



**Adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires :
Aider les maillons santé à améliorer les transitions et la coordination des soins**



Table des matières

Introduction	3
Objet du guide.....	4
Pourquoi planifier les soins transitoires?	5
Adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires	6
Objectifs en matière de pratiques exemplaires et concepts de changement	9
Catégorie 1 : Pratiques préalables à la transition	9
Catégorie 2 : Pratiques de planification de la transition	11
Catégorie 3 : Évaluation des risques et activation du suivi après la transition	13
Communication et mise en œuvre de pratiques communes.....	14
Objectifs supplémentaires	14
Conclusion	16
Outils et ressources	17
Annexes.....	19
A. Outils d'évaluation des risques.....	19
A1. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa : Indice LACE – Outil d'évaluation des risques de décès et de réadmission	19
A2. Planification des congés – Évaluation des risques Blaylock.....	20
B. Évaluation des congés.....	22
Outil d'évaluation des congés pour les patients complexes : Du service des urgences vers les soins à domicile	22
C. Modèles de sommaire de congé.....	23
C1. Modèle de sommaire de congé normalisé du RLISS du Centre-Toronto.....	23
Bibliographie	25

Introduction

Le présent document, *Pour une démarche commune de planification des soins transitoires*, est un outil de promotion de la normalisation des pratiques relatives aux soins de transition dans les maillons santé et entre eux, pour les patients complexes. On y décrit l'importance d'une planification solide des soins transitoires et les avantages de faire appel à des démarches communes à l'égard du processus de transition.

Le présent guide recommande au total neuf pratiques de soins transitoires, lesquelles sont divisées en trois catégories principales.

a) Pratiques préalables à la transition

1. La planification préalable à la transition est intégrée comme une norme de soins pour les patients complexes admis dans un établissement de soins de santé.
2. Dans le cadre du processus de planification de la transition, les patients et les personnes soignantes sont des partenaires.
3. On procède à des évaluations exhaustives personnalisées et on élabore des plans de soins pour les patients complexes, dès leur admission.

b) Pratiques de planification de la transition

4. On élabore des plans de soins de transition personnalisés dès l'admission pour les patients présentant des besoins complexes.
5. On établit des protocoles pour assurer qu'un bilan comparatif des médicaments est effectué aux points de transition cruciaux.
6. On fournit aux familles et aux personnes soignantes des renseignements et des ressources pour soutenir la transition.

c) Évaluation des risques et activation du suivi après la transition

7. On utilise des outils d'évaluation de risque normalisés pour évaluer et établir une stratification des patients complexes.
8. On fixe des rendez-vous avec le fournisseur de soins primaires du patient.
9. Les patients complexes reçoivent un appel de suivi dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.

Les principes sous-jacents qui soutiennent l'adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires dans les maillons santé sont énumérés ci-dessous. Chacune des neuf pratiques actuellement utilisées en Ontario y apparaît également, accompagnée de descriptions de suggestions de mise en œuvre qui tirent profit de démarches et de thèmes récurrents décrits dans la documentation pertinente.

Pour assurer la réussite de cette initiative, il est essentiel de s'assurer de l'engagement des dirigeants des maillons santé et des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). De la même manière, on ne peut exagérer l'importance de clarifier la responsabilisation au sein des fournisseurs. Il est recommandé que chaque maillon santé établisse un mécanisme, comme un groupe de travail, qui contribuera à assurer l'obtention de l'engagement et la clarification des questions de responsabilisation.

Enfin, une description de deux objectifs systémiques visant l'amélioration de la planification des soins transitoires prodigués aux patients complexes est présentée ci-dessous. On devrait considérer la poursuite de ces objectifs comme un effort connexe, car ces derniers sont en sus des neuf pratiques qui constituent le sujet principal du présent guide.

Contexte

Un des objectifs importants des maillons santé est d'offrir de meilleurs soins à la tranche supérieure de un à cinq pour cent de la population dont les besoins représentent la majorité des dépenses de soins de santé¹. Un grand nombre de ces personnes présentent des affections complexes et (ou) chroniques et tirerait profit d'une meilleure coordination des soins et de meilleurs services de soutien lorsqu'ils passent d'une partie à une autre du système de soins de santé. Bien que le présent document soit spécialement conçu pour être utilisé par les maillons santé, les principes et pratiques qui y sont présentés sont applicables et bénéfiques à tous les patients, pour chaque type de transition de soins.

Les maillons santé encourageront une plus grande collaboration entre les fournisseurs de soins de santé locaux existants, notamment les fournisseurs de soins aux familles, les spécialistes, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile et les autres formes de soutien communautaire.

– Ministère de la Santé et des Soins de longue durée,
document d'information annonçant les maillons santé, décembre 2012

Soutenir les maillons santé

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) soutient la mise en œuvre des maillons santé dans le cadre d'un partenariat avec des organismes de santé et des chercheurs pour favoriser l'adoption à grande échelle de pratiques cliniques et organisationnelles qui permettront d'atteindre l'objectif de transformation à long terme du système de santé ontarien.

En mai 2013, le Secrétariat du renouvellement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a demandé à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) de démarrer un processus d'établissement de consensus visant l'amélioration et la normalisation des démarches de planification des soins transitoires².

Objet du guide

Le présent document est l'une des nombreuses ressources conçues pour offrir de l'orientation aux équipes des maillons santé. Il facilitera l'adoption d'une démarche uniforme pour planifier les soins transitoires prodigués aux patients complexes. Il a pour objet de compléter d'autres publications, ressources, activités et services de soutien offerts notamment par QSSO et le ministère, p. ex., *The Registered Nurses Association of Ontario Clinical Practice Guidelines for Transitions in Care* (dont la parution est prévue pour 2014).

Les principes et démarches que propose le présent guide misent sur les données probantes et les expériences tirées des pratiques exemplaires, ainsi que sur l'information compilée dans la trousse d'amélioration *Transitions en matière de soins* de l'initiative meilleureAPPROCHE. L'objectif ultime du profilage de ces normes est d'orienter les fournisseurs de services de santé (FSS) adoptant une démarche commune de planification des congés qui facilitera les transitions de soins entre les FSS pour améliorer les soins prodigués aux patients complexes.

Il est important de reconnaître qu'un certain nombre de FSS et d'organismes ont déjà adopté un grand nombre des démarches présentées dans le présent guide. D'autres sont en voie de mettre en œuvre des réformes en harmonie avec ces démarches et (ou) offrent de l'orientation dans l'élaboration de nouvelles pratiques. Certaines de ces pratiques ont été décrites dans des documents publiés récemment par l'Association des hôpitaux de l'Ontario et QSSO³.

¹ La définition et l'identification de patients complexes variera à l'échelon local, mais peut comprendre, par exemple, une personne atteinte d'insuffisance cardiaque grave et de maladie pulmonaire obstructive chronique qui démontre des signes de démence précoce. [Apprenez-en davantage ici](#) (en anglais seulement).

² L'expression « planification des congés » est étroitement liée aux concepts de coordination des soins et de planification de la transition. Apprenez-en davantage en lisant la [trousse d'amélioration Transitions en matière de soins](#) de l'initiative meilleureAPPROCHE.

³ Association des hôpitaux de l'Ontario. *Achieving Patient Experience Excellence in Ontario: An Idea Book*, printemps 2013. Tiré de

Pourquoi planifier les soins transitoires?

De récentes données sur l'Ontario indiquent que seulement 59 % des patients hospitalisés savaient quels signes de danger surveiller lorsqu'ils retournent à la maison. Quatre-vingts pour cent savaient qui appeler en cas de problème, mais seulement 52 % savaient à quel moment ils pouvaient reprendre leurs activités normales.

- Qualité des services de santé Ontario, *Observateur de la qualité*, 2012.

Des études ont conclu que les améliorations à la planification des congés peuvent radicalement améliorer les résultats pour les patients lorsqu'ils passent au prochain niveau de soins. Bien que la planification des congés constitue une part importante du plan de soins global, on constate une absence surprenante d'uniformité dans le processus et la qualité de la planification des soins transitoires et de la documentation connexe dans la totalité du système de soins de santé. En fait, la planification des soins transitoires varie d'un hôpital à l'autre, dans d'autres parties du continuum de soins, et souvent au sein des organismes également.

Même si un écart continuera d'exister entre les maillons santé de chaque région, ils partagent un ensemble d'objectifs qui comprend notamment ce qui suit :

1. un accent sur les soins centrés sur le patient grâce à des mécanismes en place plus puissants permettant au patient et à sa famille de se faire entendre;
2. un engagement à s'appuyer sur les organismes prestataires de soins et à tirer profit des capacités et des pratiques exemplaires actuelles;
3. une représentation dans les différents secteurs avec responsabilité conjointe à l'égard de l'atteinte des résultats;
4. des cibles et des paramètres communs pour soutenir la mise en œuvre et l'évaluation.

L'amélioration de la planification des soins transitoires est un facteur essentiel pour atteindre ces objectifs et faire en sorte que les patients passent facilement d'une partie du continuum de soins à une autre, peu importe qu'ils reçoivent leur congé d'un hôpital, soient aiguillés vers un programme de soins ambulatoires/destinés aux patients externes ou transférés vers un établissement de réadaptation ou un autre établissement de soins de santé.

Un bon plan de congé améliore la satisfaction des patients et prévient les réadmissions.

- Agency for Health Care Research & Quality

Adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires

Les pratiques précisées dans le présent guide fournissent un point de départ à des discussions sur ce qui devrait être inclus dans une démarche commune de planification des soins transitoires au sein des maillons santé. Il est important de normaliser les démarches des processus de planification des soins transitoires au sein du continuum de soins et des maillons santé parce que cela :

- a) permettra la promotion de soins sécuritaires de qualité élevée dans la totalité du continuum de soins de santé;
- b) permettra la promotion de l'identification et de l'évaluation précoces des patients nécessitant de l'aide au moment de planifier le congé;
- c) facilitera la collaboration avec le patient / mandataire spécial, la famille et l'équipe de soins de santé, y compris le fournisseur de soins primaires, pour simplifier la planification des soins transitoires;
- d) permettra de recommander des choix concernant la poursuite des soins prodigués au patient, l'aiguillage vers d'autres niveaux de soins (hébergement), des programmes ou des services qui répondent aux préférences du patient et à ses besoins, comme ils ont été évalués;
- e) favorisera les relations avec les organismes communautaires et les établissements de soins pour améliorer la coordination des soins, s'attaquer aux lacunes dans la prestation des services et améliorer la planification de la transition;
- f) offrira du soutien et de l'encouragement aux patients et à leurs familles pendant les stades d'évaluation et de transition;
- g) optimisera l'utilisation appropriée des ressources du système de santé en offrant des soins appropriés, au bon endroit et au bon moment⁴.

La planification des congés est un concept fondamental lorsqu'il est question de soins aux patients de qualité et de pérennité du système de soins de santé, et il est raisonnable de s'attendre à une norme commune pour tout le secteur.

– Comité directeur de planification des congés du RLSS du Centre-Toronto, août 2011

Les pratiques proposées représentent une distillation de certains des thèmes communs cernés dans la documentation connexe, ainsi que dans les nombreux manuels pratiques qui ont été élaborés dans d'autres territoires de compétence pour améliorer les pratiques de transition⁵. Un grand nombre d'entre elles ont été définies grâce au travail antérieur entrepris par QSSO qui tablait sur la recherche et la connaissance des « pratiques gagnantes » associées à la planification des soins transitoires en Ontario et dans d'autres territoires de compétence.

On compte neuf pratiques que l'on a l'intention d'adopter comme un ensemble indissociable. Elles sont regroupées selon les trois catégories ci-dessous.

⁴ Adapté des objectifs publiés dans le document *Guidelines and Standards for Discharge Planning Coordinators* de mai 1995 de la Canadian Association of Discharge Planning and Continuity of Care (CADPACC).

⁵ Un examen supplémentaire de la documentation a également été entrepris pour compléter et valider les premières découvertes. Les termes de recherche comprenaient « planification des congés », « pratiques exemplaires en matière de planification des congés », « planification de la transition » et « pratiques exemplaires en planification de la transition ». L'annexe A comprend une liste de certains des documents que cette recherche a permis de trouver.

Catégorie 1 :
Pratiques préalables
à la transition

Catégorie 2 :
Pratiques de planification
de la transition

Catégorie 3 :
Évaluation des risques et activation du suivi
après la transition

Chaque pratique comprend une brève description de suggestions de mise en œuvre qui tirent profit de démarches et de thèmes récurrents décrits dans la documentation pertinente et qui sont utilisées actuellement. Certains outils de documentation et d'évaluation (fournis dans les annexes) qui ont été utilisés et (ou) qui font actuellement l'objet d'essais pourraient être utiles à la mise en œuvre.

Principes sous-jacents qui soutiennent l'adoption d'une démarche commune de planification des soins transitoires dans les maillons santé

Les pratiques reposent sur les principes ci-dessous, lesquels énoncent un engagement partagé parmi les maillons santé envers l'amélioration des transitions de soins entre les FSS et au sein du continuum de soins.

1. Des pratiques et des démarches relatives à la planification des soins transitoires centrées sur le patient.
2. Un engagement envers l'optimisation des soins de qualité supérieure, de la sécurité des patients et de l'utilisation appropriée des ressources du système (p. ex., la réduction au minimum des réadmissions et des visites à la salle d'urgence [SU]).
3. La planification de la transition à partir d'un hôpital sera initiée dès l'admission et constitue un processus itératif qui se poursuit pendant la prestation des services au patient; elle a pour objectif de diriger le patient, au moment de son congé de l'hôpital, vers un niveau de soins et un établissement qui favorisent l'atteinte des niveaux de fonctionnement les plus élevés qui soient.
4. La planification des soins transitoires sera adaptée à la culture et effectuée de manière holistique et dans la dignité (c.-à-d. qu'elle comprend les besoins médicaux, physiques, émotionnels, spirituels et sociaux comme ils ont été déterminés par le patient).
5. Les principes universels de littératie en matière de santé seront appliqués et comprendront des processus normalisés d'évaluation et de documentation des besoins d'apprentissage des patients et des personnes soignantes⁶. On devrait envisager de faire appel à la méthode de retransmission de l'information avec les patients / mandataires spéciaux et les personnes soignantes au cours de la préparation aux transitions de soins⁷.
6. Un engagement envers l'adoption de ces pratiques pour s'assurer que chaque patient reçoit des soins conformément aux pratiques gagnantes liées à ce qui suit :
 - la période préalable à la transition;
 - la planification de la transition;
 - l'évaluation des risques et l'activation du suivi après la transition.
7. L'adoption de politiques et de pratiques dans tous les hôpitaux (c.-à-d. soins actifs, réadaptation, soins complexes de longue durée), organismes communautaires (y compris les CASC) et

⁶ Par exemple, les documents écrits devraient être conviviaux (c.-à-d. présentés en langage simple, en caractères plus gros, à l'aide de phrases et de paragraphes courts, sans jargon médical, de façon aérée et avec des aides visuelles).

⁷ La retransmission de l'information fait partie d'une stratégie globale visant à améliorer la littératie en matière de santé. Elle fait participer les patients (ou leurs familles / personnes soignantes) en communiquant une compréhension des services de santé, des soins, des procédures ou des directives aux patients (ou à leurs familles / personnes soignantes) par l'entremise de moyens verbaux et non verbaux, et en assurant qu'ils sont capables de communiquer cette information à d'autres fournisseurs de soins.

établissements de soins de longue durée permettra de s'assurer que la philosophie de planification des soins transitoires se reflète dans ce qui suit :

- les politiques et les pratiques relatives aux soins (p. ex., les politiques d'admission, de congé et d'autres niveaux de soins [ANS]);
 - les procédures de préparation et d'intervention en cas d'urgence;
 - le recrutement, l'éducation et la promotion du personnel;
 - la planification stratégique/opérationnelle et l'évaluation;
 - la supervision de la haute direction et la production de rapports.
8. La reconnaissance du rôle intégral que jouent tous les FSS pour faciliter la planification des soins transitoires dans le cadre d'une planification coordonnée des soins, dans tout le continuum des soins de santé.
 9. Une volonté de mesurer le rendement en fonction d'un ensemble d'indicateurs communs pour suivre le progrès associé à l'adoption des pratiques au fil du temps.

Objectifs en matière de pratiques exemplaires et concepts de changement

Catégorie 1 : Pratiques préalables à la transition

Objectifs globaux

- Inclure les patients/familles à titre de partenaires de la planification des soins de transition.
- S'assurer que des plans de soins personnalisés (y compris des objectifs de soins précis documentés par les patients / personnes soignantes) sont élaborés et partagés au moment de l'admission parmi les membres de l'équipe de soins des patients et utilisés pour élaborer un plan de transition complet personnalisé.

La préparation personnalisée préalable à la sortie du patient hospitalisé devrait être une intervention à composantes multiples, notamment : éducation du patient, instructions centrées sur le patient qui sort de l'hôpital et coordination/communication avec le médecin de famille et d'autres services communautaires appropriés.

- Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS), avril 2013

Pratiques proposées

Chaque maillon santé devrait adopter les pratiques ci-dessous.

Pratique	Description et idées de changement
1) La planification préalable à la transition est intégrée comme une norme de soins pour les patients complexes admis dans un établissement de soins de santé.	Les objectifs de la planification préalable à la transition devraient se concentrer sur ce qui suit : ▪ cerner de manière proactive les besoins en matière de soins permanents et cerner et réduire au minimum les lacunes éventuelles dans les soins associés aux transitions; ▪ déterminer les ressources disponibles (humaines, éducatives, etc.) nécessaires pour soutenir la planification des soins transitoires; ▪ s'assurer que les patients / personnes soignantes comprennent l'information / les précautions médicales à prendre qui sont associées à leur état de santé; ▪ s'assurer que les patients reçoivent des messages cohérents de la part de tous les FSS; ▪ améliorer la coordination/communication avec le(s) fournisseur(s) de soins primaires du patient.
2) Dans le cadre du processus de planification des soins transitoires, les patients et les personnes soignantes sont des partenaires.	▪ On encourage les patients à formuler leurs désirs et on leur en donne l'occasion. ▪ Les patients et leur(s) famille et personne(s) soignante(s) acceptent de fournir à l'équipe de planification des soins de transition des renseignements importants pour soutenir l'élaboration du plan de transition. ▪ Inscrire à l'horaire des conversations traitant de la transition qui se dérouleront en personne et en temps réel avec le patient et sa famille ainsi que sa ou ses personnes soignantes.

3) On procède à des évaluations exhaustives personnalisées et on élabore des plans de soins pour les patients complexes, dès leur admission.

- Les renseignements/évaluations qui suivent ont été jugés essentiels pour documenter le processus de transition ainsi qu'un plan de soins coordonnés. Ce dernier débutera idéalement dès l'entrée du patient dans le service. Les plans de soins coordonnés existants des patients des maillons santé devraient documenter ce plan provisoire ainsi qu'être adaptés à l'état actuel du patient. Veuillez noter que chaque maillon santé devra définir le processus de collecte de données, notamment la technologie de l'information et les ressources humaines utilisées.
- Les renseignements/évaluations comprennent : l'état clinique et les interventions prescrites, la situation sociale et le réseau de soutien, l'état cognitif et psychologique, l'état clinique fonctionnel, les facteurs environnementaux, les directives précises existantes, la capacité de composer avec la situation / la qualité de vie, les objectifs en matière de soins de santé et les préférences, les valeurs culturelles et les croyances, ainsi que la langue préférée pour les communications.
- Évaluer et consigner le niveau de littératie en matière de santé de chaque patient (c.-à-d. la capacité de la personne à comprendre de l'information écrite ou verbale en rapport avec sa santé et ses besoins en matière de soins); inclure le niveau de littératie en matière de santé relatif à son ou ses plans de soins transitoires.
- Évaluer les capacités et la volonté du patient et de sa ou ses personnes soignantes en matière de soins après la transition.
- Évaluer et consigner les préférences et les besoins du patient à l'égard des soins à recevoir après le congé (p. ex., préférences à l'égard du type de logement, soutien social et culturel, état clinique et interventions prescrites et diète).
- Évaluer et consigner le risque de réadmission du patient à l'aide d'un outil de dépistage normalisé (p. ex., l'indice LACE) et inclure cette information dans le ou les plans de soins et de transition.
- Créer le meilleur profil pharmaceutique possible et effectuer une comparaison des médicaments; inclure ces renseignements dans les plans de transition.
- S'assurer que le fournisseur de soins primaires (ou son représentant, selon le cas, au sein de son champ d'exercice) et le CASC (si le patient est un client existant) sont avisés immédiatement de la décision d'hospitaliser le patient. Si le patient n'est pas un client du CASC, mais qu'il devra être aiguillé vers un tel établissement, aviser le CASC dès que cette décision est prise.

Catégorie 2 : Pratiques de planification de la transition

Objectifs globaux

- Appuyer les maillons santé dans l'établissement de processus normalisés relativement au bilan comparatif des médicaments afin de s'assurer que les patients comprennent comment gérer leurs médicaments.
- Améliorer la communication avec les patients et leurs familles / personnes soignantes, leurs fournisseurs de soins primaires et d'autres FSS pertinents, ainsi que la coordination entre eux.

Pratiques proposées

Chaque maillon santé devrait adopter les pratiques ci-dessous.

Pratique	Description et idées de changement
4) On élabore des plans de soins de transition personnalisés dès l'admission pour les patients présentant des besoins complexes.	Les plans de soins transitoires devraient être élaborés à l'aide d'une démarche uniformisée. Ils doivent : ▪ inclure une formation essentielle sur les états pathologiques, les médicaments et les directives au patient; ▪ être faciles à lire (c.-à-d., utiliser un langage simple); ▪ faire participer les patients et leurs familles / personnes soignantes à l'élaboration du plan; ▪ inclure un aiguillage vers un CASC, au besoin. <i>Au moment de la transition :</i> ▪ avoir des conversations en temps réel sur la transition avec le patient et sa famille ainsi que sa ou ses personnes soignantes; ▪ fournir une copie papier du plan de transition personnalisé au patient et à sa famille / personne soignante au moment de la transition; ▪ (hôpital) : confirmer l'activation du service fourni par le CASC; ▪ fournir de la documentation sur les soins personnalisés et sur les plans de transition au fournisseur de soins primaires et au(x) fournisseur(s) principalement responsable(s) du patient à la prochaine étape de soins; ▪ fournir un traitement pharmacologique à jour après la transition, le passer en revue avec le patient et sa famille ainsi que sa ou ses personnes soignantes au moment de la transition; ▪ confirmer que le patient et (ou) sa famille / ses personnes soignantes ont compris les renseignements dont il a été question (consigner le niveau de compréhension du patient); ▪ soutenir les patients et leurs familles / personnes soignantes dans la coordination et (ou) l'activation des ressources après une transition, au besoin, selon l'évaluation antérieure des besoins.
5) On établit des protocoles pour assurer qu'un bilan comparatif des médicaments est effectué aux points de transition cruciaux.	▪ La réalisation d'un bilan comparatif des médicaments renvoie au processus qui consiste à obtenir une liste complète et exacte de tous les médicaments actuels du patient (y compris le nom, la posologie, etc.) et à l'utiliser au moment de rédiger des ordonnances de médicaments dans le cadre d'une transition⁸. Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments aux points de transition de soins ▪ Inclure le patient et sa famille / personne soignante, les pharmaciens de la pharmacie locale du patient et, dans la mesure du possible,

⁸ Selon le rapport *Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables*, novembre 2011 : « L'objectif ultime du bilan comparatif est de prévenir les événements indésirables causés par les médicaments à tous les points de soins, pour tous les patients »

	l'équipe de soins primaires afin de garantir la prise en compte complète et exacte des antécédents pharmaceutiques du patient. ▪ Évaluer les connaissances du patient à l'égard des médicaments au moment de la transition. ▪ Effectuer un bilan comparatif des médicaments. Utiliser le meilleur profil pharmaceutique possible pour créer d'autres plans de soins transitoires et (ou) les comparer. ▪ Faire un bilan comparatif des médicaments avant de donner au patient son congé et inclure les listes des médicaments ayant fait l'objet d'un bilan comparatif dans le sommaire de congé qui est remis à tous les fournisseurs de services de santé qui prodigueront des soins après le congé. Remise d'une liste de médicaments après la transition au patient / à la personne soignante ▪ Une liste de médicaments doit être fournie au patient / à la personne soignante et on doit y utiliser un langage non médical et décrire clairement quels médicaments ont été ajoutés, modifiés ou supprimés par rapport au meilleur profil pharmaceutique possible établi à l'admission. Il faudrait songer à inclure des listes de vérification ou des repères non écrits (utilisation de symboles ou de pictogrammes) afin d'aider le patient à prendre ses médicaments comme prescrits. ▪ On doit inscrire les principaux renseignements sur les médicaments à prendre après la transition, notamment : l'effet recherché du médicament, la posologie, la manière de le prendre et le moyen de l'obtenir. Évaluation de la nécessité d'effectuer un bilan comparatif des médicaments après la transition et examen des médicaments avec le patient et sa famille / personne soignante au moment de la transition ▪ Inclure, au besoin, une recommandation quant au moment où doit être effectué le prochain bilan comparatif des médicaments et l'inscrire dans le sommaire de transition.
6) On fournit aux familles et aux personnes soignantes des renseignements et des ressources pour soutenir la transition.	Le patient et sa famille doivent recevoir un plan de transition facile à comprendre qui inclut à tout le moins ce qui suit : ▪ une fiche de directives comprenant des conseils quant au moment où le patient peut reprendre ses activités « normales »; ▪ une liste des médicaments à jour; ▪ des dates pour des rendez-vous et des examens de suivi; ▪ le nom, le poste et le numéro de téléphone de la personne responsable du plan de transition avec laquelle on peut communiquer après la transition. S'il y a lieu, des renseignements supplémentaires devraient être fournis concernant ce qui suit : ▪ l'horaire de changement des bandages/pansements; ▪ les aliments qui peuvent ou ne peuvent pas être consommés; ▪ les fournitures et le matériel spéciaux (p. ex., un ambulateur ou un appareil d'approvisionnement en oxygène) et la manière dont l'accès à de tels dispositifs sera facilité. Vérifier, à l'aide de la méthode de retransmission de l'information, que la personne comprend : ▪ comment reconnaître l'aggravation de ses symptômes; ▪ quand, comment et à qui demander de l'aide; ▪ quand, comment et pourquoi prendre les médicaments et effectuer d'autres éléments du plan d'autotraitement; ▪ quand, où, pourquoi et avec qui prendre rendez-vous.

Catégorie 3 : Évaluation des risques et activation du suivi après la transition

Objectifs globaux

- S'assurer que les patients qui présentent un risque élevé de réadmission et de visites aux urgences sont identifiés de façon proactive.
- S'assurer que le plan de soins est personnalisé afin de garantir la réussite de la transition.
- S'assurer que des plans de transition sont en place et qu'ils sont respectés afin de garantir la coordination des soins prodigués au patient d'une personne soignante à l'autre.
- S'assurer que chaque membre de l'équipe de soins (y compris les préposés aux services de soutien, le personnel infirmier, etc.) peut facilement collaborer en temps réel avec le patient ou sa famille et les membres de l'équipe de soins.

Pratiques proposées

Chaque maillon santé devrait adopter les pratiques ci-dessous.

Pratique	Description et idées de changement
7) On utilise des outils d'évaluation de risque normalisés pour évaluer et établir une stratification des patients complexes.	▪ Les patients ayant des besoins complexes devraient être évalués et classés le plus tôt possible après leur admission afin de régler les problèmes avant la transition et (ou) s'assurer que des mesures soient prises après la transition selon le niveau de risque de réadmission à l'établissement actuel. ▪ Chaque maillon santé devrait convenir de l'adoption/utilisation d'un outil normalisé d'évaluation des risques qui sera utilisé par les organismes au sein de leur réseau afin d'identifier les personnes qui présentent un risque de réadmission à l'hôpital après une transition. <i>Remarque : On recommande que l'adoption d'un outil normalisé se fonde sur les outils de dépistage existants qui ont été élaborés par les organismes qui étudient les risques de réadmission des patients aux soins actifs après leur congé⁹.</i> ▪ On devrait attribuer à chaque patient des interventions ciblées fondées sur les risques qu'il présente.
8) On fixe des rendez-vous avec le fournisseur de soins primaires du patient.	▪ Chaque FSS / organisme de soins de santé devrait mettre en place des processus normalisés afin de garantir de fixer, avant la transition, un ou des rendez-vous de suivi pour les patients avec leurs fournisseurs de soins primaires après la transition. ▪ Pour les hôpitaux : Idéalement, une conversation devrait avoir lieu entre le médecin traitant responsable dans l'établissement et le fournisseur de soins primaires du patient dans la collectivité et doit être axée principalement sur les objectifs suivants : favoriser une transition harmonieuse pour le transfert des soins, préciser la raison de l'admission et fournir des conseils sur les soins de suivi recommandés / la surveillance requise après la transition.
9) Les patients complexes reçoivent un appel de suivi dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.	▪ Les appels devraient être effectués par un fournisseur de soins œuvrant en milieu communautaire et (ou) hospitalier et celui-ci devrait utiliser un sondage normalisé qui met l'accent sur les objectifs suivants : surveiller les progrès des patients, établir des réseaux communautaires pour répondre aux besoins des patients, accroître l'éducation des patients et la formation sur l'auto-prise en charge, fournir un suivi/renforcement du plan de transition et inclure le processus d'aiguillage vers les CASC par l'intermédiaire de l'initiative d'aiguillage et de mise en adéquation des ressources.

⁹ Consulter l'[annexe B](#) pour obtenir un exemple d'un outil d'évaluation normalisé.

Communication et mise en œuvre de pratiques communes

Un facteur clé de réussite pour la mise en œuvre d'une démarche commune envers la planification des soins transitoires consistera à s'assurer que le leadership de chaque maillon santé et de chaque RLIS favorise l'appui parmi les FSS, les administrateurs et les patients / personnes soignantes à l'égard de ces pratiques. Une autre question importante est la nécessité de préciser et de décrire en détail les responsabilités de toutes les personnes participant à la planification des soins transitoires et aux processus connexes.

On recommande que chaque maillon santé établisse un mécanisme (p. ex., un groupe de travail ou un comité) pour servir de point central à ces activités et assurer une surveillance de la mise en œuvre. Ce groupe devrait également se concentrer sur l'élaboration de stratégies visant à favoriser l'adoption des pratiques. Par exemple :

- établir et soutenir le rôle des champions au sein des organismes / maillons santé qui dirigent les initiatives afin de normaliser les démarches relatives à la planification des soins transitoires;
- accroître la sensibilisation et transmettre de façon générale des communications sur la manière dont l'adoption d'une démarche commune envers la planification des soins transitoires appuiera les objectifs du patient, de l'organisme et de l'ensemble du système (p. ex., améliorations de la prestation des soins aux patients et réduction des taux de réadmission, de la durée du séjour et du recours à un autre niveau de soins).

Objectifs supplémentaires

En plus des travaux qui seront entrepris afin de faire approuver les pratiques dans le présent guide, on cherche également à réaliser deux autres objectifs à l'échelle du système visant à améliorer la planification des soins transitoires prodigués aux patients complexes.

1) Adoption d'un modèle normalisé de sommaire de congé utilisé par tous les organismes de soins de santé qui effectuent la planification des congés¹⁰.

Au début de 2013, le groupe de chefs de la direction du comité de collaboration sur les renseignements sur la santé dans la RGT a approuvé le modèle normalisé de sommaire de congé et la mise en œuvre du modèle dans les établissements du RLIS du Centre-Toronto sous la direction de l'hôpital St. Michael¹¹. Les avantages d'établir un modèle normalisé de sommaire de congé sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Avantages d'un sommaire de congé normalisé	
Pour les patients	▪ Réduction des événements indésirables sur la santé en raison d'une communication accrue entre les fournisseurs de soins ▪ Transitions harmonieuses en matière de soins ▪ Meilleures connaissances des aspects importants relatifs au congé
Pour les organismes	▪ Appui et amélioration des communications et de la coordination entre les collectivités, les fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux, les fournisseurs de soins après le congé et les patients et leur famille, ainsi qu'entre eux ▪ Amélioration des méthodes visant à appuyer la transition des soins. ▪ Amélioration de la continuité et de la coordination des soins et diminution des erreurs médicales ▪ Augmentation de la satisfaction des patients ainsi que diminution des réadmissions à l'hôpital et des complications pour les patients ▪ Diminution des demandes d'obtention de renseignements supplémentaires

¹⁰ Consulter l'[annexe C](#) pour obtenir des exemples de modèles de sommaire de congé.

¹¹ Hôpital St. Michael. *Backgrounder: Standardized Discharge Summary Template Development and TC LHIN Implementation*, (présentation PowerPoint [non publiée], 2013).

Pour le système de soins de santé	▪ Amélioration des résultats de santé pour les patients complexes ayant des besoins coûteux en matière de soins de santé. ▪ Transitions de soins appropriées avec l'accent mis sur l'expérience des patients. ▪ Réduction des taux de réadmission à l'hôpital et des visites aux urgences ▪ Diminution des coûts des soins de santé
---	--

2) Mise en œuvre de mesures de soutien systémiques pour les patients complexes pendant la période de suivi après la transition

La mise en œuvre de ce concept peut inclure l'introduction de coordinateurs/moniteurs de transition et (ou) une plus grande clarté concernant les rôles et les responsabilités des organismes dans la gestion des transitions et la coordination des soins.

Conclusion

La planification efficace des soins transitoires devrait faire partie des activités courantes de la prestation des soins de santé. Elle devrait également faire partie d'un plan de soins de santé global pour chaque patient, qui englobe non seulement l'admission dans un établissement, mais également les soins généraux des patients (qui ont principalement lieu dans la collectivité)¹².

Ce document vise à promouvoir la normalisation des pratiques en matière de transition dans les maillons santé et entre eux et est conçu pour servir d'outil pour l'amélioration de la planification des transitions et la coordination des soins pour les patients complexes.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière de mettre en œuvre une planification efficace des soins transitoires, veuillez consulter les annexes ou l'adresse www.hqontario.ca.

¹² Department of Veterans' Affairs (2005). *Discharge Planning: Resource Kit*, Australie. Extrait du site : http://www.dva.gov.au/service_providers/dental_allied/discharge_planners/Documents/dprk.pdf

Outils et ressources

Outils et ressources de Qualité des services de santé Ontario

meilleureAPPROCHE – Transitions en matière de soins : Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes

Ce document est un outil qui a pour but de présenter des exemples de concepts de changement conçus pour faciliter la transition des personnes entre les différents fournisseurs et environnements de soins.

[Télécharger la trousse d'amélioration.](#)

Discharge Planning in Chronic Conditions: An Evidence-Based Analysis, série d'études intitulée Ontario Health Technology Assessment Series, vol. 13, n° 4 (septembre 2013), pp. 1 à 72.

Ce rapport résume les résultats d'une recherche documentaire systématique normalisée portant sur les études publiées du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2011. L'objectif de l'examen était de déterminer si la planification des congés était efficace pour réduire l'utilisation des ressources en santé et améliorer les résultats par rapport au recours exclusif à des soins normaux. [Télécharger le rapport complet \(en anglais seulement\).](#)

Optimizing Chronic Disease Management in the Community (Outpatient) Setting (OCDM): An Evidentiary Framework, série d'études intitulée Ontario Health Technology Assessment Series, vol. 13, n° 3 (septembre 2013), pp. 1 à 78.

Cette analyse vise à répondre à la question suivante : quels services communautaires fondés sur des données probantes s'avèrent efficaces et rentables dans l'optimisation de la prise en charge des maladies chroniques chez les adultes? Elle se concentrait sur les adultes atteints d'au moins un des troubles chroniques suivants entraînant un lourd fardeau : la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la coronaropathie, la fibrillation auriculaire, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les plaies chroniques. [Télécharger le rapport complet \(en anglais seulement\).](#)

Compas Qualité

Compas qualité est un outil de recherche en ligne complet, fondé sur des données probantes et axé sur les sujets prioritaires des soins de santé, notamment sur les pratiques exemplaires, les idées de changement associées à des indicateurs, des objectifs et des mesures, ainsi que les outils et les ressources pouvant combler les écarts de soins et améliorer l'adoption de pratiques exemplaires.

[Consulter le site Compas Qualité.](#)

Ressource du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, novembre 2011

En septembre 2010, le ministère a formé un comité consultatif concernant les hospitalisations évitables et a nommé le Dr G. Ross Baker à titre de président de ce comité. Le comité avait le mandat de déterminer l'orientation, le format et le contenu des meilleures pratiques en matière d'hospitalisations évitables à partir d'une banque de pratiques d'amélioration en matière d'hospitalisations évitables ainsi que les mesures et un cadre d'évaluation pour les initiatives en matière d'hospitalisations évitables. Le Dr Baker et son comité ont accompli leur travail et présenté leur rapport, *Améliorer le continuum des soins*, au ministère. [Télécharger le rapport complet.](#)

Ressource de l'Association des hôpitaux de l'Ontario

Achieving Patient Experience Excellence in Ontario: An Idea Book (printemps 2013)

Le cahier d'idées souligne les projets d'amélioration exceptionnels et présente des études de cas afin d'aider les autres hôpitaux à obtenir des réussites semblables. Il constitue un engagement à trois niveaux : la communauté de soins (RLISS et CASC), le personnel de l'hôpital ainsi que les patients et leurs familles. Il a été élaboré avec l'aide du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et appuie l'idée d'offrir une meilleure expérience pour les patients en inspirant les autres à entreprendre des projets semblables. Appuyer les hôpitaux en vue d'améliorer l'expérience des patients fait également partie de l'engagement continu de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. [Télécharger le cahier d'idées \(en anglais seulement\).](#)

Outil de mise en œuvre du sommaire de congé – Department of Health (R.-U.)

En août 2010, le programme Clinical Data Standards Assurance (conformité des normes relatives aux données cliniques) du Royaume-Uni a permis d'entamer un projet dont l'objectif est d'offrir un sommaire de congé électronique assuré par la clinique, qui est axé sur le sommaire de congé envoyé d'une équipe médicale de soins actifs / équipe chirurgicale au médecin généraliste dans les 24 heures suivant le congé du patient. Ce sommaire de congé devrait être structuré, normalisé et commun, et, par conséquent, pouvoir être envoyé par voie électronique à partir de n'importe quel système de dossiers médicaux électroniques d'hôpitaux de soins actifs. Une trousse à outils a été produite afin de faciliter la mise en œuvre de ce projet d'une manière uniforme. La trousse à outils contient des études de cas et de courts vidéoclips d'organismes qui ont mis en œuvre avec succès le sommaire de congé. [Télécharger la trousse à outils \(en anglais seulement\)](#).

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : Amélioration de la prise en charge des aînés dans les établissements de soins actifs

Les travaux récents appuyés par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé portent sur une stratégie d'intervention précoce qui relève cinq principaux domaines de soins à offrir aux patients aînés dans les 48 heures suivant leur admission. Les résultats du projet pilote portent à croire que ce processus entraînera un rétablissement et un congé de l'hôpital plus rapides pour les patients âgés. [Télécharger le document d'information sur ces travaux](#).

Campagne RARE (Reducing Avoidable Readmissions Effectively) (réduction efficace des réadmissions évitables)

Cette initiative met l'accent sur la participation des hôpitaux et des fournisseurs de soins au Minnesota (dans tout le continuum de soins) afin de prévenir 6 000 réadmissions à l'hôpital évitables dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2013. La campagne RARE s'appuie sur le travail qui est réalisé depuis plusieurs années par bon nombre d'hôpitaux, de groupes médicaux, de régimes de santé, ainsi que de partenaires de soutien et d'exploitation et de partenaires communautaires. La campagne est axée sur cinq principaux domaines :

- [la planification exhaustive des congés;](#)
- [la gestion de la pharmacothérapie;](#)
- [l'engagement des patients et des familles;](#)
- [le soutien relatif aux soins transitoires;](#)
- [les communications aux points de transition.](#)

Trousse à outils RED. Agency for Healthcare Research and Quality

Le projet RED (Re-Engineered Discharge) (réorganisation des processus de congé) est une démarche normalisée axée sur les patients à l'égard de la planification des congés. Créé initialement grâce à des travaux de recherche menés par le Dr Brian Jack du Centre Médical de Boston et financés par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), le projet RED améliore la préparation des patients en vue d'une autoprise en charge et réduit les réadmissions évitables. L'AHRQ a créé la trousse à outils RED afin d'aider les hôpitaux à réduire leurs taux de réadmission. [Télécharger la trousse à outils \(en anglais seulement\)](#).

Protocole de congé S.M.A.R.T

Le protocole de congé SMART est un cadre qui peut être appliqué aux processus de congé dans le but de garantir que des sujets clés sont toujours abordés durant l'hospitalisation et au moment du congé, ce qui peut réduire les réadmissions. SMART est un acronyme pour : **S**ymptoms, **M**edications, **A**ppointments, **R**esults, **T**alk (symptômes, médicaments, rendez-vous, résultats, discussions). [Télécharger le document d'autoapprentissage du protocole de congé SMART](#).

Annexes

Quelques-uns des outils actuellement mis à l'essai dans le domaine et au sein d'autres territoires de compétence sont énumérés ci-dessous. L'objectif est de fournir un ensemble non exhaustif d'exemples à partir desquels on peut choisir. Il existe également d'autres outils actuellement mis à l'essai ou utilisés qui ne sont pas inclus dans le présent guide. Le principal objectif du présent guide, qui ne se veut pas une trousse à outils, est d'établir des normes communes en matière de planification des congés.

Veuillez prendre note que chaque exemple énuméré ci-dessous fera l'objet de discussions, d'une mise à l'essai et d'une adaptation afin de convenir à la démarche précise et unique de chaque maillon santé.

A. Outils d'évaluation des risques

A1. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa : Indice LACE – Outil d'évaluation des risques de décès et de réadmission

État : Plusieurs hôpitaux dans la province utilisent cet outil.

Note that there are other risk assessments in the environment and this is just one example.

Ottawa Hospital Research Institute
LACE Index Scoring Tool for Risk Assessment of Death and Readmission

Step 1. Length of Stay
Length of stay (including day of admission and discharge): _____ days

Length of stay (days)	Score (circle as appropriate)
1	1
2	2
3	3
4-6	4
7-13	5
14 or more	7

→ **L**

Step 2. Acuity of Admission
Was the patient admitted to hospital via the emergency department?
If yes, enter "3" in Box A, otherwise enter "0" in Box A

A

Step 3. Comorbidities

Condition (definitions and notes on reverse)	Score (circle as appropriate)
Previous myocardial infarction	+1
Cerebrovascular disease	+1
Peripheral vascular disease	+1
Diabetes without complications	+1
Congestive heart failure	+2
Diabetes with end organ damage	+2
Chronic pulmonary disease	+2
Mild liver disease	+2
Any tumor (including lymphoma or leukemia)	+2
Dementia	+3
Connective tissue disease	+3
AIDS	+4
Moderate or severe liver disease	+4
Metastatic solid tumor	+6
TOTAL	

If the TOTAL score is between 0 and 3 enter the score into Box C.
If the score is 4 or higher, enter 5 into Box C

C

Step 4. Emergency department visits
How many times has the patient visited an emergency department in the six months prior to admission (not including the emergency department visit immediately preceding the current admission)? _____
Enter this number or 4 (whichever is smaller) in Box E

E

Add numbers in Box L, Box A, Box C, Box E to generate LACE score and enter into box below. If the patient has a LACE score that is greater than or equal to 10, the patient can be referred to the virtual ward. (Note: A *virtual ward* uses the systems and staffing of hospital care, but without the physical building: staff provide preventative care for patients in their own homes. If your hospital does not support a virtual ward, proceed to treat patient as a high risk individual.)

LACE

Shared with permission from Carl van Walraven (lead author) on July 3, 2012.

A2. Planification des congés – Évaluation des risques Blaylock

 NORTHUMBERLAND HILLS HOSPITAL			PATIENT ID _____		
Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen Circle all that apply and total. Refer to scoring index for recommendations regarding discharge planning.					
Age	55 years or less	0	Functional Status	Independent in activities of daily living and instrumental activities of daily living	0
	56-64 years	1		Dependent in:	
	65-79 years	2		Eating/Feeding	1
	80+ years	3		Bathing/Grooming	1
Living Situation/Social Support	Lives only with spouse	0		Toileting	1
	Lives with family	1		Transferring	1
	Lives alone with family support	2		Incontinent of bowel function	1
	Lives alone with friend's support	3		Incontinent of bladder function	1
	Lives alone with no support	4		Meal Preparation	1
	Nursing home/residential care	5		Responsible for own medication administration	1
Number of Previous Admissions/ Emergency Room Visits	None in the last 3 months	0	Handling own finances	1	
	One in the last 3 months	1	Grocery Shopping	1	
	Two in the last 3 months	2	Transportation	1	
	More than two in the last 3 months	3			
Number of Active Medical Problems	Up to three medical problems	0	Behaviour Pattern	Appropriate	0
	Three to five medical problems	1		Wandering	1
	More than five medical problems	2		Agitated	1
				Confused	1
Number of Drugs	Fewer than three drugs	0		Other	1
	Three to five drugs	1	Mobility	Ambulatory	0
	More than five drugs	2		Ambulatory with mechanical assistance	1
		Ambulatory with human assistance		2	
Cognition	Oriented	0		Nonambulatory	3
	Disoriented to some spheres (person, place, self, time) some of the time	1	Sensory Deficits	None	0
	Disoriented to some spheres (person, place, self, time) all of the time	2		Visual or hearing deficits	1
	Disoriented to all spheres (person, place, self, time) and some of the time	3		Visual and hearing deficits	2
	Disoriented to all spheres (person, place, self, time) all of the time	4			
	Comatose	5			
Total Score: _____ Signature: _____ Date: _____					
SCORING INDEX			RECOMMENDED CONSULTS		
0-10	At risk for home care services		Physician Order NOT Required		Physician Order Required
11-19	At risk for discharge planning		☐ Social Work	☐ Wound Care	☐ Physio ☐ Dietitian
>20	At risk for placement other than home		☐ CCAC Case Mgr	☐ Pharmacist	☐ Speech
			☐ Geriatric CNS	☐ Respiratory T.	☐ Occupational Therapist
REQUIRED ACTIONS					
	Enter score into Meditech "Blaylock D/C Risk Screen". NOTE: An alert will be sent to CCAC Case Manager for all patients scoring 11+ who were not admitted from LTC				
	For consults not requiring a physician order, enter consult request into Meditech Order Entry and put "✓" on whiteboard				
	For consults requiring physician order, complete a green communication form to request physician order and put "A" on whiteboard				
Rev Oct 2011					
Blaylock A. & Cason C.L. 1992					

CCAC Case Manager Enter consult in Meditech	- If Blaylock Score is 11+ and patient not from LTC, enter a CCAC Alert into Meditech - Services and supports required to transition home - Long Term Care applications - Arrangements for home equipment and supplies
Geriatric Clinical Nurse Specialist (CNS) Enter consult in Meditech	- Comprehensive gerontology focused assessments and recommendations - Promotion of cognitive and physical functioning
Nurse	- Promotes health and the assessment of, the provision of, care for, and the treatment of, health conditions by supportive, preventive, therapeutic, palliative and rehabilitative means in order to attain or maintain optimal function for assigned patients. - Facilitates and supports processes that promote holistic approaches that assess the patient's medical, functional, cultural, emotional, and psycho-social needs from admission to discharge.
Occupational Therapist (OT) Request Order	- Mobility and activities of daily living (ADLs) independence including home safety, discharge readiness and home accessibility - Physical, cognitive and/or perceptual impairment - Wound care consultation re: therapeutic mattresses/surfaces - Hospital/home equipment needs (recommendation and provision for), including: wheelchairs, walkers, assistive devices - Energy conservation/work simplification education - Care planning/discharge planning consultation including post acute care referral
Physiotherapist (PT) Request Order	- Mobility/physical impairment including range of motion, strength, mobility/transfers, cardio-respiratory function - Care planning/discharge planning consultation including post acute care referral
Pharmacist Enter consult into Meditech	- General assessment/consultation regarding medications - Other consultations related to pain/PCA, self medication, teaching, TPN, allergies, medication reconciliation, Medication Administration Record (MAR), patient leave, dysphagia
Registered Dietitian (RD) Request Order	- Nutritional assessment, care planning, monitoring, education and counselling - Writes orders/recommendations for the therapeutic diets, supplements, Enteral/Parenteral nutrition, medications (i.e. insulin, phosphate binders, multivitamins etc) - Completes nutrition related application forms such as Ontario Disability Support Program (ODSP) Special Diet Application form and Ontario Drug Benefit (ODB)
Respiratory Therapist (RT) Request Order	- Respiratory function including inhaled pharmacotherapy, secretion management, dyspnea management - Home oxygen assessments from chronic (ABG) and palliative patient discharges - Titration of oxygen therapy/determination of appropriate resting and exertion oxygen requirements - Arranging Pulmonary function Testing (PFT), sleep studies, CPAP/BIPAP therapy - patient Education regarding Respiratory disease management - Assist with obtaining difficult oximetry
Social Worker (SW) Enter Consult into Meditech	- Psychological and emotional well being related to adjustment to changes in health status - Patient/family advocacy - Bio-Psychosocial assessment - Patient care and discharge planning consultation
Speech Language Pathologist (SLP) Request Order	- Communication impairment including expressive language, comprehension, speech, voice, reading and/or writing - Cognitive skills affecting communication such as memory, attention and reasoning skills - Dysphagia Team - swallowing impairment (together with Occupational Therapy, Dietician)

B. Évaluation des congés

Outil d'évaluation des congés pour les patients complexes : Du service des urgences vers les soins à domicile

Un sous-ensemble de personnes qui entrent à l'hôpital pour un épisode de soins actifs et qui nécessitent des mesures complexes avant de pouvoir recevoir leur congé présentent un risque de rester à l'hôpital plus longtemps et de requérir un autre niveau de soins. L'identification des patients qui présentent un risque permet de s'assurer que des discussions précoces entre les membres de l'équipe de soins, le CASC, les patients et leur famille auront lieu afin de veiller à ce que tout le monde travaille ensemble en vue de favoriser un retour à la maison avec les services de soutien appropriés dès que le patient ne nécessite plus de soins actifs.

Le processus d'identification de ces patients est désormais appuyé par l'utilisation de l'outil d'évaluation des congés des patients complexes élaboré à des fins d'utilisation dans le RLISS du Sud-Ouest. Cet outil a été élaboré en s'appuyant sur un examen complet de plusieurs outils d'évaluation actuellement utilisés à l'échelle de la province et qui servent à déterminer les clients pour lesquels des mesures complexes doivent être prises avant leur congé. Dans presque toutes les autres mises en œuvre du programme Chez soi avant tout dans la province, une certaine forme d'outil d'évaluation a été utilisée. Dans le RLISS du Sud-Ouest, l'outil est administré par le personnel de l'hôpital au moment de l'admission à l'hôpital et, si le résultat est positif, cela entraîne une recommandation électronique automatique pour une évaluation par un CASC. Une analyse approfondie de l'outil et une validation de l'exactitude des résultats ont été effectuées afin de garantir que l'outil identifie efficacement les clients ayant des besoins complexes¹³.



COMPLEX DISCHARGE SCREENING TOOL
Emergency Department

Is this client struggling at home and / or is in need of CCAC support

☐ No, patient does not foreseeably require CCAC support

☐ Yes, continue with the screening tool.

1. Inadequate supports or caregiver burnout/ fatigue? Yes ☐ No ☐

2. Difficulty walking/transferring with current supports or has had a/fall in the last month? Yes ☐ No ☐

3. Frequent visits to the ED or frequent admissions to Hospital? Yes ☐ No ☐

4. Patient is unable to complete basic daily tasks without assistance (ADL's)? Yes ☐ No ☐

5. Other concerns that could delay patient discharge once medically stable. (e.g. social, housing, or safety) Yes ☐ No ☐

COMMENTS: _____

Form Completed By (Please Print): _____

Date: _____ Time: _____

Please place form in the Orange basket on the Clerk's desk.
ED CM Pager# 13964

June 18, 2013

¹³ Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS). *Access to Care: Home First – Bilan de l'année 2012*. Consulté à l'adresse : http://www.ccac-ont.ca/Upload/sw/General/Home%20First/Home_First_Review_April2013.pdf

C. Modèles de sommaire de congé

C1. Modèle de sommaire de congé normalisé du RLISS du Centre-Toronto

Standardized Discharge Summary Template

Data Elements	Definitions/Explanations
Patient (Demographics)	
Patient name	
Patient Identifier (Medical Record Number)	MRN is the hospital Medical Record Number
Date of Birth (DOB)	
Gender	
Primary Care Provider	
Visit (Encounter)	
Admit date	
Discharge Date	
Discharge Diagnosis	
Most Responsible Health Care Provider name and contact information	The provider who is responsible for the care and treatment of the patient for the majority of the visit.
Completed by (If not completed by MRHCP)	
Date Completed	
Patient Encounter type	Default-Inpatient. (The Discharge Summary Template only applies to encounter type of Inpatient. Inpatient is defined as occupying a designated bed.)
Discharge Disposition	This identifies the location where the patient was discharged to. Eg Home, Home with Support Services, Transfer to Acute Care Institution (named) or Death.
Encounter Location/Org	
Hospital/Service Name	Hospital Name
Hospital/Service Type	Describes the basic type or category of the service delivery location. Eg, Acute Care or Rehab
Alert Indicators	
Allergies (Yes, None known)	If Yes, list all medication allergies and describe reaction.
Course While in Hospital	
Presenting Complaint(s)	
Summary of key results	
Investigations	
Interventions	
Advance directives	
Adverse Events and complications	An event that results in unintended harm to the patient and is related to the care and/or services provided to the patient rather than to the patient's underlying condition.
Diagnosis	
Other Conditions Impacting Hospital Stay	A condition that coexists at the time of admission or develops subsequently and requires treatment beyond the preexisting condition, or increases the length of stay by at least 24 hours or significantly affects the treatment received.
Other Conditions	
Discharge Plan	
All medications at discharge	This is for home medications to be continued, home medications, which have been discontinued, and newly prescribed medications.
Follow-up instructions for patient	Include follow up scheduled by current provider.
Follow-up Plan recommended to be implemented by the receiving provider	
Referrals	These are referrals that have been initiated by the sender.
Copied to with contact information:	

C2. Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, novembre 2011
État : Évaluation et essais sur le terrain requis

		Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	D/C	D/C +1	D/C +2	D/C +3	D/C +4	D/C +5	D/C +6	D/C +7	D/C +8	D/C +9	D/C +10	
		Admit															
Service provisions	1 Hospital																
	a Assess patient to see if they still require hospitalization [M&E]	✓	✓	✓	✓												
	2 Primary Care																
	a Identify &/or confirm patient has an active primary care physician (PCP) – alert care team if no PCP and/or contact Health Care Connect to begin PCP search [M&E]	✓															
	b Contact PCP and notify them of patient's admission, diagnosis and predicted discharge date	✓															
	c Book post-discharge primary care follow-up appointment within 7-14 days of discharge [M&E]: • Patient may need to be seen sooner based on risk of readmission (LACE) • Notify PCP pending diagnosis date • PCP can use supplemental billing code e080 if seeing patient following a hospital discharge					✓											
	3 Medication Safety																
	a Develop best possible medication history (BPMH) and reconcile this to admission's medication orders [M&E]	✓															
	b Teach patient how to properly use discharge medications and how these relate to medications they were on prior to admission	✓	✓	✓	✓	✓											
	c Reconcile discharge medication order/ prescription with BPMH and medications prescribed while in hospital [M&E]					✓											
	4 Follow-up																
	a Perform post-discharge follow-up phone call to patient. During call, ask: • Has patient received their new meds (if any)? • Has patient received home care? • Remind patient of upcoming appointments • If necessary, schedule patient and caregiver to come back to facility for education and training																(if needed) ↙
	b If necessary, arrange out-patient investigations (lab, radiology, etc.)					✓											
	c If necessary, book specialty clinic follow-up appointment					✓											
	5 CCAC																
	a CCAC shares information, where available, about patient's existing community services	✓	✓	✓	✓												
	b Engage CCAC (e.g., bullet rounds) [M&E]	✓	✓	✓	✓	✓											
	c If necessary, schedule post-discharge care	✓	✓	✓	✓	✓											
	6 Communication																
	a Provide patient, community pharmacy, PCP, and formal caregiver (family, LTCH, CCAC) with copy of Discharge Summary Plan/Note, Medication Reconciliation Form and contact information of attending hospital physician and inpatient unit [M&E]					✓											
7 Patient Education																	
a Patient performs Teach Back (see Patient Teaching for tips) to clinical team	✓	✓	✓	✓	✓												
b Explain to patient how new medications relate to diagnosis	✓	✓	✓														
d Thoroughly explain discharge summary to patient (use Teach Back if needed)					✓												
e Explain potential symptoms, what to expect while at home and under what circumstances patient should visit ED					✓												

Bibliographie

Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables. *Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables*, novembre 2011. Consulté à l'adresse :

http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf.

Canadian Association of Discharge Planning and Continuity of Care. *Guidelines and Standards for Discharge Planning Coordinators*, mai 1995.

Department of Veteran Affairs. *Discharge Planning: Resource Kit*, Australie, 2005. Consulté à l'adresse :

http://www.dva.gov.au/service_providers/dental_allied/discharge_planners/Documents/dprk.pdf.

Qualité des services de santé Ontario. meilleureAPPROCHE : pratique d'amélioration à l'égard des transitions en matière de soins, novembre 2012. Consulté à l'adresse :

<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/bp/bp-improve-pkg-transitions-interactive-fr.pdf>.

Association des hôpitaux de l'Ontario. *Achieving Patient Experience Excellence in Ontario: An Idea Book*, printemps 2013. Consulté à l'adresse :

<http://www.oha.com/CurrentIssues/keyinitiatives/Patient%20Experience/Documents/Final%20-%20Idea%20book.pdf>.

SILVERSIDES, Ann et Andreas Laupacis. *Health Links: Ontario's bid to provide more efficient and effective care for its sickest citizens*, Healthy Debate, 28 février 2013. Consulté à l'adresse :

<http://healthydebate.ca/2013/02/topic/innovation/the-ontario-health-links-initiative-what-is-it>.

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS). *Access to Care: Home First – Bilan de l'année 2012*. Consulté à l'adresse :

http://www.ccac-ont.ca/Upload/sw/General/Home%20First/Home_First_Review_April2013.pdf.

Hôpital St. Michael. *Backgrounder: Standardized Discharge Summary Template Development and TC LHIN Implementation*, (présentation PowerPoint [non publiée]), 2013.

