

NORMES DE QUALITÉ

Fragilisation chez les adultes

Des soins dans
tous les contextes

MOIS 20XX

Table des matières

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Portée de cette norme de qualité

S'appuyer sur les orientations provinciales existantes

Remarque relative à la terminologie

Justification de la nécessité de cette norme

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Énoncé de qualité 1 : Identification et évaluation de la fragilisation

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Énoncé de qualité 3 : Plan de soins individualisé

Énoncé de qualité 4 : Programme d'exercices multicomposants

Énoncé de qualité 5 : Coordination de soins

Remerciements

Références

À propos de nous

À propos de Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Leur but est d'aider :

- Les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients;
- Les planificateurs des services de santé à créer le cadre qui permettra aux organismes et aux cliniciens de fournir des soins de haute qualité.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca. Pour plus d'informations sur notre programme, veuillez consulter [À propos des normes de qualité](#).

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur la prise en charge des adultes âgés de 18 ans et plus souffrant de fragilité ou présentant un risque de fragilité, en mettant l'accent sur les personnes âgées de 65 ans et plus et leurs partenaires de soins. Elle aborde les soins dispensés dans tous les établissements de soins de santé, notamment les soins actifs, les urgences, les soins primaires, le programme gériatrique régional, les soins de longue durée, les soins palliatifs et les autres structures de soins à domicile et communautaires, ainsi que l'orientation vers des soins spécialisés. Certains énoncés peuvent également s'appliquer aux soins dispensés en réadaptation, en soutien comportemental ou dans des établissements gériatriques spécialisés.

Cette norme de qualité ne traite pas de la prise en charge des comorbidités. Toutefois, elle peut être utilisée en complément des normes de qualité existantes de Santé Ontario pour répondre aux besoins des personnes fragilisées et souffrant de comorbidités telles que la démence (expériences vécues dans [les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée](#)¹ ou dans la [communauté](#)²), [le délire](#)³ ou [la fracture de la hanche](#)⁴, ainsi qu'aux besoins des personnes nécessitant [des soins palliatifs](#)⁵ ou [une prise en charge lors de la transition entre l'hôpital et le domicile](#)⁶.

Une norme de qualité distincte traitant des chutes chez les adultes est en cours d'élaboration.

S'appuyer sur les orientations provinciales existantes

Cette norme de qualité s'appuie sur le guide 2021 du Groupe de travail ontarien sur les pratiques exemplaires en matière de niveaux de soins alternatifs (NSA), [intitulé *The Alternate Level of Care \(ALC\) Leading Practices Guide: Preventing Hospitalization and Extended Stays for Older Adults*](#),⁷ et par le guide 2022 du Provincial Geriatrics Leadership Ontario, [Supporting Ontario Health Teams to Influence Alternate Level of Care: Leading Practices in Community-Based Early Identification, Assessment and Transition](#).⁸ Les énoncés de qualité s'alignent sur les meilleures pratiques des établissements de soins de longue durée afin d'éviter une désignation inutile et de prévenir les transitions tardives vers un cadre de soins approprié, ainsi que sur les meilleures pratiques des établissements de soins de longue durée pour les soins dispensés en milieu communautaire.

Cette norme de qualité complète et s'appuie également sur les lignes directrices ontariennes existantes en matière de soins aux personnes âgées, notamment les suivantes :

- L'approche « [Chez soi avant tout](#) » de Santé Ontario⁹
- L'initiative « [Soins adaptés aux aînés](#) » du Provincial Geriatrics Leadership Ontario¹⁰
- Le cadre des meilleures pratiques [The Rehabilitative Care for Older Adults Living With/At Risk of Frailty: From Frailty to Resilience](#) du Provincial Geriatrics Leadership Ontario et de l'Alliance des soins de réadaptation¹¹

Ces sources d'orientation soutiennent une approche coordonnée et intégrée visant à améliorer les soins, les expériences et les résultats pour les personnes âgées et leurs partenaires de soins. Elles renforcent également l'idée que des soins efficaces aux personnes âgées nécessitent une coordination entre de multiples parcours et contextes de soins plutôt qu'un seul secteur ou service. Conformément à cette approche, les énoncés de qualité de cette norme de qualité se concentrent sur les domaines identifiés comme ayant le plus grand potentiel d'amélioration des soins aux personnes âgées fragilisées ou présentant un risque de fragilisation.

Remarque relative à la terminologie

Bien que le terme « fragilisation » soit couramment utilisé dans la pratique clinique et la recherche, Santé Ontario reconnaît que ce terme n'est ni défini de façon uniforme ni populaire auprès des personnes âgées.¹² Dans cette norme de qualité, « la fragilisation » est utilisée pour décrire un état de complexité sanitaire et une vulnérabilité accrue résultant de l'interaction de problèmes de santé complexes, généralement liés à un déclin de la santé physique, cognitive, mentale et sociale. « La fragilisation » décrit un ensemble complexe de conditions sanitaires et sociales; il ne s'agit pas d'un diagnostic et ce terme ne doit pas être utilisé comme une étiquette pour les personnes. La fragilisation peut également être définie comme le fait d'« avoir des besoins de santé complexes » ou de « souffrir de problèmes de santé complexes ». Les symptômes de la fragilisation peuvent souvent être améliorés; de ce fait, une approche positive telle que « renforcer la vitalité » ou « accroître la résilience » est encouragée.

Cette norme de qualité utilise le terme « partenaire de soins » pour décrire une personne non rémunérée, identifiée par la personne fragilisée ou présentant un risque de fragilisation, qui fournit des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un membre de la famille, un ami ou une autre personne de confiance. Bien que les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation puissent avoir diverses personnes dans leur vie qui prennent soin d'elles, il est important de ne pas supposer qu'une personne fragilisée ou présentant un risque de fragilisation a toujours un partenaire de soins pour la soutenir.

Lorsqu'il participe activement aux soins d'une personne, un partenaire de soins peut contribuer à la planification des soins et à la prise de décisions en accord avec les objectifs de soins de la personne; toutefois, sa disponibilité, sa capacité et son aptitude à apporter un soutien peuvent varier au fil du temps en raison de circonstances personnelles. Le système de santé est responsable de veiller à ce que les soutiens appropriés soient mis en place selon les besoins, afin que ni la personne recevant des soins ni ses partenaires de soins n'aient à compenser les lacunes des services.

Justification de la nécessité de cette norme

La fragilisation est un syndrome complexe impliquant plusieurs systèmes de l'organisme et touchant principalement les personnes âgées de 65 ans et plus.¹⁻³ Les personnes âgées courent un risque plus élevé que les adultes plus jeunes de présenter des signes et des symptômes de fragilisation, en raison d'une accumulation de déficits physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux liés à l'âge ou associés à des maladies.^{2,13} Environ 13,8% des adultes de 66 ans et plus en Ontario souffrent de fragilisation, et la prévalence de la fragilisation devrait augmenter avec le vieillissement de la population de la province.¹⁴ En Ontario, les femmes représentent environ 60% des cas de fragilisation recensés, mais les hommes fragilisés courent un risque de mortalité plus élevé.¹⁵ Chez les personnes âgées, celles qui sont fragilisées ont davantage recours aux services de santé, notamment en ce qui concerne les consultations médicales, les hospitalisations, les passages aux urgences, les soins à domicile et les soins de longue durée.¹⁴ En 2019, l'Institut canadien d'information sur la santé a constaté que, comparativement aux personnes non identifiées comme étant à risque, les personnes âgées présentant un risque de fragilisation étaient 3 fois plus susceptibles d'être hospitalisées pendant 30 jours ou plus et deux fois plus susceptibles d'être réadmisées dans les 30 jours.¹⁶

La fragilisation apparaît plus tôt chez les personnes issues de groupes raciaux et ethniques sous-représentés et chez celles ayant un statut socio-économique inférieur, comparativement aux personnes d'origine européenne et à celles ayant un statut socio-économique supérieur.¹⁷⁻¹⁹ Les peuples autochtones connaissent également une apparition plus précoce de la maladie que les autres populations en raison des obstacles institutionnels et systémiques du système de santé.⁵

Le fardeau de la fragilisation est encore compliqué par les comorbidités, plus fréquentes chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.²⁰ Comparativement à l'ensemble de la population âgée, les personnes fragilisées présentent plus souvent de multiples affections médicales et psychiatriques concomitantes, et la fragilisation est associée à des conséquences néfastes telles que les chutes, les fractures, la mobilité réduite et la dépression.^{13,21} La fragilisation est également associée à des troubles cognitifs tels que la démence et le délire.²² En raison de ces vulnérabilités cumulées, les personnes fragilisées présentent un risque de mortalité nettement plus élevé que celles qui ne le sont pas.^{13,21} De plus, les premiers signes de fragilisation sont souvent subtils et donc fréquemment manqués lors des consultations médicales – et même lorsque la fragilisation est identifiée, les approches de soins sont incohérentes et manquent d'intégration adéquate entre les différents contextes de soins de santé.²³

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation.

Énoncé de qualité 1 : Identification et évaluation de la fragilisation

Les personnes présentant un risque de fragilisation sont identifiées à chaque occasion grâce à des approches adaptées au contexte de soins. Les personnes identifiées comme présentant un risque de fragilisation ou fragilisées sont évaluées afin de vérifier l'identification initiale à l'aide d'instruments validés.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation bénéficient d'une évaluation multi-domaine ou gériatrique complète réalisée en temps opportun après l'identification et la vérification initiales de leur état de fragilisation. L'évaluation est basée sur la gravité de la fragilisation et réalisée en collaboration avec la personne et ses partenaires de soins. L'évaluation permet d'établir le plan de soins de la personne.

Énoncé de qualité 3 : Plan de soins individualisé

Les personnes fragilisées bénéficient d'un plan de soins individualisé comprenant des interventions ciblées, élaborées à partir d'une évaluation complète. Le plan est élaboré en collaboration avec la personne, ses partenaire de soins et une équipe de soins interprofessionnelle. Les personnes bénéficient d'un accès rapide aux services de santé et aux services sociaux, y compris à des niveaux appropriés de soins de réadaptation.

Énoncé de qualité 4 : Programme d'exercices multicomposants

Les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation sont accompagnées dans leur participation à un programme d'exercices individualisé et multicomposant. La fréquence du programme d'exercices est déterminée en collaboration avec la personne et ses partenaires de soins. Les exercices sont progressifs et guidés par le plan de soins, les objectifs de soins, les capacités et le fonctionnement de la personne.

Énoncé de qualité 5 : Coordination des soins

Les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation bénéficient d'un accès coordonné aux services de santé et services sociaux tout au long du parcours de soins. Les attentes et les responsabilités de la personne chargée de la coordination des soins sont clairement définies, et l'information est transférée efficacement entre les différents lieux de soins.

Énoncé de qualité 1 : Identification et évaluation de la fragilisation

Les personnes présentant un risque de fragilisation sont identifiées à chaque occasion grâce à des approches adaptées au contexte de soins. Les personnes identifiées comme présentant un risque de fragilisation ou fragilisées sont évaluées afin de vérifier l'identification initiale à l'aide d'instruments validés.

Sources : International Conference of Frailty and Sarcopenia Research, 2019²⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016²⁵ | Ontario Health, 2021⁷ | Ontario Health, 2022²⁶

Définitions

Risque de fragilisation : Les facteurs de risque de fragilisation incluent le fait d'être âgé de 65 ans ou plus¹⁸ et la présence de l'un des éléments suivants²¹ :

- Syndromes de multi-morbidité ou gériatriques²⁵
- Un antécédent de chutes^{11,22}
- Polymédication^{18,22,25}
- Déclin fonctionnel (par exemple, problèmes psychosociaux, problèmes cognitifs ou de santé mentale)^{18,22,25}
- Risque de perdre ou d'avoir perdu ses fonctions sociales et sa communication^{24,27}
- Mauvaise alimentation ou perte de poids^{18,22,25}
- Utilisation accrue des services de santé et des services sociaux²²
- Admis à l'hôpital

Fragilisation : Un état de santé dynamique et progressif caractérisé par une vulnérabilité accrue aux facteurs de stress internes et externes, tels que la maladie ou les blessures, résultant de déclin cumulatifs dans les domaines physique, cognitif, psychologique et social.^{22,28,29} La fragilisation sociale se caractérise par des ressources sociales réduites et une participation sociale limitée, ce qui entraîne une capacité diminuée à satisfaire ses besoins sociaux.^{30,31} La fragilisation sociale est corrélée au bien-être psychologique et interagit avec d'autres domaines pour accroître à la fois la vulnérabilité et le risque de fragilisation.^{24,30,31} La gravité de la fragilisation peut être prise en charge afin de ralentir sa progression et d'améliorer la fonction grâce à un dépistage précoce et à la mise en œuvre d'interventions appropriées.^{24,18,21,22,25,29}

Identifié à chaque occasion : Comprend les consultations de soins primaires de routine, les évaluations d'admission à l'hôpital (quel que soit le motif de consultation) et les consultations liées à des changements importants de l'état de santé.^{24,25} Lors de ces consultations, les cliniciens utilisent leur jugement clinique pour identifier les facteurs de risque (par exemple, les problèmes de démarche).²⁴ Les personnes identifiées comme fragilisées ou présentant un risque de fragilisation font l'objet d'une évaluation détaillée. L'identification et l'évaluation sont réalisées parallèlement à un examen proactif et standardisé des dossiers médicaux électroniques et des dossiers des patients.²⁵

Instruments validés : Des outils standardisés, adaptés et disponibles dans le contexte de soins où la personne reçoit des soins. En milieu hospitalier, cela inclut des outils permettant d'évaluer et de surveiller les changements dans l'état fonctionnel d'une personne (par exemple, par rapport à son état fonctionnel 2 semaines avant l'hospitalisation). Des outils sont utilisés pour identifier et évaluer le risque de fragilisation d'une personne avant la réalisation d'une évaluation gériatrique complète ou multi-domaine. Les tests de performance physique ne sont pas utilisés pour les personnes qui sont gravement malades.^{24,25}

Exemples d'outils normalisés d'identification et d'évaluation :

- [L'échelle de fragilisation clinique de Rockwood \(CFS\)](#)³²
- [L'échelle picturale de forme et de fragilité \(PFFS\)](#)³³
- [L'échelle FRAIL](#) (qui évalue la fatigue, la résistance, la capacité aérobie, les maladies et la perte de poids)
- [L'échelle de fragilité d'Edmonton \(EFS\)](#)

Les échelles CFS, PFFS et FRAIL peuvent être utilisées dans tous les contextes de soins de santé, tandis que l'EFS est conçue pour être utilisée dans les milieux communautaires.²⁴

Les instruments permettant d'identifier systématiquement la fragilisation comprennent²⁵ :

- Préviation des admissions d'urgence au cours de la prochaine année (PEONY)
- [QAdmissions](#)

Justification

La fragilisation touche environ 13,8% des adultes âgés de 66 ans et plus en Ontario.¹⁵ Bien que la fragilisation soit une affection progressive, elle peut être prise en charge grâce à un dépistage précoce, une évaluation et une gestion proactive des facteurs de risque. Malgré cela, la fragilisation reste sous-déclarée et identifiée de manière incohérente dans les différents contextes de soins, ce qui souligne la nécessité d'adopter des approches rapides et standardisées pour identifier les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation.^{34,35}

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète

Les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation bénéficient d'une évaluation multi-domaine ou gériatrique complète réalisée en temps opportun après l'identification et la vérification initiales de leur état de fragilisation. L'évaluation est basée sur la gravité de la fragilisation et réalisée en collaboration avec la personne et ses partenaires de soins. L'évaluation permet d'établir le plan de soins de la personne.

Sources : International Conference of Frailty and Sarcopenia Research, 2019²⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016²⁵ | Ontario Health, 2021⁷ | Ontario Health, 2022²⁶

Définitions

Opportun : Pour les personnes recevant des soins dans la communauté, l'évaluation multi-domaine complète ou gériatrique est réalisée dans les 8 semaines suivant l'identification initiale (consensus du comité consultatif). Pour les personnes hospitalisées, cet examen est réalisé dès l'admission.²⁵ Toutefois, le délai d'évaluation dépend également de l'état de fragilisation de la personne, des facteurs de risque contributifs et de la gravité des symptômes (consensus du comité consultatif).

Évaluation multi-domaine complète : Une évaluation structurée qui s'appuie sur l'identification initiale et prend en compte les antécédents médicaux de la personne et les changements survenus dans les domaines physique (par exemple, perte de poids involontaire, démarche), cognitif, fonctionnel et/ou psychosocial en fonction de ses besoins, ainsi que ses objectifs de soins et ses préoccupations actuelles.^{7,24,26} Une personne est orientée vers des services gériatriques spécialisés lorsque des changements sont identifiés qui indiquent la nécessité d'une évaluation plus approfondie et de soins spécialisés.

Évaluation gériatrique complète : Un examen approfondi portant sur de multiples domaines de la santé, réalisé par une équipe de soins interprofessionnelle. L'évaluation peut être menée selon une approche par étapes, les domaines prioritaires de l'évaluation étant traités en premier, en fonction des besoins de la personne (par exemple, si la cognition est identifiée comme le domaine d'évaluation le plus important, celui-ci pourrait être évalué en premier, et les autres domaines pourraient être évalués ultérieurement) (consensus du comité consultatif).

Une évaluation gériatrique complète évalue les domaines suivants :

- Cognition (y compris le risque de délire)
- Fonction (par exemple, déclin fonctionnel, changement de la fonction et de l'engagement social, changement des activités quotidiennes)
- Mobilité et risque de chute (ex. : démarche)
- Humeur

Des éléments supplémentaires d'une évaluation gériatrique complète sont complétés selon les indications. La personne est réévaluée au besoin au fil du temps en fonction de l'évolution de ses priorités de santé, de son état de santé, de ses objectifs de soins ou de ses besoins en matière de soins. Les composants supplémentaires comprennent :

- Fonction intestinale et vésicale (par exemple, continence)
- Dysphagie, nutrition et hydratation
- Douleur
- Polymédication
- Intégrité de la peau
- Sommeil

Basée sur la gravité de la fragilisation :

- Les personnes identifiées comme *présentant un risque de fragilisation* ou *une fragilisation légère* bénéficient d'une évaluation multi-domaine complète, qui peut être réalisée par des membres d'une équipe de soins de santé primaires, des fournisseurs de soins communautaires ou des fournisseurs de soins à domicile (consensus du comité consultatif).
- Les personnes présentant *une fragilisation légère à modérée* ou *une fragilisation modérée à sévère* sont orientées vers des services gériatriques spécialisés pour bénéficier d'une évaluation gériatrique complète en accord avec leurs objectifs de soins (consensus du comité consultatif). Les personnes souffrant d'*une fragilisation sévère* (par exemple, un score CFS de 7 ou plus) sont également orientées vers une évaluation de leurs besoins en soins palliatifs si cela correspond à leurs objectifs de soins.²² Dans le cadre de la planification préalable des soins, les personnes très fragilisées identifient leur futur mandataire et communiquent régulièrement avec cette personne au sujet de leurs souhaits en matière de soins, de leurs valeurs et de leurs croyances.
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes nécessitant des soins palliatifs, consultez la norme de qualité [en soins palliatifs](#) de Santé Ontario.⁵

Justification

Chez les personnes considérées comme fragilisées ou présentant un risque de fragilisation, de multiples facteurs contributifs, tels que l'âge, la multi-morbidité et d'autres affections chroniques, sont souvent en cause.¹⁴ En 2023-2024, plus de 46% des personnes âgées hospitalisées au Canada présentaient un risque de fragilisation.¹⁶ Il a toutefois été démontré que des évaluations complètes et réalisées en temps opportun par des équipes interprofessionnelles peuvent réduire de près de 50% les visites aux urgences, ce qui permet des évaluations plus efficaces et de meilleures décisions en matière de traitement et d'orientation.³⁶

Énoncé de qualité 3 : Plan de soins individualisé

Les personnes fragilisées bénéficient d'un plan de soins individualisé comprenant des interventions ciblées, élaborées à partir d'une évaluation complète. Le plan est élaboré en collaboration avec la personne, ses partenaires de soins et une équipe de soins interprofessionnelle. Les personnes bénéficient d'un accès rapide aux services de santé et aux services sociaux, y compris à des niveaux appropriés de soins de réadaptation.

Sources : Canadian Frailty Network, 2021³⁷ | International Conference of Frailty and Sarcopenia Research, 2019³ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015³⁸ | Ontario Health, 2022¹ | World Health Organization, 2017³⁹

Définitions

Plan de soins individualisé : Un plan de soins documenté, élaboré à partir d'une évaluation de l'état de fragilisation de la personne, de ses besoins et de ses préférences. Le plan est établi en fonction des besoins de santé physique, cognitive et psychosociale de la personne et de son niveau de fonctionnement et de ses capacités actuels.^{14,21,29,38} Il est suffisamment flexible et accessible pour s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la personne, et il est coordonné dans tous les contextes et services de soins de santé utilisés par cette personne.^{14,21,29,38} Le plan de soins est aligné sur les objectifs de soins, les valeurs et les préférences de la personne et est revu et mis à jour tous les 9 à 12 mois (ou plus tôt si la détérioration est rapide), suite à une réévaluation de son état fonctionnel (consensus du comité consultatif).

Interventions ciblées : Un ensemble d'interventions fondées sur une évaluation complète de la personne et guidées par la gravité de sa fragilisation. Les interventions peuvent être progressives et sont adaptées à l'évolution des besoins, des préférences, des capacités physiques et cognitives et de la situation de la personne. Les interventions concernent à la fois les soins médicaux et la réadaptation. Par exemple :

- Encourager les comportements sains et les changements de mode de vie (par exemple, l'arrêt du tabac, la limitation de la consommation d'alcool, l'amélioration de l'alimentation)^{3,37-39}
- Sensibilisation sur les moyens de réduction du risque de fragilisation chez les personnes recevant des soins et leurs partenaires de soins³⁷⁻³⁹

- Prévention et gestion des chutes
 - Pour plus d'information sur les soins aux personnes ayant subi une chute ou présentant un risque de chute, consultez la norme de qualité sur les [chutes chez les adultes](#) de Santé Ontario⁴⁰
- Optimisation de la nutrition grâce aux aliments et suppléments enrichis en protéines^{3,37-39}
- Aborder l'apport alimentaire et l'impact de la dysphagie, de la satiété précoce et des facteurs liés à l'humeur sur l'apport oral^{3,37-39}
- Prise en charge des comorbidités (par exemple, troubles cognitifs, perte de vision, perte auditive)^{3,37-39}
- Un programme d'exercices à composantes multiples basé sur le niveau de fonctionnement et les capacités de la personne (voir l'énoncé de qualité 4)^{3,37-39}
- Prise en charge individualisée des autres symptômes du vieillissement et des complications associées aux affections gériatriques^{22,38}
- Physiothérapie et ergothérapie¹¹
- Services d'orthophonie¹¹
- Soins des plaies et soins préventifs des plaies¹¹
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes nécessitant des soins de plaies, consultez les normes de qualité des [ulcères du pied diabétique](#),⁴¹ [plaies de pression](#),⁴² et [ulcères de jambe veineux](#)⁴³ de Santé Ontario.
- Soins intestinaux et vésicaux (par exemple, continence)¹¹
- Une revue structurée des médicaments, une conciliation médicamenteuse et une évaluation de l'observance du traitement médicamenteux après la sortie de l'hôpital¹¹
- Gestion de la douleur¹¹
- Gestion de cas¹¹
- Soins de santé mentale¹¹
- Soutien aux familles et aux partenaires de soins (par exemple, les soins de répit)¹¹
- Stratégies d'autogestion
- Pratiques de guérison traditionnelles¹¹
- Offrir des soins palliatifs adaptés aux objectifs de soins de la personne, en prenant en charge la douleur et les symptômes et en apportant un soutien psychosocial et spirituel^{22,38}
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes nécessitant des soins palliatifs, consultez la norme de qualité [en soins palliatifs](#) de Santé Ontario.⁵

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Équipe de soins interprofessionnelle : L'équipe comprend au minimum 2 cliniciens ou plus possédant une expertise dans 1 ou plusieurs domaines de la fragilisation. L'équipe peut également comprendre des ambulanciers paramédicaux communautaires, des infirmières en gestion des urgences gériatriques, des kinésiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des responsables de cas en soins à domicile et communautaires, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des cliniciens en soutien comportemental ou des cliniciens spécialisés en gériatrie.^{3,37-39}

Niveaux de soins de réadaptation : Des accompagnements personnalisés et progressifs, fondés sur les objectifs de soins et le niveau de fonctionnement actuel de la personne, afin de maintenir ou de rétablir son niveau optimal de fonctionnement physique, cognitif, émotionnel et social.¹¹

Justification

Comparativement aux personnes non fragilisées, celles qui le sont ont des taux d'utilisation des soins de santé plus élevés, notamment des visites plus fréquentes aux urgences, des hospitalisations, le recours aux services ambulatoires et le séjour en établissement de soins de longue durée.⁴⁴⁻⁴⁶ Environ 56% des personnes fragilisées en Ontario ont consulté un service d'urgence, et plus de la moitié ont besoin de services de soins à domicile.^{47,48} Il a été démontré que les interventions à composantes multiples pour la fragilisation et la prise en charge individualisée améliorent les résultats pour les patients et devraient être intégrées à la planification des soins de santé et lors de la planification des transitions.⁴⁹⁻⁵¹

Énoncé de qualité 4 : Programme d'exercices multicomposants

Les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation sont accompagnées dans leur participation à un programme d'exercices individualisé et multicomposant. La fréquence du programme d'exercices est déterminée en collaboration avec la personne et ses partenaires de soins. Les exercices sont progressifs et guidés par le plan de soins, les objectifs de soins, les capacités et le fonctionnement de la personne.

Sources : Canadian Frailty Network, 2021³⁷ | International Conference of Frailty and Sarcopenia Research, 2019²⁴ | World Health Organization, 2017³⁹

Définitions

Programme d'exercices multicomposant : Une combinaison d'ensembles d'activités physiques planifiés, structurés et répétitifs combinant (1) un entraînement de résistance, aérobique et d'équilibre pour lutter contre la fragilisation, et (2) des exercices pour prévenir les risques de chute.^{24,37,39} Les programmes d'exercices sont personnalisés et progressifs, et conçus pour optimiser ou rétablir les capacités fonctionnelles et la mobilité d'une personne fragilisée ou présentant un risque de fragilisation.¹¹ Les programmes d'exercices sont dispensés par un professionnel qualifié, tel qu'un physiologiste de l'exercice certifié, un kinésologue agréé ou un physiothérapeute ou ergothérapeute agréé (consensus du comité consultatif). Les exercices sont sûrs et significatifs pour la personne, adaptés à sa culture et alignés en fonction des objectifs et des préférences de la personne en matière de soins.^{24,37,39}

Pour plus d'information sur les soins aux personnes ayant subi une chute ou présentant un risque de chute, consultez la norme de qualité sur les [chutes chez les adultes](#) de Santé Ontario.⁴⁰

Fréquence : Pour améliorer l'adhésion au traitement et optimiser les résultats, la fréquence du programme d'exercices est établie en collaboration avec la personne soignée et ses partenaires aux soins.^{52,53} Il est recommandé à tous les adultes plus âgés de pratiquer (1) des exercices d'équilibre progressifs; des exercices de renforcement des os et des muscles au moins deux fois par semaine; et (3) une activité aérobique vigoureuse modérée totalisant au moins 150 minutes par semaine.^{24,54,55}

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Progressif : Les exercices peuvent être commencés à faible intensité pour les personnes qui débutent en sport.³⁷ Les exercices sont régulièrement revus et leur intensité est augmentée progressivement afin de maintenir un niveau de défi optimal pour la personne prise en charge, tout en garantissant sa sécurité.^{22,24}

Justification

La force musculaire diminue d'environ 12% à 15% par décennie après l'âge de 50 ans.⁵⁶ La fragilisation est fortement associée à une réduction progressive de la force, des capacités fonctionnelles, de l'équilibre et de la mobilité.^{37,46} Il a été démontré que des interventions structurées en matière d'exercice physique améliorent l'état de fragilisation, notamment en améliorant la fonction, en ralentissant la détérioration musculaire et en améliorant la santé osseuse et la mobilité articulaire.^{56,57}

Énoncé de qualité 5 : Coordination de soins

Les personnes fragilisées ou présentant un risque de fragilisation bénéficient d'un accès coordonné aux services de santé et services sociaux tout au long du parcours de soins. Les attentes et les responsabilités de la personne chargée de la coordination des soins sont clairement définies, et l'information est transférée efficacement entre les différents lieux de soins.

Sources : International Conference of Frailty and Sarcopenia Research, 2019²⁴ | Ontario Health, 2021⁷ | Ontario Health, 2022²⁶

Définition

Accès coordonné aux services de santé et services sociaux : Les soins sont coordonnés dans tous les domaines de la gestion de la fragilisation, les membres de l'équipe de soins interprofessionnelle travaillant ensemble pour répondre aux besoins, aux objectifs et aux préférences de la personne soignée. Les éléments des soins coordonnés comprennent les suivants :

- Élaborer, maintenir et communiquer un plan de soins partagé entre les services de santé et les services sociaux dont bénéficie la personne. Le plan de soins est communiqué à la personne et à ses partenaires aux soins dans des formats accessibles afin de favoriser la compréhension, l'autonomie et la prise de décision éclairée
- Définir clairement les attentes, les responsabilités, les rôles et les obligations en matière de coordination des soins entre les services de santé et les services sociaux, notamment en désignant un clinicien, un responsable de cas ou un membre d'équipe désigné comme responsable du suivi, de la continuité des services et du transfert efficace des informations entre les différents établissements
- Gestion du suivi et des transitions de services tout au long du continuum de soins
- Assurer la continuité des soins en établissant des processus clairs pour orienter la personne vers les services préventifs, de réadaptation, gériatriques spécialisés, communautaires et sociaux appropriés et en reconnaissant et en traitant les obstacles systémiques (par exemple, les contraintes d'accès)
- Aider la personne à s'orienter dans le système de santé, notamment en lui fournissant un soutien à l'autogestion

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

- Coordination des soins palliatifs selon les besoins, y compris des transitions fluides et rapides entre les services de santé pour les personnes très fragiles, et soutien et communication continue avec ces personnes et leurs représentants légaux
 - Pour plus d'informations sur les soins aux personnes qui quittent l'hôpital pour retourner chez eux, consultez la norme de qualité sur les [transitions entre l'hôpital et le maison](#) de Santé Ontario.⁶
 - Pour plus d'informations sur les soins palliatifs, consultez la norme de qualité [en soins palliatifs](#) de Santé Ontario.⁵

Justification

Comparativement à l'ensemble de la population adulte, les adultes fragilisés présentent généralement de multiples problèmes de santé concomitants. On estime que 72 % des personnes fragilisées souffrent de multi-morbidité et ont recours à de multiples services de santé.⁵⁸ De ce fait, elles interagissent fréquemment avec différentes composantes du système de santé, ce qui souligne la nécessité d'une prise en charge coordonnée entre les équipes et les services de soins interprofessionnels.^{16,50,59}

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario et Provincial Geriatrics Leadership Ontario remercient les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Jo-Anne Clarke (coprésidente)

Directrice médicale, Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est

Sid Feldman (coprésident)

Professeur agrégé et chef de la Division des soins aux personnes âgées, Université de Toronto; chef du service de médecine familiale et communautaire, Baycrest Health Sciences; président du Groupe d'intérêt des membres sur les soins aux personnes âgées, Collège des médecins de famille du Canada

Manuel Montero-Odasso (coprésident)

Professeur d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université Western; Directeur, Gait and Brain Lab, Parkwood Institute

Priyank Bhatnagar

Médecin responsable des urgences et des soins aux personnes âgées, Hôpital général de North York

Kathy Borthwick

Conseillère ayant une expérience vécue

Veronique Boscart

Directeur scientifique, Système de santé William Osler

Eric Brown

Chef adjoint, psychiatrie gériatrique, Centre de toxicomanie et de santé mentale

William Eastway

Conseillère ayant une expérience vécue

Sabeen Ehsan

Directrice, Qualité et Planification, Réseau de soins aux aînés

Pamela Fuselli

Président et Directeur général, Parachute

Nicole Gallagher

Responsable régional de la qualité clinique, Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Lora Giangregorio

Chaire de recherche Schlegel sur la mobilité et le vieillissement, Institut de recherche Schlegel-Université de Waterloo sur le vieillissement; professeur, Département de kinésiologie, Université de Waterloo

George Heckman

Chaire de recherche Schlegel en médecine gériatrique, Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement; professeur agrégé, Département des études de la santé et de la gérontologie, Université de Waterloo

Allen Huang

Spécialiste en gériatrie, Hôpital d'Ottawa; professeur de médecine, Université d'Ottawa; directeur médical, Programme régional de gériatrie de l'Est de l'Ontario

Annika Kalviainen

Évaluateur gériatrique, Centre de soins continus St. Joseph

Heather Keller

Chaire de recherche Schlegel en nutrition et vieillissement, Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement; Professeur, Département de kinésiologie et des sciences de la santé, Université de Waterloo

Hans Kreder

Professeur de chirurgie orthopédique et de politiques, de gestion et d'évaluation de la santé à l'Université de Toronto; Scientifique, Sciences cliniques évaluatives, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Robert Lam

Médecin de famille, soins aux personnes âgées, clinique du réseau d'évaluation et d'intervention gériatriques Carefirst

Barbara Liu

Gériatre, Centre des sciences de la santé Sunnybrook; Directrice générale, Programme régional de gériatrie de Toronto

Stuart Lord

Conseillère ayant une expérience vécue

Avril Mansfield

Scientifique principal, Institut de recherche KITE; kinésiologue, Réseau universitaire de santé

Jacqueline Mines

Responsable des soins aux patients, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Marie Anne Monahan

Médecin du personnel, Soins aux personnes âgées, Bruyere Health

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Alexandra Papaioannou

Spécialiste en gériatrie; directrice générale du Centre de recherche sur le vieillissement GERAS, Hamilton Health Sciences; professeure de médecine à l'Université McMaster

Tejal Patel

Spécialiste Schlegel en gestion des médicaments et vieillissement, Institut de recherche Schlegel-UW sur le vieillissement; professeur agrégé de clinique, École de pharmacie, Université de Waterloo

Danielle Petruccelli

Directeur du programme régional de gériatrie Centre

Marion Quigley

Conseillère ayant une expérience vécue

Benoît Robert

Médecin traitant, soins primaires, Centre de médecine familiale de Greenboro

Gabrielle Sadler

Chef de projet et physiothérapeute, Rehab Care Alliance

Christina Stergiou-Dayment

Chef des programmes et des opérations cliniques, Société Alzheimer de l'Ontario

Shirin Vellani

Chef des pratiques professionnelles et de la qualité (infirmière praticienne), Centre de gériatrie Yee Hong

Jennifer Watt

Scientifique, Réseau universitaire de santé; gériatre, Hôpital St. Michael; chercheur associé, Institut des sciences évaluatives cliniques; professeur adjoint, Département de médecine, Université de Toronto

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

Nous remercions également les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de cette norme de qualité :

Dana Corsi

Détaché(e), Capacité et performance du secteur, Santé Ontario

Carrie Heer

Infirmière praticienne, Système de santé communautaire de Brant, Association des infirmières praticiennes de l'Ontario

Katie Hood

Responsable, Capacité, accès et flux, Santé Ontario

Kelly Kay

Directrice générale, Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Heather MacLeod

Directrice des programmes et des partenariats, Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Emily Norcliffe

Infirmière praticienne spécialisée en gériatrie, Halton Healthcare; étudiante au doctorat en sciences infirmières, Université de Toronto

Cindy Payne

Directrice des soins à domicile et en milieu communautaire, Santé Ontario à domicile

Candice Tam

Responsable, Programmes d'information ANS et SDMC, Capacité et performance du secteur, Santé Ontario

Lora VanBerlo

Directeur provincial des soins palliatifs Programmes – II, Santé Ontario

Santé Ontario remercie également toutes les personnes qui ont contribué lors de la phase de rétroaction publique de ces normes de qualité.

Références

- (1) Ontario Health. Behavioural symptoms of dementia: care for people in hospitals and long-term care homes [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=behavioural-symptoms-dementia>
- (2) Ontario Health. Dementia: care for people living in the community [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=dementia>
- (3) Ontario Health. Delirium: care for adults [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=delerium>
- (4) Ontario Health. Hip fracture: care for people with fragility fractures [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=hip-fracture>
- (5) Ontario Health. Palliative care: care for adults with a serious illness [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=palliative-care>
- (6) Ontario Health. Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2026 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=transitions-hospital-home>
- (7) Ontario Health. Operational direction: Home First [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2025 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/news/operational-direction-home-first>
- (8) Provincial Geriatrics Leadership Ontario. Senior friendly care (sfCare): provincial initiative [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario; n.d. [cited 2026 Apr]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/initiatives/sfcare/>
- (9) Provincial Geriatrics Leadership Ontario, Rehabilitative Care Alliance. Rehabilitative care for older adults living with/at risk of frailty: from frailty to resilience [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario and Rehabilitative Care Alliance; 2021 [last updated 2024] [cited 2026 Apr]. Available from: https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/Rehab_for_Older_Adults_Living_with_Frailty_Framework.pdf
- (10) Ontario Collaborative for Aging Well. Consensus statement: care for the older adult with complex health conditions--reframing "frailty" in an Ontario context [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario; 2022 [cited 2026 Apr 16]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/wp-content/uploads/2022/05/2022-June-2-Consensus-Statement-on-Frailty.pdf>
- (11) Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-75.
- (12) Seitz D. A population-based study of older adults in Ontario: dementia, frailty and utilization of physician specialist services [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Office

- of Ontario; 2019 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/resources/a-population-based-study-of-older-adults-in-ontario-dementia-frailty-and-utilization-of-physician-specialist-services/>
- (13) Gilmour H, Ramage-Morin PL. Association of frailty and pre-frailty with increased risk of mortality among older Canadians. *Health Rep.* 2021;32(4):15-26.
 - (14) Canadian Institute for Health Information. Hospitalized seniors at risk of frailty [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2026 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/indicators/hospitalized-seniors-at-risk-of-frailty>
 - (15) Slater M, Jacklin K, Sutherland R, Jones C, Blind M, Warry W, et al. Understanding aging, frailty, and resilience in Ontario First Nations. *Can J Aging.* 2021;40(3):512-7.
 - (16) Bandeen-Roche K, Seplaki CL, Huang J, Buta B, Kalyani RR, Varadhan R, et al. Frailty in older adults: a nationally representative profile in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2015;70(11):1427-34.
 - (17) Franse CB, van Grieken A, Qin L, Melis RJF, Rietjens JAC, Raat H. Socioeconomic inequalities in frailty and frailty components among community-dwelling older citizens. *PLoS One.* 2017;12(11):e0187946.
 - (18) Bunn F, Goodman C, Sworn K, Rait G, Brayne C, Robinson L, et al. Psychosocial factors that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a systematic review of qualitative studies. *PLoS Med.* 2012;9(10):e1001331.
 - (19) Seniors Care Network. Frailty screening & management in the community [Internet]. Cobourg (ON): The Network; 2023 [cited 2026 Jan 3]. Available from: <https://www.seniorscarenetwork.ca/scn-resource/frailty-screening-%26-management-in-the-community>
 - (20) Guidelines and Protocols Advisory Committee. Frailty in older adults - early identification and management [Internet]. Victoria (BC): Government of British Columbia; 2023 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/frailty#scope>
 - (21) Abbasi M, Rolfson D, Khera AS, Dabravolskaj J, Dent E, Xia L. Identification and management of frailty in the primary care setting. *CMAJ.* 2018;190(38):E1134-40.
 - (22) Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. *J Nutr Health Aging.* 2019;23:771-87.
 - (23) National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
 - (24) Ontario Health. The alternate level of care (ALC) leading practices guide: preventing hospitalization and extended stays for older adults [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2026 Jan]. Available from: [https://quorum.hqontario.ca/Portals/0/Indicators-and-change-ideas/ALC%20Leading%20Practices%20Guide%20v1%202021%20\(2\).pdf?ver=2022-03-30-133617-273](https://quorum.hqontario.ca/Portals/0/Indicators-and-change-ideas/ALC%20Leading%20Practices%20Guide%20v1%202021%20(2).pdf?ver=2022-03-30-133617-273)
 - (25) Ontario Health, Provincial Geriatrics Leadership Ontario. Supporting Ontario Health Teams to influence alternate level of care: leading practices in community-based early identification, assessment and transition [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2022 [cited

- 2026 Jan]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/wp-content/uploads/2023/06/2022-April-1-ALC-Community- -FINAL.pdf>
- (26) Huang C, Sirikul W, Buawangpong N. Social frailty in community-dwelling older adults: a scoping review. *BMC Geriatr.* 2025;25(1):329.
- (27) Ehsan S, Schwartz R. Frailty screening & management in primary care: guidance document [Internet]. Cobourg (ON): Seniors Care Network; 2023 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.seniorscarenetwork.ca/scn-resource/frailty-screening-%26-management-in-primary-care>
- (28) Seniors Care Network. Frailty screening & management in emergency department [Internet]. Cobourg (ON): The Network; 2023 [cited 2026 Jan 3]. Available from: <https://www.seniorscarenetwork.ca/scn-resource/frailty-screening-%26-management-in-emergency-department>
- (29) Xu M, Chen W, Li Z, Xing Y, Shang Y, Yang C, et al. Cumulative social determinants of health and frailty risk in older adults. *BMC Geriatr.* 2025;25(1):895.
- (30) Henry JD, Coundouris SP, Mead J, Thompson B, Hubbard RE, Grainger SA. Social frailty in late adulthood: social cognitive and psychological well-being correlates. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2022;78(1):87-96.
- (31) Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in allocating scarce health care resources. *Can Geriatr J.* 2020;23(3):210-5.
- (32) Provincial Geriatrics Leadership Ontario. Pictorial Fit-Frail Scale (PFFS) [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario; n.d. [cited 2026 Apr]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/resources/pictorial-fit-frail-scale-pffs/>
- (33) Campitelli MA, Bronskill SE, Hogan DB, Diong C, Amuah JE, Gill S, et al. The prevalence and health consequences of frailty in a population-based older home care cohort: a comparison of different measures. *BMC Geriatr.* 2016;16:133.
- (34) Lee L, Patel T, Hillier LM, Locklin J, Milligan J, Pefanis J, et al. Frailty screening and case-finding for complex chronic conditions in older adults in primary care. *Geriatrics (Basel).* 2018;3(3):39.
- (35) Provincial Geriatrics Leadership Ontario. New report highlights the critical role of comprehensive geriatric assessments in supporting Canada’s aging population [Internet]. Hamilton (ON): Provincial Geriatrics Leadership Ontario; 2025 [cited 2026 Jan 21]. Available from: <https://geriatricsontario.ca/news/new-report-highlights-the-critical-role-of-comprehensive-geriatric-assessments-in-supporting-canadas-aging-population/>
- (36) Lorbergs AL, Prorok JC, Holroyd-Leduc J, Bouchard DR, Giguere A, Gramlich L, et al. Nutrition and physical activity clinical practice guidelines for older adults living with frailty. *J Frailty Aging.* 2022;11(1):3-11.
- (37) National Institute for Health and Care Excellence. Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset [Internet]. London: The Institute; 2015 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16/resources/dementia-disability-and-frailty-in-later-life-midlife-approaches-to-delay-or-prevent-onset-pdf-1837274790085>
- (38) World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Geneva: The Organization; 2017 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

- (39) Ontario Health. Falls in adults: care in all settings [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2026 [cited 2026 Mon XX]. Available from: TBD
- (40) Ontario Health. Diabetic foot ulcers: care for patients in all settings [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2025 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=diabetic-foot-ulcers>
- (41) Ontario Health. Pressure injuries: care for patients in all settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=pressure-injuries>
- (42) Ontario Health. Venous leg ulcers: care for patients in all settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2026 Apr]. Available from: <https://ontariohealth.ca/clinical/quality-standards/qs-details?cf=venous-leg-ulcers>
- (43) Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med*. 2006;166(4):418-23.
- (44) Larsen RT, Turcotte LA, Westendorp R, Langberg H, Hirdes JP. Frailty index status of Canadian home care clients improves with exercise therapy and declines in the presence of polypharmacy. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(6):766-71.e1.
- (45) Rodrigues IB, Wagler JB, Keller H, Thabane L, Weston ZJ, Straus SE, et al. Encouraging older adults with pre-frailty and frailty to "MoveStrong": an analysis of secondary outcomes for a pilot randomized controlled trial. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2022;42(6):238-51.
- (46) Stolee P, Elliott J, Giguere AM, Mallinson S, Rockwood K, Sims Gould J, et al. Transforming primary care for older Canadians living with frailty: mixed methods study protocol for a complex primary care intervention. *BMJ Open*. 2021;11(5):e042911.
- (47) Healthcare Excellence Canada. Advancing frailty care in the community [Internet]. Ottawa (ON): Healthcare Excellence Canada; 2023 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/advancing-frailty-care-in-the-community/>
- (48) Abizanda Saro A, García Molina R, Alcantud Córcoles R, Maestre Moreno M, Sánchez Uceda R, Morón Merchante I, et al. Efficacy of a multicomponent intervention for frailty or physical function in prefrail or frail older adults: FRAILMERIT multicenter clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2025.
- (49) Uchmanowicz I, Faulkner KM, Iovino P, Kwaśny A, Surma S, Magi CE, et al. Integrating frailty interventions into existing care models: a comprehensive approach to enhancing patient outcomes in chronic disease management. *Frontiers in Public Health*. 2025;12:1518774.
- (50) Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018;16(1):140-232.
- (51) Liu CK, Fielding RA. Exercise as an intervention for frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011;27(1):101-10.
- (52) Geraedts HA, Zijlstra W, Zhang W, Bulstra S, Stevens M. Adherence to and effectiveness of an individually tailored home-based exercise program for frail older adults, driven by mobility monitoring: design of a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):570.
- (53) Ross R, Chaput J-P, Giangregorio LM, Janssen I, Saunders TJ, Kho ME, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18–64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2020;45(10):S57-102.

- (54) Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 65 years and older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep [Internet]. Ottawa (ON): The Society; 2026 [cited 2026 Mar 3]. Available from: <https://csepguidelines.ca/guidelines/adults-65/>
- (55) Canadian Frailty Network. Activity [Internet]. Kingston (ON): The Network; 2024 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://www.cfn-nce.ca/frailty-matters/avoid-frailty/activity/#1574177211684-f73c6073-f8bb>
- (56) Yang X, Li S, Xu L, Liu H, Li Y, Song X, et al. Effects of multicomponent exercise on frailty status and physical function in frail older adults: A meta-analysis and systematic review. *Exp Gerontol.* 2024;197:112604.
- (57) Tazzeo C, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Roso-Llorach A, Marengoni A, Welmer A-K, et al. Multimorbidity patterns and risk of frailty in older community-dwelling adults: a population-based cohort study. *Age Ageing.* 2021;50(6):2183-91.
- (58) Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: an emerging public health priority. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(3):188-92.

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez [SanteOntario.ca](https://santeontario.ca).

À propos de Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Provincial Geriatrics Leadership Ontario coordonne les services de gériatrie spécialisés et les services de santé mentale pour les aînés afin de promouvoir les soins intégrés pour les personnes âgées atteintes de problèmes de santé complexes, notamment la démence, la fragilisation et les troubles de santé mentale, ainsi que pour leurs partenaires de soins naturels, en Ontario.

Besoins de renseignements supplémentaires?

Visitez [SanteOntario.ca](https://www.santeontario.ca) ou communiquez avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario

500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538

Télétype : 1-800-855-0511

Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca

Site web : [SanteOntario.ca](https://www.santeontario.ca)

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN à déterminer (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026