

# Services de réadaptation dans les hôpitaux

## Contexte

### DESCRIPTION DE LA RÉADAPTATION

En Ontario, les services de réadaptation visent généralement à soutenir les personnes qui ont subi certains types de chirurgie et celles qui ont une blessure, une maladie chronique ou un handicap pour les aider à regagner, à maintenir ou à améliorer leur santé et à accomplir les activités de la vie quotidienne. Les services de réadaptation peuvent comprendre, entre autres, des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de travail social et de soins infirmiers. (Pour connaître la définition de « réadaptation » et d'autres expressions, consultez le glossaire à la fin du présent rapport.)

### ADMISSIBILITÉ AUX SERVICES DE RÉADAPTATION

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) finance les services de réadaptation offerts aux Ontariens admissibles, ce qui comprend tous les patients hospitalisés et les patients externes inscrits auprès d'un hôpital et ayant besoin de tels services. En ce qui concerne les services communautaires, le Ministère finance les services de physiothérapie uniquement pour

les patients satisfaisant à au moins un des critères suivants :

- le patient est âgé de 19 ans ou moins ou de 65 ans ou plus;
- il a été hospitalisé au moins une journée avant la réadaptation;
- il a besoin de services de physiothérapie à domicile ou il réside dans un foyer de soins de longue durée;
- il est admissible au programme Ontario au travail ou au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Les services de réadaptation financés par l'État à l'intention des personnes admissibles comprennent les services fournis aux endroits suivants :

- dans les hôpitaux – que les services soient prodigués à des patients hospitalisés ou à des patients externes inscrits;
- au domicile du patient;
- jusqu'en août 2013, dans 90 cliniques de physiothérapie privées bénéficiant de droits de facturation au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé);
- après août 2013, dans des cliniques de physiothérapie privées ou en milieu hospitalier avec lesquelles le Ministère a conclu un contrat pour la prestation de tels services.

Les personnes qui ne sont pas admissibles à des services de réadaptation financés par l'État

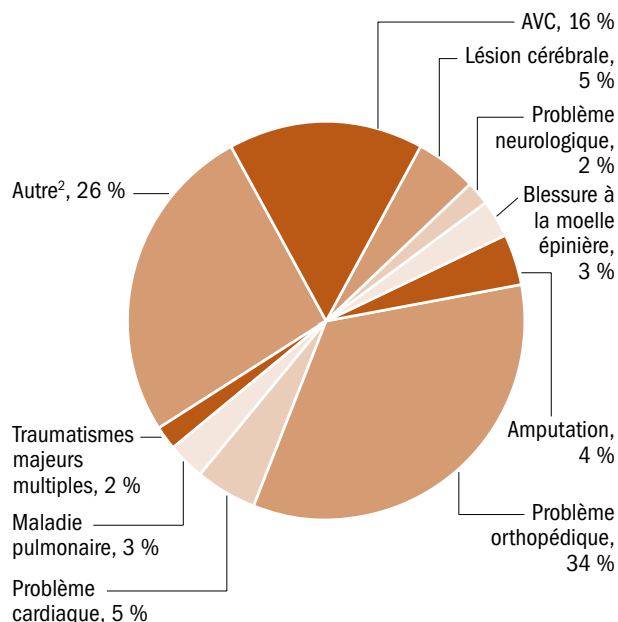
peuvent payer pour obtenir des services auprès de fournisseurs communautaires de services de réadaptation et de certains programmes destinés aux patients externes en milieu hospitalier. Les patients doivent payer eux-mêmes pour les services s'ils ne sont pas couverts par une assurance privée ou par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

## TYPES ET ÉTENDUE DES SERVICES DE RÉADAPTATION AUX PATIENTS HOSPITALISÉS

Le Ministère finance les services de réadaptation aux patients hospitalisés dans 61 hôpitaux par l'entremise des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province, qui relèvent du Ministère. La réadaptation des patients hospitalisés en Ontario peut être de court terme, avec des séances de réadaptation fréquentes (réadaptation intensive), ou de long terme (réadaptation lente) pour les personnes qui ne peuvent pas prendre part à des séances fréquentes. Les 61 hôpitaux comptent près de 2 500 places en réadaptation intensive, que plus de 30 000 patients ont occupées en 2012-2013. Comme l'indique la Figure 1, les problèmes orthopédiques (y compris les arthroplasties de la hanche ou du genou) et les accidents vasculaires cérébraux étaient à l'origine de la majorité des admissions aux programmes de réadaptation intensive pour patients hospitalisés en 2012-2013. Le Ministère ne disposait pas de renseignements sur le montant total des fonds publics consacrés aux services de réadaptation. Il n'avait pas non plus de données provinciales sur le nombre de places réservées à la réadaptation lente et sur les admissions connexes, ni de renseignements sur le nombre total de patients recevant des services de réadaptation ou sur la fréquence à laquelle ils ont visité des programmes en milieu hospitalier destinés à des patients externes.

**Figure 1 : Pourcentage des admissions aux programmes de réadaptation intensive<sup>1</sup> pour patients hospitalisés par problème de santé, 2012-2013**

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



1. Les chiffres ne tiennent pas compte des places en réadaptation lente, car il n'existe pas de données à l'échelle provinciale à ce sujet.
2. Comprend divers problèmes de santé comme l'arthrite, les brûlures, les infections et le spina-bifida.

## BESOINS FUTURS EN MATIÈRE DE RÉADAPTATION

En 2012-2013, environ la moitié des patients hospitalisés admis pour des services de réadaptation intensive avaient plus de 75 ans. Entre 2012 et 2021, on prévoit une hausse de 30 % de ce segment de population. Une hausse encore plus importante est prévue après 2021, lorsque les baby-boomers – soit les personnes nées entre 1946 et 1964 – atteindront 75 ans. En conséquence, la demande pour des services de réadaptation devrait augmenter considérablement. La réadaptation peut aider les personnes âgées ou qui souffrent de différents problèmes de santé à maintenir leurs capacités fonctionnelles.

## Objectif et portée de l'audit

L'audit visait à déterminer si les hôpitaux sélectionnés avaient mis en place des processus efficaces pour s'assurer que les patients ont accès aux programmes de réadaptation, y compris les services et le matériel, en fonction de leurs besoins, et que des pratiques de supervision étaient en place pour surveiller la rentabilité de ces programmes. La haute direction du Ministère et des hôpitaux a examiné et généralement accepté notre objectif d'audit ainsi que les critères d'audit connexes.

Nos travaux d'audit étaient axés sur les services de réadaptation offerts par les hôpitaux, parce que ce sont eux qui fournissent une grande proportion des services de réadaptation financés par l'État. Nous avons mené nos travaux dans trois hôpitaux de la province offrant des services de réadaptation : Hamilton Health Sciences Corporation, qui compte 129 places en réadaptation intensive et 44 places en réadaptation lente; l'Hôpital d'Ottawa, qui compte 80 places en réadaptation intensive; et l'hôpital Providence Healthcare de Toronto, qui offre uniquement des services de réadaptation et compte 87 places en réadaptation intensive et 140 places en réadaptation lente. Ces trois hôpitaux offrent des services de réadaptation pour un éventail des problèmes de santé les plus courants, qui comprennent les arthroplasties de la hanche et les accidents vasculaires cérébraux. La Hamilton Health Sciences Corporation et l'Hôpital d'Ottawa offrent aussi des services de réadaptation spécialisés, par exemple des programmes pour les patients ayant subi des blessures à la moelle épinière ou souffrant de lésions cérébrales acquises.

Nous n'avons pas audité les cliniques de physiothérapie privées recevant des fonds publics, ni les services de réadaptation à domicile offerts par les centres d'accès aux soins communautaires.

Notre audit comprenait l'examen et l'analyse des politiques et procédures administratives et des dossiers pertinents, ainsi que des entrevues avec le

personnel concerné des hôpitaux et du Ministère. Nous avons également examiné les rapports de recherche pertinents, dont ceux sur les pratiques exemplaires en matière de réadaptation dans d'autres administrations. Nous avons aussi discuté avec la haute direction de chacun des réseaux locaux d'intégration des services de santé dont relèvent les trois hôpitaux ayant fait l'objet de l'audit, ainsi qu'avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui représente les hôpitaux de l'Ontario; avec le GTA (Greater Toronto Area) Rehab Network [réseau de réadaptation de la région du Grand Toronto], qui représente les hôpitaux et les organismes communautaires participant à la planification et à la prestation des services de réadaptation; et avec l'Ontario Physiotherapy Association, qui représente les physiothérapeutes agréés de l'Ontario. Par ailleurs, nous avons retenu les services de deux spécialistes indépendants en services de réadaptation pour nous conseiller.

## Résumé

Le besoin d'un système provincial de coordination des services de réadaptation se fait sentir. La population de l'Ontario vieillit, et les besoins en services de réadaptation seront encore plus grands dans l'avenir. C'est particulièrement vrai compte tenu du fait que deux des principaux problèmes de santé exigeant des services de réadaptation – soit les accidents vasculaires cérébraux et les problèmes orthopédiques, comme les fractures du genou ou de la hanche – sont plus fréquents chez les personnes âgées. Les services de réadaptation dans l'ensemble de la province ont évolué sur de nombreuses années, de sorte qu'il existe aujourd'hui des écarts considérables dans la disponibilité et le type des services fournis, ce qui peut influencer sur l'accès des patients aux services.

L'absence d'un système coordonné a mené certains hôpitaux – parfois avec les conseils de leur réseau local d'intégration des services de santé

(RLISS) – à déterminer les services de réadaptation qu'ils offrent ou non aux patients hospitalisés et aux patients externes. En conséquence, chaque hôpital formule ses propres politiques et procédures pour déterminer l'admissibilité des patients aux services, établir l'ordre de priorité des patients admissibles et assurer la prestation des services. Il arrive donc qu'un patient jugé admissible à des services dans un hôpital puisse être considéré comme non admissible aux mêmes services dans un autre hôpital.

Bien que le temps d'attente soit minimal pour la plupart des personnes que les hôpitaux jugent admissibles à des services de réadaptation intensive avec hospitalisation, il existe peu d'information sur les personnes qui sont refusées. Le seul hôpital visité qui faisait le suivi de ces données refusait près de 40 % des patients qui lui étaient envoyés pour des services de réadaptation intensive (à court terme), et plus de 20 % des demandes de services de réadaptation lente (à long terme). Au cours des dix dernières années, les hôpitaux ont mis fin à beaucoup de programmes destinés aux patients externes. Certains patients externes jouissent d'un accès immédiat aux programmes alors que d'autres font face à une période d'attente pouvant aller de quelques jours à deux ou trois ans.

Le Ministère a récemment entrepris plusieurs initiatives visant à améliorer le système des services de réadaptation, qui pourraient répondre à certaines de nos recommandations. Ces initiatives comprennent l'élargissement du rôle de la Rehabilitative Care Alliance, un groupe chargé de planifier les soins en réadaptation à partir du cadre mis sur pied par le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes.

Nous avons notamment constaté ce qui suit :

### Coordination du système de services de réadaptation par le Ministère

- On constate des écarts importants dans l'offre de places en réadaptation intensive avec hospitalisation dans la province – une situation qui pourrait obliger les gens à se déplacer

en dehors de leur RLISS pour obtenir des services de réadaptation. Le nombre de places allait de 57 pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Toronto à seulement 6 pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Ouest; la moyenne provinciale s'établissait à 18 places pour 100 000 personnes. En outre, selon un rapport conjoint publié en 2011 par le Comité d'experts en matière d'orthopédie, l'Ontario Physiotherapy Association et d'autres intervenants, la disponibilité des programmes à l'intention des patients externes n'était pas uniforme dans tous les RLISS et il existait peu d'information sur la demande pour ces services, la capacité de l'offre et l'accessibilité des services.

- Il est difficile pour le Ministère ou les RLISS de déterminer la capacité du système parce qu'il existe peu d'information sur l'ensemble du système pour prendre des décisions à propos des services de réadaptation lente avec hospitalisation et des services de réadaptation aux patients externes. De plus, le Ministère disposait de données limitées sur l'utilisation réelle des places en soins continus complexes dans les hôpitaux. Les hôpitaux peuvent utiliser ces places à de nombreuses fins, dont la prestation de services de réadaptation lente. Contrairement à ce qui est le cas pour les services de réadaptation intensive pour les patients hospitalisés, le Ministère et les RLISS ne disposent pas de données à l'échelle du système sur l'évolution de l'état des patients hospitalisés en réadaptation lente et des patients externes. En conséquence, l'efficacité globale des services de réadaptation lente aux patients hospitalisés et des services de réadaptation aux patients externes en milieu hospitalier ne fait pas l'objet d'un suivi.
- Dans les deux hôpitaux visités ayant un programme pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral, environ le tiers des personnes admises à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés

avaient été évaluées par un hôpital de soins actifs comme ayant une déficience fonctionnelle légère. Cette constatation permet de penser que ces patients auraient été mieux servis par des programmes de soins externes, si de tels services à coûts moindres avaient été disponibles. En outre, l'Ontario Stroke Network a souligné dans un rapport publié en 2012 que la mise en oeuvre de pratiques exemplaires en matière de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux, par exemple la prestation de services aux patients ayant une déficience fonctionnelle légère en clinique externe, a une influence favorable sur les résultats des patients tout en permettant de réaliser des économies d'environ 20 millions de dollars par année.

- Les patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers occupent des lits dont d'autres patients pourraient avoir besoin. Dans un de ses rapports, l'Association des hôpitaux de l'Ontario soulignait qu'en mars 2013, environ 2 300 patients en attente d'un autre niveau de soins (patients ANS) qui étaient prêts à recevoir leur congé attendaient dans des hôpitaux de soins actifs que des dispositions soient prises pour des soins après la mise en congé. De ces patients, 25 % attendaient une place en réadaptation intensive ou en soins continus complexes (qui comprennent les services de réadaptation lente). De plus, 13 % des places dans les établissements de soins postactifs, par exemple les hôpitaux de réadaptation, étaient occupées par des patients ANS en attente de soins après la mise en congé, comme des services de soins à domicile ou une place dans un foyer de soins de longue durée, ce qui réduit les places disponibles pour d'autres patients ayant besoin de soins actifs ou de services de réadaptation.
- Il n'existe pas de liste, par exemple sur un site Web, que les patients et les membres de leur famille peuvent consulter pour connaître tous les services de réadaptation publics offerts

dans la province, par un RLISS ou un autre établissement. Le GTA (Greater Toronto Area) Rehab Network a fait un bon pas dans cette direction, en dressant la liste des services de réadaptation offerts par les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) dans la région du Grand Toronto.

### Services en milieu hospitalier

Les trois hôpitaux que nous avons visités assuraient une bonne gestion des processus permettant de déterminer l'accès des patients à leurs programmes de réadaptation, et tous avaient mis en place un éventail de pratiques de surveillance. Toutefois, tous ont des améliorations à apporter sur certains points.

- Pour la plupart des problèmes de santé exigeant des services de réadaptation, sauf les accidents vasculaires cérébraux, il existe en Ontario peu de normes en matière de pratiques exemplaires sur des questions comme le moment où la thérapie doit commencer, la fréquence des séances et le type de traitement qui devrait être offert. Comme on pouvait s'y attendre, les hôpitaux visités n'avaient pas tous adopté les mêmes pratiques et, en conséquence, les soins aux patients variaient d'un établissement à l'autre.
- Les hôpitaux satisfaisaient généralement aux exigences du Ministère concernant la mise en congé des patients ayant subi une arthroplastie totale – c'est-à-dire un remplacement total de la hanche ou du genou – des hôpitaux de soins actifs dans les 4,4 jours, au moins 90 % des patients rentrant à la maison et au plus 10 % étant hospitalisés pour réadaptation. Les patients devaient souvent attendre pour obtenir les services de réadaptation externes requis.
- Dans les trois hôpitaux visités, le délai d'attente médian pour la détermination de l'admissibilité des patients externes allait du jour même à cinq ou 19 jours de la date d'aiguillage. Ce délai peut influencer sur le

moment où les patients commencent la réadaptation en externe.

- Deux des trois hôpitaux visités n'offraient pas de services de réadaptation aux patients externes le soir ou la fin de semaine. Les patients qui travaillent le jour ne sont pas nécessairement en mesure de se présenter à des séances de réadaptation.
- Dans les hôpitaux visités, aucune mesure de remplacement des thérapeutes absents pour maladie ou congé n'était prévue, de sorte qu'à certains moments, un moins grand nombre de thérapeutes se trouvaient à la disposition d'un même nombre de patients. En outre, même si ce sont les thérapeutes qui déterminent l'étendue de la thérapie que le patient recevra et qui sont responsables d'offrir cette thérapie, nous n'avons pas été en mesure de déterminer l'étendue de la thérapie réellement reçue par les patients. Cette situation s'explique par le fait que, même si les hôpitaux et les ordres professionnels des thérapeutes exigent la consignation de certains renseignements à propos des traitements, aucun n'exige que soient consignés des renseignements sur chaque séance à laquelle participe un patient.

## RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) apprécie les recommandations et les conseils formulés dans le cadre de l'audit de l'optimisation des services de réadaptation offerts en milieu hospitalier. Le rapport d'audit reconnaît les processus qui sont déjà en place en ce qui concerne l'accès des patients et les pratiques de supervision. En outre, le Ministère, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), met actuellement en oeuvre un certain nombre d'initiatives pour renforcer le système de services de réadaptation, dans le but de s'assurer que les patients reçoivent rapidement

les soins dont ils ont besoin dans un contexte approprié. Par exemple :

- Dans son budget de 2012, le gouvernement de l'Ontario a annoncé une augmentation des investissements dans les services de soutien à domicile et les services communautaires d'en moyenne 4 % par année pour les trois prochaines années, afin de garantir une offre de soins aux patients en dehors du milieu hospitalier. Pour assurer des services de qualité supérieure et réduire les coûts des soins de santé, il est essentiel d'offrir aux patients les bons soins au bon endroit.
- L'Ontario investit 156 millions de dollars par année pour soutenir l'accès à des services de physiothérapie et pour améliorer les services d'exercices et de prévention des chutes pour plus de 200 000 aînés et patients admissibles supplémentaires.
- Les RLISS ont mis en place la Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance) et en assurent la supervision. L'Alliance constitue un mécanisme de soutien pour l'amélioration de l'accès, l'efficacité, l'efficacité, la qualité, l'intégration, la valeur et l'équité de la prestation des services de réadaptation dans tout le continuum des soins. Son mandat comprend l'approbation et, en cas de lacune, l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires afin d'améliorer les résultats et d'accroître la capacité communautaire.
- Les RLISS ont aussi récemment entrepris un exercice de planification de la capacité intégrée en matière d'orthopédie afin de recenser les possibilités d'optimiser la capacité orthopédique dans tous les milieux, y compris les services de réadaptation dans les hôpitaux et les cliniques externes.
- Dans le cadre de la réforme du financement du système de santé, le Ministère et les RLISS mettent en oeuvre une fiche intégrée pour les actes médicaux fondés sur la qualité qui permettra aux fournisseurs, y compris

les hôpitaux offrant des services de réadaptation, de déclarer des renseignements sur des indicateurs d'efficacité, de pertinence, d'intégration, d'accès et de valeur, notamment pour les services de réadaptation. À cette fin, Qualité des services de santé Ontario a mis sur pied un groupe d'experts sur l'arthroplastie de la hanche et du genou; ce groupe est chargé d'élaborer d'autres pratiques exemplaires concernant les cibles pour les arthroplasties totales.

## Constatations détaillées de l'audit

### INITIATIVES

Ces dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a appuyé un certain nombre d'initiatives qui, selon lui, visent entre autres à améliorer le système des services de réadaptation, notamment ce qui suit :

- *Systèmes d'harmonisation des ressources et d'aiguillage.* Ce système facilite l'appariement entre les patients hospitalisés et les places qui se libèrent dans le milieu le plus approprié, y compris les places en réadaptation intensive (de courte durée) et lente (de longue durée). Au moment de notre audit, deux RLISS mettaient à l'essai le système, qui devrait être mis en oeuvre dans les autres RLISS d'ici mars 2014.
  - *Stratégie de réduction des temps d'attente.* En vertu de cette stratégie, le Ministère a fixé en 2011-2012 pour les hôpitaux de soins actifs des cibles en matière de mise en congé des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou; les patients devaient recevoir leur congé après 4,4 jours en moyenne, et au moins 90 % d'entre eux devaient rentrer à la maison, c'est-à-dire que
- 10 % seulement devaient être aiguillés vers des services de réadaptation avec hospitalisation. En l'absence de pratiques exemplaires, le Ministère a fixé le délai de 4,4 jours en fonction des données sur le rendement des hôpitaux ontariens ayant un rendement optimal. L'indicateur de 90 % des patients qui retournent à la maison est fondé sur une étude réalisée en 2005 par le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, qui concluait qu'il n'y avait pas d'avantage pour les patients ayant subi une arthroplastie totale à être hospitalisés pour recevoir des services de physiothérapie plutôt que de recevoir ces mêmes services dans la collectivité ou à domicile. Une étude connexe du Ministère indiquait d'ailleurs qu'il est généralement plus rentable d'offrir des services de réadaptation en dehors du milieu hospitalier que d'hospitaliser les patients ayant besoin de tels services. Le Ministère a souligné que son groupe d'experts sur l'arthroplastie définit à l'heure actuelle de nouvelles cibles, que le Ministère entend lier au financement dans l'avenir. Le Ministère espère que les patients pourront ainsi quitter plus rapidement les hôpitaux de soins actifs et que des places en soins actifs et en réadaptation seront disponibles pour les patients qui en ont le plus besoin.
- *Réforme du financement du système de santé.* À compter de l'exercice 2012-2013, le Ministère prévoit abandonner le mode traditionnel de financement global des hôpitaux pour adopter, sur une période de quelques années, un mode de financement fondé sur trois composantes. Trente pour cent du financement sera fondé sur le financement global traditionnel, 40 % sur le Modèle d'allocation fondée sur la santé, qui tient compte des niveaux de services antérieurs, des données démographiques et des données sur la santé de la population; et 30 % sur le modèle d'actes médicaux fondés sur la qualité reposant sur les pratiques exemplaires.

- *Rehabilitative Care Alliance.* (Cette alliance remplace le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes, qui était un sous-comité du Comité d'experts des services des urgences et des autres niveaux de soins du Ministère.) Établie en octobre 2012, l'Alliance a pour mission d'adopter une vision systémique de la réadaptation en Ontario. Elle relève des RLISS et collabore avec le Ministère, les CASC et les experts pour la réalisation de divers projets. Les questions dont l'Alliance s'occupe sont axées sur l'accessibilité et la qualité du système. À cet égard, elle contribue à l'élaboration de pratiques exemplaires en matière de services de réadaptation qui devraient faciliter l'uniformisation des définitions de la réadaptation intensive et de la réadaptation lente afin d'effectuer un meilleur suivi des services et des coûts.
- *Financement des services communautaires de réadaptation.* Le Ministère a indiqué que les paiements de l'Assurance-santé aux cliniques privées de physiothérapie constituaient l'une des dépenses du système de soins de santé qui augmentent le plus rapidement; de fait, elles ont plus que doublé, passant de 87 millions de dollars en 2007-2008 à 185 millions de dollars en 2012-2013. Depuis août 2013, le Ministère a changé la façon dont il finance certains services communautaires (soins aux patients externes). Cela comprend le retrait des droits de facturation au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario de 90 cliniques privées de physiothérapie et l'établissement de contrats avec ces cliniques et avec d'autres fournisseurs (comme les hôpitaux et les équipes de santé familiale) pour la prestation de services de physiothérapie dans les collectivités. En outre, le Ministère a commencé, par l'entremise des RLISS, à offrir un financement aux foyers de soins de longue durée pour leur permettre d'acquérir directement les services de physiothérapie dont leurs résidents ont besoin, et il a chargé les CASC de coordonner tous les

services de réadaptation à domicile. Le Ministère a souligné que ces nouvelles dispositions visent à servir un plus grand nombre de gens dans un plus grand nombre de régions de la province, de manière plus rentable.

## COORDINATION ET CAPACITÉ DU SYSTÈME

### Demande des intervenants pour la mise en place d'un système coordonné

Au fil des ans, les intervenants ont souvent demandé une meilleure coordination des programmes de réadaptation afin, entre autres, d'améliorer la transition des patients des hôpitaux de soins actifs vers des services de réadaptation et de s'assurer que les patients reçoivent rapidement les services de réadaptation dont ils ont besoin. Par exemple :

- Dans un rapport publié en 2000, un groupe de référence provincial en matière de services de réadaptation, qui comprenait des représentants d'hôpitaux de réadaptation et du Ministère, soulignait le besoin d'un cadre stratégique visant à créer un système de services de réadaptation plus accessible, équitable et intégré.
- En 2006, l'Association des hôpitaux de l'Ontario recommandait, dans son rapport intitulé *Optimizing the Role of Complex Continuing Care and Rehabilitation in the Transformation of the Health Care Delivery System*, que le Ministère et les RLISS collaborent avec les établissements de soins postactifs, par exemple ceux offrant des services de réadaptation et de santé mentale, pour élaborer une approche systémique de la gestion et de la planification des services de réadaptation à l'échelle locale, régionale et provinciale.
- En juin 2010, à l'occasion d'une table ronde à laquelle participaient le Ministère, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et les RLISS, il a été recommandé que soient mis en place [Traduction] « une vision provinciale unique et un



cadre conceptuel pour orienter l'élaboration future de nouveaux modèles de prestation des services ». Le cadre conceptuel devait notamment porter sur la détermination de l'accès aux services de réadaptation à l'échelle régionale, la réalisation d'évaluations et la mise en application d'un traitement plus tôt dans le processus de réadaptation des patients, l'amélioration de l'accès aux services de réadaptation et de l'intensité de ces services pour les patients hospitalisés ayant besoin de soins complexes, ainsi que l'obligation d'utiliser des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans le cadre des services de réadaptation.

### Coordination et capacité actuelles des services

Au moment de notre audit, nous avons constaté que le RLISS rattaché à un des hôpitaux que nous avons visités coordonnait l'accès aux services de réadaptation lente à l'échelle du RLISS et qu'il prévoyait faire de même pour les services de réadaptation intensive dans l'avenir. Le RLISS rattaché à un autre des hôpitaux visités élaborait de nouveaux programmes de réadaptation et modifiait les programmes existants relevant de son autorité. Le troisième RLISS suivait principalement le roulement des patients passant d'un hôpital de soins actifs à une place en réadaptation. Certains RLISS ont formé des réseaux de réadaptation regroupant des hôpitaux et des organismes communautaires qui participent à la planification et à la prestation des services de réadaptation. Ces réseaux examinent les enjeux systémiques et les stratégies rentables et efficaces pour l'intégration des services de réadaptation afin d'améliorer l'accès des patients aux soins. Le GTA (Greater Toronto Area) Rehab Network, par exemple, s'est concentré sur la promotion des pratiques exemplaires et de l'échange de connaissances ainsi que sur l'élaboration de mesures de la planification des services et de l'amélioration du rendement. Chacun des trois hôpitaux visités appartenait à un réseau local de services de réadaptation.

Toutefois, à l'exception de quelques programmes de réadaptation spécialisés coordonnés à l'échelle provinciale (par exemple les programmes pour les patients ayant subi des blessures à la moelle épinière ou souffrant de lésions cérébrales acquises), chaque hôpital détermine généralement (certains avec les conseils du RLISS) quels services aux patients hospitalisés et/ou externes seront offerts, s'il en est. En conséquence, comme les services varient d'un établissement à l'autre, chaque hôpital établit ses propres politiques et procédures pour admettre les patients en réadaptation, déterminer leur admissibilité, établir leur ordre de priorité, gérer les listes d'attente et fournir les soins aux patients.

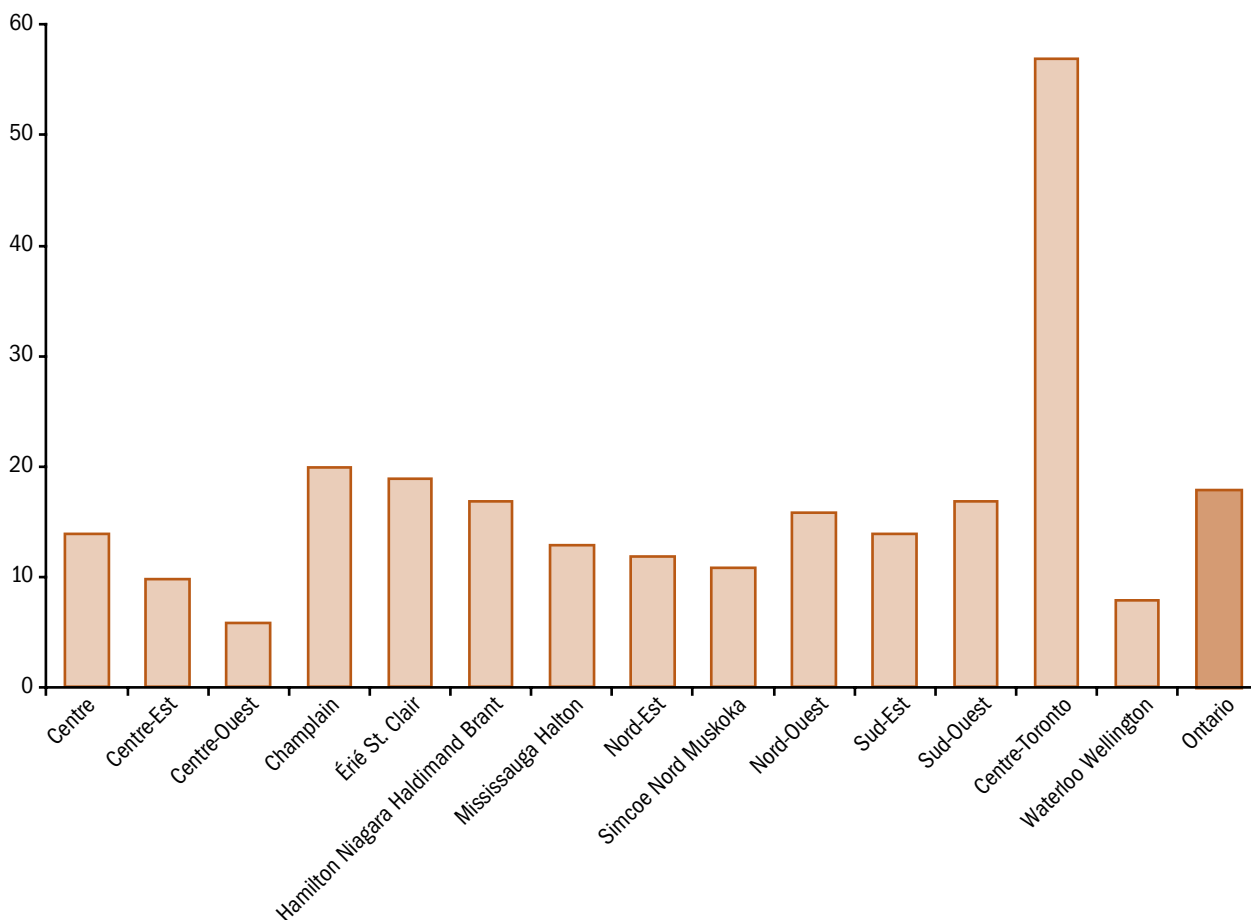
Cette approche de la prestation des services a entraîné des écarts entre les types et les niveaux des services offerts aux patients hospitalisés et aux patients externes dans les hôpitaux de la province. Un patient peut donc être admissible à des services dans un hôpital, mais non admissible aux mêmes services dans un autre hôpital. Nous avons aussi constaté une grande variation dans l'offre de places en réadaptation intensive pour des patients hospitalisés à travers la province, qui va de 57 places pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Toronto à seulement 6 pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Ouest (voir la Figure 2). La moyenne provinciale s'établissait à 18 places pour 100 000 personnes. Le Ministère a indiqué que la répartition des places en réadaptation à travers la province a été établie avant que soient définies les zones de service de chaque RLISS; c'est pour cette raison qu'il arrive que des patients reçoivent des services de réadaptation en dehors de leur RLISS.

### Renseignements disponibles sur les services aux patients hospitalisés

Depuis 2002, le Ministère exige de tous les hôpitaux qu'ils soumettent des données sur leurs places en réadaptation intensive par l'entremise du Système national d'information sur la réadaptation de l'Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 : Nombre de places en réadaptation intensive\* pour 100 000 personnes en septembre 2010, par réseau local d'intégration des services de santé**

Source des données : Rapport produit à la demande du RLISS du Centre-Toronto



\* Les chiffres ne tiennent pas compte des places en réadaptation lente, car il n'existe pas de données à l'échelle provinciale à ce sujet.

Cela comprend le nombre de places et le nombre d'admissions. Toutefois, le Ministère n'a pas accès à de tels renseignements à propos des services de réadaptation lente. Chaque entente de responsabilisation entre un hôpital et le RLISS dont il relève précise des cibles en matière de rendement. Les principales cibles en matière de réadaptation concernent le nombre de patients auxquels chaque hôpital devrait offrir des services de réadaptation intensive avec hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation des patients recevant des services de réadaptation lente. Sans renseignements complets, il est difficile pour le Ministère ou les RLISS de déterminer la capacité et l'utilisation du système.

### Renseignements disponibles sur les services aux patients externes

En ce qui concerne les services aux patients externes, divers rapports des intervenants – y compris un rapport publié en 2011 par le GTA Rehab Network et un rapport publié conjointement en 2011 par le Comité d'experts en matière d'orthopédie, l'Ontario Physiotherapy Association et d'autres partenaires – soulignent que le financement public des services aux patients externes a été réduit. Cela comprend la fermeture de nombreuses cliniques externes en milieu hospitalier depuis plus de 10 ans. En fait, selon le rapport conjoint de 2011, 50 % des hôpitaux de l'Ontario ayant répondu à

un questionnaire d'enquête ont dit avoir réduit les services de réadaptation offerts aux patients externes depuis deux ans; 16 % ont indiqué que d'autres réductions étaient prévues pour l'année suivante. Ce rapport souligne également que la disponibilité des programmes destinés aux patients externes n'était pas uniforme au sein des RLISS et qu'il existe peu d'information sur la demande de services, la capacité en matière de prestation des services et l'accessibilité des services. Le rapport de 2011 du GTA Rehab Network, bien qu'il confirme le manque d'information à propos des services de réadaptation à l'intention des patients externes, souligne tout de même que la demande pour des services de réadaptation en clinique externe financés par les fonds publics semble être supérieure à l'offre.

Nous avons constaté que, même si le Ministère dispose de données sur les visites des patients externes en réadaptation auprès de médecins et d'infirmières en milieu hospitalier, il n'a aucune information sur le nombre de visites en réadaptation auprès des physiothérapeutes et des ergothérapeutes en milieu hospitalier – c'est-à-dire les cliniciens avec lesquels les patients externes font principalement affaire. Il ne dispose pas non plus de renseignements sur le nombre de patients uniques (un même patient bénéficie généralement de plusieurs séances). Les RLISS supervisant les hôpitaux que nous avons audités ne disposaient pas non plus de cette information. En outre, aucun des hôpitaux audités n'avait déterminé sa capacité en matière de services aux patients externes – c'est-à-dire, le nombre maximal de patients auxquels ils peuvent offrir des services compte tenu des ressources actuellement disponibles pour les services externes, par exemple le nombre de thérapeutes et les salles ou l'équipement disponibles pour la thérapie.

Le Ministère ne disposait pas non plus d'information sur les types de services de réadaptation externes offerts en milieu hospitalier et ailleurs. Le GTA Rehab Network a toutefois mis en place dans son site Web un outil convivial de recherche de services de réadaptation pour aider les gens à trouver les programmes de réadaptation offerts

dans les hôpitaux et les CASC de leur région; cet outil comprend une description des programmes, des renseignements sur les critères d'admissibilité et la marche à suivre pour présenter une demande. Nous avons aussi constaté que deux autres RLISS de la province publiaient dans leur site Web certains renseignements à propos des services de réadaptation financés par des fonds publics offerts dans leur région.

### Incidence du vieillissement de la population

Les besoins en services de réadaptation augmenteront vraisemblablement avec le vieillissement de la population, ce qui accroît l'importance de mettre en place un système bien coordonné. Les programmes de réadaptation peuvent aider les aînés de diverses façons : en facilitant leur retour à la maison après un séjour à l'hôpital plutôt qu'un transfert dans un foyer de soins de longue durée, en réduisant les visites à l'urgence et les taux de réadmission à l'hôpital et en maintenant leur mobilité dans les foyers de soins de longue durée. Selon un rapport publié en 2010 par le Canadian Orthopedic Care Strategy Group, les maladies du système musculo-squelettique, comme les fractures du genou ou de la hanche, ont touché 11 millions de Canadiens de 12 ans ou plus en 2007, et ce nombre devrait augmenter à 15 millions en 2031, en raison du vieillissement de la population des baby-boomers. Cette hausse prévue exercera des pressions sur la demande pour des services de réadaptation, car les problèmes orthopédiques constituent la principale source des besoins en réadaptation. Des tendances similaires devraient se dessiner pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), deuxième source des besoins en services de réadaptation pour patients hospitalisés, compte tenu du vieillissement de la population et du fait que la plupart des victimes d'AVC sont âgées de plus de 65 ans.

## RECOMMANDATION 1

Pour mieux s'assurer que les Ontariens qui ont besoin de réadaptation aient un accès équitable aux services, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit collaborer avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour :

- établir un système coordonné à l'échelle provinciale pour les services de réadaptation intensive (de court terme) et lente (de long terme) à l'intention des patients hospitalisés, ainsi que tous les services offerts dans la collectivité aux patients externes;
- fournir au public des renseignements détaillés sur les programmes offerts, les critères d'admissibilité et la marche à suivre pour présenter une demande, par exemple dans un site Web public.

Afin de disposer de renseignements pertinents pour la prise de décisions actuelles et futures, le Ministère doit déterminer, avec l'aide de ses intervenants, les renseignements à recueillir sur les services de réadaptation lente à l'intention des patients hospitalisés et sur les services aux patients externes, ainsi que la meilleure façon de recueillir ces données.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et entend poursuivre l'exploration des options possibles concernant la coordination des services de réadaptation à l'échelle provinciale par les RLISS, y compris les pratiques exemplaires en matière de réadaptation et les exigences de déclaration des données connexes. La Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance) dirigera ces travaux. Avec la participation et le soutien du Ministère, l'Alliance mène une enquête et formule des recommandations qui contribueront à orienter les normes provinciales visant les programmes de soins et de services de réadaptation dans tout le continuum de

soins. Parmi les autres livrables que produira ce groupe d'experts, mentionnons :

- des descriptions des niveaux de soins du continuum de soins de réadaptation;
- des critères d'admissibilité (y compris le potentiel de rétablissement et/ou de réadaptation) et de mise en congé pour chaque niveau de soins du continuum de soins de réadaptation;
- des outils pour déterminer l'admissibilité;
- des résultats pour les patients et/ou des critères de mesure du rendement normalisés pour chaque niveau de soins du continuum des soins de réadaptation;
- des outils pour soutenir la gestion optimale des points de transition;
- des définitions uniformisées pour décrire les ressources en soins de réadaptation de tout le continuum de soins, y compris une approche systémique de type « évaluer et rétablir » afin d'éclairer les patients, leurs familles et les professionnels traitants à propos de l'objet et des composantes cliniques des programmes de soins de réadaptation.

Les réformes des services de physiothérapie mises en place par le Ministère comprennent l'augmentation de la capacité provinciale en matière de prestation de services de physiothérapie financés par le gouvernement dans les cliniques communautaires. En vertu des accords de paiements de transfert, les cliniques de physiothérapie sont tenues de déclarer le nombre de patients et les mesures des résultats, par exemple les cotes moyennes de douleur et de mobilité au début et à la fin du traitement. Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) reçoivent aussi un financement pour offrir des services de physiothérapie individuels à domicile. Ces changements feront en sorte que les services seront offerts à un plus grand nombre d'endroits à travers la province. Ils tiennent également compte du fait que les services de réadaptation constituent un continuum de soins

qui se donnent en dehors de l'hôpital, dans la collectivité.

Le Ministère apprécie la recommandation de la vérificatrice générale concernant la publication de renseignements sur les programmes et services de réadaptation et examinera les améliorations qui pourraient être apportées à la communication par l'entremise du Web. À l'heure actuelle, une personne qui a besoin de services de physiothérapie à domicile ou qui souhaite obtenir la liste des cliniques offrant de tels services peut communiquer avec le CASC local par l'entremise des sites Web **lignesante.ca** ou **310casc.ca** ou en appelant au 310-CASC (2272) (aucun indicatif régional requis). En outre, on peut trouver sur le site Web du Ministère des renseignements sur les changements apportés en août 2013 aux services de physiothérapie financés par le gouvernement, notamment une liste des questions fréquemment posées, les adresses des cliniques et d'autres ressources.

Avec la collaboration des RLISS et d'autres groupes de fournisseurs, le Ministère examinera les besoins en matière de collecte de données pertinentes et utiles afin d'améliorer la prestation des services de réadaptation.

## SERVICES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS

### Processus d'aiguillage

Les personnes qui participent à des programmes de réadaptation pour patients hospitalisés sont généralement envoyées par un médecin ou une infirmière autorisée. Dans l'un des hôpitaux que nous avons visités, on acceptait aussi les patients envoyés par un membre de l'équipe interdisciplinaire chargée du patient. Plus de 90 % des patients sont déjà hospitalisés pour un problème de santé grave, comme un accident vasculaire cérébral ou une hanche fracturée, quand ils sont aiguillés vers un programme de réadaptation avec hospitalisation.

Dans les hôpitaux que nous avons visités, l'aiguillage des patients recommandés par un professionnel de la santé variait d'un établissement à l'autre. Un des hôpitaux recevait les recommandations par le truchement de systèmes informatiques, dont un système d'aiguillage électronique et d'harmonisation des ressources. Les médecins et le personnel infirmier qui n'avaient pas accès à ces systèmes recommandaient les patients par télécopieur. Toutefois, même si la majorité des renseignements étaient transmis par voie électronique, cet hôpital devait tout de même saisir de nouveau tous les renseignements sur les patients dans son propre système informatique – un processus inefficace qui accroît le risque d'erreur à la saisie des données. Dans les deux autres hôpitaux, la plupart des patients étaient aiguillés depuis l'interne pour des services de réadaptation, par exemple après une chirurgie ou un accident vasculaire cérébral. Un des hôpitaux recevait les avis d'aiguillage interne par voie électronique, alors que l'autre les recevait par téléphone ou par télécopieur. Toutefois, dans les deux cas, les renseignements sur les patients étaient accessibles dans les systèmes informatiques de l'hôpital et il n'était donc pas nécessaire de les saisir de nouveau. En conséquence, seuls les renseignements sur les patients provenant de l'extérieur, généralement reçus par télécopieur, devaient être saisis manuellement dans les systèmes informatiques des deux hôpitaux.

### Admissibilité et temps d'attente

Chaque hôpital avait généralement établi ses propres critères d'admissibilité pour accepter ou refuser les patients qui lui étaient recommandés pour des services de réadaptation. Les hôpitaux que nous avons visités n'employaient pas tous la même méthode pour déterminer l'admissibilité d'un patient à des programmes similaires. Par exemple, un des deux hôpitaux offrant un programme de réadaptation orthopédique exigeait que les patients soient en mesure de participer à la thérapie cinq jours par semaine, pendant au moins une heure

par jour. L'autre hôpital exigeait des patients qu'ils soient en mesure de participer à la thérapie durant 30 à 60 minutes, trois fois par jour. Par ailleurs, un hôpital qui offrait un programme de réadaptation pour amputés exigeait des patients amputés d'un seul membre qu'ils aient une prothèse bien ajustée, alors qu'un autre exigeait que le patient puisse tolérer une séance de thérapie de 60 minutes ou plus cinq jours par semaine; le troisième hôpital avait fixé divers critères, dont celui que le patient soit en mesure de rester en position assise durant deux heures et que sa destination après la mise en congé se trouve au sein du RLISS de l'hôpital.

Le processus permettant de déterminer l'admissibilité variait également d'un hôpital à l'autre. À l'un des hôpitaux visités, les coordonnateurs du roulement des patients – physiothérapeutes ou ergothérapeutes – prenaient la décision concernant l'admission. Dans un autre hôpital, l'admissibilité était généralement déterminée par un physiatre – un médecin spécialisé en médecine physique et en réadaptation. Dans le troisième hôpital, l'admissibilité était déterminée par une infirmière, en consultation avec un physiatre. À l'un des hôpitaux, le délai médian pour déterminer l'admissibilité d'un patient était de quatre jours entre avril et décembre 2012. Dans les deux autres hôpitaux, l'admissibilité des patients était déterminée dans les 24 heures.

Bien qu'un rapport du Ministère indique qu'à l'échelle de la province, 55 % des patients considérés comme étant prêts à passer à un programme de réadaptation intensive pour patients hospitalisés étaient admis dans les 24 heures en 2012-2013, il existe des listes d'attente pour certains programmes de réadaptation. Par exemple, dans les deux hôpitaux visités ayant un programme à l'intention des patients souffrant de lésions cérébrales acquises, le temps d'attente médian était de 21 jours dans les deux établissements.

S'il n'y a pas de place immédiatement disponible dans un programme de réadaptation particulier, les patients sont inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital. Ni le gouvernement provincial ni les RLISS n'ont établi une politique normalisée

d'établissement des priorités à l'intention des hôpitaux, ce qui fait que chaque hôpital décide de la façon dont il établit l'ordre de priorité de chacun de ses cas. Un des hôpitaux que nous avons visités n'avait généralement pas de liste d'attente. Des deux hôpitaux qui avaient une liste d'attente, l'un accordait la priorité aux patients qui avaient le plus attendu, et l'autre tenait compte de la durée de l'attente ainsi que d'autres facteurs comme l'état de santé du patient. Ces deux hôpitaux privilégiaient les patients provenant de l'interne plutôt que ceux provenant de l'extérieur si l'hôpital avait besoin de libérer des lits de soins actifs pour d'autres patients.

Un des hôpitaux visités faisait le suivi du nombre de patients refusés et des raisons du refus. Cet hôpital nous a dit qu'il avait refusé 39 % des demandes de services de réadaptation intensive et 22 % des demandes de services de réadaptation lente durant les neuf premiers mois de 2012-2013. La raison la plus courante pour refuser une demande était que le patient n'avait pas fixé d'objectifs de réadaptation, par exemple être capable de monter un escalier ou de s'habiller seul. Dans cet hôpital, les thérapeutes donnant des soins actifs déterminaient généralement les buts initiaux dans le cadre du processus d'aiguillage. Un autre hôpital acceptait généralement tous les patients qui lui étaient envoyés et n'a refusé que peu de demandes, dans l'ensemble. Le troisième ne faisait pas le suivi du nombre de demandes refusées ni des raisons du refus.

## Évaluation et ampleur de la thérapie offerte

### Évaluation des besoins en matière de thérapie

Une fois qu'un patient est admis dans un programme de réadaptation, il est évalué par une équipe pluridisciplinaire qui comprend généralement un physiothérapeute, un ergothérapeute et une infirmière. Tous les patients envoyés pour des services de réadaptation intensive sont évalués au moyen d'un outil uniformisé appelé *Functional Independence Measure* (FIM), qui mesure le degré d'incapacité du patient. Cet outil permet aussi de

déterminer l'aide dont le patient a besoin pour accomplir les diverses activités de la vie quotidienne, comme manger, se laver, s'habiller et aller aux toilettes. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'évaluation FIM doit être faite dans les 72 heures suivant l'admission. (L'ICIS tient à jour le Système national d'information sur la réadaptation, qui contient des données sur les patients recueillies auprès des établissements et programmes de réadaptation participants à travers le Canada.) Un des hôpitaux visités faisait le suivi de ces données et a indiqué qu'en 2012-2013, les évaluations FIM ont été réalisées, en moyenne, dans les neuf jours. L'hôpital a souligné qu'en juin 2013, le délai avait été réduit à cinq jours. Les deux autres hôpitaux ne faisaient pas le suivi de ces données.

L'ICIS recueille également des données d'évaluation sur les patients participant à des programmes de réadaptation lente au moyen du Système d'information sur les soins de longue durée. Les patients doivent subir une évaluation RAI-MDS (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set), qui mesure les besoins et les forces du patient en ce qui concerne ses facultés cognitives, ses capacités de communication, son comportement, ses capacités en matière d'hygiène personnelle ainsi que d'autres critères.

De plus, les patients recevant des services de réadaptation intensive et lente subissent d'autres évaluations, menées par chacun des thérapeutes, afin d'établir un programme personnalisé de soins en fonction des besoins. Il importe que ces évaluations soient réalisées rapidement de sorte que la thérapie puisse commencer dès que possible après l'admission. Nous avons constaté que le délai avant l'évaluation variait dans chacun des trois hôpitaux visités. Dans l'un des hôpitaux, les thérapeutes disposaient de 48 heures après l'admission pour effectuer leurs évaluations; dans un deuxième hôpital, ce délai était de sept jours et dans le troisième, de 14 jours. L'examen d'un échantillon de dossiers a révélé que dans deux des hôpitaux, les évaluations étaient généralement effectuées dans le délai imparti. Toutefois, dans le troisième hôpital, 16 %

des évaluations n'étaient pas réalisées dans le délai fixé de sept jours.

### Étendue de la thérapie offerte

Sauf pour les accidents vasculaires cérébraux (dont il est question dans la section Accidents vasculaires cérébraux présentée plus loin dans le présent rapport), il y a peu de normes en matière de pratiques exemplaires en Ontario en ce qui concerne le nombre, le type et la fréquence des séances de thérapie dont les patients hospitalisés devraient bénéficier en fonction de leur problème de santé spécifique. Dans les hôpitaux visités, le nombre et le type de séances de thérapie que chaque patient recevait étaient fondés sur le jugement professionnel de ses thérapeutes et dépendaient des ressources disponibles.

Dans un rapport publié en 2010 à la suite d'une table ronde à laquelle participaient le Ministère, les RLISS et l'Association des hôpitaux de l'Ontario, on souligne qu'il coûte moins cher d'offrir une thérapie plus étendue que de garder les patients plus longtemps à l'hôpital. À ce sujet, une étude menée en 2012 par un hôpital de réadaptation de Toronto comparait les résultats de ses programmes offrant des services de réadaptation sept jours sur sept à ceux où l'on offrait des services cinq jours sur sept. Le rapport issu de cette étude indique que les patients ayant participé à un programme sur sept jours ont obtenu des résultats comparables à ceux des patients ayant suivi un programme sur cinq jours, mais qu'ils ont été en mesure de rentrer chez eux un jour plus tôt. Le rapport conclut cependant qu'il était encore trop tôt pour évaluer la rentabilité du programme sur sept jours. Nous avons constaté qu'un des hôpitaux que nous avons visités n'offrait aucun service de réadaptation aux patients hospitalisés durant la fin de semaine; un autre hôpital offrait certains services le samedi dans une unité, et le troisième offrait certains services de thérapie la fin de semaine pour deux de ses nombreux programmes. L'un de ces hôpitaux a précisé qu'aucun service de thérapie n'était offert la fin de semaine

dans la plupart des unités parce que les patients avaient besoin de temps pour se reposer, récupérer et mettre en pratique leurs nouvelles habiletés. Une des plaintes les plus couramment constatées dans les sondages sur la satisfaction des patients dans l'un des hôpitaux était le manque de services de thérapie la fin de semaine.

Il a été difficile de déterminer l'étendue des services de thérapie offerts à chaque patient dans les trois hôpitaux visités. Bien que les trois hôpitaux, de même que les ordres professionnels des thérapeutes, imposent la consignation de certains renseignements concernant la thérapie, aucun n'exige que toutes les séances auxquelles participe un patient soient consignées. Aucun des hôpitaux ne consignait tous les services de réadaptation offerts à chaque patient. Deux des hôpitaux faisaient le suivi des jours spécifiques auxquels des services de thérapie étaient fournis à chaque patient, mais pas de la durée totale des services offerts chaque jour. Bien que les hôpitaux exigeaient des thérapeutes qu'ils consignent par voie électronique le temps consacré chaque jour à leurs diverses tâches, par exemple le temps passé avec les patients, ces données étaient recueillies pour les dossiers des thérapeutes seulement, et non pour déterminer l'étendue des services de thérapie offerts à chaque patient. Aux États-Unis, pour les patients hospitalisés en réadaptation admissibles à l'assurance-santé, les thérapeutes sont tenus de consigner toutes les interactions en personne avec les patients par tranche de 15 minutes, et les gestionnaires doivent s'assurer que les patients bénéficient de trois heures de thérapie chaque jour.

Le nombre de patients vus par chaque thérapeute – c'est-à-dire la charge de travail des thérapeutes – variait d'un établissement visité à l'autre. Certains thérapeutes voyaient des patients ayant des besoins différents dans le cadre de plus d'un programme, alors que d'autres s'occupaient à la fois de patients hospitalisés et de patients externes. En conséquence, il a été difficile de comparer la situation dans les trois hôpitaux. Toutefois, dans les trois hôpitaux, nous avons constaté que les

thérapeutes absents pour cause de maladie ou de vacances n'étaient pas remplacés, ce qui faisait qu'à certains moments, un moins grand nombre de thérapeutes étaient à la disposition d'un même nombre de patients. Un des hôpitaux a indiqué qu'il avait mis en place un projet pilote pour remplacer les thérapeutes absents durant les périodes de pointe des vacances et qu'il en évaluait l'incidence.

### **Incidence de la thérapie offerte**

Avant de donner son congé à un patient, les hôpitaux effectuent une autre évaluation FIM, dont les résultats sont comparés à ceux de l'évaluation initiale afin de déterminer l'évolution de l'état du patient. Les résultats à l'évaluation FIM des patients bénéficiant de services de réadaptation intensive dans les trois hôpitaux s'étaient améliorés au moment de la mise en congé. Cette amélioration est attribuable aux services de réadaptation reçus ainsi qu'au processus naturel de guérison et à l'effet du temps. En outre, le pourcentage de patients hospitalisés en réadaptation intensive rentrant à la maison allait de 85 % à 87 % dans les hôpitaux visités. Des évaluations FIM ne sont pas requises pour les patients en soins de réadaptation lente, de sorte que le degré d'amélioration de l'état de ces patients après la réadaptation n'est généralement pas connu. Toutefois, un des hôpitaux visités effectuait ces évaluations pour les patients en réadaptation lente, et a constaté une amélioration importante des capacités fonctionnelles des patients.

### **Participation aux coûts des services de réadaptation lente**

Les services de réadaptation intensive sont généralement associés aux places que le Ministère a désignées comme des places en réadaptation, alors que les services de réadaptation lente sont associés aux places désignées comme des places en soins continus complexes (SCC). Traditionnellement, les places en SCC étaient occupées sur une base permanente par des patients qui, par exemple, ne



pouvaient pas être pris en charge par un foyer de soins de longue durée. Ces places sont toutefois aujourd'hui généralement utilisées à d'autres fins, y compris pour des soins en réadaptation lente et en soins palliatifs. Compte tenu du grand éventail des services actuellement offerts aux patients en SCC, le Ministère a peu d'information sur l'utilisation réelle de ces places. Par ailleurs, deux des trois RLISS associés aux hôpitaux visités n'avaient pas cette information.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, les hôpitaux peuvent facturer une quote-part des coûts aux patients recevant des SCC à long terme qui sont devenus des résidents permanents de l'hôpital ou qui attendent à l'hôpital d'avoir une place dans un foyer de soins de longue durée, mais pas aux patients qui réintègrent la collectivité. La quote-part vise à éliminer tout encouragement financier à rester à l'hôpital pour les patients, qui normalement ne paient rien pour leur hospitalisation, au lieu de séjourner dans un foyer de soins de longue durée, où il faut habituellement payer. La quote-part exigée par l'hôpital est généralement la même que le tarif de base dans les foyers de soins de longue durée et peut aussi être réduite pour les personnes ayant un faible revenu. L'un des deux hôpitaux visités ayant des places en SCC facturait une quote-part à seulement environ 20 % des patients en SCC pour lesquels un retour à la maison n'était pas envisagé. L'autre facturait toutefois une quote-part à tous les patients en SCC, y compris les patients en réadaptation lente, quel que soit le pronostic quant à leur retour à la maison.

### Patients en attente d'un autre niveau de soins

Les patients en attente d'un autre niveau de soins (patients ANS) sont des patients qui sont prêts à recevoir leur congé, mais qui doivent attendre à l'hôpital d'obtenir des services de soins après la mise en congé, par exemple des soins à domicile ou une place dans un foyer de soins de longue durée. Certains patients ANS attendent dans un lit de

soins actifs d'avoir une place en réadaptation. Les patients qui demeurent à l'hôpital plus longtemps que nécessaire dans un lit de soins actifs courent notamment le risque de contracter une infection nosocomiale comme le *C. difficile*; en outre, le manque d'activité peut entraîner un déclin des capacités physiques et mentales. Par ailleurs, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et la Rehabilitative Care Alliance provinciale ont reconnu que les places en réadaptation peuvent être une ressource précieuse pour le secteur des soins de santé en contribuant à garder les patients ANS en dehors des hôpitaux de soins actifs, ce qui réduit les pressions que subissent les services d'urgence et favorise un roulement efficace des patients dans le système. Il arrive toutefois que les patients ANS soient difficiles à placer lorsque leur état de santé est complexe. Les hôpitaux de réadaptation que nous avons visités nous ont dit que les coûts pour les patients ANS étaient généralement de très peu inférieurs à ceux pour les autres patients, parce qu'ils ont quand même besoin de certains services de thérapie pour que leur état ne se détériore pas.

Le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes du Ministère (le groupe d'experts), qui comprenait des spécialistes en réadaptation et des intervenants de partout en Ontario, a publié en juin 2011 un rapport formulant des conseils et des lignes directrices à l'intention du comité d'experts sur les services des urgences et les autres niveaux de soins. Ce rapport était axé sur la meilleure façon de réduire la durée des séjours des patients ANS dans le système en utilisant judicieusement les ressources en réadaptation intensive et réadaptation lente pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, une arthroplastie de la hanche ou du genou ou une fracture de la hanche. Le groupe d'experts a formulé 30 recommandations, regroupées en fonction de leur caractère urgent. Les recommandations les plus urgentes comprenaient la mise en place de pratiques exemplaires, l'harmonisation des stimulants financiers aux pratiques exemplaires et l'amélioration du rôle des services de réadaptation aux patients externes

en milieu hospitalier. Au milieu de 2013, la Rehabilitative Care Alliance, qui a remplacé le groupe d'experts, a commencé à préciser les 30 recommandations aux fins de mise en oeuvre.

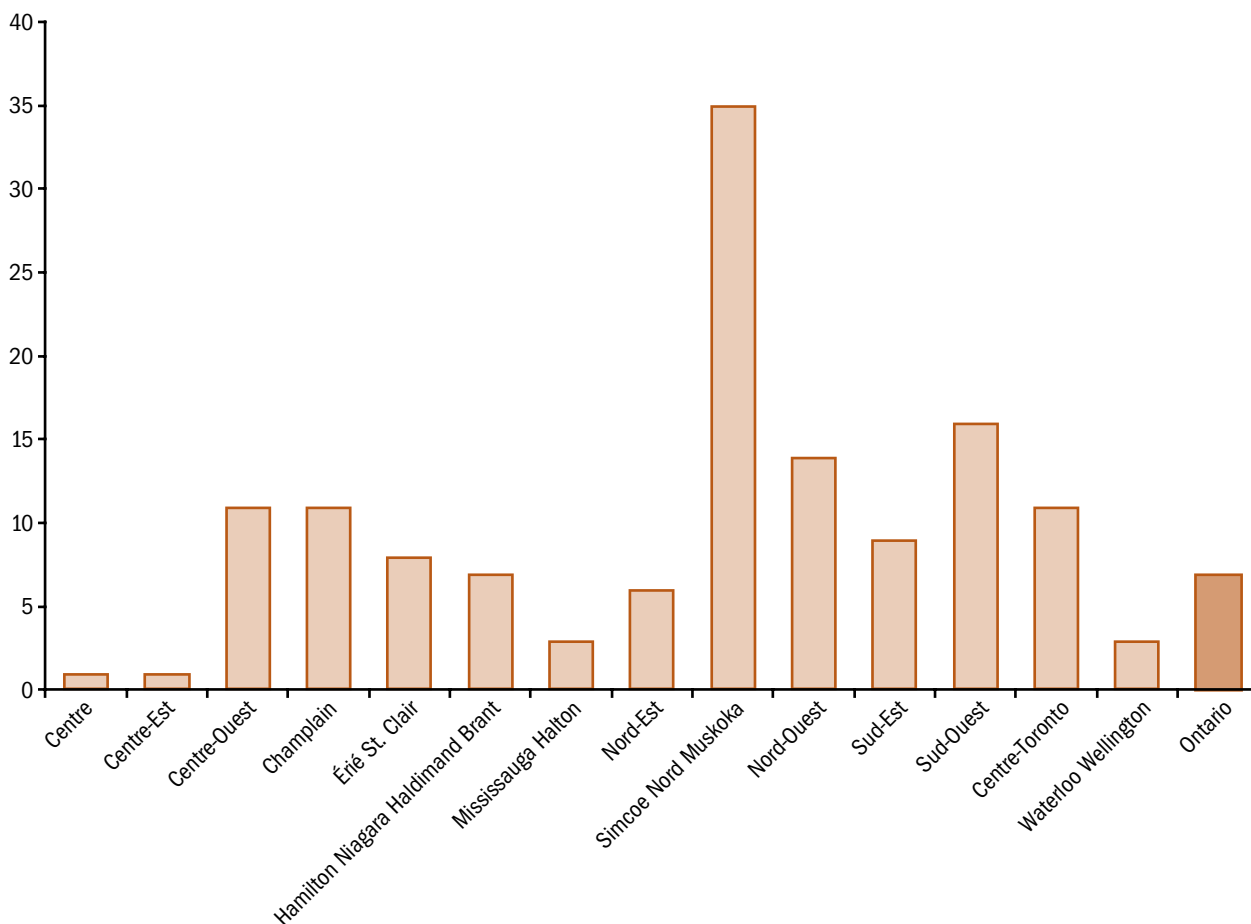
Dans un de ses rapports, l'Association des hôpitaux de l'Ontario souligne qu'environ 2 300 patients ANS occupaient des lits de soins actifs dans la province en mars 2013. De ces patients, 16 % attendaient une place en réadaptation intensive et 9 %, une place en SCC. (Les places en SCC comprennent des places en réadaptation lente.) À l'échelle de la province en 2012-2013, 7 % des patients occupant un lit en soins actifs ont attendu plus d'une semaine avant d'obtenir une place en réadaptation intensive, comme il est indiqué à la Figure 3. Ce pourcentage variait d'un RLISS à l'autre, allant de seulement 1 % dans les RLISS du Centre et du Centre-Est, jusqu'à

35 % dans le RLISS de Simcoe Nord Muskoka. En dépit du pourcentage élevé de patients qui attendent, le RLISS de Simcoe Nord Muskoka compte le même nombre de lits pour 100 000 personnes que le RLISS du Centre-Est, comme l'indique la Figure 2. En outre, le RLISS de Champlain affichait un temps d'attente supérieur à la moyenne en dépit du fait qu'il disposait de 20 lits pour 100 000 personnes, soit la deuxième capacité la plus élevée de tous les RLISS.

D'autres patients attendent en réadaptation d'obtenir des services de soins après la mise en congé. Le rapport de l'Association des hôpitaux de l'Ontario indique que les patients ANS attendant d'obtenir des soins ailleurs occupent 13 % des lits dans les établissements de soins postactifs, par exemple les établissements offrant des services de

**Figure 3 : Pourcentage de patients qui ont attendu plus d'une semaine à l'hôpital de soins actifs avant d'obtenir une place en réadaptation en 2012-2013, par réseau local d'intégration des services de santé**

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



réadaptation intensive, de SCC et de santé mentale. Ce pourcentage varie considérablement à l'échelle de la province, allant de moins de 1 % des lits en soins postactifs dans le RLISS de Mississauga Halton à 20 % dans le RLISS du Centre-Toronto. Dans les hôpitaux audités, environ 5 % des lits en réadaptation intensive et 14 % des lits en SCC étaient occupés par des patients ANS au 31 mars 2013. La plupart de ces patients attendaient d'obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée ou une résidence avec supervision/services, ou encore des services de soins à domicile.

Le délai de rotation – c'est-à-dire le temps nécessaire pour nettoyer la chambre et admettre un nouveau patient – pour les lits en réadaptation constitue un facteur important, parce qu'un patient de l'urgence peut attendre longtemps une place en soins actifs pendant qu'un patient en soins actifs attend qu'on le transfère en réadaptation. Aucun des hôpitaux visités ne faisait le suivi du temps requis avant qu'une place en réadaptation qui se libère soit prête pour un autre patient. Tous ont cependant souligné qu'il faut normalement moins d'une journée parce que les dates de mise en congé sont estimées d'avance, ce qui permet de planifier l'admission d'un nouveau patient le jour même ou le lendemain.

## RECOMMANDATION 2

Pour mieux s'assurer que les services de réadaptation aux patients hospitalisés répondent aux besoins de la façon la plus efficiente et la plus équitable possible, les hôpitaux doivent :

- mettre en place des systèmes permettant de recevoir les renvois de patients et de charger électroniquement les données connexes sur les patients;
- en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), mettre au point des pratiques uniformisées concernant l'admissibilité des patients à des programmes similaires,

l'établissement de l'ordre de priorité des patients en fonction de leurs besoins ainsi que la fréquence et la durée des séances de thérapie;

- assurer le suivi et la surveillance de l'information sur l'étendue de la thérapie réellement offerte aux patients, du nombre de patients refusés et des motifs de refus ainsi que du délai avant qu'un patient puisse occuper une place qui vient de se libérer;
- conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*, facturer une quote-part uniquement aux patients en réadaptation lente qui ne devraient pas être en mesure de rentrer chez eux.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les trois hôpitaux visités sont d'accord avec la recommandation de mettre en place des systèmes permettant de recevoir les renvois de patients et de charger électroniquement les données sur les patients. Un des hôpitaux a dit qu'il aurait besoin de financement pour mettre en place un tel système.

Deux des hôpitaux étaient généralement d'accord avec la mise en oeuvre de pratiques uniformisées dans les secteurs recommandés, et l'un a précisé que cette initiative devrait être réalisée conjointement avec la Rehabilitative Care Alliance ainsi qu'avec les réseaux spécialisés dirigés par des cliniciens. Le troisième hôpital a plutôt proposé d'élaborer des pratiques exemplaires dans ces secteurs, car des pratiques uniformisées risquent de réduire la marge de manoeuvre des hôpitaux.

Bien que les hôpitaux convenaient généralement de l'importance d'assurer le suivi et la surveillance de l'information, l'un d'eux a souligné qu'il ne serait pas utile de faire le suivi de la durée totale des séances de thérapie dont bénéficie chaque patient, parce que les mesures des résultats, comme la destination du patient à la mise en congé et l'évolution de la note à l'évaluation FIM (qui mesure l'indépendance

fonctionnelle), sont des indicateurs plus révélateurs. Un autre hôpital a proposé que le suivi des données sur la durée totale des séances de thérapie offertes aux patients soit fait en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, afin de s'assurer que l'information est recueillie systématiquement dans toute la province.

L'un des deux hôpitaux ayant des patients en réadaptation lente facturait déjà une quote-part seulement aux patients qui ne devaient pas rentrer chez eux. L'autre hôpital était d'avis que le Ministère devrait clarifier l'objet de la législation, afin d'éviter qu'elle soit interprétée différemment par les hôpitaux de la province.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Bien que la recommandation s'adresse aux hôpitaux, le Ministère se penchera aussi sur la recommandation concernant le suivi et la surveillance de l'information et examinera les possibilités d'améliorer les pratiques uniformisées. Ces travaux seront entrepris en tenant compte des initiatives menées par la Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance) sous l'égide des RLISS. L'Alliance occupe une position unique pour proposer des outils qui peuvent être mis en oeuvre dans toute la province pour aider les fournisseurs de soins de santé à déterminer de façon uniformisée l'admissibilité des patients et à créer des outils à l'appui d'une gestion optimale des points de transition.

Le Ministère fournira en outre des éclaircissements à propos des exigences en matière de quote-part, qui seront diffusés auprès des fournisseurs de soins de santé concernés par l'entremise des RLISS.

## SERVICES AUX PATIENTS EXTERNES

Les services de réadaptation aux patients externes sont couramment utilisés par des patients ayant des déficiences fonctionnelles plus légères, par exemple après avoir reçu leur mise en congé d'un hôpital de soins actifs ou de réadaptation. Ces services sont généralement offerts en milieu hospitalier, dans des cliniques ou au domicile du patient, y compris dans des maisons de retraite et des foyers de soins de longue durée, dans le but d'améliorer les capacités fonctionnelles du patient et donc sa qualité de vie. Toutefois, sauf pour les programmes à l'intention des victimes d'un accident vasculaire cérébral, il existe peu de normes en matière de pratiques exemplaires en Ontario sur des questions comme le moment où la thérapie doit commencer, la durée de la thérapie, le type de traitement qui devrait être offert, la durée des séances et le nombre de semaines de thérapie.

### Admissibilité aux services aux patients externes

La plupart des programmes destinés aux patients externes dans les trois hôpitaux visités exigeaient que les patients aient été envoyés par un médecin de l'hôpital. Deux des hôpitaux acceptaient aussi dans certains de leurs programmes des patients envoyés par des médecins de la collectivité, par exemple des médecins de famille. Quand un patient est aiguillé vers le programme de services aux patients externes d'un hôpital, le dossier est examiné par le personnel de l'hôpital – par exemple une infirmière de triage, un thérapeute ou un groupe de thérapeutes – pour déterminer l'admissibilité du patient en fonction des critères de l'hôpital. Il n'existe pas de critères uniformisés à l'échelle de la province ou des RLISS en Ontario pour déterminer l'admissibilité aux programmes destinés aux patients externes. Dans les trois hôpitaux visités, nous avons constaté que les critères d'admissibilité variaient pour des programmes similaires. Par exemple, en vertu du programme

destiné aux patients externes ayant subi un accident vasculaire cérébral d'un des hôpitaux visités, les demandeurs de l'externe devaient obtenir une note FIM indiquant seulement une déficience fonctionnelle légère, ce qui correspond à la suggestion du groupe d'experts. Dans un autre hôpital, il n'y avait toutefois aucune exigence à l'égard de l'obtention d'une note FIM spécifique. Nous avons aussi constaté que les hôpitaux visités n'utilisaient pas d'outil normalisé pour consigner les décisions concernant l'acceptation ou le refus des patients. Dans les trois hôpitaux visités, nous avons constaté que le délai médian pour déterminer l'admissibilité d'un patient à compter de la date d'aiguillage allait du jour même à cinq à 19 jours.

### Délai d'attente pour les services aux patients externes

Une fois qu'il est jugé admissible, le patient ne bénéficie pas nécessairement tout de suite des services de réadaptation si l'établissement a une liste d'attente. Deux des hôpitaux que nous avons visités avaient des listes d'attente; le troisième n'avait aucun patient en attente. Seulement un des deux hôpitaux ayant une liste d'attente faisait le suivi des délais d'attente. Dans cet hôpital, le délai d'attente global médian entre l'aiguillage et l'obtention de services de réadaptation s'établissait à 33 jours. Dans une des cliniques externes de l'autre hôpital, notre examen des dossiers a révélé que le délai d'attente médian était de cinq jours. Cet hôpital a indiqué que dans son autre clinique externe, les patients devaient attendre environ deux ans ou plus pour certains programmes, par exemple pour des problèmes permanents au dos et au cou.

Il n'existe pas de politique à l'échelle de la province ou des RLSS pour déterminer l'ordre de priorité des patients inscrits sur les listes d'attente; chaque hôpital a ses propres méthodes. Dans deux des hôpitaux visités, la politique était d'accorder la priorité aux patients qui attendaient depuis plus longtemps. Le troisième hôpital a expliqué qu'il tenait également compte de facteurs comme

la nature des problèmes de santé du patient et le risque de chute, mais la consignation des motifs à l'appui des décisions n'était pas obligatoire. L'un des hôpitaux accordait la priorité aux patients provenant de l'interne, plutôt qu'à ceux provenant de la collectivité. De même, le rapport de 2011 du GTA Rehab Network indiquait que 70 % des programmes orthopédiques et des programmes destinés aux victimes d'un accident vasculaire cérébral – soit les programmes qui comptent le plus grand nombre de patients – accordaient la priorité aux patients provenant de l'interne, ce qui signifie que les patients provenant de l'externe risquaient d'attendre plus longtemps.

### Assiduité aux services aux patients externes

Lorsque vient leur tour, les patients qui figurent sur la liste d'attente peuvent être confrontés à certaines difficultés pour pouvoir bénéficier des services aux patients externes, notamment le transport pour se rendre jusqu'à la clinique externe et pour le retour, et l'absence ou le nombre réduit de services offerts le soir et la fin de semaine pour les patients qui ne peuvent pas se présenter durant le jour en semaine. Deux des trois hôpitaux visités n'offraient pas de services de réadaptation aux patients externes le soir et la fin de semaine. Le troisième hôpital offrait certains services jusqu'à 19 h du lundi au jeudi dans l'une de ses deux cliniques.

Les trois hôpitaux disposaient de renseignements sur le nombre de patients externes servis et sur le nombre total de fois que les patients ont vu un membre du personnel de réadaptation. Toutefois, un seul faisait le suivi, dans l'une de ses deux cliniques, de l'optimisation de l'emploi du temps des thérapeutes, du nombre de rendez-vous annulés par les patients et du nombre d'absences des patients. Il n'existait aucun sommaire global de ces données, mais nous avons constaté que de février 2012 à janvier 2013, entre 1 % à 13 % des rendez-vous étaient annulés par le thérapeute, alors que

le patient ne se présentait pas au rendez-vous dans 0 % à 6 % des cas.

### Mesure de l'incidence des services aux patients externes

Alors que les patients hospitalisés en réadaptation intensive sont évalués au moyen de l'outil FIM au début et à la fin du traitement pour déterminer l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles, les patients externes en réadaptation ne font pas l'objet d'une telle évaluation au moyen d'un outil normalisé. En conséquence, il existe peu de données sur l'efficacité des programmes pour patients externes. Le Ministère a souligné que la Rehabilitative Care Alliance mettait au point un ensemble de données normalisées à l'égard des programmes pour patients externes financés par le gouvernement.

### RECOMMANDATION 3

Pour mieux s'assurer que les patients ont accès rapidement aux services aux patients externes dont ils ont besoin, les hôpitaux doivent :

- établir l'ordre des priorités des patients en fonction de leurs besoins et non en fonction d'autres facteurs, par exemple s'ils proviennent d'un programme interne destiné aux patients hospitalisés de l'établissement ou de l'extérieur;
- évaluer la nécessité ainsi que les coûts et les avantages de la prestation de services le soir et la fin de semaine;
- en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), élaborer des pratiques uniformisées pour des problèmes de santé courants, par exemple les arthroplasties totales, en ce qui concerne le moment où il convient de commencer la thérapie pour les patients externes, ainsi que le type et la durée de la thérapie.

De plus, les hôpitaux devraient recueillir de l'information afin de mieux s'assurer que les ressources offertes aux patients externes sont utilisées de façon efficiente et efficace, par exemple de l'information sur le nombre de rendez-vous annulés et les absences des patients, ainsi que sur l'évolution des capacités fonctionnelles des patients externes entre le début et la fin du programme de réadaptation.

### RÉPONSE DES HÔPITAUX

Si deux des hôpitaux conviennent qu'il faudrait établir l'ordre de priorité pour les services aux patients externes en fonction des besoins, le troisième a souligné que cette recommandation serait difficile à mettre en oeuvre parce que les besoins des patients ne sont pas définis à l'heure actuelle.

Les trois hôpitaux conviennent d'évaluer la nécessité ainsi que les coûts et les avantages de la prestation de services aux patients externes le soir et la fin de semaine.

Les trois hôpitaux sont généralement d'accord avec l'élaboration de pratiques normalisées en matière de services aux patients externes pour les problèmes de santé courants. Un hôpital a souligné que cette initiative devrait être entreprise en collaboration avec des réseaux spécialisés dirigés par des cliniciens. Un autre hôpital a dit s'attendre à ce que la Rehabilitative Care Alliance entreprenne des travaux à ce sujet.

Bien que les hôpitaux conviennent de l'importance de recueillir la majorité de ces renseignements sur les patients externes, deux d'entre eux ont exprimé des préoccupations quant au suivi de l'évolution des capacités fonctionnelles des patients externes. Ces deux hôpitaux utilisaient diverses mesures pour suivre cette évolution, mais l'un a formulé une mise en garde concernant la difficulté de trouver une mesure capable de rendre compte de cette évolution.

L'autre hôpital était d'avis qu'un tel indicateur n'existait pas à l'heure actuelle, et qu'il était plus important de déterminer si les patients externes avaient atteint leurs buts.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Bien que cette recommandation s'adresse aux hôpitaux, le Ministère entend lui aussi améliorer la qualité des soins. La politique provinciale en matière d'évaluation et de réadaptation actuellement en cours d'élaboration à l'intention des personnes âgées de santé fragile constitue un exemple des initiatives à cet égard. De plus, la Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance) participe activement à l'approche de soins de réadaptation à l'intention des personnes âgées de santé fragile et des populations complexes sur le plan médical pour soutenir l'« opérationnalisation » des éléments prioritaires du cadre d'évaluation et de réadaptation. Dans le cadre du plan de travail, l'Alliance met au point un processus normalisé pour identifier et soutenir l'aiguillage en temps opportun des personnes âgées présentant un risque élevé et un potentiel de réadaptation vers le niveau de soins approprié.

Par ailleurs, le Ministère collaborera avec les RLISS en vertu d'une méthode fondée sur des faits afin d'évaluer la demande pour des services le soir et la fin de semaine, ainsi que les avantages associés à de tels services.

## PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS EXIGEANT UNE RÉADAPTATION

Notre audit était principalement axé sur deux problèmes de santé spécifiques exigeant une réadaptation, soit les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les arthroplasties totales, parce qu'ils représentent le plus grand nombre d'admissions pour des services de réadaptation à des patients hospitalisés (15 % et 18 %, respectivement).

## Accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la principale cause d'invalidité des adultes au Canada. Les AVC peuvent toucher diverses fonctions de base comme la parole, la vue, la mémoire et la capacité de marcher. Selon le Ministère, plus de 90 000 Ontariens vivent actuellement avec les séquelles d'un AVC; les personnes qui survivent à un AVC souffrent généralement d'invalidité à divers degrés.

L'Ontario Stroke Network (OSN), créé en 2008, reçoit du Ministère un financement pour assurer le leadership et la coordination des 11 réseaux régionaux contre les accidents cérébrovasculaires de la province, y compris les cliniques de prévention des AVC et les centres des AVC de l'Ontario, qui sont des établissements hospitaliers spécialisés dans le traitement des accidents vasculaires cérébraux. Tous ont pour but de réduire l'incidence des AVC, de veiller à ce que les Ontariens aient accès en temps opportun à des soins appropriés de qualité et d'améliorer les soins et les résultats.

En 2011, l'OSN a mis sur pied un groupe de référence pour l'AVC qui a recommandé un ensemble de pratiques exemplaires touchant la réadaptation après un AVC et le roulement des patients, dont celles qui sont présentées à la Figure 4. Le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes a accepté ces recommandations en novembre 2011. En janvier 2013, le groupe d'experts consultatif clinique sur les AVC de Qualité des services de santé Ontario, un organisme du gouvernement provincial qui a notamment pour mission d'évaluer l'efficacité des nouvelles technologies et des nouveaux services en matière de soins de santé, a formulé des recommandations similaires en ce qui concerne le transfert rapide des patients et l'intensification de la thérapie.

Dans son rapport de 2012 intitulé *The Impact of Moving to Stroke Best Practices*, l'OSN estimait que les économies dans les secteurs des soins actifs et des services de réadaptation aux patients hospitalisés découlant de la mise en oeuvre de toutes ces

## Figure 4 : Pratiques exemplaires sélectionnées en matière de réadaptation après un AVC et de roulement des patients

Source des données : Ontario Stroke Network

Transfert rapide	Transfert rapide des patients concernés des établissements de soins actifs vers les établissements de réadaptation : Les victimes d'un accident ischémique cérébral doivent être transférées en réadaptation dans les cinq jours suivant l'accident, en moyenne, et les victimes d'une attaque d'apoplexie hémorragique, dans les sept jours, en moyenne. (Les accidents ischémiques cérébraux, qui comptent pour 80 % des cas, sont causés par une interruption de l'écoulement sanguin dans le cerveau. Les attaques d'apoplexie hémorragique, qui comptent pour 20 % des autres cas, se produisent lorsque des vaisseaux sanguins éclatent dans le cerveau.)
Intensité accrue de la thérapie	Prestation d'une thérapie plus intense dans le cadre des services de réadaptation aux patients hospitalisés : Les victimes d'un AVC doivent recevoir trois heures de thérapie par jour – une heure pour chaque type de thérapie (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) – sept jours sur sept.
Caractère opportun des services de réadaptation aux patients externes (en milieu hospitalier ou communautaire)	Accès en temps opportun aux services de réadaptation aux patients externes (en milieu hospitalier ou communautaire) pour les patients qui en ont besoin; cela comprend deux ou trois visites des patients externes ou des professionnels de la santé des CASC par semaine pour chaque type de thérapie requis, durant huit à 12 semaines.
Accès équitable	Accès équitable à tous les services de réadaptation requis pour tous les candidats à la réadaptation.

pratiques exemplaires pourraient atteindre 20 millions de dollars par année. Le rapport précise aussi que l'intégration des pratiques exemplaires aurait une incidence favorable sur les résultats pour les patients. Les hôpitaux peuvent décider d'adopter ces pratiques exemplaires en tout ou en partie, ou de ne pas les adopter. Nous avons constaté que les deux hôpitaux visités ayant un programme pour les AVC mettaient en oeuvre certaines de ces pratiques exemplaires.

Nous avons constaté ce qui suit à propos des recommandations du groupe de référence pour l'AVC.

### Rapidité du transfert

Selon le rapport intitulé *Ontario Stroke Evaluation Report 2013* préparé par l'Ontario Stroke Network, le Réseau canadien contre les accidents cérébro-vasculaires et l'Institut de recherche en services de santé, le délai médian entre le moment où l'AVC survenait et celui où le patient était transféré en réadaptation était de 10 jours en 2011-2012, en Ontario. Dans l'un des deux hôpitaux visités ayant un programme pour les AVC, ce délai était de

16 jours en 2011-2012, et de 13 jours dans l'autre. Les deux établissements ont précisé que le délai pour le transfert était attribuable à la réticence des hôpitaux de soins actifs à transférer plus rapidement les patients victimes d'un AVC dont l'état de santé était considéré comme instable.

En mars 2013, Qualité des services de santé Ontario a publié les résultats de son examen des recherches effectuées sur le délai optimal d'accès à des services de réadaptation après un AVC. Le rapport conclut que, jusqu'à preuve du contraire, la réadaptation doit commencer dès que le patient est prêt. Le rapport souligne toutefois que 19 % des patients victimes d'un AVC demeuraient à l'hôpital de soins actifs plus longtemps que nécessaire pour attendre une place en réadaptation pour les patients hospitalisés.

### Intensité de la thérapie

Même si les experts s'entendent pour recommander que les patients hospitalisés pour un AVC bénéficient de trois heures de réadaptation par jour, les résultats des recherches menées à ce jour sur l'intensité de la réadaptation nécessaire après un



AVC sont partagés. De fait, après un examen des recherches dans ce domaine mené en mars 2013, Qualité des services de santé Ontario conclut que les patients ne récupèrent pas mieux leurs capacités fonctionnelles en consacrant chaque jour plus de temps à la réadaptation que la norme actuelle. L'examen a toutefois révélé certaines divergences entre les résultats et les opinions de certains spécialistes dans le domaine de la réadaptation après un AVC. Qualité des services de santé Ontario prévoit donc entreprendre une analyse approfondie de cette question. L'OSN a souligné que le fait d'accroître l'intensité de la thérapie peut réduire la durée du séjour à l'hôpital, et donc réduire les coûts.

Comme pour les autres types de réadaptation dans les hôpitaux visités, la durée et le type de la thérapie après un AVC que reçoit chaque patient sont fondés sur le jugement professionnel de ses thérapeutes. Aucun des hôpitaux visités ayant un programme de réadaptation après un AVC ne faisait le suivi de la durée totale des séances de thérapie dont bénéficiaient les patients. Un des hôpitaux avait toutefois commencé à faire le suivi du nombre total d'heures de thérapie offertes à l'ensemble des patients victimes d'un AVC, mais pas du nombre d'heures pour chaque patient. Cet hôpital a expliqué qu'il n'avait pas encore atteint son objectif d'offrir trois heures de thérapie par jour à chaque patient. L'autre hôpital ne s'était pas fixé un tel objectif. Dans un rapport publié en 2010, le GTA Rehab Network présentait les résultats d'une enquête provinciale sur les programmes de traitement des AVC. Nous avons constaté que seulement trois des 12 programmes de réadaptation intensive après un AVC et trois des cinq programmes de réadaptation lente qui ont participé à l'enquête avaient fourni toutes les heures recommandées de thérapie.

Un spécialiste ontarien des AVC a souligné en 2008 que le fait de laisser au thérapeute le soin de décider de la durée totale de la thérapie de chaque patient et de la prestation des services de thérapie semble entraîner un moins grand nombre d'heures de thérapie directement auprès du patient et tend à donner de piètres résultats. Comme il est précisé

plus haut, aux États-Unis, pour les patients hospitalisés en réadaptation admissibles à l'assurance-santé, les thérapeutes sont tenus de consigner toutes les interactions en personne avec les patients ayant subi un AVC par tranche de 15 minutes, et les questionnaires doivent s'assurer que les patients bénéficient de trois heures de thérapie chaque jour. Un examen des données de 2011-2012 figurant dans le rapport intitulé *Ontario Stroke Evaluation Report* et des données eRehab de 2012 pour les États-Unis a révélé que même si l'amélioration des capacités fonctionnelles des patients hospitalisés en réadaptation admissibles à l'assurance-santé est comparable à celle des patients ontariens hospitalisés à la suite d'un AVC, la durée de leur séjour à l'hôpital est moitié moins longue que celle des patients ontariens. (Aux États-Unis, les patients avaient généralement des capacités fonctionnelles inférieures à celles de la moyenne des patients victimes d'un AVC en Ontario au moment où ils entreprenaient un programme de réadaptation avec hospitalisation, ce qui peut influencer sur le taux de récupération des capacités fonctionnelles durant la période visée.)

### Rapidité de l'accès aux services de réadaptation aux patients externes (en milieu hospitalier ou communautaire)

Nous avons constaté qu'il y a généralement très peu d'information sur l'accès aux services de réadaptation aux patients externes et/ou dans la collectivité à l'échelle de la province. Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales des soins de l'AVC*, les patients ayant subi un AVC devraient commencer la réadaptation en externe dans les 48 heures de la mise en congé d'un hôpital de soins actif ou dans les 72 heures de la mise en congé d'une unité de réadaptation aux patients hospitalisés. L'un des deux hôpitaux visités ayant un programme de traitement des AVC a déclaré qu'il fallait en moyenne 31 jours à compter de la date de l'aiguillage avant qu'un patient commence la réadaptation en externe. L'autre hôpital n'avait pas de

liste d'attente pour son programme de traitement des AVC visant les patients externes.

Le rapport intitulé *Ontario Stroke Evaluation Report 2013* révèle que l'étendue des services offerts par l'entremise des CASC est faible et probablement insuffisante pour aider les personnes ayant de la difficulté à vivre de façon autonome. Les CASC offraient en moyenne seulement environ quatre séances de réadaptation à chaque patient sur une période de huit semaines, comparativement aux deux ou trois séances par semaine par type de thérapie sur une période de huit à 12 semaines recommandées par le groupe d'experts.

Les deux hôpitaux visités ayant un programme de traitement des AVC ne faisaient aucun suivi pour s'assurer qu'ils offraient deux ou trois visites par semaine par type de thérapie – par exemple physiothérapie, ergothérapie et orthophonie – durant huit à 12 semaines.

Nous avons constaté l'existence d'un programme appelé *Early Supported Discharge Program*, qui a donné de bons résultats à Calgary. Ce programme a été mis en oeuvre en 2011 dans le cadre du programme établi par cette ville à l'intention des victimes d'AVC. Il a pour but de renvoyer directement à la maison les patients ayant subi un AVC léger ou modéré, en leur offrant la même thérapie de réadaptation à domicile – à compter d'un ou deux jours après la mise en congé – que celle qu'ils auraient reçue à l'hôpital. Le programme a permis de réaliser des économies d'environ 1,8 million de dollars pour quelque 160 patients. En Ontario, un RLISS a proposé en mai 2013 de mettre à l'essai un nouveau modèle de réadaptation dans la collectivité après un AVC comportant un volet de mise en congé rapide avec services de soutien. Ce modèle est axé sur la transition à domicile des patients, et pourrait permettre de réduire la durée des séjours à l'hôpital de soins actifs après un AVC.

### Accès équitable

Selon le rapport de l'OSN intitulé *The Impact of Moving to Stroke Best Practices in Ontario*, les

données permettent de croire que beaucoup de patients ne sont pas en mesure d'accéder aux services de réadaptation dont ils ont besoin. La meilleure estimation disponible laisse entendre qu'environ 40 % des patients victimes d'un AVC sont candidats à des services de réadaptation pour patients hospitalisés lorsqu'ils obtiennent leur congé des soins actifs, alors que moins de 25 % ont été aiguillés vers des services de réadaptation pour patients hospitalisés en 2010-2011.

En outre, bien que selon l'estimation du groupe de référence pour l'AVC, toutes les personnes ayant reçu leur congé d'un programme de réadaptation pour patients hospitalisés ont besoin de services de réadaptation pour patients externes, le rapport *Ontario Stroke Evaluation Report 2013* soutient qu'en 2011-2012, environ 33 % de ces patients ont été renvoyés chez eux sans services aux patients externes.

Dans son rapport, l'OSN souligne aussi que [Traduction] « la constatation probablement la plus troublante du présent rapport est la mesure dans laquelle des patients ayant des capacités fonctionnelles très élevées sont admis ou maintenus dans les programmes de réadaptation pour patients hospitalisés en Ontario ». Le rapport *Ontario Stroke Evaluation Report 2013* souligne que près de 19 % des patients admis dans les programmes de réadaptation pour patients hospitalisés souffrent d'une déficience fonctionnelle légère à la suite d'un AVC et, selon le groupe d'experts et d'autres études, ils pourraient généralement être pris en charge en externe. Les auteurs du rapport proposent que l'admission de ces patients à des programmes de réadaptation pour patients hospitalisés pourrait s'expliquer par le peu de ressources en réadaptation pour les patients externes et dans les collectivités. Le Groupe d'experts recommandait que les patients obtenant une note FIM initiale de 80 ou plus (déficience fonctionnelle légère) passent directement des soins actifs à des services de réadaptation pour patients externes, plutôt qu'à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés. Toutefois, dans les deux hôpitaux visités ayant un programme de traitement des AVC, nous avons constaté

qu'environ le tiers des personnes admises dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés avaient été évaluées par l'hôpital de soins actifs comme ayant une déficience fonctionnelle légère, et auraient peut-être donc été mieux servies en externe. Un des hôpitaux a expliqué que cette situation était attribuable à une pénurie de services aux patients externes, ainsi qu'au fait que certains patients atteints de démence bénéficiaient de meilleurs services en milieu hospitalier.

#### RECOMMANDATION 4

Pour mieux s'assurer que les patients ayant subi un AVC reçoivent les services de réadaptation qui répondent à leurs besoins et que les ressources en réadaptation sont utilisées efficacement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit collaborer avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour mettre en oeuvre, au moins à titre d'essai, les pratiques exemplaires en matière de réadaptation après un AVC et de roulement des patients qui sont acceptées par le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes du Ministère, y compris celles qui concernent l'accès rapide et l'étendue de la thérapie.

#### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et explorera les possibilités, le cas échéant, d'examiner les pratiques exemplaires en matière de roulement des patients. Le Ministère prend une part active aux travaux de la Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance), un groupe entériné et financé par les 14 RLISS et ayant pour mission de planifier les soins de réadaptation en se fondant sur le cadre conceptuel mis au point par le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes.

En outre, dans le cadre de la réforme du financement du système de santé, des procédures axées sur la qualité pour les accidents

vasculaires cérébraux et les arthroplasties totales ont été définies comme étant des pratiques exemplaires pour le continuum des soins, y compris l'étape de la réadaptation.

#### Arthroplasties totales

L'arthroplastie totale – c'est-à-dire le remplacement total de la hanche ou du genou – est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes en Ontario. En 2010-2011, plus de 17 000 arthroplasties de la hanche et près de 22 000 arthroplasties du genou ont été réalisées dans toute la province. Après la chirurgie, le patient suit généralement un programme de physiothérapie ou d'exercices afin de maximiser ses capacités fonctionnelles et son autonomie. Ce programme comporte habituellement divers exercices, y compris l'apprentissage des méthodes de transfert (par exemple pour s'asseoir et se lever, ou pour monter dans une voiture et en descendre) et de la marche, ainsi que des consignes pour les activités de la vie quotidienne. Comme pour la plupart des autres types de réadaptation, il n'existe pas de pratiques exemplaires généralement acceptées à l'échelle de la province; les thérapeutes traitent les patients selon leur jugement professionnel. Comme le Ministère l'a souligné dans un rapport publié en 2012, à propos de l'arthroplastie totale, [Traduction] « les pratiques en matière de services communautaires de réadaptation dans la collectivité varient considérablement et il existe peu de normes fondées sur des faits pour déterminer le succès d'un programme communautaire de réadaptation ».

Nous avons constaté que le nombre d'admissions en réadaptation intensive pour patients hospitalisés à la suite d'une arthroplastie totale est passé d'environ 9 700 en 2007-2008 à 3 900 en 2012-2013. De plus, au 31 décembre 2012, les hôpitaux de soins actifs de la province atteignaient généralement la cible de 4,4 jours fixée par le Ministère avant la mise en congé des patients ayant subi une chirurgie

à la hanche ou au genou, et plus des trois quarts atteignaient la cible d'au moins 90 % de ces patients rentrant directement à la maison dans les délais établis. L'un des hôpitaux visités a indiqué qu'il avait fermé six lits en réadaptation en raison de la hausse du nombre de patients renvoyés chez eux et bénéficiant de services de réadaptation à domicile au lieu d'être transférés à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés. Les deux autres hôpitaux n'avaient fermé aucun lit en réadaptation; ces lits ont plutôt été mis à la disposition de patients ayant d'autres problèmes de santé.

L'un des hôpitaux visités avait mis sur pied un nouveau programme pour patients externes pour prendre en charge la hausse prévue du nombre de patients externes. Les deux autres hôpitaux visités avaient des listes d'attente pour leurs programmes pour patients externes.

## SURVEILLANCE DU RENDEMENT

Les trois hôpitaux visités faisaient le suivi de leur rendement et assuraient la supervision de leurs services par l'entremise de deux comités relevant de leurs conseils d'administration respectifs. Leurs comités médicaux consultatifs, formés de personnel médical, ont pour mission de veiller à la qualité des soins offerts par les médecins. Les comités de la qualité des soins, formés de plusieurs membres des conseils d'administration des hôpitaux et de cadres supérieurs de l'hôpital, surveillent la qualité des soins aux patients, règlent les problèmes et formulent des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

En outre, les trois hôpitaux avaient mis en place des mesures du rendement pour les services de réadaptation et des mécanismes pour surveiller les données et en rendre compte à la haute direction et au conseil d'administration. Dans deux des hôpitaux, les données sur le rendement étaient aussi publiées dans l'intranet.

Les mesures du rendement faisant l'objet d'un suivi variaient d'un hôpital à l'autre, et comprenaient des renseignements comme le

nombre de cas de réadaptation pour patients hospitalisés, le pourcentage des patients renvoyés directement à la maison et l'évolution moyenne des capacités fonctionnelles des patients hospitalisés pour une réadaptation intensive entre l'admission et le congé. Cette variation des mesures du rendement limite la capacité des hôpitaux, des RLISS et du Ministère de comparer le rendement et donc de déterminer quelles sont les meilleures pratiques en matière de réadaptation.

Chaque hôpital avait aussi mis en place des mesures du rendement et des processus pour assurer la sécurité des patients, notamment des rapports d'incident et le nombre de chutes des patients. Toutefois, même si tous les hôpitaux visités exigeaient que les incidents fassent l'objet d'un suivi, les hôpitaux interprétaient différemment ce qui constitue un incident et avaient des exigences différentes en matière de rapports. L'un des hôpitaux semblait prendre très au sérieux le signalement des incidents : il a consigné plus de 800 chutes et un nombre total de 1 500 incidents durant l'année. Dans l'un des hôpitaux visités, 35 % des incidents échantillonnés n'avaient pas fait l'objet d'un suivi dans la semaine suivante comme l'exigeait l'hôpital, ou encore la date du suivi n'avait pas été consignée, de sorte qu'il n'a pas été possible de déterminer combien de temps il a fallu pour réaliser ce suivi. Un autre hôpital n'avait fixé aucune échéance pour le suivi des incidents, laissant le soin au gestionnaire des services de réadaptation d'en décider selon son bon jugement. À cet hôpital, nous avons constaté qu'entre avril 2011 et septembre 2012, le délai médian pour le suivi était de huit jours. Le troisième hôpital fixait et consignait l'échéance pour le suivi des incidents et la date de suivi seulement pour les incidents relatifs à la médication. Nous avons constaté que la majorité des incidents liés à la médication échantillonnés dans cet hôpital n'avaient pas fait l'objet d'un suivi par les gestionnaires supérieurs à l'intérieur du délai maximal de six jours prévu dans les politiques de l'établissement. À la suite de notre audit, cet hôpital a mis en place un système électronique pour le suivi

des incidents, ce qui selon lui a permis de régler le problème.

La détermination du degré de satisfaction des patients constitue un autre facteur important de la surveillance du rendement, qui peut aider les hôpitaux à cerner les points à améliorer. En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (la Loi), la satisfaction des patients doit être évaluée chaque année. Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient mis en place des processus pour enquêter sur la satisfaction des patients hospitalisés, et deux des établissements effectuaient aussi des sondages auprès de patients externes. Les résultats de ces sondages étaient généralement encourageants. Un des hôpitaux avait aussi communiqué avec les fournisseurs de soins pour déterminer comment les patients se tiraient d'affaire après leur retour à la maison. Toutefois, aucun des trois hôpitaux n'a mené d'enquête auprès des fournisseurs de soins des patients qui avaient communiqué avec l'établissement afin de connaître leur degré de satisfaction à l'égard des services fournis aux patients, ce qui constitue aussi une exigence de la Loi.

### RECOMMANDATION 5

Pour améliorer le rendement des services de réadaptation, les hôpitaux doivent :

- en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), élaborer des mesures du rendement normalisées qui donneront aux hôpitaux des renseignements utiles et permettant l'analyse comparative, afin de situer leur rendement par rapport à celui des autres hôpitaux et, le cas échéant, de mieux cerner les points à améliorer;
- mener des sondages auprès des fournisseurs de soins aux patients, comme le prévoit la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (la Loi), ainsi que des enquêtes visant

à déterminer le degré de satisfaction des patients externes.

### RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les trois hôpitaux ont accepté d'élaborer des mesures du rendement normalisées qui permettent aux hôpitaux de l'Ontario de se comparer entre eux. L'un des hôpitaux comparait déjà certaines données sur le rendement avec celles d'autres hôpitaux sélectionnés de l'Ontario et d'autres provinces. Un autre hôpital a précisé que les hôpitaux de son réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) comparaient maintenant certains indicateurs de rendement.

Bien que les trois hôpitaux soient généralement d'accord avec la réalisation d'enquêtes auprès des fournisseurs de soins, comme le prévoit la Loi, ainsi que des patients externes, l'un d'entre eux a souligné qu'il ne s'agissait pas d'une priorité.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Bien que la recommandation s'adresse aux hôpitaux, le Ministère soutient la Rehabilitative Care Alliance dans l'élaboration d'un cadre et d'un ensemble d'outils pour l'évaluation normalisée des soins de réadaptation, y compris une liste des indicateurs que les établissements pourraient utiliser pour évaluer le rendement du système de soins de réadaptation. Cette initiative intégrera des résultats pour les patients et/ou des critères de mesure du rendement normalisés pour chaque niveau de soins du continuum des soins de réadaptation.

De plus, le Ministère et les RLISS travailleront de concert pour s'assurer que les processus de responsabilisation pertinents sont respectés en ce qui a trait à la conformité à la Loi.

## Glossaire

**Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA)** – L'OHA représente ses membres, qui comprennent environ 150 hôpitaux. Elle s'emploie notamment à offrir des produits et services de qualité supérieure et à influencer les politiques relatives au système de santé en Ontario, et stimule l'innovation et l'amélioration du rendement dans les hôpitaux.

**autre niveau de soins (ANS)** – Les patients ANS sont prêts à recevoir leur congé, mais attendent à l'hôpital d'obtenir des services de soins après la mise en congé. Ils peuvent attendre dans un hôpital de soins actifs d'obtenir une place en réadaptation, ou attendre en réadaptation d'obtenir des services à domicile ou une place dans un foyer de soins de longue durée.

**centres d'accès aux soins communautaires (CASC)** – Les CASC assurent entre autres la coordination des services aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes ayant besoin de services de soins de santé pour continuer à vivre de façon indépendante dans la collectivité. Ils coordonnent aussi le placement dans les foyers de soins de longue durée et peuvent déterminer l'admissibilité à certains soins continus complexes et services de réadaptation. Il y a 14 CASC dans la province, un pour chaque réseau local d'intégration des services de santé.

**Functional Independence Measure (FIM)** – La FIM, ou mesure d'autonomie fonctionnelle, indique le degré des déficiences physiques et cognitives d'un patient et permet de déterminer l'aide dont il a besoin pour accomplir les diverses activités de la vie quotidienne, comme manger, se laver, s'habiller et aller aux toilettes.

**Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes** – Groupe d'experts formé de spécialistes en réadaptation et d'intervenants de toute la province. Mis sur pied dans le but de repenser la prestation des soins de réadaptation et des soins complexes de tout le continuum, il a conseillé et orienté le Comité d'experts des services des urgences et des autres niveaux de soins du Ministère sur la meilleure façon de réduire la durée du séjour des patients ANS dans l'ensemble du système. Le groupe a été remplacé par la Rehabilitative Care Alliance.

**Groupe de référence pour l'AVC (Stroke Reference Group)** – Groupe mis sur pied par l'Ontario Stroke Network, formé de spécialistes en réadaptation et d'intervenants de toute la province.

**GTA (Greater Toronto Area) Rehab Network [réseau de réadaptation de la région du Grand Toronto]** – Les membres du GTA Rehab Network sont des hôpitaux financés par l'État et des organismes communautaires de la région du Grand Toronto qui interviennent dans la planification et la prestation de services de réadaptation. L'un des principaux objectifs du réseau est de promouvoir les pratiques exemplaires et le partage des connaissances.

**Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** – L'ICIS établit et tient à jour des données complètes et intégrées en matière de santé, notamment des données provenant du Système national d'information sur la réadaptation à l'intention des hôpitaux de réadaptation.

**Ontario au travail** – Également connu sous le nom d'aide sociale, le programme Ontario au travail offre une aide financière et une aide à l'emploi aux personnes qui se trouvent temporairement dans le besoin. Une aide financière est fournie pour aider à payer les frais de subsistance, comme la nourriture et le logement. Une aide à l'emploi est fournie pour aider les personnes à se préparer au marché du travail et à trouver et conserver un emploi.

**Ontario Stroke Network (OSN)** – L'OSN, créé en 2008, reçoit des fonds du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour assurer le leadership et la coordination des 11 réseaux régionaux contre les accidents vasculaires cérébraux de la province, y compris les cliniques de prévention des AVC et les centres des AVC de l'Ontario. Tous ces organismes ont pour but de réduire l'incidence des AVC et de veiller à ce que les Ontariens aient accès à des soins de qualité.

**physiatre** – Médecin spécialisé en médecine physique et en réadaptation.

**Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)** – Le POSPH, également appelé aide sociale, procure un revenu et une aide à l'emploi aux personnes handicapées dans le besoin. L'aide peut être offerte à long terme. Une aide financière est fournie pour aider à payer les frais de subsistance, comme la nourriture et le logement. Une aide à l'emploi est fournie pour aider les personnes capables de travailler à se préparer au marché du travail et à trouver et conserver un emploi.

**Qualité des services de santé Ontario (QSSO)** – QSSO est un organisme provincial chargé d'évaluer l'efficacité des nouvelles technologies et des nouveaux services en matière de soins de santé, de rendre compte au public de la qualité du système de soins de santé, de soutenir les initiatives visant à améliorer la qualité et de formuler des recommandations fondées sur des faits à propos du financement des soins de santé.

**réadaptation** – Les définitions de la réadaptation sont nombreuses, et la Rehabilitative Care Alliance s'emploie à établir une définition provinciale. Selon le GTA Rehab Network, [*Traduction*] « la réadaptation aide les personnes à améliorer leurs capacités fonctionnelles, leur mobilité, leur indépendance et leur qualité de vie. Elle les aide à vivre pleinement quel que soit leur handicap. Elle aide les personnes qui vieillissent ou qui souffrent de différents problèmes de santé à maintenir leurs capacités fonctionnelles. »

**réadaptation intensive** – Réadaptation à court terme pour patients hospitalisés, avec séances de réadaptation fréquentes. On parle aussi de réadaptation régulière (ou ordinaire) ou de réadaptation de courte durée pour patients ayant une tolérance élevée.

**réadaptation lente** – Réadaptation à plus long terme avec hospitalisation pour les personnes incapables de participer à des séances fréquentes. On parle aussi de réadaptation de longue durée pour patients ayant une faible tolérance.

**Rehabilitative Care Alliance (Alliance)** – Adoptant un point de vue systémique de la réadaptation, l'Alliance relève des RLISS et travaille en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les CASC et les spécialistes à divers projets, par exemple l'amélioration de l'accessibilité au système et la définition de pratiques exemplaires. Établie en octobre 2012, l'Alliance remplace le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes, un sous-comité du Comité d'experts des services des urgences et des autres niveaux de soins du Ministère.

**Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)** – Les RLISS sont responsables d'établir l'ordre de priorité des services de santé et de planifier ceux-ci, ainsi que de financer certains fournisseurs de services de santé, y compris les hôpitaux et les CASC. Il y a 14 RLISS, représentant les 14 régions géographiques de l'Ontario; tous les RLISS relèvent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Tous les hôpitaux et les CASC rendent compte directement à leur RLISS, plutôt qu'au Ministère, pour la plupart des questions.

**Resident Assessment Instrument–Minimum Data Set (RAI-MDS)** – L'outil de collecte de données RAI-MDS est un instrument d'évaluation normalisé couramment utilisé pour évaluer les besoins des patients en réadaptation lente en ce qui concerne leurs facultés cognitives, leurs capacités de communication, leur comportement et leurs capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne.

**soins continus complexes (SCC)** – Les SCC sont des soins prodigués en milieu hospitalier et comprennent les services continus, complexes sur le plan médical et spécialisés, par exemple les services de réadaptation lente.

**Système d'aiguillage et d'harmonisation des ressources** – Système mis au point pour faciliter l'appariement des patients des hôpitaux et des places qui se libèrent dans le milieu qui convient le mieux, y compris les places en réadaptation intensive et en réadaptation lente, ainsi que les places dans les foyers de soins de longue durée.

**Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)** – Le SNIR contient des données recueillies auprès des Canadiens adultes ayant séjourné dans un établissement de réadaptation et ayant participé à un programme de réadaptation, y compris dans des établissements spécialisés, des services de réadaptation en milieu hospitalier et des programmes de réadaptation en milieu hospitalier.