

Guide sur les normes de qualité : Transitions entre l'hôpital et la maison

Soutien aux équipes Santé Ontario

NOVEMBRE 2019

**Health Quality
Ontario**

Let's make our health system healthier

Introduction

Le présent document a pour but de décrire comment la norme de qualité *Transitions entre l'hôpital et la maison* aide les équipes Santé Ontario* (ESO) à fournir des soins continus et entièrement coordonnés – un facteur clé de succès dans les systèmes intégrés de prestation des soins.

Nos recommandations aux utilisateurs de ce guide :

1. Lisez la norme de qualité [*Transitions entre l'hôpital et le domicile*](#) et déterminez les domaines dans lesquels votre ESO pourrait vouloir concentrer ses améliorations
2. Passez en revue et partagez les documents [*Justifications d'amélioration*](#) avec votre équipe et de vos intervenants pour comprendre pourquoi cette norme de qualité est nécessaire
3. Adoptez une approche itérative pour la mise en œuvre de la norme de qualité en vous engageant avec vos partenaires dans votre ESO

*L'expression « équipes Santé Ontario » ou « ESO » désigne les équipes de fournisseurs qui se sont placées sur le parcours du degré de préparation des ESO, qu'elles soient à l'« étape de l'exploration » ou « en cours de développement », « candidats au titre d'ESO », « ESO désignées ». Bien que ce guide s'adresse à ces équipes, n'importe quelle équipe de fournisseurs, quel que soit son état de préparation en matière des ESO, trouvera l'information qui s'y trouve bien utile. ¹

Parcourir ce guide : Objectifs

Public	Sections pertinentes
Les cadres supérieurs qui veulent savoir comment la <i>norme de qualité Transitions entre l'hôpital et la maison</i> peut appuyer leur ESO	<ul style="list-style-type: none">• <u>Comment cette norme de qualité peut-elle soutenir mon ESO?</u>• <u>Comment les énoncés de qualité aideront-ils mon ESO à répondre aux attentes de la première année?</u>• <u>Existe-t-il d'autres normes de qualité qui pourraient soutenir nos populations cibles?</u>
Les cliniciens et fournisseurs de soins à la recherche d'information sur les transitions de haute qualité entre l'hôpital et la maison, et d'outils à la disposition des fournisseurs de soins dans une ESO	<ul style="list-style-type: none">• <u>Comment cette norme de qualité peut-elle soutenir mon ESO?</u>• <u>Comment les énoncés de qualité peuvent-ils nous aider à répondre aux attentes de la première année?</u>• <u>Quels sont les 10 énoncés de qualité et que dois-je prendre en considération pour les mettre en œuvre?</u>• <u>Existe-t-il d'autres normes de qualité qui pourraient soutenir nos populations cibles?</u>
Les gestionnaires de projet et les équipes de projet qui cherchent à créer et à mettre en œuvre des plans de transition au sein d'une ESO	<ul style="list-style-type: none">• <u>Comment les énoncés de qualité aideront-ils mon ESO à répondre aux attentes de la première année?</u>• <u>Quels sont les 10 énoncés de qualité et que dois-je prendre en considération pour les mettre en œuvre?</u>• <u>Quels sont les outils disponibles pour soutenir la mise en œuvre des normes de qualité?</u>
Les conseillers des patients et des aidants qui font partie d'une équipe de planification des ESO ou qui souhaitent participer à l'élaboration d'un plan de transition pour eux-mêmes ou pour un être cher	<ul style="list-style-type: none">• <u>Comment cette norme de qualité peut-elle soutenir mon ESO?</u>• <u>Quels sont les 10 énoncés de qualité et que dois-je prendre en considération pour les mettre en œuvre?</u>• <u>Quels sont les outils disponibles pour soutenir la mise en œuvre des normes de qualité?</u>

Comment la norme de qualité sur les *Transitions entre l'hôpital et la maison* peut-elle être bénéfique pour mon ESO?

À maturité, les ESO appuieront des systèmes de prestation de soins intégrés à haut rendement partout en Ontario et des transitions harmonieuses pour les patients entre différents milieux de soins (p. ex., hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et communautaires) et entre différents fournisseurs de soins de santé durant une maladie aiguë ou chronique.

Pour vous aider à atteindre cet objectif, Qualité des services de santé Ontario a publié une version finale de la norme de qualité sur les [*Transitions entre l'hôpital et la maison*](#)* qui décrit comment votre équipe peut parvenir à un congé plus intégré et mieux coordonné à l'aide des meilleures données probantes disponibles. La norme de qualité comprend :

- Dix énoncés de qualité qui décrivent la façon de fournir des soins de haute qualité aux personnes qui quittent l'hôpital pour la maison
- Les résultats que vous pouvez espérer obtenir en mettant en œuvre les soins décrits dans la norme
- Les indicateurs que vous pouvez utiliser pour suivre les changements que vous apportez et mesurer leur succès

* Cela comprend les personnes qui ont été hospitalisées dans n'importe quel type d'hôpital, y compris les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation. Le terme « domicile » est défini au sens large comme étant le lieu de résidence habituel d'une personne et peut comprendre les résidences personnelles, les résidences pour personnes âgées, les résidences-services, les établissements de soins de longue durée et les refuges. La norme de qualité couvre des aspects importants des soins au cours du continuum, de l'admission à l'hôpital à la préparation d'une transition réussie, en passant par les soins dispensés dans la communauté, afin d'assurer une transition harmonieuse.

Comment les énoncés de qualité aideront-ils mon équipe Santé Ontario à répondre aux attentes de la première année?

Dans le cadre du nouveau modèle des ESO, deux exigences peuvent être appuyées par la mise en œuvre de la norme de qualité *Transitions entre l'hôpital et la maison* :

L'exigence de la première année **Soins et expérience du patient** stipule que l'accès, les transitions, la coordination et l'intégration se sont améliorés :

- La norme de qualité a été élaborée à la suite d'une vaste consultation auprès de personnes ayant une expérience vécue de transition entre l'hôpital et la maison
- Les dix énoncés sont rédigés du point de vue du patient ou de l'aidant et indiquent que l'équipe de soins, le patient et les aidants doivent travailler ensemble dès l'admission pour assurer une transition harmonieuse de l'hôpital à la communauté, avec un suivi coordonné auprès des partenaires communautaires appropriés. Pour connaître le point de vue des patients et des aidants sur leur expérience avec les transitions dans les soins, veuillez lire *Transitions entre l'hôpital et la maison* : [Priorités des patients et des aidants](#).

Comment les énoncés de qualité aideront-ils mon équipe Santé Ontario à répondre aux attentes de la première année? (suite)

L'exigence relative à la **mesure du rendement**, à **l'amélioration de la qualité** et à **l'apprentissage continu** stipule que les équipes Santé Ontario devraient démontrer les progrès réalisés pour réduire les écarts et mettre en œuvre des normes cliniques :

- Chaque énoncé sur la qualité précise un domaine qui est essentiel à la prestation de soins de transition de haute qualité – des domaines où les soins doivent être améliorés ou où il existe des variations entre les régions en fonction des données probantes
- Chaque énoncé comprend des indicateurs que les équipes peuvent utiliser pour mesurer si leur cycle PDCA (penser, démarrer, contrôler, agir) améliore la qualité des soins dans chaque domaine d'intérêt
- Les améliorations progressives dans ces domaines, à long terme, ont également une incidence positive sur les mesures globales de réussite de la transition des soins de l'hôpital à la maison

Quels sont les 10 énoncés de qualité et que dois-je prendre en considération pour les mettre en œuvre?

Énoncés de qualité

Pour accéder directement à un énoncé de qualité particulier dans la norme, cliquez sur le lien :



1. [Échange d'information sur l'admission](#)



2. [Évaluation globale](#)



3. [Participation du patient, de la famille et des aidants à la planification de la transition](#)



4. [Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants](#)



5. [Plans de transition](#)



6. [Transitions coordonnées](#)



7. [Examen des médicaments et soutien associé](#)



8. [Soins médicaux de suivi coordonnés](#)



9. [Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire](#)



10. [Coûts assumés personnellement et limites des services financés](#)

Établissement de priorité d'un énoncé

- Afin d'établir l'ordre de priorité d'un énoncé, les membres d'une ESO devraient déterminer l'état actuel : examiner les tableaux de données disponibles pour cerner les variations dans les soins dans votre région, puis examiner systématiquement chaque énoncé et discuter si les travaux en cours sont conformes à son contenu.
- Tous les organismes au sein d'une ESO devraient donner leur point de vue sur les domaines qui nécessitent des améliorations et partager leurs expériences dans la mise en œuvre de processus ou d'outils similaires.
- Bien qu'il existe de nombreuses façons d'établir l'ordre de priorité d'un énoncé, les ESO pourraient envisager d'en mettre en œuvre un qui pourrait aider à normaliser les soins entre les organismes, à améliorer un processus existant entre eux ou à favoriser une plus grande participation des patients et des aidants.

Parcourir cette section

Ceci est l'énoncé de qualité. Cliquez sur le lien pour voir l'historique complet et les preuves données probantes pour élaborer cet énoncé.

Statement 2: Comprehensive Assessment

People receive a comprehensive assessment of their current and evolving health care and social support needs. This assessment is started early upon admission, and updated regularly throughout the hospital stay, to inform the transition plan and optimize the transition process.

Clinical Partners to Enable Change

- Patient/caregiver advisors
- Hospital staff (e.g., social worker, physician)
- Primary care providers (e.g., Family Health Team, Community Health Centre, nurse practitioner-led clinic, solo practitioners)
- Home and community care providers (e.g., care coordinators; staff at community service organizations; or community partners)

Key Questions to Consider

- Are you currently doing a comprehensive assessment of your patient upon or soon after admission and updating it regularly throughout their stay to inform the transition plan?
- Are you leveraging existing assessments and care plans that have been established by other members of the patient's care team to minimize reassessment and support a seamless plan of care?
- Is there an opportunity to standardize assessments between your partner organizations?
- Is it interprofessional?
- Do you engage with primary care or home and community care (if applicable)?
- Do you have a template or form you can use to ensure you capture the necessary information?
- Are reminders in place to ensure you are updating this document regularly throughout their stay to inform the transition plan?

Tools, Resources, and Programs

- [LACE index tool](#)
- [Hospital Admission Risk Prediction \[HARP\]](#)
- [InterRAI Contact Assessment \(CA\): A screening level assessment for Emergency Department and Intake from Community/Hospital](#)

Note: Some health care teams use readmission risk assessment tools as part of a comprehensive assessment. While there is insufficient evidence to recommend this practice routinely, health care teams may find it useful to use such a tool, particularly when its use is automated (e.g., via the Hospital Admission Risk Prediction [HARP] tool or the LACE index). An organization must also consider what comprehensive assessments are already in use to determine whether adopting a new tool would be effective.

Voici une liste de partenaires cliniques que vous pourriez envisager de faire participer dans la mise en œuvre de cet énoncé de qualité. Cette liste n'est pas exhaustive et il pourrait être nécessaire d'impliquer d'autres partenaires cliniques tout au long de la planification et de la mise en œuvre d'un énoncé.

Nous avons ici une liste de questions clés à considérer lors de la mise en œuvre de l'énoncé pour évaluer l'efficacité de l'état actuel et les écarts entre l'état futur et l'état actuel.

Ces liens vous mènent à des outils, des ressources et des programmes qui peuvent vous aider dans vos efforts de mise en œuvre. Dans certains cas, il y a un outil; dans d'autres, plusieurs outils sont énumérés et vous pouvez choisir celui qui correspond le mieux aux besoins de votre ESO. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive d'outils ou de ressources. Demandez-vous si les outils qui sont utilisés dans l'ensemble de votre ESO peuvent aider à la mise en œuvre d'un énoncé.

Énoncé 1 : Échange de renseignements sur l'admission

Lorsqu'une personne est admise à l'hôpital, ce dernier transmet des renseignements sur son admission à ses fournisseurs de soins primaires ainsi qu'à ses fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires, ainsi qu'à tout spécialiste concerné, peu après son admission au moyen d'un avis électronique en temps réel. Ces fournisseurs de soins en milieu communautaire partagent ensuite toute l'information pertinente avec l'équipe d'admission en temps opportun.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe d'admission, commis d'unité, travailleur social, médecin)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires ou partenaires communautaires)

Questions clés à considérer

- Disposez-vous d'un avis électronique en temps réel pour aviser les fournisseurs de soins primaires, de soins à domicile et de soins communautaires de l'admission à l'hôpital ou à l'urgence (et d'autres détails, comme les diagnostics et la date prévue du congé)?
- Les équipes de soins primaires et de soins à domicile et en milieu communautaire disposent-elles d'un processus pour vous fournir des renseignements sur votre patient admis?
- Êtes-vous en mesure d'obtenir de l'information des fournisseurs de la communauté?
- Est-ce que ce processus fonctionne bien? Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui peut être amélioré?
- Quels sont les obstacles à l'amélioration?
- Dans quelle mesure le processus est-il convivial?

Outils, ressources et programmes

- [eNotifications \(seulement en anglais\)](#)
- [Ocean eReferral Network \(seulement en anglais\)](#)
- [Programme eConsultation](#)
- [Système de renseignements concernant la santé du client \(CHRIS\)](#)
- [Shared Health Integrated Information Portal \(SHIIP\) \(seulement en anglais\)](#)

Énoncé 2 : Évaluation globale

Les gens reçoivent une évaluation globale de leurs besoins actuels et futurs en matière de soins de santé et de soutien social. Cette évaluation est entamée dès l'admission et mise à jour régulièrement tout au long du séjour à l'hôpital, afin d'éclairer le plan de transition et d'optimiser le processus de connexe.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. travailleur social, médecin)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)

Questions clés à considérer

- Faites-vous une évaluation globale de votre patient au moment de son admission ou peu de temps après, et la mettez-vous à jour régulièrement tout au long de son séjour afin d'informer le plan de transition?
- Tirez-vous parti des évaluations et des plans de soins existants qui ont été établis par d'autres membres de l'équipe de soins du patient pour minimiser les réévaluations et appuyer un plan de soins homogène?
- Est-il possible d'uniformiser les évaluations entre vos organismes partenaires?
- Est-ce interprofessionnel?
- Participez-vous aux soins primaires ou aux soins à domicile et en milieu communautaire (s'il y a lieu)?
- Disposez-vous d'un modèle ou d'un formulaire que vous pouvez utiliser pour vous assurer de saisir l'information nécessaire?
- Des rappels sont-ils en place pour s'assurer que vous mettez ce document à jour régulièrement tout au long de leur séjour afin d'informer le plan de transition?

Outils, ressources et programmes

- LACE (seulement en anglais)
- Early Identification of People At-Risk of Hospitalization (seulement en anglais)
- Contact Assessment (CA): A Screening Level Assessment for Emergency Department and Intake Community/Hospital (seulement en anglais)
- Remarque : Certaines équipes de soins de santé utilisent des outils d'évaluation du risque de réadmission dans le cadre d'une évaluation globale. Bien qu'il n'y ait pas suffisamment de données probantes pour recommander cette pratique de façon routinière, les équipes de soins de santé peuvent trouver utile d'utiliser un tel outil, particulièrement lorsque son utilisation est automatisée (p. ex. au moyen de l'outil Préviation du risque d'admission à l'hôpital [PRAH] ou l'indice LACE). Un organisme doit également tenir compte des évaluations exhaustives qui sont déjà utilisées pour déterminer si l'adoption d'un nouvel outil serait efficace.

Énoncé 3 : Participation du patient, de la famille et des aidants à la planification de la transition

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison participent à la planification de la transition et à l'élaboration d'un plan par écrit. Si les personnes consentent à les inclure dans leur cercle de soins, les membres de leur famille et les aidants sont également mobilisés.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. travailleur social, médecin)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires ou partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)
- Membre de l'équipe de soins primaires du patient

Questions clés à considérer

- Les patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital ont-ils un plan de transition? Est-il par écrit?
- Leurs principaux fournisseurs de soins participent-ils à l'élaboration du plan de transition?
- Le plan de transition comprend-il des renseignements sur les situations qui justifient un retour à l'hôpital?
- Avons-nous une approche cohérente pour inclure les patients et leurs aidants dans l'élaboration des plans de transition?
- Tient-on compte des besoins et des préférences des patients dans l'élaboration du plan de soins?
- Les patients savent-ils à qui s'adresser s'ils ont des questions ou des préoccupations?
- Le patient sait-il à qui s'adresser et quand il aura un contact avec un membre de son équipe de soins primaires?

Outils, ressources et programmes

- [Continuity of Care: Transitions in Care](#) (seulement en anglais)
- [Plans de soins coordonnés](#)
- [Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés](#)

Énoncé 4 : Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, ainsi que leur famille et leurs aidants, disposent de l'information et du soutien dont ils ont besoin pour gérer leurs besoins en soins de santé après leur séjour à l'hôpital. Avant de passer de l'hôpital au domicile, on leur offre de l'éducation et de la formation pour gérer leurs besoins en soins de santé à domicile, y compris des conseils sur les ressources communautaires, les médicaments et l'équipement médical.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. travailleur social, médecin)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Offrez-vous de l'éducation, de la formation et du soutien aux patients, aux familles et aux aidants pour gérer leurs besoins en soins de santé après leur séjour à l'hôpital?
- Adaptez-vous l'information et la formation aux besoins du patient, à sa perception de son état de santé, à sa capacité cognitive et à son degré de préparation à prendre soin de lui-même, ainsi qu'à la volonté et à la capacité de la famille ou de l'aidant de prendre soin du patient?
- Ces renseignements ou instructions sont-ils fournis sous diverses formes (p. ex., verbale, écrite ou électronique) en utilisant un langage simple et des outils visuels?
- Au besoin, offrez-vous une formation pratique (p. ex. pour utiliser de l'équipement médical, administrer des médicaments, changer les pansements)?
- Les ressources communautaires mentionnées dans cette éducation sont-elles disponibles dans votre communauté?
- L'information et la formation sont-elles culturellement appropriées et accessibles à toutes les personnes concernées (p. ex., adaptation physique, sensorielle ou difficultés d'apprentissage ou dans la langue maternelle du patient)?
- Veillez-vous à ce qu'un membre de l'équipe de l'hôpital soit chargé de fournir au patient, à sa famille et aux aidants l'information et le soutien nécessaires à la réussite de la transition à la maison?

Outils, ressources et programmes

- Patient Oriented Discharge Summaries (PODS) (seulement en anglais)

Énoncé 5 : Plans de transition

Les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison reçoivent un plan de transition par écrit. Ce plan est élaboré par le patient, les soignants concernés, l'équipe de l'hôpital et les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires et il est convenu en partenariat avec eux avant de quitter l'hôpital. Les plans de transition sont transmis aux fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi qu'avec tout spécialiste concerné, de la personne dans les 48 heures suivant son congé.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, commis d'unité)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Faites-vous participer le patient (et sa famille ou les aidants qui l'aideront lorsqu'il quittera l'hôpital) à l'élaboration du plan de transition?
- L'équipe interprofessionnelle participe-t-elle à l'élaboration du plan de transition (y compris les fournisseurs de soins hospitaliers, de soins primaires et de soins à domicile et communautaires, le cas échéant)?
- Avez-vous mis en place un processus pour remettre une copie écrite du plan de transition (p. ex., l'OOSP) au patient ou aux aidants avant leur départ de l'hôpital?
- Avez-vous un moyen de vous assurer que l'information (c.-à-d. le plan de transition) est transférée aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire et à l'équipe de soins primaires dans les 48 heures?
- Avez-vous accès à des interprètes professionnels?
- Les partenaires en soins à domicile font-ils participer le personnel hospitalier dans des discussions sur la rapidité d'exécution des services de soins à domicile?
- Êtes-vous en mesure de reconnaître les besoins culturels des patients et d'y répondre?

Outils, ressources et programmes

- Patient Oriented Discharge Summaries (PODS) (seulement en anglais)
- Plans de soins coordonnés
- Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés

Énoncé 6 : Transitions coordonnées

Les personnes admises à l'hôpital ont un professionnel de la santé nommé qui est responsable de la planification de la transition, de la coordination et de la communication en temps opportun. Avant que les personnes quittent l'hôpital, ce professionnel assure une transmission efficace des plans de transition et de l'information relative aux soins des gens.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex., membres de l'équipe responsable du congé)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Avez-vous une personne désignée (un professionnel de la santé) responsable de la planification de la transition, de la coordination et de la communication pour assurer un transfert efficace des plans de transition et de l'information?
- Le patient sait-il qui est responsable de la planification de la transition (quel service offre la personne et quel est son poste)?

Outils, ressources et programmes

- [CoHealth](#) (seulement en anglais)
- [Plans de soins coordonnés](#)
- [Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés](#)

Énoncé 7 : Examen des médicaments et soutien associé

Un examen des médicaments est fait à l'admission des personnes, avant leur retour à la maison et une fois à la maison pour toutes les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison. Ces examens comprennent de l'information sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance des ordonnances et l'optimisation, ainsi que sur la façon d'utiliser leurs médicaments et d'y avoir accès dans la communauté. On tient compte de la capacité des personnes d'assumer eux-mêmes le coût des médicaments, et des options sont offertes à ceux qui n'ont pas les moyens de payer ces coûts.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, pharmacien)
- Soins à domicile et soins communautaires (p. ex. coordonnateur des soins, pharmacien communautaire, travailleur social communautaire, infirmière praticienne communautaire)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)

Questions clés à considérer

- Existe-t-il un processus d'examen des médicaments à l'admission, avant le congé et à leur retour à la maison?
- Existe-t-il un processus d'examen des médicaments (à l'admission, avant le congé et au retour à la maison) avec le patient ou l'aidant?
- Quels processus ou ressources avez-vous mis en place pour soutenir les patients qui n'ont pas les moyens de payer pour les médicaments nécessaires?

Outils, ressources et programmes

- [Hospital to Home – Facilitating Medication Safety at Transitions](#) (seulement en anglais)
- [Medication Reconciliation in Acute Care](#) (seulement en anglais)
- [Medications at Transitions and Clinical Handoffs \(MATCH\)](#) (seulement en anglais)
- [Soins primaires en Ontario – Guide du bilan comparatif des médicaments](#)
- [Programme IMP](#)
- [5 questions à poser à propos de vos médicaments](#)

Énoncé 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés

Les personnes qui passent de l'hôpital à leur domicile reçoivent des soins médicaux de suivi auprès de leur fournisseur de soins primaires ou d'un médecin spécialiste, et ces soins sont coordonnés et les rendez-vous sont pris avant de quitter l'hôpital. Les personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires reçoivent de l'aide pour en trouver un.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, commis d'unité)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Les soins médicaux de suivi sont-ils coordonnés et planifiés avant de quitter l'hôpital?
- Si le patient ou aidant est responsable de la prise du rendez-vous de suivi, existe-t-il un processus pour s'assurer qu'il reçoit des instructions claires sur le rendez-vous et qui il doit appeler?
- Si les gens n'ont pas de fournisseurs de soins primaires, existe-t-il un processus pour les aider à en trouver un (p. ex., Accès Soins)?
- Qu'arrive-t-il si les gens ont de la difficulté à se rendre aux rendez-vous de suivi (p. ex. en raison de leur état de santé, du manque de transport, des coûts, de la distance) – existe-t-il un processus pour les aider?
- Qu'en est-il des personnes à risque élevé de réadmission – existe-t-il un processus pour organiser un appel téléphonique de suivi, une visite à domicile ou une visite au bureau (dans les 24 à 72 heures)?
- Les personnes sont-elles rattachées à un fournisseur de soins primaires avant leur congé (si elles n'en ont pas déjà un)? Dans l'affirmative, qui en est responsable?

Outils, ressources et programmes

- [Accès Soins en ligne](#)

Énoncé 9 : Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, évaluées en fonction du type de services de soutien et de soins à domicile requis, de la quantité et du moment opportun dont elles et leurs aidants naturels en ont besoin. Lorsque ces services sont nécessaires, ils sont organisés avant que les personnes quittent l'hôpital et sont en place à leur retour à la maison.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Existe-t-il un processus pour travailler avec les patients et les aidants, leurs équipes hospitalières et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire afin de comprendre les objectifs et les préférences de chaque patient, d'évaluer régulièrement ses besoins en soins à domicile et en services de soutien communautaire (type, quantité, moment opportun) et d'élaborer (ou de concevoir conjointement) un plan de soins pour satisfaire ses besoins et atteindre ses buts?
- Les partenaires en soins à domicile font-ils participer les patients dans des discussions sur la rapidité d'exécution des services de soins à domicile?
- Qui devrait diriger cette coordination des services?
- Comment aborde-t-on la question de la disponibilité limitée dans la communauté?
- Quels processus peuvent vous aider à gérer efficacement ce processus?
- Quels seront les besoins des aidants au-delà de ceux des patients?

Outils, ressources et programmes

- Home At Last (seulement en anglais)
- La philosophie Chez soi avant tout
- Integrated Comprehensive Care (ICC) (seulement en anglais)
- Priority Assistance to Transition Home (PATH) (seulement en anglais)
- Évaluation à l'accueil d'interRAI : Une évaluation préalable pour le service d'urgence et l'admission en provenance de la collectivité ou de l'hôpital (seulement en anglais)

Énoncé 10 : Coûts assumés personnellement et limites des services financés

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison ont la capacité de payer les frais de soins de santé que l'équipe de soins de santé examine, et les renseignements et les solutions de rechange pour les coûts que ces personnes ne sont pas en mesure d'assumer sont inclus dans les plans de transition. L'équipe de soins de santé explique aux personnes quels services financés par l'État sont à leur disposition et quels services ils devront payer.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, commis d'unité)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Existe-t-il un processus permettant d'évaluer les services, l'équipement et les médicaments qui sont financés et ceux qui ne le sont pas?
- À qui appartient ce rôle?
- Comment puis-je fournir de l'information pour chacun d'eux afin que les besoins individuels des patients soient satisfaits?
- À quel moment du cheminement de soins du patient dois-je demander les renseignements dont j'ai besoin pour les soins décrits dans cet énoncé?
- Y a-t-il des problèmes sociaux (p. ex., manque de transport, de logement) qui ont une influence sur la capacité de payer du patient?
- Quels sont les obstacles au niveau du système qui peuvent gêner la prestation des soins que je fournis et comment puis-je les contourner pour le moment?

Outils, ressources et programmes

- Demande de Soutien du revenu du POSPH

Quels sont les outils dont dispose Qualité des services de santé Ontario pour appuyer la mise en œuvre de la norme de qualité *Transitions entre l'hôpital et la maison?*

Ressource	Résumé	Public
Guide de démarrage	<p>Un guide d'amélioration de la qualité à l'intention des professionnels de la santé qui comprend des outils et des ressources, comme un modèle de plan d'action.</p> <p>Il peut être utilisé par les ESO comme première étape de la conception de projets d'amélioration de la qualité liés à la norme de qualité.</p>	<p>Les gestionnaires de projet, les équipes de projet et les cliniciens ou fournisseurs de soins</p>
Guide du patient	<p>Un outil pour aider les patients à savoir quelles questions poser lors des transitions dans les soins.</p> <p>Il peut être utilisé par les ESO pour soutenir les conversations entre les patients et les fournisseurs de soins.</p>	<p>Conseillers des patients ou des aidants, cliniciens ou prestataires de soins, gestionnaires de projet et équipes de projet</p>
Tableau de données (seulement en anglais)	<p>Un fichier Excel téléchargeable contenant des données sur les mesures de succès des normes de qualité aux niveaux régional et hospitalier.</p> <p>Les ESO peuvent s'en servir pour cerner les lacunes dans les soins dans votre région, informer la planification des ressources et élaborer des efforts d'amélioration.</p>	<p>Leadership des ESO, cliniciens ou fournisseurs, gestionnaires de projet, équipes de projet et spécialistes de l'aide à la décision</p>

Ressource	Résumé	Public
<u>Guide de mesure (seulement en anglais)</u>	<p>Un document à l'appui du tableau de données qui contient les principes de mesure, les méthodes de collecte des données et les spécifications techniques des mesures du succès de la norme de qualité qui sont mesurables à l'échelle provinciale et locale.</p> <p>Les ESO peuvent s'en servir comme ressource pour guider l'élaboration des mêmes indicateurs à l'échelle locale.</p>	<p>Spécialistes de l'aide à la décision, équipe d'amélioration de la qualité ou équipes de projet</p>
<u>Justification d'amélioration (diapositives)</u>	<p>Une présentation sur les raisons pour lesquelles cette norme était nécessaire et les données qui la sous-tendent.</p> <p>Les ESO peuvent partager le document avec leurs partenaires afin d'obtenir leur appui et leur adhésion à la mise en pratique de la norme de qualité.</p>	<p>Leadership des ESO, cliniciens ou fournisseurs de soins, conseillers des patients ou aidants, gestionnaires de projet et équipes de projet</p>
<u>Transitions de l'hôpital à la maison : Priorités des patients et des aidants</u>	<p>Un résumé des résultats des consultations auprès des patients qui ont étayé l'élaboration des énoncés.</p> <p>Les ESO peuvent s'en servir comme référence pour démontrer les défis que posent les transitions déterminées par les patients et les aidants.</p>	<p>Les conseillers des patients et des aidants, les gestionnaires de projet, les équipes de projet et les cliniciens ou prestataires de soins</p>

Ressource	Résumé	Public
<p>Recommandations pour adoption (à venir)</p>	<p>Recommandations à l'échelle du système qui traitent des obstacles à la mise en œuvre des soins décrits dans la norme de qualité. Si des mesures sont prises, elles aideront les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé à mettre en œuvre les énoncés.</p> <p>Les ESO peuvent mettre en œuvre les recommandations qui leur sont adressées, s'il y a lieu.</p>	<p>Leadership des ESO</p>
<p><u>Quorum</u></p>	<p>Quorum est une communauté en ligne qui a pour ambition d'améliorer la qualité des soins de santé en Ontario. L'information sur la page Outils et ressources sur l'amélioration de la qualité et ses onglets supplémentaires décrivent la méthodologie de l'amélioration de la qualité (AQ), qui adopte une approche itérative et par étapes aux initiatives d'AQ.</p> <p>Des exemples d'organismes qui mettent en œuvre des initiatives pour aborder les transitions dans les soins peuvent être trouvés sur Quorum en cliquant sur l'étiquette effective transitions.</p>	<p>Les gestionnaires de projet, les équipes de projet et les cliniciens ou fournisseurs de soins</p>



Existe-t-il d'autres normes de qualité qui pourraient soutenir nos populations cibles?

Populations de patients – Année 1

Norme de qualité*	Personnes âgées à risque élevé ou avec des besoins médicaux complexes	Personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie	Personnes vivant avec la douleur	Personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie	Personnes atteintes d'une maladie chronique
<u>Symptômes comportementaux de la démence</u>	X	X			X
<u>Maladie pulmonaire obstructive chronique</u>	X			X	X
<u>Douleur chronique</u>		X	X	X	X
<u>Démence – Soins destinés aux adultes dans la collectivité</u>	X	X		X	X
Diabète - Prédiabète et diabète de type 2 (à venir)	X	X		X	X

*Qualité des services de santé Ontario a publié plusieurs normes de qualité à ce jour et d'autres sont en cours de publication. Reconnaissant que de nombreux ESO s'efforcent de trouver des moyens d'améliorer les soins intégrés pour les personnes de leur région qui en ont le plus besoin, Qualité des services de santé Ontario a aligné bon nombre de ses normes de qualité existantes avec les populations courantes de patients. Toutes les autres normes de qualité se trouvent à <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9>.

Populations de patients – Année 1

Norme de qualité	Personnes âgées à risque élevé ou avec des besoins médicaux complexes	Personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie	Personnes vivant avec la douleur	Personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie	Personnes atteintes d'une maladie chronique
<u>Ulcère du pied diabétique - Soins des plaies</u>			X	X	X
<u>Glaucome</u>	X				
<u>Insuffisance cardiaque – Soins destinés aux adultes dans la collectivité</u>	X			X	X
<u>Fracture de la hanche</u>	X			X	X
<u>Lombalgie</u>			X		
<u>Dépression clinique</u>		X			X
<u>Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique</u>			X		X
<u>Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë</u>			X		

Populations de patients – Année 1

Norme de qualité	Personnes âgées à risque élevé ou avec des besoins médicaux complexes	Personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie	Personnes vivant avec la douleur	Personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie	Personnes atteintes d'une maladie chronique
<u>Trouble de consommation d'opioïdes</u>		X			
<u>Arthrose</u>	X				X
<u>Soins palliatifs</u>			X	X	X
<u>Plaies de pression – Soins des plaies</u>			X		
<u>La schizophrénie – Soins destinés aux adultes dans la collectivité</u>		X			X
<u>Schizophrénie – Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux</u>		X			X
<u>Ulcères de jambe veineux de Vénus – Soins de plaie</u>			X		X

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de ce guide, veuillez communiquer avec nous en utilisant l'information ci-dessous.

**Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto (Ontario)
M5S 1N5**

Tél. : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Télécopieur : 416-323-9261

Courriel : QualityStandards@hqontario.ca

Site Web : hqontario.ca/normes de qualite