

Transitions entre l'hôpital et la maison

Au début de l'admission à l'hôpital : Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés

Publié en septembre 2016

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat et/ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi.

La **Figure 1** est un survol des **pratiques innovantes et des meilleures pratiques fondées sur des données probantes** qui sont conçues pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison.

L'utilisation de ces pratiques varie grandement dans la province. Les équipes sont incitées à prioriser la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes avant l'adoption des pratiques innovantes décrites dans le présent document. Lorsqu'on considère l'adoption d'innovations, les *pratiques recommandées* doivent être envisagées d'abord, et suivies des *pratiques prometteuses*, puis des *pratiques émergentes*.



Meilleures pratiques fondées sur les données probantes
 Pratiques innovantes

Figure 1 : Pratiques pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison

Description de cette pratique innovante

Lorsqu'un patient avec des besoins cliniques et sociaux complexes est admis à l'hôpital, les fournisseurs communautaires et les personnes soignantes doivent continuer de contribuer à la planification des besoins continus après le séjour à l'hôpital. Le plan de soins coordonnés doit être [mis en œuvre](#) ou [mis à jour](#) tout au long du séjour à l'hôpital. Tout indique que la planification des soins lors des transitions permet de réduire les réadmissions à l'hôpital. Comme indiqué dans les pratiques innovantes de [gestion coordonnée des soins](#), le [point de contact unique](#) existant, peu importe son secteur, doit collaborer au processus de planification à l'hôpital et après l'hospitalisation. Les hôpitaux peuvent faire appel aux fournisseurs communautaires à plusieurs moments pour la planification des soins partagés d'un patient, notamment les étapes suivantes du processus d'admission : lorsque le patient est à l'urgence, lors des réunions quotidiennes dans les unités de l'hôpital et lors des réunions de planification des congés.

Cette pratique innovante comprend les éléments suivants :

- Encourager le patient et la personne soignante à fournir le nom du fournisseur qu'ils considèrent comme le fournisseur principal de soins cliniques ou le point de contact unique pour les patients avec plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes.
- Communiquer avec le fournisseur principal de soins cliniques dès que possible au cours du processus de planification des soins. Si aucun fournisseur communautaire principal n'est indiqué, initier un contact avec le fournisseur communautaire principal selon les circonstances actuelles.

Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante ¹	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés.	ÉMERGENTE	Expansion provinciale avec une réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes ¹ dans un an (sept. 2017).

Mise en place d'une pratique innovante		
Étapes de mise en place	Outils et ressources	Considérations
<p>1. Identifier et engager le patient dès l'admission</p> <p>Connecter avec l'équipe de soins existante du maillon santé afin d'assurer la collaboration avec le point de contact unique ou créer un point de contact unique s'il s'agit d'une première connexion au maillon santé pour un patient. La planification avec le patient et pour celui-ci doit être effectuée dès que possible à l'admission et continuer tout au long de l'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques innovantes de gestion coordonnée des soins pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ « Les patients en tant que partenaires » http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-damélioration-de-la-qualité/Maillons-santé/Gestion-des-Soins-Coordonnés/Faire-lentrevue-et-lancer-le-plan-de-soins-coordonnés et ○ Mise à jour du plan de soins coordonnés http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-damélioration-de-la-qualité/Maillons-santé/Gestion-des-Soins-Coordonnés/Mettre-à-jour-ou-exécuter-le-plan-de-soins-coordonnés 	<ul style="list-style-type: none"> • Le partage électronique du plan de soins coordonnés aide à améliorer la communication entre les fournisseurs. Veuillez consulter l'outil de coordination des soins : http://healthcareathome.ca/centraleast/en/who/Documents/Health_Links/toolkit/CEHealthLinks-Toolkit-V2.pdf

¹ Pour obtenir de plus amples renseignements sur les évaluations du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes, veuillez utiliser le lien suivant : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/innovative-practices-evaluation-framework-overview-fr.pdf>

Mise en place d'une pratique innovante

Étapes de mise en place	Outils et ressources	Considérations
<p>2. S'appuyer sur les processus existants L'activité de mise à jour du plan de soins coordonnés doit s'appuyer sur les processus communautaires et hospitaliers existants (p. ex., réunions d'unités, rondes) et doit être faite de personne à personne (en personne, vidéoconférence ou au téléphone).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse d'outils de maillon santé de RLISS Centre-Est : http://healthcareathome.ca/centraleast/en/who/Documents/Health_Links/toolkit/CEHealthLinks-Toolkit-V2.pdf <p><u>Exemples sur le terrain</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RLISS du Centre-Toronto : Le Maillon santé North East Toronto collabore avec le Sunnybrook Health Sciences Center pour engager les patients complexes et les fournisseurs de soins primaires dans la planification des soins coordonnés au service des urgences. • RLISS North Simcoe Muskoka : À l'Hôpital Collingwood General Marine (CGMH), les patients sont indiqués comme étant des patients de maillons santé au moment de leur admission. L'hôpital assure la liaison avec le Maillon santé South Georgian Bay afin de collaborer sur les patients des maillons santé actuels et potentiels. Le navigateur de maillon santé collabore avec l'hôpital et contribue à l'élaboration du plan des soins coordonnés, faisant appel aux ressources collaboratives du cercle de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cette innovation doit être mise en œuvre de concert avec les Pratiques innovantes de gestion coordonnée des soins : http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-d'amélioration-de-la-qualité/Maillons-santé/Gestion-des-Soins-Coordonnés

Mesures

Des **mesures d'amélioration de la qualité** sont utilisées pour aider à surveiller le progrès de l'intégration d'un changement et déterminer si le changement mène à des améliorations. Tout comme un fournisseur de soins de santé qui surveille la fréquence cardiaque ou la tension artérielle pour vérifier la réaction d'un patient à un traitement, recueillir l'information liée aux processus pour l'amélioration de la prestation des soins permet à l'équipe de vérifier si elle maintient le cap vers un environnement de soins plus fiable. *Pour obtenir plus d'information sur l'amélioration et la mesure de la qualité, veuillez visiter <http://qualitycompass.hqontario.ca/>.*

Les mesures suivantes ont été créées pour aider à déterminer : 1) Si des pratiques innovantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison sont **mises en place**; et 2) les répercussions de ces pratiques sur les **processus** des maillons santé et les **résultats** constatés avec les soins des patients, la population ou les systèmes.

Les maillons santé, les organisations ou les fournisseurs choisissant de mettre en place une ou plusieurs pratiques innovantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison sont **fortement encouragées à recueillir les données sur les mesures connexes et à les transmettre à Qualité des services de santé Ontario**. Cela permettra d'améliorer l'analyse au prochain examen (sept. 2017) et sera bénéfique pour tous les maillons santé.

Mesures suggérées

(veuillez consulter l'Annexe A pour obtenir plus de détails)

Mesures menant aux résultats désirés	Mesures suggérées pour les processus	Information supplémentaire
1. Nombre de plans de soins coordonnés élaborés ou mis à jour au moins une fois avec le patient lors de l'admission à l'hôpital	2. Pourcentage des points de contact uniques (identifiés avant l'hospitalisation) ayant collaboré aux mises à jour du plan de soins coordonnés pendant que le patient est à l'hôpital 3. Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes participant à l'élaboration et/ou à la mise à jour de leur plan de soins coordonnés pendant leur hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois.• Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront disponibles si les maillons santé décident de les utiliser.• Tous les patients recevant des soins par l'entremise du maillon santé sont inclus dans l'échantillon.• Envisager de superposer les mesures dans une optique d'égalité.

Références

1. Auerbach AD, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP, Schnipper JL. Preventability and Causes of Readmissions in a National Cohort of General Medicine Patients. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):484-493.
2. Lawrence K. President's Message: Family Medicine Hospital Care. *Can Fam Physician.* 2014 Sept;60:857.
3. Naylor MD, Hirschman KB, O'Connor M, Barg R, Pauly MV. Engaging Older Adults in their Transitional Care: What More Needs to be Done? *J Comp Eff Res.* 2013 Sept;2(5):1-12.
4. Ulin K, Olsson L-E, Wolf A. Person-Centred Care: An Approach That Improves the Discharge Process. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016 Apr;15(3):e19-26. [pub. en ligne, 3 fév. 2015]

Transitions entre l'hôpital et la maison

Annexe A :

Spécifications des mesures de collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés

Publié en septembre 2016

1. Nombre de plans de soins coordonnés élaborés ou mis à jour au moins une fois avec le patient lors de l'admission à l'hôpital

Étape du séjour à l'hôpital	Au début de l'admission à l'hôpital
Pratique innovante	Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés
Type de mesure	Mesure du résultat
Définition/description	<p>Cette pratique innovante comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le patient et la personne soignante à fournir le nom du fournisseur qu'ils considèrent comme le fournisseur principal de soins cliniques ou le point de contact unique pour les patients avec plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes. • Communiquer avec le fournisseur principal de soins cliniques dès que possible au cours du processus de planification des soins. Si aucun fournisseur communautaire principal n'est indiqué, initier un contact avec le fournisseur communautaire principal selon les circonstances actuelles. <p>Dimensions : efficace, efficient, axé sur les patients</p> <p>Direction de l'amélioration : ↑</p>
Spécifications supplémentaires	<p><u>Méthode de calcul</u> : compte unique de patients</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : patients avec plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes ayant des plans de soins coordonnés existants ou ayant besoin d'un nouveau plan de soins coordonnés</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : patients satisfaisant aux critères, mais qui n'ont pas accès au maillon santé, car ils ont quitté la zone desservie du maillon santé, sont morts ou ont été transférés dans une autre installation ou ont quitté l'établissement</p>
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois. Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront disponibles si les maillons santé décident de les utiliser.
Source de données	Collecte manuelle des données par la participation des fournisseurs de soins primaires, de l'hôpital et de soins communautaires du maillon santé.
Commentaires	Les mesures des résultats sélectionnées aideront à évaluer les répercussions des efforts pour introduire les pratiques innovantes dans les transitions entre l'hôpital et la maison.

2. Pourcentage des points de contact uniques (identifiés avant l'hospitalisation) ayant collaboré aux mises à jour du plan de soins coordonnés pendant que le patient est à l'hôpital

Étape du séjour à l'hôpital	Au début de l'admission à l'hôpital
Pratique innovante	Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés
Type de mesure	Mesure du processus
Définition/description	<p>Cette pratique innovante comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le patient et la personne soignante à fournir le nom du fournisseur qu'ils considèrent comme le fournisseur principal de soins cliniques ou le point de contact unique pour les patients avec plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes. • Communiquer avec le fournisseur principal de soins cliniques dès que possible au cours du processus de planification des soins. Si aucun fournisseur communautaire principal n'est indiqué, initier un contact avec le fournisseur communautaire principal selon les circonstances actuelles. <p>Dimensions : efficace, efficient, axé sur les patients</p> <p>Direction de l'amélioration : ↑</p>
Spécifications supplémentaires	<p><u>Méthode de calcul</u> : Numérateur/dénominateur*100</p> <p><u>Numérateur</u> : nombre de points de contact uniques ayant collaboré avec l'équipe de soins de l'hôpital lors des mises à jour à l'hôpital du plan de soins coordonnés</p> <p><u>Dénominateur</u> : pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes nécessitant des mises à jour de leur plan de soins coordonnés pendant leur hospitalisation</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : patients qui n'avaient pas de plan de soins coordonnés existant ou de point de contact unique avant leur admission à l'hôpital</p>
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois. Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront disponibles si les maillons santé décident de les utiliser.
Source de données	Collecte manuelle des données par la participation des fournisseurs de soins primaires, de l'hôpital et de soins communautaires du maillon santé.
Commentaires	<p>Les mesures de processus sélectionnées sont conçues pour aider les maillons santé à faire appel à la science de l'amélioration de la qualité et à la science de l'intégration à mesure que ces pratiques sont intégrées. Les mesures de processus sont utilisées pour évaluer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le progrès des composants de l'intégration, tels que la portée (la fréquence d'utilisation de la pratique); 2. L'adhésion (fidélité) aux spécifications des étapes qui doivent être suivies pour qu'un programme ou une pratique soit mis en œuvre; 3. La durabilité du processus, tel que conçu, pour qu'il soit conservé lorsque l'attention initiale s'est atténuée.

3. Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes participant à l'élaboration ou à la mise à jour de leur plan de soins coordonnés pendant leur hospitalisation

Étape du séjour à l'hôpital	Au début de l'admission à l'hôpital
Pratique innovante	Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés
Type de mesure	Mesure du processus
Définition/description	<p>Cette pratique innovante comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le patient et la personne soignante à fournir le nom du fournisseur qu'ils considèrent comme le fournisseur principal de soins cliniques ou le point de contact unique pour les patients avec plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes. • Communiquer avec le fournisseur principal de soins cliniques dès que possible au cours du processus de planification des soins. Si aucun fournisseur communautaire principal n'est indiqué, initier un contact avec le fournisseur communautaire principal selon les circonstances actuelles. <p>Dimensions : efficace, efficient, axé sur les patients</p> <p>Direction de l'amélioration : ↑</p>
Spécifications supplémentaires	<p><u>Méthode de calcul</u> : Numérateur/dénominateur*100</p> <p><u>Numérateur</u> : nombre de patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui sont « D'accord » ou « Fortement en accord » avec l'énoncé : « <i>J'ai participé à l'élaboration et/ou à la mise à jour de mon plan de soins coordonnés</i> »</p> <p><u>Dénominateur</u> : nombre de patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ont été consultés</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : patients satisfaisant aux critères mais qui n'ont pas accès au maillon santé, car ils ont quitté la zone desservie du maillon santé, sont morts ou ont été transférés dans une autre installation ou ont quitté l'établissement</p>
Période de rapport	Recommander que le maillon santé effectue un cycle de vérification hebdomadaire ou mensuel. Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront disponibles si les maillons santé décident de les utiliser.
Source de données	Collecte manuelle des données par la participation des fournisseurs de soins primaires, de l'hôpital et de soins communautaires du maillon santé.
Commentaires	<p>Les mesures de processus sélectionnées sont conçues pour aider les maillons santé à faire appel à la science de l'amélioration de la qualité et à la science de l'intégration à mesure que ces pratiques sont intégrées. Les mesures de processus sont utilisées pour évaluer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le progrès des composants de l'intégration, tels que la portée (la fréquence d'utilisation de la pratique); 2. L'adhésion (fidélité) aux spécifications des étapes qui doivent être suivies pour qu'un programme ou une pratique soit mis en œuvre; 3. La durabilité du processus, tel que conçu, pour qu'il soit conservé lorsque l'attention initiale s'est atténuée.