

# Transitions entre l'hôpital et la maison

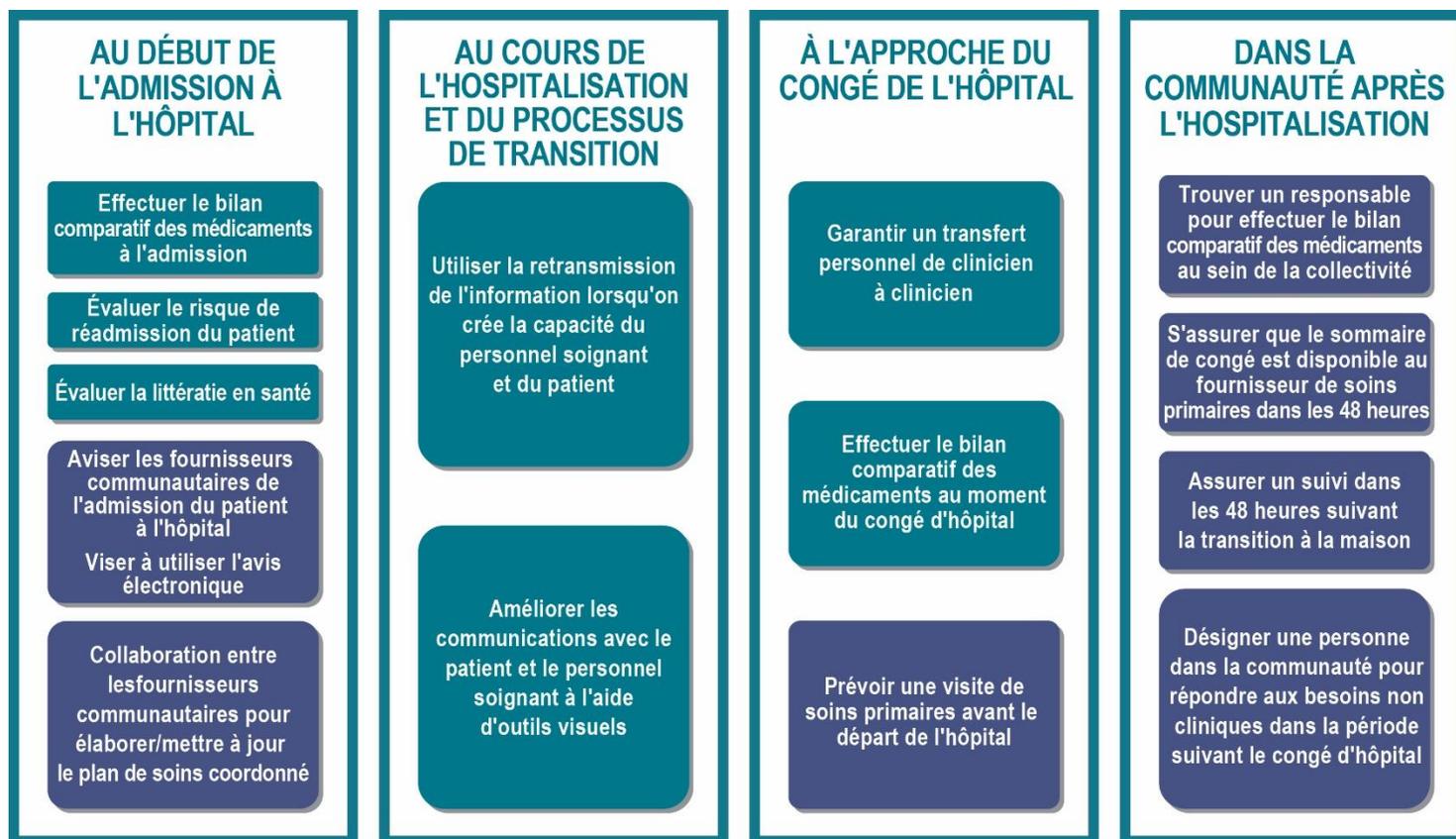
## Au début de l'admission à l'hôpital : Évaluer le risque de réadmission du patient

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, spécialistes, 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.



 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 meilleure pratique fondée sur les données probantes

Les patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes doivent être évalués pour leur risque de réadmission à l'aide d'un outil d'évaluation du risque fondé sur les données probantes dès que possible au moment de l'admission à l'hôpital afin de résoudre les problèmes avant la transition ou de prévoir les éléments de soutien requis après la transition. La section suivante présente les outils de dépistage existants pouvant être utilisés pour cette évaluation.

### Outils et ressources

Dans le cadre d'un balayage environnemental et d'un examen de la documentation, les outils suivants ont été réputés hautement efficaces et courants pour évaluer le risque de réadmission du patient. La décision de mettre en place ou d'administrer un de ces outils doit être prise de concert avec toute autre information pertinente sur le plan du contexte local.

Évaluer le risque de réadmission du patient		
Nom de l'outil	Aperçu	Considérations/Liens
<b>Indice LACE</b> <i>(Length of stay (durée du séjour), Acuity of admission (gravité de l'admission), Charlson comorbidity index (indice de comorbidité de Charlson), Emergency Room Visits (nombre de visites aux services des urgences))</i>	<p>L'indice <b>LACE</b> est un outil éprouvé utilisé dans le <b>secteur hospitalier</b> pour évaluer le risque de réadmission. L'indice <b>LACE</b> considère les facteurs tels que la durée du séjour, la gravité de l'admission, les comorbidités et la participation à des programmes des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ou des fournisseurs de soins primaires.</p> <p>L'administration de l'outil <b>LACE</b> nécessite moins de 5 minutes et il est généralement rempli par un professionnel en soins de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'indice <b>LACE</b> a été créé à l'aide de données ontariennes et il a été réputé exact dans la prévision des réadmissions aux soins de courte durée (notamment les réadmissions dans les 30 jours).</li> <li>L'outil <b>LACE</b> est offert en ligne sur le site Web du <b>Health System Performance Research Network</b> : <a href="http://www.hsprn.ca/?p=33">http://www.hsprn.ca/?p=33</a></li> <li>Il est axé sur les soins médicaux et peut ne pas tenir compte de certains facteurs tels que la littératie de santé, l'isolement social et les autres déterminants sociaux pouvant influencer le risque de réadmission.</li> </ul>
<b>PRA</b> <i>(prévisibilité de la répétition de l'admission)</i>	<p>La <b>PRA</b> est utilisée pour aider les médecins de famille du <b>secteur des soins primaires</b> dans leur prise de décision quant à la pertinence d'une approche de gestion des soins coordonnés et du maillon santé.</p> <p>Généralement, les patients avec un indice <b>PRA</b> de 50 % ou plus sont considérés comme pouvant bénéficier d'une approche de gestion des soins coordonnés et du maillon santé.</p> <p>Il faut moins de 5 minutes pour évaluer l'indice <b>PRA</b> et il peut être administré par le patient ou avec l'aide d'un professionnel en soins de la santé, selon les besoins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le <b>maillon santé North York Centre</b> offre cet outil sur son site Web : <a href="https://www.nygh.on.ca/HealthLink/">https://www.nygh.on.ca/HealthLink/</a></li> </ul>
<b>Échelle DIVERT</b> <i>(échelle de détection des indicateurs et des vulnérabilités relatifs aux visites à la salle d'urgence)</i>	<p>L'échelle <b>DIVERT</b> (échelle de détection des indicateurs et des vulnérabilités relatifs aux visites à la salle d'urgence) est utilisée pour aider les fournisseurs dans le <b>secteur des soins à la maison et communautaires</b> pour prévoir les utilisations</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un bref guide de l'échelle <b>DIVERT</b> est publié avec autorisation sur le site Web de <b>Qualité des services de santé Ontario</b> dans la section des outils et ressources du site Web : <a href="http://www.hqontario.ca/Améliorationde-la-">http://www.hqontario.ca/Améliorationde-la-</a></li> </ul>

	<p>imprévues des services d'urgence pour les clients à la maison et des soins communautaires.</p> <p>Généralement, les patients avec un indice <b>DIVERT</b> de 6 ou plus sont considérés comme pouvant bénéficier d'une approche de gestion des soins coordonnés et du maillon santé.</p> <p>L'évaluation <b>DIVERT</b> est généralement réalisée par un coordonnateur des soins et elle peut être dérivée des instruments de soins à domicile et de soins communautaires InterRAI sans frais supplémentaires. Un modèle de dépistage est également disponible pour les personnes qui n'utilisent pas la plateforme interRAI.</p>	<p><a href="#">qualité/Ressources-et-outils-enmatière-d'amélioration-de-la-qualité</a></p>
--	--	--

## Ressources supplémentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'amélioration de la qualité, veuillez visiter : <http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started>.

## Bibliographie

1. Costas AP, Hirdes JP, Bell CM, Bronskill SE, Heckman GE, Mitchell L, Poss JW, Sinha SK, Stolee P. Derivation and Validation of the Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale for Classifying the Risk of Emergency Department Use in Frail Community-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(4):763-9.
2. Madi N, Zhao H, Li JF. Hospital Readmissions for Patients with Mental Illness in Canada. *Healthc Q.* 2007;10(2):30-32.
3. Pacala JT, Boulton C, Boulton L. Predictive Validity of a Questionnaire that Identifies Older Persons at Risk for Hospital Admission. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(4):374-377.
4. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zaruke K, Austin PC, Forster AJ. Derivation and Validation of an Index to Predict Early Death or Unplanned Readmissions after Discharge from Hospital to the Community. *CMAJ.* 2010;182(6):551-557.