveur de l'autonomie, de la capacité et du consentement éclairé	

Milieu physique

(11) Ressources de conception adaptée aux besoins des aînés utilisées en plus des consignes d'accessibilité (LAPHO)	<ul style="list-style-type: none"> Revoir l'aménagement des services et l'achat d'équipement pour promouvoir la sécurité des patients, la communication et l'utilisation d'aides pour promouvoir le partage d'information entre fournisseurs de services
(12) Inspection des lieux et améliorations	

8 Prochaines étapes

Ce rapport aidera à définir l'étape suivante de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés de l'Ontario – mettre en œuvre des changements positifs dans les soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés au moyen d'outils adaptables au contexte particulier des différents RLISS et de leurs hôpitaux. Au cours de l'année qui vient, les RLISS examineront ensemble les recommandations systémiques contenues dans ce rapport et aideront les hôpitaux à planifier les mesures locales, régionales et provinciales susceptibles de faire avancer la stratégie. À court terme, les RLISS concentreront leurs efforts sur la mise au point d'une approche provinciale coordonnée face aux trois priorités cliniques désignées dans ce rapport : le déclin fonctionnel, le délire et la transition entre les soins. Dans le cadre d'une démarche graduelle, les RLISS aideront les hôpitaux à élaborer des plans pour favoriser les soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés en conformité avec ces trois priorités provinciales. Au printemps 2012, les RLISS et les hôpitaux adopteront au moins un indicateur pour mesurer les améliorations apportées aux soins des personnes âgées dans le cadre de la stratégie.

Annexe A Pratiques prometteuses qui vont dans le sens des recommandations pour l'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés

Voici quelques pratiques prometteuses présentées dans les rapports sommaires des RLISS. Le ou les rapports sommaires dans lesquels la pratique est décrite sont indiqués entre parenthèses. Pour en savoir plus, consulter le rapport sommaire de ces RLISS. Les sites web des RLISS sont accessibles à l'adresse suivante :

http://www.lhins.on.ca/page.aspx?id=850&ekmense1=e2f22c9a_72_310_btnlink

PRIORITÉ 1 – DÉCLIN FONCTIONNEL

- Programme d'aide ambulatoire, DVD « Exercises at the Kitchen Sink » (ÉSC)
- Hospital Elder Life Program (SO, HNHB, MH, Centre, CE, SE)
- Mobilité précoce (WW, CT)
- Health Outcomes for Better Information and Care (HNHB)
- Programme STAR de remise en condition à court terme (Centre)
- Programme de soins transitoires pour la réactivation (Centre)
- Programme d'activation gériatrique (CE)
- Mobilité des patients à la réception du plateau-repas (CE)
- Programme Patients en mouvement (SNM)
- Modèle interprofessionnel de soins de rétablissement (NE)
- Normes pour la mobilisation des patients âgés (NE)
- Salle d'évaluation des AQ (NO)

PRIORITÉ 2 – DÉLIRE

- Prévention du délire par des soins plus sécuritaires maintenant (SO)
- Hôpital Elder Life Program (SO, HNHB, MH, Centre, CE, SE)
- Dépistage du délire (CO, MH)
- Prévention interprofessionnelle du délire (CT)
- Maximizing Aging Using Volunteer Engagement – MAUVE (CT)
- Volunteers Assisting the Leisure Unique needs of our Elderly – VALUE (CE)

PRIORITÉ 3 – TRANSITION ENTRE LES SOINS

- Programme Extenuating Circumstances du CASC (ÉSC)
- Outil d'évaluation à la sortie Blaylock (SO, CE)
- Mise en congé sécuritaire, équipe de liaison sortie-SLD (SO)
- Réunions trimestrielles avec les foyers SLD/de retraite (WW)
- Infirmières praticiennes en SLD, équipe d'intervention infirmière, infirmières praticiennes de soutien aux équipes et d'évitement des transferts, service infirmier mobile d'urgence (CO, MH, CT, Centre, CE)
- Partenariat de services communautaires, partenariats des maisons de retraite pour les soins de transition (MH, CO, CT, Centre)
- Programme ASSIST – All-Inclusive Seamless Services for Independence of Seniors' Today and Tomorrow (MH)
- Rencontres de planification des mises en congé avec le RLISS et les services communautaires (MH)
- Évaluation des risques SPICCES (CT, Centre)
- Soutien de consultation communautaire (CT)
- Partenariat « Stepping Stone » pour les lits de soins transitoires (CT)
- Service hospitalier virtuel (CT)
- Contacts téléphoniques après le retour au domicile (CT, SNM, Champlain, NE)
- Résumés interprofessionnels de mise en congé envoyés aux médecins de famille (Champlain)
- Modèle de soins interprofessionnel pour le système médical (Centre)
- Évaluations du domicile avant la mise en congé avec le CASC (Centre)
- Planification de la mise en congé avec l'aide d'ergothérapeutes (CE)
- Programme ASPEN – Assisting People Entering Nursing Home (CE)
- Partenariat avec les équipes de soins familiaux (CE, SNM)
- Programme BOOST – Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions (CE)
- Trousse de mise en congé (CE)
- Outil de dépistage des patients à risque dans les services des urgences (SE, NO)
- Modèle de mise en congé transitoire, programmes de la communauté Wendat (SNM)
- Programme de transition vers le domicile (NE)
- Éléments propres aux aînés dans l'historique d'admission (NO)

Annexe B Contributeurs

COMMANDITAIRES

CAMILLE ORRIDGE	CHEF DE LA DIRECTION, RLISS CENTRE-TORONTO
VANIA SAKELARIS	DIRECTRICE PRINCIPALE, RLISS CENTRE-TORONTO
JANINE HOPKINS	DIRECTRICE PRINCIPALE, RLISS CENTRE-TORONTO

AUTEURS DES RAPPORTS SOMMAIRES DES RLISS

ÉRIÉ ST. CLAIR, SUD-OUEST	Erin Finley MScOT Elizabeth McCarthy MHSc CHE Michael Borrie MB ChB FRCPC
WATERLOO WELLINGTON	Cathy Sturdy Smith BA MSc Amra Noor MD FRCPC Gagan Sarkaria MD FRCPC
HAMILTON NIAGARA HALDIMAND BRANT	Anne Pizzacalla BScN MHSc Sharon Marr BSc MD FRCPC Med
CENTRE-OUEST, MISSISSAUGA HALTON, CENTRE-TORONTO, CENTRE, CENTRE-EST, SIMCOE NORD MUSKOKA	Ken Wong BScPT MSc Barbara Liu MD FRCPC
SUD-EST	Rosemary Brander PhD(c) PT John Puxty MB ChB FRCPC
CHAMPLAIN, NORD-OUEST	Cal Martell BA Kelly Milne BScOT Stephanie Amos MEd PhD
NORD-EST	Cal Martell BA Martha Auchinleck BA Kim Rossi RSW

PRSG DU COMITÉ CONSULTATIF DES HÔPITAUX ADAPTÉS AUX BESOINS DES AÎNÉS DE L'ONTARIO

PRSG DU SUD-OUEST DE L'ONTARIO (LONDON)	Elizabeth McCarthy
PRSG DU CENTRE (HAMILTON)	David Jewell Sharon Marr
PRSG DE TORONTO	Barbara Liu David Ryan Marlene Awad Ken Wong
PRSG DU SUD-EST DE L'ONTARIO (KINGSTON)	Eleanor Plain John Puxty Rosemary Brander
PRSG DU DE L'EST DE L'ONTARIO (OTTAWA)	Kelly Milne
SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS DU NORD-EST (SUDBURY)	Kim Rossi

CHEFS DE LA STRATÉGIE DES HÔPITAUX ADAPTÉS AUX BESOINS DES AÎNÉS DE L'ONTARIO

ÉRIÉ ST. CLAIR	Alec Anderson
SUD-OUEST	Julie Girard
WATERLOO WELLINGTON	Gloria Whitson Shea Teresa Van Parys
HAMILTON NIAGARA HALDIMAND BRANT	Shirley Stewart Steven Isaak
CENTRE-OUEST	Nazira Jaffer
MISSISSAUGA HALTON	Heather Willis
CENTRE-TORONTO	Teresa Martins Stephanie Smit
CENTRE	Annette Marcuzzi Mary Floro-White
CENTRE-EST	Brian Laundry
SUD-EST	Cory Russell
CHAMPLAIN	Chantale LeClerc
SIMCOE NORD MUSKOKA	Sandra Easson-Bruno Ligaya Byrch
NORD-EST	Martha Auchinleck Bruce Villella
NORD-OUEST	Kirsti Tasala Sharlene Kuzik

Nous remercions Cal Martell, Robyn Letson et Carina Reider pour l'aide qu'ils et elles ont apportée à la rédaction de ce rapport.

Annexe C Abréviations

ANS	Autre niveau de soins
AQ	Activités quotidiennes
ASSIST	All-inclusive Seamless for Independence of Seniors' Today and Tomorrow
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CE	Centre-Est
CO	Centre-Ouest
CT	Centre-Toronto
ÉSC	Érié St. Clair
FAQ	Foire aux questions
HELP	Hospital Elder Life Program
HNHB	Hamilton Niagara Haldimand Brant
LAPHO	Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario
MH	Mississauga Halton
NE	Nord-Est
NICHE	Nurses Improving Care of Healthsystem Elders
NO	Nord-Ouest
NRC	National Research Corporation
ON	Ontario
PRSG	Programme régional de soins gériatriques
RÉIG	Réseau d'évaluation et d'intervention en gériatrie
RH	Ressources humaines
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SAHBA	Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés
SAPA	Soins actifs pour les personnes âgées
SE	Sud-Est
SLD	Soins de longue durée
SNM	Simcoe Nord Muskoka
SSG	Services spécialisés en gériatrie
SO	Sud-Ouest
SU	Services des urgences
WW	Waterloo Wellington

