

**The Council  
on Aging  
of Ottawa**



**Le Conseil sur  
le vieillissement  
d'Ottawa**

**NOUVEAU PARADIGME POUR RÉSOUDRE LA CRISE  
ENTOURANT LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS :  
LA VOIE À SUIVRE**

**4 JUILLET 2011**

Le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa  
1247, place Kilborn, bureau 101  
Ottawa (Ontario)  
[www.coaottawa.ca](http://www.coaottawa.ca)

I.	Table des matières .....	2
II.	Sommaire .....	3
III	Comprendre la problématique des autres niveaux de soins .....	5
IV	Objectif du forum .....	11
V.	Déroulement du forum .....	12
VI.	Principales conclusions et analyse .....	14
VII.	Recommandations .....	18
VIII.	Plan d'action et prochaines étapes .....	21
IX.	Notes .....	22

## II. Sommaire

Comment aidons-nous nos aînés à prendre soin de leur santé en restant chez eux et à bien vieillir au sein de la communauté? Il s'agit là d'une problématique chronique du système qui ne fera que s'intensifier avec le vieillissement de la population. Comme les stratégies et les programmes individuels se sont révélés inadéquats pour soutenir la population d'aînés, la frustration gagne les gestionnaires de soins de santé, les clients et les familles. Les raisons sont nombreuses pour justifier l'hospitalisation des aînés qui doivent subir des traitements et des interventions, et les pressions et programmes pour accélérer leur congé sont tout aussi nombreux. Par conséquent, les aînés se retrouvent souvent dans des établissements de soins de longue durée alors qu'ils pourraient vivre encore bien des années dans la communauté en toute autonomie ou avec une aide à la vie autonome. Cette situation diminue la qualité de vie des aînés et de leurs familles, en plus d'avoir un impact financier important sur le système de santé. Bien que le problème existe depuis plus de 30 ans, le défi qui consiste à favoriser l'engagement et l'autonomie des aînés est encore plus difficile à relever aujourd'hui en raison de la hausse des coûts de soins de santé, de la lourdeur de la bureaucratie, de l'allocation des rares ressources et plus important encore, du manque de services de soutien communautaire.

Depuis plus de dix ans, le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa se fait le défenseur des aînés au sujet de la transition de l'hôpital à la maison. Avec une population d'aînés qui représente environ 12 % de la population totale, ou près de 100 000 personnes à Ottawa, on s'inquiète de plus en plus de la capacité du système de santé à répondre aux besoins de ce groupe distinct et complexe<sup>1</sup>. Nous prévoyons que la population d'aînés à Ottawa dépassera 190 000 personnes, soit 16 % de la population totale, d'ici 2021, et triplera pour atteindre le chiffre de 230 922, ou 20,3 % de la population totale, d'ici 2031. Quand on tient compte des familles et des proches aidants, ce sont entre 500 000 et 700 000 personnes qui sont touchées par ce problème. Il est maintenant temps de trouver des solutions et de les mettre en œuvre.

En 2009, le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa a organisé un forum pour préciser les enjeux les plus critiques pour les aînés, leurs familles et les fournisseurs de soins de santé. Le 1<sup>er</sup> octobre 2010, le Conseil, avec l'aide du Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario et du Centre d'accès aux soins communautaires de Champlain, a fait un premier pas vers un nouveau paradigme pour résoudre la crise entourant les autres

---

<sup>1</sup> Social Data Research et Flett Consulting Group. 2007. *Recueil statistique sur le vieillissement*; Ville d'Ottawa.

niveaux de soins (ANS) à Ottawa. Ce rapport fait état des propos des participants au forum sur les soins de santé et nous ouvre des perspectives pour l'avenir.

### **III. Comprendre la problématique des autres niveaux de soins**

**« Nous devons commencer à voir les autres niveaux de soins comme une défaillance du système. »**

*Narendra Shah, directeur principal, RLISS de Mississauga Halton, Forum des aînés, automne 2010*

La désignation « autres niveaux de soins », ou **ANS**, (connue aussi sous le terme de soins transitoires) s'applique aux patients des hôpitaux de soins actifs (soins de courte durée) qui ont terminé leur phase active de traitement et ont besoin de soins pouvant leur être offerts plus avantageusement dans un autre type d'établissement. On attribue le statut ANS aux patients quand ils doivent bénéficier d'autres traitements et interventions pour poursuivre leur rétablissement, sans toutefois devoir rester dans un hôpital de soins de courte durée. L'impact important de la problématique des autres niveaux de soins, conjugué à celui de la précédente rationalisation du personnel de soins actifs et de la réduction prévue des séjours en milieu hospitalier, se traduit par de plus longs temps d'attente et un engorgement des hôpitaux, avec des patients confinés dans des corridors et à l'urgence pendant de longues heures et de longues journées en attente d'être pris en charge. Cette « saturation des lits d'hôpitaux » contribue à la propagation des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques (« superbactéries ») qui multiplient les risques pour tous les clients des hôpitaux, engendre des coûts inutiles et perpétue le stéréotype voulant que les aînés « monopolisent » les lits de notre système de santé.

Nous reconnaissons que plusieurs facteurs influencent la crise entourant les autres niveaux de soins. Parmi eux, notons la pénurie de services appropriés d'aide à domicile pour les aînés; l'insuffisance de services aux familles qui veulent soutenir leurs parents; les défis auxquels sont confrontés les aînés pour avoir accès à des soins primaires; et la pénurie de ressources communautaires, de réadaptation et de soins de longue durée pour les personnes qui n'ont plus besoin d'être hospitalisées. De plus, la crise des autres niveaux de soins est aggravée par le besoin accru de soins adaptés à l'âge ou aux aînés et la rareté des lits de réadaptation et d'évaluation, qui sont indispensables pour assurer aux aînés une transition en temps opportun entre l'hôpital et la communauté.

Il est maintenant temps de penser autrement pour s'attaquer à la crise entourant les autres niveaux de soins. Le changement de paradigme proposé devra être axé sur la réadaptation et un meilleur soutien de la communauté pour offrir aux aînés et à leur famille une solution de rechange réaliste, logique et de premier choix aux hôpitaux de soins actifs. Toutefois, pour que ce changement se fasse, les services communautaires devront avoir les ressources adéquates pour que les soins à domicile et les services de soins communautaires représentent une solution viable à l'hospitalisation ou à l'hébergement en établissement de soins de longue durée.

Le modèle **CARL** a été créé pour aider à mieux comprendre les différents volets complémentaires du système de soins de santé<sup>2</sup>.

Modèle <b>CARL</b>	
<b>C</b>	Soins <u>communautaires (soins primaires, cliniques, CCAC)</u>
<b>A</b>	Soins <u>a</u> ctifs (hôpitaux) (soins de courte durée)
<b>R</b>	Soins de <u>r</u> éadaptation
<b>L</b>	Soins de <u>l</u> ongue durée (centre d'hébergement, centre de soins de longue durée)

### Soins communautaires

Les approches actuelles qui visent à résoudre la crise des ANS sont axées sur un travail en aval. Elles s'intéressent à ce qu'il faut faire une fois qu'une personne est désignée ANS, et bien peu d'efforts sont consacrés à la prévention. À Ottawa, les ANS font partie de la réalité des soins depuis des décennies et ils demeurent un problème chronique même si nous leur avons consacré beaucoup de temps, de recherches et de ressources. Si nous voulons éviter une escalade de la crise entourant les ANS, nous devons adopter une philosophie « en amont », c'est-à-dire qui repère les personnes les plus susceptibles d'être désignées ANS par un travail d'identification et d'intervention précoce.

L'exemple des soins offerts aux personnes atteintes de démence est frappant. Le document intitulé *Niveaux de soins alternatifs au Canada*, publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2009, indique clairement que la démence est l'un des principaux diagnostics qui contribuent à accroître les taux d'ANS. Il existe déjà des stratégies pour y faire face, notamment la stratégie « Vieillir chez soi » du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain, ainsi que les équipes spécialisées du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) qui se concentrent sur les aînés au cas complexe, dont plus de 90 % ont reçu un diagnostic de démence.

Toutefois, l'élargissement de l'offre de soins pour les personnes atteintes de démence dans la communauté afin de les garder hors des hôpitaux n'occupe pas une grande place dans la planification des ANS pour le RLISS de Champlain. Même si elle contribue largement à l'élévation des taux d'ANS, la démence n'est mentionnée qu'une seule fois dans le plan stratégique du RLISS de Champlain, et il ne semble pas y avoir de plan pour

---

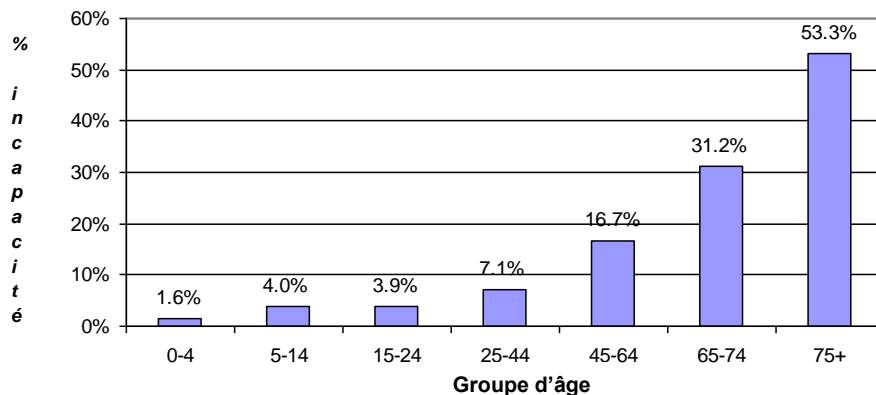
<sup>2</sup> Molnar, Frank.

améliorer l'offre de soins communautaires pour les personnes qui en sont atteintes. Cet exemple illustre le manque de planification à long terme et de mesures en amont nécessaires pour éviter la répétition de crises entourant les ANS.

La réalité, c'est que les aînés, qui ne bénéficient pas tous du soutien familial nécessaire pour veiller sur leur santé, vivent plus longtemps et développent de plus en plus de comorbidités et de maladies chroniques. Par exemple, les aînés frêles et de santé fragile sont les utilisateurs de soins primaires qui font les plus longs séjours à l'hôpital<sup>3</sup>. Un état frêle et une santé fragile sont souvent associés à une perte de mobilité, à des chutes, à de la confusion, à de l'incontinence et à une polypharmacie<sup>4</sup>. Comme le risque de déclin fonctionnel des aînés augmente avec chaque jour d'hospitalisation, de longs séjours peuvent avoir des effets dévastateurs, en particulier chez les aînés à risque. Par conséquent, une approche de soins adaptés aux aînés devrait prévoir des pratiques préventives dans la communauté pour réduire le nombre et la durée des séjours des aînés à l'hôpital.

De plus, le taux d'incapacité chez les personnes de plus de 65 ans est extrêmement élevé, comme le montre le tableau suivant qui fait le lien entre l'âge et l'incapacité dans la population au Canada.

Pourcentage de personnes atteintes d'incapacité par groupe d'âge, Canada, 2001



Source : Statistique Canada. Un profil de l'incapacité au Canada, 2001

Ce sont les personnes âgées atteintes de démence ou d'incapacité et les personnes âgées frêles et de santé fragile ou isolées qui sont le plus à risque en cas de crise de santé. Pour éviter l'utilisation coûteuse et inappropriée des soins de santé, les hospitalisations prolongées et les fréquentes visites à l'urgence, nous devons répondre

<sup>3</sup> Fisher, R., 2002. « The Role of Specialized Geriatric Services in Acute Hospitals. » *Geriatrics and Aging*, vol. 5, n° 5, p. 48-51.

<sup>4</sup> Parker, S. G., Lee, S. D. et Fadayetavan, R., 2006. « Acute hospital care for frail older people. » *Age & Ageing*, vol. 35, n° 6, p. 551-552.

adéquatement aux besoins de la population vieillissante, en insistant sur la prévention, les soins communautaires, le retour à la maison et le bien vieillir dans la communauté, en plus d'offrir des soins actifs plus adaptés aux aînés.

### *Soins actifs*

---

Les problèmes de santé des aînés sont constants et requièrent une attention 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les aînés sont plus susceptibles de se présenter à l'urgence pour des raisons appropriées. Cependant, ils peuvent y retourner plus souvent parce que leurs besoins en matière de soins ne sont pas comblés adéquatement à l'urgence ou dans la communauté. Les hôpitaux de soins de courte durée sont en mesure de prendre en charge les admissions planifiées et non planifiées, dont certaines urgences médicales qui requièrent une attention immédiate. Quant aux soins communautaires, ils sont mieux adaptés pour prévenir les problèmes de santé et mener les traitements à terme. Si les ressources communautaires étaient disponibles en tout temps, elles permettraient de soulager la pression qui pèse sur les services d'urgence. Les graves problèmes de santé continueraient à être pris en charge par les hôpitaux, tandis que les patients ayant des troubles de santé moins graves pourraient être redirigés vers un médecin de la communauté.

### *Soins de réadaptation*

---

Quand des personnes plus âgées sont malades et doivent être hospitalisées, elles ont souvent besoin de plus de temps pour se rétablir et pouvoir regagner leur domicile en toute sécurité. Nous savons que le déclin fonctionnel rapide et dramatique que connaissent les aînés durant une hospitalisation entraîne une perte d'autonomie et limite les choix en vue d'un retour à la maison. Dans le système hospitalier actuel, les aînés qui ne se rétablissent pas rapidement et qui ne peuvent obtenir l'un des rares lits de réadaptation disponibles sont désignés ANS et transférés aux soins de longue durée<sup>5</sup>. Pour ajouter au problème, la région d'Ottawa ne compte que 94 lits d'évaluation et de rétablissement, dont 54 lits de réadaptation gériatrique à Soins continus Bruyère, les autres servant principalement à la réadaptation de courte durée. Avec peu ou pas d'options pour héberger les patients, le personnel des hôpitaux n'a d'autres choix que de les garder dans les corridors et à l'urgence en attendant qu'un lit se libère quelque part. Il a été prouvé que le stress retarde la guérison.

Si on veut éviter l'admission prématurée des patients dans les établissements de soins de longue durée, il faut prévoir suffisamment de lits d'évaluation et de rétablissement pour les aînés. Ces lits leur permettent de se rétablir dans un environnement propice à

---

<sup>5</sup> RLISS 2010. Comité directeur SU/ANS, priorités 2010-2011.

la guérison. Quand ils occupent des lits de rétablissement, les patients plus âgés qui vivaient à la maison en toute sécurité avant d'être malades peuvent bénéficier d'une période de convalescence d'un à six mois avant de décider si une admission en soins de longue durée est nécessaire.

En 2010, le CASC de Champlain a fait une analyse comparative des programmes de soins de convalescence et des programmes « Rétablissement » de concert avec d'autres RLISS régionaux. Leurs observations démontrent que dans les régions de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) et Mississauga Halton (MH), les programmes « Rétablissement » ont eu un effet d'atténuation sur le nombre de cas d'ANS. À l'heure actuelle, le RLISS de Champlain et Soins continus Bruyère examinent cette option. Il faudra déterminer le plus tôt possible le nombre de nouveaux « lits d'évaluation et de rétablissement » nécessaires, ainsi que leur emplacement et leur mode de financement.

### Soins de longue durée

---

Le manque de revenu est un autre facteur qui aggrave la crise des ANS et limite pour plusieurs aînés l'accès en temps opportun à des soins à domicile et à des soins communautaires ainsi qu'à notre système public de soins de longue durée. La majorité des lits de soins de longue durée sont destinés en priorité (60 %) aux chambres privées ou semi-privées, une option que ne peuvent se payer la majorité des aînés. La plus longue liste d'attente en soins de longue durée est pour des lits subventionnés ou en salle commune, qui représentent 40 % de tous les lits de soins de longue durée. En janvier 2011 en Ontario, le tarif d'un lit de soins de longue durée de base ou en salle commune était de 1 619,08 \$<sup>6</sup>. L'aîné qui ne peut se payer une chambre semi-privée ou privée, coûtant respectivement 8,00 \$ et 18,00 \$ de plus par jour, se retrouve au bas de la liste et peut demeurer inutilement à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit de soins de longue durée se libère.

Pour les aînés qui sont transférés prématurément dans des établissements de soins de longue durée parce qu'ils n'ont pas les moyens de s'installer dans une maison de retraite privée, il serait beaucoup plus avantageux financièrement de développer un réseau de logements supervisés que de construire d'autres établissements de soins de longue durée très coûteux<sup>7</sup>. Cette solution pourrait offrir aux aînés à faible revenu la possibilité de vivre dans une résidence subventionnée et augmenter l'offre de services communautaires à faible coût, réduisant ainsi le besoin de lits de soins de longue durée.

---

<sup>6</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011.

<sup>7</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2010. *Soins aux aînés, foyers de soins de longue durée.*

## *Niveau de soins approprié*

---

C'est cette jonction des soins communautaires, des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins de longue durée qui est à la base de la crise entourant les ANS. Pour que les solutions soient efficaces et durables, elles devront prévoir la participation d'une multitude de secteurs allant des soins palliatifs et primaires aux programmes régionaux de soins gériatriques en passant par les soins communautaires, les soins actifs et les soins de longue durée.

Le forum sur la santé 2010 a permis de présenter et de confirmer la nécessité de s'écarter des autres niveaux de soins pour mettre plutôt l'accent sur le niveau de soins approprié, qui consiste à offrir les bons soins, au bon moment, dans le bon établissement et à un coût abordable. À titre de communauté qui a à cœur le bien-être de sa population, nous devons arrêter de chercher des solutions à court terme, en aval, qui évalue les options *après* qu'une personne a obtenu le statut ANS. Nous devons plutôt favoriser des solutions à long terme, en amont, qui se concentrent sur un niveau de soins approprié, des solutions qui aident les aînés à bien vieillir au sein de la communauté en favorisant leur autonomie, en multipliant leurs choix et en améliorant leur qualité de vie.

## IV. Objectif du forum

À l'automne 2009, le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa a organisé un forum sur la santé pour cerner les écarts qui existent dans le système de soins de santé et les services communautaires. Plus de 70 personnes âgées ont fait part de leurs expériences, offrant au Conseil le matériel de base pour faire progresser la question des autres niveaux de soins. À l'automne 2010, nous avons organisé un deuxième forum sur la santé pour faire un suivi sur les enjeux soulevés l'année précédente. Ce deuxième forum avait pour but de relancer le mouvement et d'instaurer dans les établissements de soins de courte durée et chez leurs partenaires une nouvelle philosophie régissant leur approche du processus de congé.

Le forum 2010 a réuni des personnes âgées, des intervenants clés et des décideurs pour discuter de la crise entourant les ANS, élaborer une nouvelle philosophie et créer un plan d'action pour la mettre en œuvre. Le forum était conçu de façon à attirer des aînés influents de la communauté ainsi que des cadres supérieurs d'établissements locaux et régionaux.

Dans le cadre du processus de planification, nous avons interviewé les principaux décideurs sur le processus d'élaboration du programme. Cette approche a permis d'attirer l'attention sur l'événement et d'instaurer un « sentiment d'appropriation du processus et des résultats » chez ces décideurs des plus hautes sphères. Et le forum a permis de dévoiler, d'expliquer et de discuter des plans pour l'adoption d'une nouvelle philosophie sur les autres niveaux de soins, désignant comme champion local et organisme de développement des capacités le CASC de Champlain, avec le lancement de sa philosophie « Chez soi avant tout ». Nous avons invité les spécialistes et les partisans de la philosophie « Chez soi avant tout » d'autres régions de l'Ontario à venir nous faire part de leurs réussites, de leurs pratiques exemplaires et des défis qu'ils doivent relever.

Le forum a envoyé trois messages stratégiques, à savoir : qu'on a franchi le premier pas sur le chemin de la transformation; qu'on a assuré une participation suffisamment restreinte pour permettre des discussions engagées entre les chefs de file de tout le système des ANS d'Ottawa (ou de Champlain); enfin, qu'on a mis la direction de chaque organisme au défi de tenir compte du changement, d'adopter une stratégie à son égard et de gérer sa mise en œuvre dans le meilleur intérêt des clients et des organismes, tout en s'assurant de la participation du personnel aux discussions portant sur les facteurs favorisant le changement et les stratégies de mise en œuvre.

## V. Déroulement du forum

### *Critère de sélection des participants*

---

Les participants du forum ont été les éléments clés qui ont permis d'exprimer des idées tangibles et de développer une approche ciblée. Nous avons toutefois limité le nombre de participants à quarante pour augmenter les occasions d'échange et favoriser l'échange d'idées et de solutions. Cette disposition a permis de travailler en petits groupes et de tenir une discussion plénière.

Nous avons déterminé les critères de sélection suivants pour nous assurer d'avoir des participants représentatifs de la communauté la plus large possible :

- Aînés considérés comme des chefs de file de la communauté
- Représentation équilibrée de tous les intervenants
- Un représentant par organisme, choisi par les principaux décideurs des organismes représentés (chefs de la direction, vice-présidents, directeurs)
- Organismes représentatifs d'un groupe d'intervenants (c.-à-d. suffisamment importants pour parler de la plupart des enjeux)
- Organismes jugés crédibles
- Organismes jugés conservateurs ou réticents à la prise de risques
- Organismes ayant déjà implanté des technologies ou des programmes novateurs

Choisies selon ces critères, les personnes suivantes ont participé au forum : le chef de la direction du CASC de Champlain, accompagné de prestataires de services; le chef de la direction, le vice-président clinique et un chef médical de cinq hôpitaux de la région d'Ottawa; un représentant du Réseau des services de santé de l'est de l'Ontario; un représentant du RLISS; des représentants du centre de santé communautaire; et un groupe de représentants et de porte-parole des aînés. Tous les participants du forum représentaient l'ensemble des établissements, des prestataires de services, des décideurs et des aînés intéressés ou visés par le problème des ANS.

### *Objectifs et mesures de performance du projet*

---

L'objectif du forum était d'identifier et de présenter des résultats observables et mesurables, résultats devant être utilisés pour jeter les bases d'un cadre de travail axé sur les résultats permettant de quantifier les succès et de déterminer les prochaines étapes du projet.

Pour aller de l'avant, l'action du forum doit inspirer une nouvelle façon de penser en recadrant les autres niveaux de soins comme niveau de soins approprié. Cela pourrait permettre de réduire le nombre d'admissions d'aînés dans les hôpitaux et de transferts dans des établissements de soins de longue durée, soulageant ainsi la pression sur les hôpitaux de soins de courte durée et les établissements de soins de longue durée. Pour que cette vision idéologique se concrétise, nous devons créer un instrument pour favoriser l'adoption de cette philosophie. Il nous faut aussi améliorer la communication entre les établissements et les services communautaires qui participent à la prestation de soins aux aînés.

### *Processus structurel et objectif*

---

Le forum a pris la forme de présentations par un groupe d'experts, de séances de travail en groupes restreints et d'une grande discussion plénière. Le groupe d'experts représentait bien les différentes opinions relatives au problème des ANS et les meilleurs modes d'action pour sa résolution. La diversité des points de vue a permis d'élaborer une infrastructure détaillée.

Pour favoriser encore davantage la diversité des points de vue, nous avons prévu du travail en petits groupes de 4 à 6 participants. Le principal objectif était de favoriser la pensée critique sur les avantages et les obstacles au paradigme du niveau de soins approprié, et de réfléchir à la manière dont le niveau de soins approprié et les hôpitaux adaptés aux besoins des aînés pouvaient s'appliquer à la propre situation des participants et aux établissements. Chaque petit groupe a ensuite fait état de ses constatations à l'ensemble des participants, après quoi une discussion animée a suivi sur la meilleure manière d'intégrer le paradigme du niveau de soins approprié au sein de la région de Champlain.

En se basant sur les résultats des discussions en petits groupes, les participants ont formulé un plan d'action pour tirer profit de l'élan donné par le forum, faire progresser le paradigme du niveau de soins approprié dans la région de Champlain et promouvoir l'autonomie et l'engagement des aînés dans la communauté.

## VI. Principales conclusions et analyse

### *Favoriser le rétablissement*

---

Le rétablissement d'un client est un processus qui comporte de multiples aspects et peut nécessiter l'intervention de plusieurs fournisseurs de services et un solide réseau de soutien. Pour favoriser le rétablissement, le système de soins de santé doit recentrer son attention sur les clients et leurs familles, en redéfinissant le système en fonction des besoins du client plutôt qu'en essayant de faire cadrer le client dans le système.

### *Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés*

La stratégie d'hôpitaux adaptés aux besoins des aînés est l'une des meilleures approches pour contribuer au rétablissement du client. Il s'agit d'une approche systématique qui favorise les pratiques factuelles de soins gériatriques au sein des hôpitaux de soins de courte durée<sup>8</sup>. Puisque les aînés sont souvent atteints de maladies chroniques, et parfois même de maladies comorbides, l'approche de soins actifs peut avoir des conséquences négatives sur les personnes âgées hospitalisées. La structure des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés a été élaborée pour aider les hôpitaux à combler les besoins insatisfaits des aînés; elle s'attaque au domaine des procédures de soins; à l'environnement émotionnel et comportemental; à l'éthique des soins cliniques et de la recherche; au soutien organisationnel; et à l'environnement physique réel dans lequel les soins sont donnés. Si ces domaines cibles sont modifiés adéquatement, il devient possible d'améliorer considérablement les procédures de traitement et de rétablissement des aînés.

### *Chez soi avant tout*

La stratégie « Chez soi avant tout » place au premier plan la sécurité et la qualité des soins, en insistant avant tout sur les besoins des patients et des familles. En Ontario, les aînés représentent environ 75 % des patients ANS<sup>9</sup>. La majorité de ces patients, et particulièrement ceux qui sont gravement malades, veulent rentrer à la maison. La plupart ne veulent pas ou ne s'attendent pas à se retrouver dans un établissement de soins de longue durée. Les progrès réalisés par d'autres RLISS pour régler le problème des ANS laissent croire que le programme « Chez soi avant tout » est un élément crucial du paradigme du niveau de soins approprié qui doit être adopté et mis en œuvre dans

---

<sup>8</sup> Martell, C., 2006. *The Senior Friendly Hospital Strategy*.

<sup>9</sup> Shah, N., 2010. *The New Philosophy Towards Solving the ALC Crisis (Home First)*.

tous les hôpitaux<sup>10</sup>. Depuis le lancement du programme « Chez soi avant tout », 591 personnes âgées de la région de Champlain en ont profité.

Quand la situation le permet, la possibilité de rentrer à la maison reste la meilleure solution pour le patient; il s'agit d'une question de qualité de vie et de soins ainsi que de sécurité. En rentrant chez eux, les aînés peuvent faire des gains fonctionnels avant de prendre une décision et de planifier une admission dans un établissement de soins de longue durée. Si de tels soins sont nécessaires, la décision peut être prise de la maison. Ainsi, les aînés n'attendent pas dans un hôpital qu'un lit de soins de longue durée se libère, ce qui dégage les hôpitaux de la contrainte de placer les patients le plus vite possible. Les aînés peuvent ainsi attendre une place dans l'établissement de soins de longue durée de leur choix, et les hôpitaux disposent de lits de soins de courte durée qui autrement seraient occupés par des patients ANS. Cette stratégie nécessitera toutefois un plan de mise en œuvre concerté pour changer la culture opérationnelle des hôpitaux. Qui plus est, le programme « Chez soi avant tout » est offert uniquement après une admission à l'hôpital, donc après que les patients ont vécu une crise de santé.

### ***Transition vers la maison***

Le programme « Transition vers la maison » a vu le jour à l'Hôpital Queensway Carleton en partenariat avec le CASC de Champlain et le RLISS de Champlain<sup>11</sup>. L'objectif de cette unité de 24 lits dotée d'une cuisinette est d'aider les aînés, notamment les personnes âgées frêles et de santé fragile, à préserver leur autonomie après un traitement médical. Le programme s'appuie sur des soins de rétablissement pour améliorer le fonctionnement quotidien des aînés en faisant appel à des ressources de physiothérapie, d'ergothérapie, de réadaptation et de soins gériatriques. À ce jour, environ dix patients par semaine reçoivent leur congé du programme et retournent chez eux en bénéficiant des services de soins communautaires dont ils ont besoin. Ce programme a l'avantage de réduire de beaucoup l'attente des personnes âgées hospitalisées. Par conséquent, il réduit aussi le risque de déclin fonctionnel dû à l'hospitalisation.

L'engagement actif en soins primaires exige qu'on soit capable de prendre des décisions relatives aux soins; c'est pourquoi il est important de s'assurer que les clients prennent des décisions éclairées sur ce qui leur convient le mieux. Et pour que les clients prennent des décisions éclairées et appropriées, ils doivent pouvoir faire des choix réalistes et opportuns qui visent autant que possible leur retour à la maison.

---

<sup>10</sup> Love, C., 2010. *Home First: A Strategy to Manage ALC*.

<sup>11</sup> RLISS Champlain. 9 juin 2011. *Info minute RLISS*, Champlain.

## ***Coordination et navigation au sein du système***

---

À l'heure actuelle, le système de soins de santé souffre d'un manque de cohésion entre les fournisseurs de services qui empêche ces derniers d'offrir des soins complets et continus aux clients. Pour s'attaquer au problème de coordination du système, la première étape consiste à élaborer une « charte de collaboration » que tous les fournisseurs de services pourraient utiliser comme guide pour traiter les clients, tous secteurs de soins confondus. Cette charte permettrait aussi de renforcer les relations de travail entre le CASC et le secteur des services de soutien communautaire. Il est aussi essentiel d'établir un partenariat entre les médecins de famille, le CASC, le secteur des services de soutien communautaire, les hôpitaux de soins de courte durée et le programme régional de soins gériatriques pour avoir une meilleure représentation des processus et des services en cause dans les soins aux clients, en particulier les personnes âgées à risque.

## ***Renforcer le soutien et les soins communautaires***

---

Des études ont montré que la qualité de vie d'une personne âgée était généralement supérieure quand cette personne était à la maison, vivant au sein de la communauté<sup>12</sup>. Pour aider les aînés à rester en santé et à préserver leur autonomie dans leur communauté, nous devons continuer à bâtir des logements supervisés abordables pour les personnes âgées, simplifier l'accès aux services et aux ressources en augmentant la qualité de l'information fournie aux citoyens, clarifier le système de demandes de consultation et les communications entre les prestataires de services, et augmenter le soutien et l'assistance pour les membres de la famille et les aidants naturels.

## ***Accroître la responsabilisation***

---

Le manque de communication entre les organismes de soins de santé peut avoir des conséquences dévastatrices pour un client. Il faut que la communication entre les fournisseurs de soins de santé, le secteur des services de soutien communautaire, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée devienne une priorité pour la prestation des soins.

Dans l'actuel système de santé fragmenté, aucun organisme n'est responsable de la continuité des soins aux aînés. C'est pourquoi le RLISS doit surveiller étroitement le changement de paradigme proposé pour assurer la réussite de sa mise en œuvre et la satisfaction des clients. Il faut évaluer les points suivants sur une carte de pointage : satisfaction du client, utilisation des ressources cliniques et résultats, intégration et navigation dans le système, changement durable, et rendement financier. À l'heure

---

<sup>12</sup> Williams, A. P. et Watkins, J. 2009. *The Balance of Care Project: Final Report*.

actuelle, chaque service est évalué séparément, ce qui empêche d'analyser l'incidence des stratégies actuelles des autres niveaux de soins sur l'ensemble du système. Les aînés bénéficient d'un large éventail de soins, qui incluent aussi bien des services de soins communautaires que de soins actifs, de sorte qu'une carte de pointage pour évaluer la qualité de leurs soins doit refléter la nature de la prestation des soins à l'échelle du système.

### *Défis et solutions*

---

À ce jour, la plupart des modifications apportées au système de santé se sont faites en réponse à une crise. Inévitablement, cela donne lieu à des réflexions à court terme et à des solutions expéditives. Couplée au fait que les élections provinciales introduisent de nouvelles priorités politiques tous les quatre ans, cette façon de faire s'oppose à une vision viable et à des pratiques durables à l'échelle du système.

Le climat immobiliste entourant le système de santé a créé un environnement concurrentiel qui amène les organismes à se disputer les rares ressources. Au lieu d'encourager la communication et la coopération, le système est fragmenté parce que chaque organisme tente de prouver sa valeur et de fournir des raisons de se voir octroyer des subventions au détriment des autres. Nous devons parer au manque de confiance qui s'ensuit entre les organismes pour ramener l'attention sur le client, réduire la concurrence et augmenter le partage de ressources et de renseignements.

Dans un système aussi complexe qu'un système de soins de santé, le changement ne se fera pas en un clin d'œil. Les clients vont continuer à recourir aux services d'urgence tant qu'ils n'auront pas d'autres options réalistes et opportunes dans leur communauté. Cependant, si nous déplaçons l'attention en amont vers les soins préventifs et que nous partageons les responsabilités entre les hôpitaux et la communauté, nous pourrions alléger la pression sur le système de soins de courte durée et améliorer la qualité des soins pour la communauté en général, et plus précisément pour la population croissante d'aînés.

## VII. Recommandations

Remarque : Les recommandations qui suivent ne sont pas présentées par ordre de priorité. Toutes ces recommandations sont d'égale importance pour le changement de paradigme proposé.

### *1. Engagement à l'échelle du système*

---

- Élaborer pour l'ensemble du système un programme et une politique axés sur les soins aux aînés; intégrer cette politique au prochain plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS.
- Mettre en œuvre une « charte de collaboration » concernant les autres niveaux de soins, sous mandat des RLISS, harmonisée au programme et à la politique sur les aînés, le tout intégré dans les ententes de responsabilisation des organismes avec le RLISS.
- Intégrer un processus de planification pour les services aux aînés, pour passer d'une approche de projet fragmenté à une approche de système intégré (élaboration et mise en œuvre stratégique, établissement du budget, établissement de rapports).

### *2. Coordination et intégration du système*

---

- Schématiser les services et les processus pour les personnes âgées à risque, qu'elles vivent dans la communauté ou soient hospitalisées. En se basant sur l'observation des besoins, offrir un système de navigation adapté aux aînés.
- Améliorer le partenariat entre le CASC et le secteur des services de soutien communautaire, par une approche intégrée de l'évaluation des besoins et de la planification des soins reposant sur des outils factuels normalisés.
- Établir un partenariat entre le CASC et le programme régional de soins gériatriques, en définissant et en appliquant un mécanisme d'identification des aînés à risque dans la communauté et les services d'urgence.

### ***3. Promotion du rétablissement***

---

- Mettre en œuvre une structure d'hôpital adapté aux besoins des aînés selon les priorités cernées dans le rapport régional attendu pour cet été. Intégrer la mise en œuvre au prochain plan de services de santé intégrés du RLISS et combler les besoins en ressources pour assurer la réussite de la mise en œuvre.
- Examiner et réorganiser les différents types de lits en fonction des choix et des besoins des clients (convalescence, transitionnel, traitement actif, réadaptation, soutien comportemental, etc.) pour combler les besoins d'autres niveaux de soins. Assurer la clarté des mandats, l'utilisation optimale, l'attention portée aux soins de rétablissement, un accès en temps opportun grâce à un processus de consultation et de triage rationalisé avec des outils validés, ainsi que l'augmentation du nombre de lits de réadaptation et de rétablissement quand la situation le justifie.

### ***4. Renforcement des soins et des services de soutien communautaires***

---

- Soutenir la structure d'hébergement abordable et le plan d'action pour Ottawa. Militer pour obtenir la mise en place de lits subventionnés dans les maisons de retraite existantes.
- Assurer la viabilité du programme « Chez soi avant tout » et intégrer cette stratégie à la structure d'hôpitaux adaptés aux besoins des aînés.
- Assurer un accès aux soins et aux services de soutien communautaires 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en déplaçant les ressources en conséquence.
- Mettre en œuvre des stratégies pour mobiliser et soutenir le secteur des soins primaires dans les soins aux aînés; étudier le potentiel et les avantages d'une approche de quartier intégrée aux soins et aux services de soutien communautaires.

### ***5. Engagement et autonomie des aînés***

---

- Mettre en œuvre le programme Ottawa, ville amie des aînés d'Ottawa sous la gouverne du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa.
- Formuler et mettre en œuvre des stratégies de communication et d'engagement pour tous les secteurs de soins afin de soutenir les personnes âgées à domicile.
- Déployer des approches pour aider et soutenir les familles et les aidants naturels

à fournir des soins aux aînés à domicile.

## ***6. Renforcement de la responsabilisation***

---

- Élaborer un modèle de carte de pointage pour l'ensemble du système qui s'appuie sur des indicateurs tenant compte des spécificités liées à l'âge pour assurer de manière systématique la surveillance des stratégies, contribuer à l'évaluation exhaustive de l'incidence de ces stratégies basée sur la recherche et participer à l'élaboration d'orientations futures.

## VIII. Plan d'action et prochaines étapes

### *Plan d'action*

---

Ce rapport est destiné aux aînés et à leurs familles, aux personnes et aux organismes intéressés, aux décideurs ainsi qu'aux médias pour alimenter la discussion sur le problème entourant les autres niveaux de soins et l'orienter vers des solutions centrées sur les aînés.

Ce rapport peut être employé comme :

- ✓ Catalyseur pour orienter l'élaboration et la mise en place de stratégies concrètes qui soutiennent un changement de paradigme pour résoudre la crise entourant les autres niveaux de soins.
- ✓ Outil de référence pour les aînés, les familles et les fournisseurs de services.
- ✓ Cadre stratégique de base pour bâtir une stratégie de communication.
- ✓ Document pertinent pour aider les aînés et leurs familles à défendre leurs propres intérêts.

### *Prochaines étapes*

---

- Diffuser largement le rapport aux aînés et à leurs familles, aux participants des forums, aux autres intervenants en santé et aux décideurs. Rendre le rapport disponible sur le site Web du Conseil sur le vieillissement, à [www.coaottawa.ca](http://www.coaottawa.ca).
- Préparer une présentation résumant le rapport.
- Organiser et coordonner des activités de suivi avec les aînés, les familles, les fournisseurs de services et les professionnels de la santé pour évaluer les priorités convenues au sujet de la planification et de la mise en œuvre de solutions centrées sur les aînés.
- Surveiller les progrès relatifs aux recommandations, par l'entremise du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa et de ses comités.
- Élaborer avec les intervenants clés une stratégie de communication publique axée sur la promotion de l'autonomie et de l'engagement des aînés au sein de la communauté.

## IX. Notes

Ce rapport se penche sur le problème des autres niveaux de soins mis en relief par les aînés et les professionnels. Il a été rédigé selon les idées émises lors du forum sur la santé, organisé à l'automne 2010 par le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa. Les autres sources utilisées pour l'élaboration de ce rapport sont mentionnées ci-dessous.

Busing, B., 2010. *Ottawa Health Forum 2010*. CASC de HNHB. Présentation au forum sur la santé du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa, automne 2010.

Institut canadien de l'information sur la santé, 2009. Niveaux de soins alternatifs au Canada. Analyse en bref. Voir [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/ALC\\_AIB\\_FINAL\\_FR.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/ALC_AIB_FINAL_FR.pdf), consulté en février 2011.

Association médicale canadienne, 2000. Principes des soins médicaux pour les personnes âgées. Voir <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD00-03F.pdf>, consulté en mars 2011.

RLISS de Champlain, 2010. *Comité directeur SU/ANS, priorités 2010-2011*.

Info minute RLISS de Champlain, 2011. De l'Hôpital à la maison : une transition plus harmonieuse. RLISS de Champlain, juin 2011.

Fisher, R., 2002. « The Role of Specialized Geriatric Services in Acute Hospitals ». *Geriatrics and Aging*, vol. 5, n° 5, p. 48-51.

Health System Performance Research Network, 2008. *Emergency Department Care*. Voir [http://hsprn.ca/reports/2008/edc\\_2008.html](http://hsprn.ca/reports/2008/edc_2008.html), consulté en mars 2011.

Hupé, D., 2010. « Report on What Was Said: A New Paradigm to Solve the ALC Crisis. » *Health Committee Report*. Ottawa : Forum sur la santé du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa, automne 2010.

Love, C., 2010. *Home First: A Strategy to Manage ALC*. Présentation au forum sur la santé du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa, automne 2010.

Ministère de la Santé de l'Ontario, 2010. Soins aux aînés : foyers de soins de longue durée. Voir [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/lrcf/15\\_facilitiesf.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/lrcf/15_facilitiesf.html), consulté en février 2011.

Martell, C., 2006. *The Senior Friendly Hospital Strategy: A systematic approach to acute care for older patients*. Présentation faite au comité directeur sur la santé des aînés, Programme gériatrique régional de Champlain.

Parker, S. G., 2006. « Acute hospital care for frail older people ». *Age and Aging*, vol. 35, p. 551-552. Les Presses de l'Université d'Oxford.

Parke, B. et Brand, P., 2004. « An Elder-Friendly Hospital: Translating a Dream into Reality. » *Nursing Leadership*, vol. 17, n° 1, p. 62-77.

Sawyer, M., 2010. *Alternative Level of Care Update*. Présentation au conseil d'administration du RLISS de Champlain, décembre 2010.

Shah, N., 2010. *The New Philosophy Towards Solving the ALC Crisis (Home First)*. Présentation au forum sur la santé du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa, automne 2010.

St. Jean, T., 2010. *Comparison of Champlain's Convalescent Care Program to Restore Programs*. CASC de Champlain.

La Ville d'Ottawa (2001-2011). Population. Voir [http://www.ottawa.ca/city\\_hall/financial/lrpf3/economy\\_demographics/population\\_fr.html](http://www.ottawa.ca/city_hall/financial/lrpf3/economy_demographics/population_fr.html), consulté en mars 2011.

Forum sur la santé du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa, automne 2010. *Forum Small Group Discussions – Summary.*

Le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa, 2009. Recueil statistique sur le vieillissement : Les aînés d'Ottawa. Ottawa, Impressions.

Williams, A. P. et Watkins, J., 2009. « The Balance of Care Project: Final Report ». *Balance of Care Research Group, University of Toronto.* Ontario, RLISS de Champlain.