Qualité des services de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

Ontario
Qualité des services de santé Ontario

Gestion des soins coordonnés pour les patients présentant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances – partie 2

Contribue à rehausser l'accès, l'intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.

Publié en juillet 2017

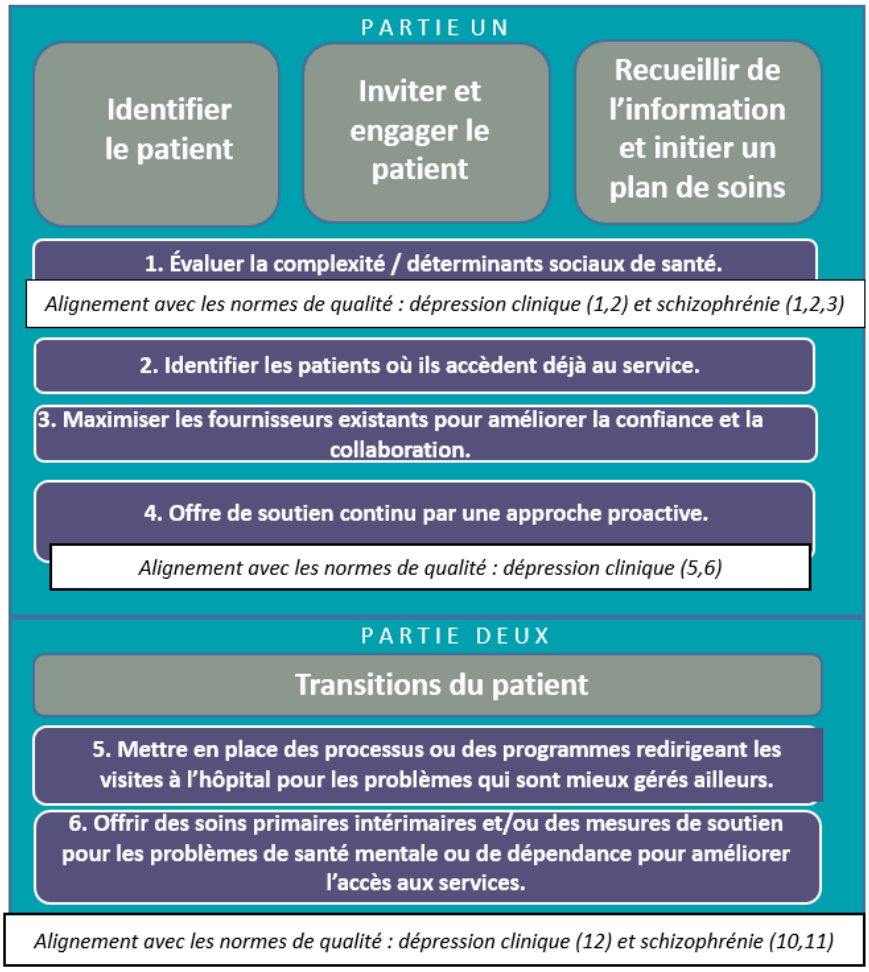
Il a été établi que la gestion des soins coordonnés est une approche efficace pour l'amélioration de la qualité des soins des patients ayant des besoins complexes en matière de santé et de bien-être. En 2016, Qualité des services de santé Ontario a collaboré avec les maillons santé provinciaux pour créer une série de pratiques innovantes (selon les meilleures données probantes et données d'amélioration de la qualité offertes) pour améliorer la qualité de la gestion des soins coordonnés pour les Ontariens ayant des besoins complexes en matière de santé et de bien-être. Les patients, les familles, les fournisseurs de soins et les planificateurs de système ont établi des considérations spéciales pour la gestion des soins coordonnés pouvant être utilisées avec les individus présentant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances. Ces considérations s'appliquent plus précisément aux thèmes de a) l'équité en santé et des déterminants sociaux en santé, b) des partenariats uniques avec les services sociaux et communautaires et c) de la confiance et des relations.

En collaboration avec les maillons santé, Qualité des services de santé Ontario a effectué un balayage environnemental des pratiques innovantes actuelles mises à l'essai sur le terrain, un examen des meilleures données probantes et données d'amélioration de la qualité offertes, ainsi que l'identification d'une série de pratiques innovantes visant à améliorer la qualité des soins liée à la gestion des soins coordonnés pour les patients présentant des besoins complexes, y compris les problèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les pratiques innovantes en découlant et les éléments d'appui connexes pour la mise en œuvre sont présentés en deux parties. La partie 1 mettra l'accent sur les pratiques innovantes liées aux étapes *Identifier le patient*, *Inviter et engager le patient* et *Rassembler l'information et lancer le plan de soins* du processus de gestion des soins coordonnés. La partie 2 mettra l'accent sur les pratiques liées à l'étape *Transition du patient*.

Les pratiques innovantes sont conçues pour compléter les normes de qualité. Selon les meilleures données probantes, les normes de qualité mettent l'accent sur les affections et les autres problèmes de santé où l'on constate des variations indésirables importantes dans la prestation des soins ou des écarts entre les soins offerts et les soins que les patients devraient recevoir (de plus amples renseignements sont offerts au www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Normes-de-qualité). Lorsque l'on constate un alignement entre une pratique innovante et un énoncé de qualité spécifique provenant d'une norme de qualité connexe, on recommande que la mise en œuvre de l'énoncé de qualité précède la mise en œuvre des pratiques innovantes.

La Figure 1 est un résumé des pratiques innovantes conçues pour améliorer la gestion des soins coordonnés pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les parties 1 et 2 sont incluses et les énoncés de qualité connexes sont présentés dans ce document visuel.

Figure 1 : Pratiques pour améliorer la gestion des soins coordonnés pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances



Les nombres entre parenthèses indiquent les énoncés de qualité connexes dans la norme de qualité.

Contexte

Après une visite à l'urgence ou une admission à l'hôpital, les patients présentant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances ont moins tendance à recevoir des soins de suivi appropriés des fournisseurs de soins primaires dans la communauté.[1] Des soins de suivi appropriés, ainsi qu'une intégration soutenue aux soins primaires (et psychiatriques), peuvent assurer aux patients un soutien pour sa santé et son bien-être et réduire la probabilité d'une admission à l'hôpital pour prendre en charge ses soins.[1]

[1] Qualité des services de santé Ontario. À la hauteur 2016 : Un rapport annuel sur la performance du système de santé de l'Ontario [Internet]. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016 [citation du 15 mai 2017]. Disponible au : http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2016-fr.pdf.

Description de cette pratique innovante

Cette pratique implique le soutien à des transitions efficaces de l'hôpital à la maison, y compris des communications efficaces et une transition vers les fournisseurs de soins primaires. Elle peut aussi inclure la prestation d'un soutien de soins primaires intérimaires vers la communauté, durant la période de transition, afin de combler l'écart de soins des patients non présentement liés à des soins primaires.

Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante[2]	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Contribue à rehausser l'accès, l'intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.	ÉMERGENTE	Expansion provinciale avec une réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes[2] dans un (1) an (juillet 2018).

Mise en place d'une pratique innovante		
ÉTAPES DE MISE EN PLACE	**OUTILS ET RESSOURCES**	**CONSIDÉRATIONS**
Pour la planification des maillons de santé : 1. Explorer les occasions pour les patients d'avoir accès aux soins primaires, dès l'apparition des besoins. Développer de nouveaux partenariats tels que requis. 2. Créer des processus et des pratiques qui soutiennent l'accès aux soins primaires (intérimaires ou soutenus, selon les disponibilités). Lorsqu'un processus ou une pratique efficace est mis en place, en informer les fournisseurs et les patients. **Pour les cliniques :** 1. Aider les patients à entrer sans tarder en contact avec (ou comprendre comment entrer en contact avec) les soins primaires pour les conditions futures dans le parcours du patient, afin de réduire les visites potentiellement évitables à l'hôpital, dans l'ensemble.	**Trousse d'outils de planification des soins coordonnés de Hamilton, Niagara, Haldimand et Brant :** http://www.hnhblhin.on.ca/forhsps/HealthLinkResources/CoordinatedCarePlanningToolkit.aspx?sc_Lang=fr-CA Remarque : Cette trousse d'outils fournit des modèles de lettres pour les médecins, les codes de facturation, etc.	**Pour les cliniques :** Les fournisseurs peuvent offrir de l'éducation, de l'information et du soutien aux patients prenant des décisions concernant leurs soins. Cependant, la décision d'être ou pas formellement en contact ou sur la liste d'un fournisseur ou d'une équipe de soins primaires dépend en bout de compte **du patient** ou du subrogé. Les patients devraient continuer de

[2] Pour obtenir de plus amples renseignements sur les évaluations du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes, veuillez visiter : 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**
2. Si la consultation du patient a lieu à l'hôpital, s'assurer des communications avec le fournisseur de soins primaires au point d'entrée et de sortie, ainsi qu'aux autres points du processus d'admission du patient, tel qu'indiqué. Si le patient n'a pas de fournisseur de soins primaires, collaborer avec lui pour explorer les options en vue de développer des contacts. 3. Inclure des fournisseurs de soins primaires dans le processus de planification du congé de l'hôpital, et favoriser le flux approprié de l'information pour réduire le potentiel d'écart dans les services lors du retour à la maison et dans la communauté. 4. Documenter les ententes dans le plan de soins coordonnés, tel que requis, et s'assurer que le fournisseur de soins primaires possède une copie de ce plan.	**Trousse d'outils des maillons santé du Centre-Est - Planification des soins coordonnés :** http://healthcareathome.ca/centraleast/en/who/Documents/Health_Links/toolkit/CEHealthLinks-Toolkit-V2.pdf L'annexe A fournit d'autres outils et ressources.	se croire en mesure de prendre des décisions et d'obtenir du soutien lors de la prise de décision concernant leurs soins de santé.

Aplanir les transitions : harmoniser les pratiques innovantes et les normes de qualité

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés faciles à comprendre et fondés sur les meilleures données probantes. Elles offrent des pratiques pouvant aider les partenaires avec la gestion des soins coordonnés. Des renseignements supplémentaires sur cette norme de qualité sont offerts au : http://www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Normes-de-qualité.

Cette pratique innovante s'aligne avec les normes de qualité suivantes :

- **Norme de qualité pour la dépression clinique :** Traiter les adultes et les adolescents, ce qui comprend des énoncés de qualité s'appliquant au traitement des adultes et des adolescents qu'on croit être atteints de dépression majeure, dans tous les milieux de soins, à l'exception des femmes souffrant de dépression postpartum et des jeunes enfants.
- **Norme de qualité pour la schizophrénie :** Traiter les adultes dans les hôpitaux, ce qui comprend les soins pour les personnes de plus de 18 ans recevant des soins dans un service des urgences ou admises à l'hôpital. Elle offre également de l'orientation pour les soins offerts lorsqu'une personne est en transition, notamment, au moment de son congé d'hôpital.

Norme de qualité pour la dépression clinique : Traiter les adultes et les adolescents
http://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/D%C3%A9pression-clinique

- **Énoncé de qualité 12 — Transitions de soins :** Les transitions entre les fournisseurs de soins peuvent accroître le risque d'erreur ou de mauvaise communication concernant les soins d'une personne. Il est important que les personnes souffrant de dépression majeure, et transférées d'un fournisseur de soins à un autre, aient un plan de soins qui est partagé avec eux et entre leurs fournisseurs. Une communication optimale et une coordination du traitement avec les autres professionnels de la santé diminuent le risque de

rechute et peuvent réduire les effets secondaires. Si la personne est transférée à un nouveau fournisseur, il est important de s'assurer que ce nouveau fournisseur accepte ce patient, avant de le transférer. Un rendez-vous de suivi après l'hospitalisation aide à soutenir la transition dans la communauté. Il peut permettre l'identification de problèmes liés aux médicaments; il vise aussi à maintenir la stabilité clinique et fonctionnelle et à prévenir la réadmission à l'hôpital. Il est tout particulièrement important que les personnes souffrant de dépression majeure et admises à l'hôpital avec un risque élevé de suicide soient suivies dès leur congé de l'hôpital. Si le consentement de la personne est obtenu, sa famille ou ses aidantes et aidants devraient être informés du risque potentiel de suicide.

Norme de qualité pour la schizophrénie : Traiter les adultes dans les hôpitaux
http://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Schizophr%C3%A9nie

- **Énoncé de qualité 10 — Rendez-vous de suivi après le congé :** Un rendez-vous de suivi après l'hospitalisation aide à soutenir la transition de la personne dans la communauté. Il peut permettre l'identification de problèmes liés aux médicaments; il vise aussi à maintenir la stabilité clinique et fonctionnelle et à prévenir la réadmission à l'hôpital.
- **Énoncé de qualité 11 — Transitions de soins :** Les transitions de l'hôpital sont des événements importants qui peuvent introduire un risque de rupture dans les soins d'une personne, ainsi que la perte d'informations essentielles ou leur mauvaise transmission. Il est important que les personnes souffrant de schizophrénie et recevant leur congé de l'hôpital aient un plan de soins partagé entre leurs fournisseurs à l'hôpital et ceux dans la communauté.

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 ledit 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/portal/getting-started.*

Les mesures suivantes ont été créées pour aider à déterminer si les pratiques innovantes liées à la gestion des soins coordonnés **sont mises en œuvre** pour les patients présentant des problèmes complexes de santé mentale et de lutte contre les dépendances; les répercussions de ces pratiques sur les **processus** des maillons santé et les **résultats** des soins pour le patient, la population ou les systèmes.

Les maillons santé, les organisations et les fournisseurs choisissant de mettre en place une ou plusieurs pratiques innovantes de gestion des soins coordonnés sont **fortement encouragés 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 et sera bénéfique pour tous les maillons santé.

Mesures suggérées ***(veuillez consulter l'Annexe B pour obtenir plus de détails)***	
MESURE DU RÉSULTAT :	**MESURES DES PROCESSUS**
Taux de réadmission à l'hôpital pour un problème de maladie mentale ou de lutte contre les dépendances.	Nombre de patients de maillons santé avec un plan de soins coordonnés créé par les maillons santé lors du trimestre précédent.* Nombre de patients de maillon santé ayant soit un fournisseur de soins primaires en dossier avec les hôpitaux ou les centres d'accès aux soins communautaires (CASC); qui ont accès à des soins primaires sous forme de rendez-vous, de cliniques en soirée, de visites à domicile, etc. ou qui ont un accès régulier et approprié à un fournisseur de soins primaires.* Pourcentage de patients ayant consulté un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, pour un problème de maladie mentale ou de lutte contre les dépendances.

**Cette mesure suggérée est la même que les mesures actuellement requises et rapportées chaque trimestre sur la plateforme QI RAP par les maillons santé.*

Annexe A : Exemples de cette pratique innovante sur le terrain

Contribue à rehausser l'accès, l’intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.

Publié en juillet 2017

La présente annexe contient des exemples sur les façons dont les maillons santé, les organisations partenaires et les fournisseurs ont mis en place la présente pratique innovante. Veuillez noter que cette ressource est conçue pour appuyer (et non remplacer) la prise de décisions opérationnelles et cliniques dans les maillons santé. Chaque maillon santé peut choisir de s'inspirer des exemples ou de les utiliser pour orienter la conception des autres approches de mise en œuvre, selon les besoins.

Ces exemples ont été identifiés à l'aide de consultations à grande échelle avec les RLISS, les maillons santé et les spécialistes en amélioration de la qualité appuyant les différentes régions des RLISS. De plus, les pratiques innovantes ont été établies à l'aide d'analyses des plans d'amélioration de la qualité, des travaux des projets du Programme pour l’excellence à travers tous les secteurs (IDÉES), l'initiative Excellence par l’amélioration de la qualité (E-QIP) et les soumissions de résumés de Transformation Qualité de la santé.

Comment les autres ont mis en œuvre cette pratique?

Veuillez noter que la mise en œuvre de ces pratiques innovantes est présentée en ordre alphabétique, selon le nom du premier RLISS indiqué.

RLISS du Nord-Ouest
Maillon santé de la ville de Thunder Bay

Le maillon santé de la ville de Thunder Bay a développé des liens avec la Enhanced Care Team Clinic (ECTC), une clinique de soins primaires qui aide à soutenir un accès amélioré dans ce domaine. Cette clinique assure un soutien aux patients souffrant de multiples conditions chroniques, de problèmes sous-jacents de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ou de problèmes relatifs à des déterminants sociaux en santé, et qui visitent fréquemment l’hôpital Thunder Bay Regional Health Sciences Centre pour recevoir des soins. Les patients sont admissibles à accéder à cette clinique, même s’ils ont un fournisseur de soins primaires ailleurs. Les patients sont médicalement stabilisés, ce qui aide à diminuer les visites inutiles à l’hôpital, avant leur transition vers un fournisseur de soins primaires approprié.

RLISS du Sud-Est
Maillon santé rural de Hastings

À l’intérieur du RLISS du Sud-Est, le maillon rural de Hastings a préparé des cartes de processus qui illustrent comment des patients complexes et non liés profitant de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (AMHS) peuvent aussi accéder aux soins primaires, et comment référer des patients intégrés aux soins primaires à AMHS.

RLISS du Centre-Toronto
Maillon santé de Toronto Centre-Ouest

Le maillon santé de Toronto Centre-Ouest a mis en place le projet RED (patients référés par l'urgence). Ce projet constitue un partenariat entre l'hôpital Toronto Western, l'hôpital Toronto General, l'Access Alliance Community Health Centre, le Queen West Community Health Centre, l'EdgeWest Youth Clinic, ainsi que la Taddle Creek Family Health Team. Le projet vise à instaurer une façon d'établir et de confirmer le premier rendez-vous d'un patient en soins primaires avec un centre de santé communautaire ou une équipe en santé familiale approprié, afin de favoriser de meilleurs soins à long terme et réduire les visites subséquentes à l'urgence.

RLISS de Waterloo Wellington

Le RLISS de Waterloo Wellington collabore activement avec des intervenants principaux, en vue de favoriser l'intégration des soins primaires aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances. L'approche des maillons santé pour la prise en charge coordonnée des soins aux patients ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances est incluse dans les considérations de planification et de mise en œuvre de ces efforts d'intégration.

Maillon santé de Guelph

À l'intérieur du RLISS de Waterloo Wellington, le maillon santé de Guelph a collaboré à mettre en place un coordonnateur de soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), afin d'appuyer les patients ayant des problèmes modérés à graves de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances, avec prise en charge coordonnée des soins. De plus, des processus permettant au coordonnateur de soutien de mettre des patients sans accès aux soins primaires en contact avec le centre de soins communautaires ont été instaurés comme mécanisme permettant d'améliorer l'accès continu des patients sans liens aux soins primaires.

Annexe B : Spécifications des mesures

Contribue à rehausser l'accès, l’intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.

Publié en juillet 2017

1. Taux de réadmission à l’hôpital pour un problème de maladie mentale ou de lutte contre les dépendances.

Pratique innovante	Contribue à rehausser l'accès, l’intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.
Type de mesure	Mesure du résultat Dimension : Efficace Direction de l'amélioration : Réduire (diminuer)
Définition/description	Le taux de congés psychiatriques (problèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances) qui sont suivis par une autre admission en santé mentale et en lutte contre les dépendances dans les 30 jours.
Spécifications supplémentaires	Le taux de réadmission est calculé comme étant le nombre de patients réadmis dans les 30 jours suivant leur congé de l’institution, divisé par le nombre de patients ayant reçu leur congé durant la période de l’étude. **Numérateur :** Nombre de personnes ayant des réadmissions en santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances dans les (≤) 30 jours suivant le congé incidentel* de l’hôpital dans la période de rapport. **Dénominateur :** Nombre total de congés incidentels* de l’hôpital pour des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances dans la période de rapport.
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois.
Source de données	Collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, l'hôpital et les soins communautaires participants du maillon santé.
Commentaires	Les mesures des résultats sélectionnées aideront à évaluer les efforts pour introduire les pratiques innovantes à la gestion des soins coordonnés.

**Le premier événement sur une année civile, sans égard aux événements antérieurs.*

2. Nombre de patients de maillons santé avec un plan de soins coordonnés créés par les maillons santé lors du trimestre précédent.**

Pratique innovante	Contribue à rehausser l'accès, l'intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.
Type de mesure	Mesure de processus Dimension : Efficace Direction de l'amélioration : Augmenter (plus élevé)
Définition/description	Nombre de patients de maillons santé avec un plan de soins coordonnés créés par le maillon santé au cours du dernier trimestre avec le patient/aidant naturel et deux ou plusieurs professionnels des soins de la santé, comprenant un plan pour un ou plusieurs problèmes de santé.
Spécifications supplémentaires	Entrez le nombre de patients pour lesquels des plans de soins coordonnés ont été préparés (c.-à-d. complétés) au cours de la période de rapport de trois mois (nouvelle valeur réelle nette). Le plan doit porter sur au moins un problème de santé (les problèmes de santé peuvent être de nature physique, mentale, sociale ou spirituelle). À la section des annotations, inclure toute information pouvant influencer le nombre de patients avec un plan de soins coordonnés.
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données QI RAP chaque trimestre.
Source de données	Collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, l'hôpital et les soins communautaires participants du maillon santé.
Commentaires	Les mesures de processus sont utilisées pour évaluer : 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.

***Cette mesure suggérée est la même que les mesures actuellement requises et rapportées chaque trimestre sur la plateforme QI RAP par les maillons santé.*

3. Nombre de patients de maillon santé ayant soit un fournisseur de soins primaires en dossier avec les hôpitaux ou les centres d'accès aux soins communautaires (CASC); qui ont accès à des soins primaires sous forme de rendez-vous, de cliniques en soirée, de visites à domicile, etc. ou qui ont un accès régulier et approprié à un fournisseur de soins primaires.

Pratique innovante	Contribue à rehausser l'accès, l'intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.
Type de mesure	Mesure de processus Dimension : Efficace

	Direction de l'amélioration : Augmenter (plus élevé)
Définition/description	Nombre de patients de maillon santé ayant soit un fournisseur de soins primaires en dossier avec les hôpitaux ou les centres d'accès aux soins communautaires (CASC); qui ont accès à des soins primaires sous forme de rendez-vous, de cliniques en soirée, de visites à domicile, etc. ou qui ont un accès régulier et approprié à un fournisseur de soins primaires.
Spécifications supplémentaires	Entrez le nombre de patients de maillons santé ayant un fournisseur de soins primaires en dossier ou ayant accès à un fournisseur de soins primaires pour le trimestre rapporté dans le champ qui reflète le mieux l'expérience du patient (voir ci-dessous). **Champs** A : Pour le trimestre rapporté, combien de patients avec le maillon santé ont un fournisseur de soins primaires en dossier avec les hôpitaux ou le CASC? B : Pour le trimestre rapporté, combien de patients avec le maillon santé ont un fournisseur de soins primaires sous forme de rendez-vous, de cliniques en soirée, de visites à domicile? C : Pour le trimestre rapporté, combien de patients avec le maillon santé bénéficient d'un accès régulier et opportun à un fournisseur de soins primaires (RÉEL)?
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données dans QI RAP sur une base trimestrielle.
Source de données	Collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, l'hôpital et les soins communautaires participants du maillon santé.
Commentaires	Les mesures de processus sont utilisées pour évaluer : 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.

***Cette mesure suggérée est la même que les mesures actuellement requises et rapportées chaque trimestre sur la plateforme QI RAP par les maillons santé.*

4. Pourcentage de patients ayant consulté un médecin de famille ou un psychiatre dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, pour un problème de maladie mentale ou de lutte contre les dépendances.

Pratique innovante	Contribue à rehausser l'accès, l'intégration ou les transitions vers les fournisseurs de soins primaires dans la communauté.
Type de mesure	Mesure de processus Dimension : Efficace, opportun Direction de l'amélioration : Augmenter (plus élevé)

Définition/description	Cet indicateur mesure le pourcentage de congés psychiatriques ayant fait l'objet d'une visite de suivi avec soit un médecin de soins primaires ou un psychiatre, dans les sept jours suivant le congé de l'institution.
Spécifications supplémentaires	**Numérateur :** Le nombre de patients qui, dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, ont reçu la visite d'au moins un psychiatre ou un médecin de soins primaires. **Dénominateur :** Nombre de congés de soins aigus, pour des épisodes de soins lors desquels une condition de santé mentale ou de lutte contre les dépendances est diagnostiquée et codée comme étant le diagnostic principalement responsable de cette première hospitalisation pour l'épisode survenu lors de chaque exercice. Cet indicateur est calculé comme étant le numérateur, divisé par le dénominateur, multiplié par 100.
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois.
Source de données	Collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, l'hôpital et les soins communautaires participants du maillon santé.
Commentaires	Les mesures de processus sont utilisées pour évaluer : 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.