Normes de qualité

Transitions entre l’hôpital et la maison

Soins aux personnes de tous âges

ÉBAUCHE

Health Quality Ontario

Let’s make our health system healthier

Ontario

À propos de cette norme de qualité

La norme de qualité suivante porte sur les **soins aux personnes de tous âges qui font la transition (déménagement) entre l'hôpital et la maison après leur admission à l'hôpital**. La transition de l'hôpital à la maison est communément appelée « congé d'hôpital ».

La norme met l'accent sur les personnes qui ont été hospitalisées dans n'importe quel type d'hôpital, y compris les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité sont élaborées par Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la Déclaration des valeurs pour les patients de l'Ontario. Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la Déclaration des valeurs pour les patients de l'Ontario

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison.

Énoncé de qualité 1 : Échange de renseignement sur l'admission
Lorsqu'une personne est admise à l'hôpital, ce dernier transmet des renseignements sur son admission à ses fournisseurs de soins primaires ainsi qu'à ses fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires, ainsi qu'à tout spécialiste concerné, peu après son admission au moyen d'un avis électronique en temps réel. Ces fournisseurs de soins en milieu communautaire partagent ensuite toute l'information pertinente avec l'équipe d'admission en temps opportun.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale
Les gens reçoivent une évaluation globale de leurs besoins actuels et futurs en matière de soins de santé et de soutien social. Cette évaluation est entamée dès l'admission et mise à jour régulièrement tout au long du séjour à l'hôpital, afin d'éclairer le plan de transition et d'optimiser le processus de connexe.

Énoncé de qualité 3 : Participation du patient, de la famille et des aidants à la planification de la transition
Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison participent à la planification de la transition et à l'élaboration d'un plan par écrit. Si les personnes consentent à les inclure dans leur cercle de soins, les membres de leur famille et les aidants naturels sont également mobilisés.

Énoncé de qualité 4 : Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants
Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, ainsi que leur famille et leurs aidants naturels, disposent de l'information et du soutien dont elles ont besoin pour gérer leurs besoins en soins de santé après leur séjour à l'hôpital. Avant de passer de l'hôpital au domicile, on leur offre de l'éducation et de la formation pour gérer leurs besoins en soins de santé à domicile, y compris des conseils sur les ressources communautaires, les médicaments et l'équipement médical.

Énoncé de qualité 5 : Plans de transition
Les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison reçoivent un plan de transition par écrit. Ce plan est élaboré par le patient, les soignants concernés, l'équipe de l'hôpital et les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires et il est convenu en partenariat avec eux avant de quitter l'hôpital. Les plans de transition sont transmis aux fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi qu'avec tout spécialiste concerné, de la personne dans les 48 heures suivant son congé.

Énoncé de qualité 6 : Transitions coordonnées
Les personnes admises à l'hôpital ont un professionnel de la santé nommé qui est responsable de la planification de la transition, de la coordination et de la communication en temps opportun. Avant que les personnes quittent l'hôpital, ce professionnel assure une transmission efficace des plans de transition et de l'information relative aux soins des gens.

Énoncé de qualité 7 : Examen des médicaments et soutien associé
Un examen des médicaments est fait à l'admission des personnes, avant leur retour à la maison et une fois à la maison pour toutes les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison. Ces examens comprennent de l'information sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance des ordonnances et l'optimisation, ainsi que sur la façon d'utiliser leurs médicaments et d'y avoir accès dans la communauté. On tient compte de la capacité des gens d'assumer eux-mêmes le coût des médicaments, et des options sont offertes à ceux qui n'ont pas les moyens de payer ces coûts.

Énoncé de qualité 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés
Les personnes qui passent de l'hôpital à leur domicile reçoivent des soins médicaux de suivi auprès de leur fournisseur de soins principal ou d'un médecin spécialiste, et ces soins sont coordonnés et les rendez-vous sont pris avant de quitter l'hôpital. Les personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins principal reçoivent de l'aide pour en trouver un.

Énoncé de qualité 9 : Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire
Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, évaluées en fonction du type de services de soutien et de soins à domicile requis, de la quantité et du moment opportun dont elles et leurs aidants naturels en ont besoin. Lorsque ces services sont nécessaires, ils sont organisés avant que les personnes quittent l'hôpital et sont en place à leur retour à la maison.

Énoncé de qualité 10 : Coûts assumés personnellement et limites des services financés
Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison ont la capacité de payer les frais de soins de santé que l'équipe de soins de santé examine, et les renseignements et les solutions de rechange pour les coûts que ces personnes ne sont pas en mesure d'assumer sont inclus dans les plans de transition. L'équipe de soins de santé explique aux gens quels services financés par l'État sont à leur disposition et quels services ils devront payer.

Table des matières

À propos de cette norme de qualité 2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité? 2
Valeurs à la base de cette norme de qualité 2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins 4
Portée de la norme de qualité 7
Justification de la nécessité de cette norme 7
Utilisation de cette norme de qualité 9
Pour les patients 10
Pour les cliniciens et les organismes 10
Manière de mesurer le succès 11
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails 13
Énoncé de qualité 1 : Échange de renseignement sur l'admission 13
Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale 17
Énoncé de qualité 3 : Participation du patient, de la famille et des aidants à la planification de la transition 21
Énoncé de qualité 4 : Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants 23
Énoncé de qualité 5 : Plans de transition 26
Énoncé de qualité 6 : Transitions coordonnées 30
Énoncé de qualité 7 : Examen des médicaments et soutien associé 32
Énoncé de qualité 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés 36
Énoncé de qualité 9 : Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire 39
Énoncé de qualité 10 : Coûts assumés personnellement et limites des services financés 42
Appendice 1 : Manière dont le système de soins de santé peut appuyer la mise en œuvre 44
Appendice 2 : Mesure à l'appui de l'amélioration 45
Appendice 3 : Glossaire 55
Appendice 4 : Commentaires des patients et des aidants 57
Remerciements 59
Références 62
À propos de Qualité des services de santé Ontario 66

Portée de la norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins aux personnes de tous âges qui font la transition (déménagement) entre l'hôpital et la maison après leur admission à l'hôpital. La transition de l'hôpital à la maison est communément appelée « congé d'hôpital ». Elle s'adresse aux personnes qui ont été hospitalisées dans n'importe quel type d'hôpital, y compris les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation. Le terme « domicile » est défini au sens large comme étant le lieu de résidence habituel d'une personne et peut comprendre les résidences personnelles, les résidences pour personnes âgées, les établissements de soins de longue durée, les centres d'hébergement et les refuges.

La portée de cette norme de qualité englobe toutes les populations cliniques, y compris les groupes qui font souvent face à des défis lors des transitions, comme les personnes ayant des besoins en soins complexes, en santé mentale, en toxicomanie, en soins palliatifs ou en fin de vie. La portée englobe également tous les fournisseurs de soins de santé.

Bien que bon nombre des énoncés puissent s'appliquer à eux, cette norme de qualité ne traite pas des aspects particuliers de ce qui suit :

- Transitions entre les milieux de santé mentale des patients hospitalisés et la maison;
- Transitions de l'urgence à la maison;
- Soins postnatals pour les mères et les nourrissons en bonne santé et stables qui rentrent à la maison;
- Patients ayant obtenu un niveau de soins alternatif (NSA)

Cette norme de qualité ne s'applique pas à ce qui suit :

- Transition des services à l'enfance aux services aux adultes;
- Transitions interhospitalières et intrahospitalières.

Justification de la nécessité de cette norme

Les transitions de soins surviennent lorsque les patients changent de milieu de soins (p. ex. hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et soins communautaires) et entre différents fournisseurs de soins de santé au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

Les transitions sont des points critiques et vulnérables dans la prestation des soins de santé[1]. Les transitions entre l'hôpital et la maison sont des processus complexes comportant des étapes multiples qui exigent une communication et une coordination intégrées entre le patient, ses aidants, l'équipe hospitalière, les soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires[2].

Le processus de transition est d'autant plus compliqué en raison de la complexité du système de santé, car les soins sont dispensés par de multiples fournisseurs avec divers niveaux de responsabilité[3]. Par conséquent, il existe de nombreux points où les processus de communication et de soins peuvent faire défaut. Notamment, mais sans s'y limiter[4,5] :

- Préparer la famille et les aidants au retour de la personne à la maison;

- Transmettre le plan de soins de la personne aux fournisseurs de soins de santé qui prennent en charge les soins de la personne;
- Effectuer le bilan comparatif des médicaments et vérifier l'observance des ordonnances après le congé de l'hôpital;
- Prendre les dispositions nécessaires pour le transport et l'équipement à la maison;
- Coordonner les soins de suivi appropriés (p. ex. rendez-vous chez le médecin, services de soins à domicile et en milieu communautaire).

Lorsque les transitions des soins des patients ne sont pas bien gérées, ces derniers peuvent souffrir d'erreurs et de retards dans les soins. L'un ou l'autre peut entraîner des admissions évitables à l'hôpital ou des visites à l'urgence, ainsi qu'une augmentation des coûts des soins de santé. Ils peuvent également avoir un effet négatif sur l'expérience des patients.[1,3,4,6-13] Certains patients peuvent ressentir une détresse émotionnelle et une aggravation des symptômes, et la famille et les aidants peuvent également éprouver de la détresse[5,14,15].

Il existe des possibilités d'amélioration en Ontario pour assurer une transition sans heurts entre l'hôpital et la maison. Par exemple, de récents rapports et sondages ont permis de constater que :

- Environ 25 % des répondants ont déclaré que leurs fournisseurs de soins principaux n'étaient pas au courant des soins qu'ils avaient reçus à l'hôpital[16];
- Seulement 59 % des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital connaissaient les signes de danger à surveiller à la maison et seulement 52 % savaient quand reprendre leurs activités habituelles[17];
- Bien que 80 % aient déclaré savoir comment prendre leurs médicaments, 36 % ne savaient pas les effets secondaires qu'ils devaient surveiller[17];
- Un tiers des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie n'ont pas eu de visite de suivi chez un médecin dans les sept jours suivant leur congé[16];
- Moins de la moitié des personnes hospitalisées souffrant de maladies chroniques graves ont consulté un médecin dans les sept jours suivant leur sortie de l'hôpital[16]; Il s'agit d'une constatation importante, étant donné qu'environ 20 % des personnes atteintes de maladies chroniques graves sont réadmises à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé[17];
- Jusqu'à 44 % des patients de l'Ontario ne se présentent pas aux rendez-vous suggérés après leur congé pour des soins médicaux de suivi en raison de problèmes tels que la mobilité réduite, le manque de connaissances en matière de santé, les préoccupations financières et le manque de soutien social[18,19].

De plus, l'information n'est pas transmise uniformément entre les fournisseurs de soins de santé. The Change Foundation signale que de nombreux fournisseurs de services communautaires comptent régulièrement sur les patients et les aidants naturels pour transmettre l'information pertinente à d'autres fournisseurs.[20] En comblant ces lacunes dans la circulation de l'information, on peut aider les gens à rester en sécurité à la maison et à éviter les visites inutiles à l'hôpital.

Un rapport de 2017 soulignait les obstacles systémiques auxquels font souvent face les médecins de famille de l'Ontario lorsqu'ils coordonnent les soins à domicile et les soins communautaires pour leurs patients[21] :

- Moins du tiers des médecins de famille disent que leur pratique communique régulièrement avec les gestionnaires de cas communautaires ou les fournisseurs de soins à domicile de leurs patients au sujet des besoins et des services de leurs patients;
- Environ 30 % des médecins de famille de l'Ontario disent qu'ils reçoivent parfois, rarement ou jamais un avis lorsque leur patient quitte l'hôpital.

Un rapport publié en 2017 par l'ombudsman des patients de l'Ontario identifie plusieurs possibilités d'améliorer la qualité de l'expérience des patients alors qu'ils se préparent à leur congé et à faire la transition entre l'hôpital et la maison. Il affirme que la clé de l'amélioration est une communication et un engagement précis et opportun avec les patients et leurs aidants[22]. Les patients, leur famille et les aidants sont la constante dans les transitions et sont essentiels à toute stratégie qui favorise des transitions sûres et efficaces[23].

Certains patients qui font la transition entre l'hôpital et la maison sont particulièrement vulnérables et courent un risque accru de réadmission à l'hôpital, comme les personnes ayant des besoins de soins complexes (y compris les enfants et les personnes âgées ayant des comorbidités multiples ou une déficience cognitive)[24-28]. Les besoins des enfants et des adolescents, en particulier ceux qui ont des problèmes médicaux complexes ou des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, sont différents de ceux des adultes, et il faut tenir compte de ces besoins particuliers dans la planification des transitions entre l'hôpital et la maison.

Les personnes qui sont mal desservies sur le plan médical, qui ont un statut socioéconomique faible[29] ou qui font partie de populations particulières (p. ex. les peuples autochtones, les nouveaux arrivants au Canada, les réfugiés et les sans-abri) font face à plusieurs obstacles en matière de soins, dont le manque de programmes et de ressources dans la langue de leur choix et le manque de soins culturellement sûrs[30]. Certaines de ces populations sont également touchées de façon disproportionnée par la pauvreté, les traumatismes et l'isolement social, ce qui peut, à son tour, réduire l'efficacité des transitions en matière de soins. Ces personnes peuvent avoir besoin d'avoir accès à des ressources supplémentaires et d'une collaboration accrue avec les partenaires communautaires et les services sociaux.

Pour appuyer l'élaboration de cette norme de qualité sur les transitions entre l'hôpital et la maison, Qualité des services de santé Ontario s'est associée à des organismes de soins de santé et communautaires pour mener une consultation à l'échelle de la province grâce à un vaste engagement auprès des personnes ayant vécu la transition de l'hôpital au domicile. Ce que nous avons entendu des patients est résumé à l'appendice 4.

Utilisation de cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les patients

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ce guide pour les patients en pièce jointe qui concerne le retour de l'hôpital pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison.

Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définition (appendice 2) pour vous aider à évaluer la qualité des soins que vous fournissez et à cerner les lacunes dans les soins et les secteurs à améliorer. Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins, la mesure est essentielle pour améliorer la qualité.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre guide du patient qui rentre à la maison après un séjour à l'hôpital, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos ressources de mesure, qui comprennent nos tableaux de données pour vous aider à cerner les lacunes dans les soins et à éclairer vos efforts de planification et d'amélioration des ressources ; notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent.
- Notre *Guide de démarrage*, qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;

- Quorum est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- Les plans d'amélioration de la qualité peuvent aider votre organisme à décrire comment il améliorera la qualité des soins fournis à vos patients, résidents ou clients au cours de la prochaine année.

Pendant que vous mettez en œuvre cette norme de qualité, il se peut que vous ayez parfois de la difficulté à fournir les soins décrits en raison des obstacles au niveau du système. L'appendice 1 présente nos recommandations aux partenaires provinciaux pour les aider à éliminer ces obstacles afin qu'ils puissent fournir des soins de grande qualité. En attendant, il existe de nombreuses actions que vous pouvez entreprendre par vous-même, alors veuillez lire la norme et agir là où vous le pouvez.

Manière de mesurer le succès

Le comité consultatif sur la norme de qualité pour les transitions en matière de soins de l'hôpital au domicile a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer la transition entre l'hôpital et la maison en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Voir l'appendice 2 pour plus de détails sur la façon de mesurer ces indicateurs et notre guide de mesure pour plus d'information et de soutien.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré s'être senties impliquées dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement dans la mesure qu'elles souhaitaient;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré que les médecins ou le personnel où elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital;
- Pourcentage des personnes ayant reçu des soins à domicile et du soutien communautaire après leur congé de l'hôpital et qui sont retournées à la maison ayant déclaré que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin.

- Temps d'attente médian et moyen entre le congé de l'hôpital et la date du premier service de soins à domicile pour les personnes nouvellement autorisées à recevoir des soins à domicile;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et dont l'aidant naturel principal se sent prêt à assumer son rôle (mesurable pour les aidants naturels des clients des soins à domicile seulement);
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui se rendent à l'urgence :
    - 7 jours après le congé
    - 30 jours après le congé
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui sont réadmis à l'hôpital :
    - 7 jours après le congé
    - 30 jours après le congé

Indicateur ne pouvant être mesuré qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les sommaires de congé sont remis aux fournisseurs de soins principaux dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails

Énoncé de qualité 1 : Échange de renseignement sur l'admission

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

Définitions

Fournisseurs de soins à domicile et communautaire : Les fournisseurs de soins de santé basés dans la communauté; les fournisseurs de services de soins à domicile et de soutien communautaire, les coordonnateurs de soins, le personnel des organismes de services communautaires; le personnel des organismes communautaires de santé mentale et de toxicomanie; les gestionnaires ou les fournisseurs de soins de santé des établissements de soins de longue durée et des centres de soins palliatifs et les pharmaciens communautaires. (Voir aussi la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.)

Renseignements pertinents : Lorsqu'ils transfèrent un patient de la communauté à l'hôpital ou lorsqu'ils sont avisés de son admission à l'hôpital, Les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que tout médecin spécialiste concerné, doivent fournir à l'équipe d'admission tous les renseignements pertinents[31]. Ces renseignements doivent comprendre, mais sans s'y limiter, ce qui suit :

- Un profil cumulatif du patient; c.-à-d. un résumé de son état de santé, de ses antécédents médicaux, de ses médicaments actuels (y compris l'indication d'utilisation, la posologie, la fréquence et la voie d'administration), de ses allergies, de ses antécédents familiaux et sociaux;
- Plans de soins existants ou plans de soins individualisés, avec des objectifs de soins précis éclairés par le patient et ses aidants;
- Enquêtes récentes;
- Capacité de la personne à communiquer;
- Contexte linguistique de la personne;
- Contexte culturel de la personne;
- État de santé de la personne (santé physique, cognitive et mentale);
- Caractéristiques sociodémographiques susceptibles d'influer sur les besoins de la personne en matière de soins de santé;
- Information sur les besoins et les souhaits de la personne;
- Problèmes de comportement auxquels il faudra peut-être s'attaquer;
- Coordonnées des aidants ou de tout mandataire spécial nommé en vertu d'une « procuration relative au soin de la personne »;
- Situation du logement;
- Lieux de soins préférés;

- Planification préalable des soins; c.-à-d. les souhaits exprimés par la personne en matière de soins de santé et de soins personnels futurs, ainsi que les objectifs de soins définis[32]; voir « Planification préalable des soins – mandataire spécial » dans notre norme de qualité des *soins palliatifs*

Dans les cas où les patients sont transférés pour des problèmes aigus susceptibles d'être réglés rapidement, il se peut qu'une grande partie de l'information ci-dessus n'ait pas besoin d'être transmise.

En temps opportun : Les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que tout médecin spécialiste existant, devraient fournir les renseignements pertinents à l'équipe d'admission, idéalement dans les trois jours ouvrables. Parfois, l'information est requise dans un délai d'un jour ouvrable (p. ex. lorsque l'absence d'information pourrait présenter un risque de préjudice). Dans ces situations, l'équipe d'admission devrait communiquer par téléphone avec les fournisseurs dans la communauté. Lors du transfert d'un patient de la communauté à l'hôpital, l'information pertinente devrait être transmise au moment du transfert.

Sources

National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[33]

Justification

Une communication et un échange d'information clairs entre les fournisseurs dans la communauté et ceux en milieu hospitalier favorisent une transition en douceur pour les patients entre l'hôpital et la maison[31]. Les fournisseurs en milieu communautaires comprennent les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que tout médecin spécialiste concerné. Pourtant, ces fournisseurs en milieu communautaire ne sont souvent pas informés que leurs patients ou clients ont été admis à l'hôpital. Étant donné qu'ils disposent de renseignements clés qui peuvent aider à prodiguer des soins au patient à l'hôpital et à faciliter sa transition vers la maison, les fournisseurs en milieu communautaire devraient recevoir un avis électronique en temps réel de l'admission du patient à l'hôpital, des diagnostics et de la date prévue de son congé. En retour, ils devraient fournir les renseignements pertinents à l'équipe d'admission de l'hôpital, idéalement dans les trois jours ouvrables.

Afin de faciliter l'échange d'information, Fournisseurs de soins hospitaliers et de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que les médecins spécialistes concernés, devraient avoir les coordonnées de l'un et de l'autre. Les renseignements pertinents devraient être transférés électroniquement, au moyen de dossiers de santé électroniques, d'un courriel sécurisé ou d'une messagerie sécurisée.

Lorsque l'équipe de l'hôpital et les fournisseurs de soins dans la communauté participent au début du processus d'admission à l'hôpital, les patients et les aidants n'ont pas à répéter les mêmes renseignements à plusieurs reprises à différents fournisseurs[31]. De plus, une communication claire entre les fournisseurs de soins fait en sorte qu'il n'incombe pas au patient ou aux aidants de partager l'information importante. Une communication claire entre les fournisseurs au cours du processus d'admission peut également améliorer l'expérience des

personnes hospitalisées, car l'équipe d'admission de l'hôpital reçoit toute une gamme d'informations sur les besoins, les souhaits et les contextes des personnes.

Lors de son admission à l'hôpital, le consentement du patient (ou de son mandataire spécial) à partager l'information pertinente dans leur cercle de soins peut être implicite. Cela dépend de la situation de la personne et conforme aux politiques et procédures de l'organisation locale, aux ordres professionnels de la santé de l'Ontario et à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) de l'Ontario[34]

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Lorsque vous êtes admis à l'hôpital, le personnel de l'hôpital devrait vous le demander :

- Le nom de votre médecin de famille ou de votre infirmière praticienne et de tout spécialiste;
- Le nom de tout autre fournisseur de soins de santé que vous avez à l'extérieur de l'hôpital, comme une infirmière ou un thérapeute en soins à domicile, un pharmacien communautaire ou un autre fournisseur de soins à domicile et de soins communautaires.

L'hôpital devrait informer ces fournisseurs de soins que vous avez été admis à l'hôpital et leur donner des renseignements sur les soins que vous recevez pendant votre séjour.

Votre médecin de famille ou votre infirmière praticienne et tout fournisseur de soins à domicile et de services de soutien communautaire devraient communiquer à l'hôpital tout renseignement important dont ils disposent sur votre santé. Ces informations vous aideront à recevoir les meilleurs soins possible pendant votre séjour à l'hôpital et à votre départ.

Pour les cliniciens
Si vous faites partie de l'équipe d'admission à l'hôpital, avisent les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires du patient, ainsi que les médecins spécialistes concernés, de l'admission du patient à l'hôpital et de leur diagnostic, et de la date prévue de son congé par voie électronique en temps réel. Si le patient n'est pas actuellement un client de soins à domicile et de soins communautaires, mais qu'il a besoin d'être dirigé vers de tels services, l'hôpital devrait aviser les fournisseurs de services concernés dès que cette décision est prise. (Voir la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.)

Si vous êtes un fournisseur de soins primaires, à domicile et communautaires ou un médecin spécialiste concerné, communiquez tous les renseignements pertinents disponibles à l'équipe d'admission lorsque vous organisez l'admission à l'hôpital d'un de vos patients ou clients ou que vous en êtes informé. La transmission des renseignements doit se faire en temps opportun.

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour aviser les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que les médecins spécialistes concernés du patient de son admission à l'hôpital, de ses diagnostics et de la date prévue de son congé par voie électronique en temps réel[35].

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour permettre aux équipes hospitalières et aux fournisseurs en milieu communautaire d'échanger l'information entre eux. Veiller à ce que des instructions claires et des coordonnées pertinentes soient transmises aux fournisseurs en milieu communautaire sur la façon d'échanger l'information avec l'hôpital (p. ex. un portail pour transférer l'information pertinente des dossiers de santé électroniques, ou un numéro de téléphone).

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et dont l'hôpital avise leurs fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes concernés de l'hospitalisation peu après leur admission.
- Disponibilité à l'échelle locale des dossiers de santé électronique qui permettent aux équipes hospitalières et aux fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes concernés d'échanger l'information entre eux.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale

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

Définitions

Évaluation globale : Une évaluation individualisée des besoins actuels et futurs d'une personne en matière de soins de santé et de soutien social, y compris toute l'information pertinente échangée lors de son admission (voir l'énoncé de qualité 1). L'équipe interprofessionnelle devrait commencer dès l'admission de la personne à l'hôpital, en collaboration avec les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que les médecins spécialistes concernés, et la mettre à jour régulièrement pour informer le plan de transition du patient. Une évaluation complète comprend, sans toutefois s'y limiter :

- Les préoccupations de la personne en matière de santé, de développement et de société, ainsi que les préoccupations des aidants naturels;
- La situation actuelle de la personne en matière de logement;
- Les exigences actuelles et futures de la personne en matière de soins au moment de son admission;
- Un examen des médicaments (voir l'énoncé de qualité 7);
- Une évaluation de l'état fonctionnel clinique de la personne;
- L'état cognitif et psychologique de la personne;
- Toute évaluation de l'état de santé mentale ou de la toxicomanie;
- La capacité de la personne à gérer les activités de la vie quotidienne (p. ex. soins personnels, marche) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (p. ex. travaux ménagers, préparation des repas, courses, gestion des médicaments);
- Le degré de connaissance en santé de la personne;
- Une évaluation des syndromes gériatriques, y compris les chutes, l'immobilité, le délire ou la démence, la polypharmacie, l'incontinence et les soins de fin de vie[36] si la personne est un adulte âgé ou à risque;
- Noms et coordonnées des aidants naturels de la personne, des mandataires spéciaux et des autres personnes qui font partie de son cercle de soutien social;
- Tout besoin de planification préalable des soins (voir la définition de « renseignements pertinents » dans l'énoncé de qualité 1);
- Nécessité d'évaluer l'admissibilité au financement des soins de santé et des services sociaux;
- Identification des facteurs de risque d'une transition ou d'une réadmission complexe pour la personne; cela pourrait inclure, sans toutefois s'y limiter[31] :
    - Besoins en soins palliatifs
    - Itinérance
    - Absence d'un placement approprié dans un foyer de soins
    - Capacité cognitive réduite

- Problèmes liés à la protection de la personne (c.-à-d. risque d'automutilation ou toute circonstance dans la vie de la personne qui pourrait mettre sa sécurité personnelle en danger, comme la violence ou la négligence)
- Sécurité culturelle

Certaines équipes de soins de santé utilisent des outils d'évaluation du risque de réadmission dans le cadre d'une évaluation complète. Bien qu'il n'y ait pas suffisamment de données probantes pour recommander cette pratique de façon routinière, les équipes de soins de santé pourraient trouver utile d'utiliser un tel outil, particulièrement lorsque son utilisation est automatisée (p. ex. au moyen de l'outil Prévision du risque d'admission à l'hôpital [PRAH][37] ou l'indice LACE[38]).

Besoins de soins de santé : Les besoins d'une personne en matière de traitement, de soins ou de suivi qu'elle reçoit en raison d'une maladie, d'une blessure, d'un handicap ou d'une affection. Ces besoins peuvent être comblés par l'alimentation, par les soins médicaux, par les soins infirmiers, par l'ergothérapie, par la pharmacie, par la physiothérapie, par la thérapie respiratoire, par le travail social, par l'orthophonie ou par les services de santé mentale ou de toxicomanie.

Besoin de soutien social : Ces besoins surviennent lorsque les gens vivent dans des contextes sociaux complexes (p. ex. dynamique familiale complexe, solitude, faible revenu, logement instable) ou ont des problèmes de santé complexes (p. ex. déficience cognitive, toxicomanie ou maladie mentale, disponibilité ou capacité insuffisante des fournisseurs de soins). Ils peuvent être comblés par des services de soutien communautaire, des services de logement et des services sociaux, ou d'autres sources de financement.

Mis à jour régulièrement : Ces besoins sont mis à jour au fur et à mesure que l'état de la personne change pendant son séjour à l'hôpital.

Plan de transition : Document qui décrit la coordination des besoins en matière de soins et de soutien pour la transition d'une personne de l'hôpital à la maison (voir l'énoncé de qualité 5).

Sources

National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[33]

Justification

Une évaluation complète des besoins d'un patient va au-delà d'un examen clinique. Elle tient également compte de ses besoins actuels et futurs en matière de soins de santé et de soutien social, en le considérant comme une personne à part entière. Une évaluation complète tient compte de tous les défis physiques, de santé mentale, de toxicomanie ou sociaux auxquels la personne peut être confrontée[39].

L'évaluation devrait être entreprise par l'équipe hospitalière dès l'admission du patient à l'hôpital (ou avant son admission pour les admissions prévues) et devrait être élaborée par l'hôpital et les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires du patient, ainsi que les médecins spécialistes concernés. Cette évaluation permet de prévoir les besoins de la personne en matière de soins de santé ou de soutien social après son hospitalisation et

d'établir un plan de transition initial. Si des évaluations complètes ne sont pas effectuées au moment de l'admission ou si des évaluations individuelles ne sont pas utilisées pour éclairer les plans de transition, le patient peut être hospitalisé plus longtemps, subir des réadmissions inutiles et vivre une expérience plus difficile[33].

Les personnes âgées, les enfants et les adultes ayant des besoins complexes en matière de soins constituent une part importante des admissions à l'hôpital. Bon nombre d'entre eux souffrent de maladies chroniques multiples qui peuvent entraîner des besoins médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux complexes[24-27,40].

Les populations vulnérables, y compris les personnes dont le statut socioéconomique est faible et celles qui sont mal desservies sur le plan médical, peuvent également connaître plus d'événements indésirables après leur congé de l'hôpital[29]. Les évaluations globales individualisées aident les fournisseurs de soins de santé à identifier les personnes à risque, à coordonner les services de santé et de soutien social pour ceux qui en ont besoin et à élaborer des plans à long terme pour gérer les besoins de transition des patients.

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Peu de temps après votre admission à l'hôpital, les professionnels de la santé devraient vous poser des questions, à vous et à vos aidants, sur les domaines suivants :

- Votre santé;
- Votre capacité de fonctionner à la maison, à l'école ou au travail;
- Tout autre problème qui affecte votre santé.

C'est ce qu'on appelle une évaluation complète. Les personnes qui s'occupent de vous à l'hôpital utiliseront cette information pour s'assurer que vous recevez les meilleurs soins possible pendant votre séjour à l'hôpital et après votre retour à la maison.

Pour les cliniciens
Entreprendre une évaluation complète (voir la définition) peu de temps après l'admission à l'hôpital et la mettre à jour régulièrement tout au long du séjour à l'hôpital. Identifier les personnes à risque d'une transition complexe (p. ex. les personnes âgées, les personnes ayant des comorbidités multiples, les personnes ayant des contextes sociaux complexes), coordonner les services de santé et de soutien social pour ceux qui en ont besoin et élaborer des plans à long terme pour gérer les besoins des personnes en transition. Travailler avec les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes concernés qui connaissent souvent bien les clients et qui peuvent fournir des détails avant l'admission, et identifier les facteurs qui pourraient empêcher une transition sécuritaire et opportune entre l'hôpital et la maison.

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent des systèmes, des processus et des ressources nécessaires pour entreprendre une évaluation globale dès l'admission d'une personne à l'hôpital et pour la mettre à jour régulièrement tout au long de son séjour à l'hôpital.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont l'évaluation globale a été mise à jour régulièrement tout au long de leur séjour à l'hôpital.

Les détails de la mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

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

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

Sources

Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)
National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]

Justification

Le patient, les membres de sa famille et les autres aidants naturels jouent tous un rôle essentiel dans la planification de la transition du patient. Ils peuvent fournir des informations sur la vie et les besoins du patient, y compris les circonstances pertinentes au-delà de l'état médical et des besoins physiques du patient.[31] Lorsque le patient rentre chez lui, les membres de sa famille et les aidants participent souvent à la prestation des soins (p. ex. soins des plaies, administration de médicaments) et aux activités de la vie quotidienne (p. ex. préparation des repas, transport aux rendez-vous de suivi). Ils surveillent également les signes et symptômes inquiétants et défendent les intérêts du patient. Il est donc important qu'ils participent dès le début aux discussions sur le plan de transition du patient afin de s'assurer que les décisions respectent les valeurs, les préférences et les besoins exprimés par le patient, ainsi que les leurs[41].

Toutefois, pour que les membres de la famille et les aidants participent à la planification de la transition, le patient doit consentir à l'inclure dans son cercle de soins (voir le glossaire). Parfois, un éthicien peut avoir besoin d'être impliqué pour des questions telles que le consentement, la capacité et les transitions complexes.

Il est également important de tenir compte du fait que les membres de la famille et les aidants peuvent éprouver de la tension, de l'anxiété et du stress dans leur rôle de soutien des patients.[15,31] Les professionnels de la santé supposent parfois que les membres de la famille ou les aidants offriront un soutien au patient après sa transition de l'hôpital à son domicile sans s'assurer de sa capacité à le faire.[5,31] Les membres de la famille et les aidants naturels sont aussi parfois jeunes. Il est important que les professionnels de la santé respectent le rôle de ces personnes et les fassent participer à tous les aspects de la prise de décisions relatives à la transition.

La participation des patients, des membres de la famille et des aidants à la planification de la transition du patient devrait être culturellement appropriée et des efforts devraient être faits pour répondre aux besoins de toutes les personnes concernées (p. ex. en aidant les personnes ayant des troubles physiques, sensoriels ou d'apprentissage ou en fournissant des traductions pour ceux qui ne parlent pas ou ne lisent pas l'anglais ou le français; ou en prenant des mesures d'adaptation pour leurs responsabilités professionnelles et familiales) afin de pouvoir participer efficacement au plan. Au besoin, un interprète ou un défenseur des droits ou la participation des services communautaires et sociaux devrait être mis à disposition. Il importe également de veiller à ce que les enfants et les jeunes eux-mêmes participent au processus de transition.

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Avant de quitter l'hôpital, vous devriez participer à toutes les décisions concernant votre transition de l'hôpital à la maison. Ainsi, vos souhaits, vos besoins et vos préférences sont pris en compte. Si vous voulez qu'ils participent, votre famille et vos aidants naturels peuvent aussi prendre part à ces décisions.

Pour les cliniciens
Veiller à ce que les patients participent à la planification de la transition. Si les patients consentent à leur participation, les membres de leur famille et les aidants devraient également y participer, car ils sont d'importantes sources d'information sur les besoins des patients. Tenir compte de la volonté et de la capacité des membres de la famille et des aidants de fournir un soutien à domicile pour s'assurer que les besoins de soutien du patient seront comblés à son retour à la maison, et déterminer s'il a besoin d'un répit. Dans le cas des patients qui n'ont pas de membres de leur famille ou d'aidants qui participent à leurs soins, prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer que les besoins des patients seront satisfaits une fois rentrés chez eux.

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux aient des systèmes, des processus et des ressources en place pour permettre la participation du patient, de la famille et des aidants à la planification de la transition.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré s'être senties impliquées dans les décisions concernant leur plan de transition dans la mesure qu'elles souhaitaient;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré avoir senti que leur famille et leurs aidants étaient impliqués dans les décisions concernant leur plan de transition dans la mesure qu'elles souhaitaient.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

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

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

Définitions

Éducation, formation et soutien : L'éducation devrait être adaptée aux besoins individuels du patient ou de l'aidant et offerte sous diverses formes, y compris verbalement (au moyen de réunions en personne ou d'appels téléphoniques, y compris la télésanté), par écrit ou par voie électronique, en langage clair et simple et au moyen d'outils visuels. La formation peut être pratique ou fondée sur la simulation. Exemples de formation pratique : manière d'utiliser l'équipement et les dispositifs médicaux, d'administrer des médicaments, de changer des pansements ou des pansements, de donner des tétées entérales ou de transférer le patient d'une position à une autre. La méthode « fermer la boucle » peut être utilisée pour s'assurer que le patient ou l'aidant ont compris. Selon cette méthode, le formateur demande à la personne qu'il forme d'expliquer ce qui lui a été enseigné.

Ce soutien et ces conseils pratiques peuvent être fournis à l'hôpital et se poursuivre dans la communauté une fois que la personne est à la maison. Les fournisseurs de soins hospitaliers, de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que les médecins spécialistes concernés devraient collaborer pour s'assurer que le soutien et les conseils sont cohérents et renforcés dans la communauté.

Avant de quitter l'hôpital, le patient et sa famille ou son aidant devraient recevoir des renseignements importants et des instructions sur les soins à prodiguer, par exemple :

- Une liste des médicaments, la manière de les utiliser et leur utilité (voir l'énoncé de qualité 7);
- Des instructions d'autogestion de la santé à l'intention du patient et de l'aidant;
- Les coordonnées d'un professionnel de la santé qui peut répondre aux questions;
- Les signes et symptômes à surveiller, y compris ceux qui devraient inciter à consulter un professionnel de la santé et qui nécessitent une visite à l'urgence;
- Les changements à la routine du patient à son retour à la maison, y compris des changements au régime alimentaire et à l'activité physique;
- Les rendez-vous de suivi, y compris le lieu, la date, l'heure et la confirmation des rendez-vous, ou qui appeler si des rendez-vous sont nécessaires, mais n'ont pas encore été pris;

L'information sur les ressources à l'appui des patients et des aidants devrait leur être communiquée verbalement et par écrit (p. ex. au moyen d'un sommaire de congé axé sur le patient ou l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP)[42]) avant la sortie de l'hôpital. Par exemple, des services communautaires, des services ou des groupes de soutien à la famille, des services de soutien par les pairs et des soins de relève.

Besoins de soins de santé : Les besoins physiques, fonctionnels, sociaux, cognitifs et mentaux d'une personne, qui devraient tous être pris en compte dans ses soins.

Sources

Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)
National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[33]

Justification

L'hospitalisation est stressante pour les patients, les familles et les aidants, et la transition de l'hôpital à la maison peut être une période de stress accru, car de nombreuses instructions de soins importantes leur sont données à ce moment-là[43]. Le renforcement de la capacité des patients et des aidants à gérer les soins à domicile devrait commencer pendant le séjour du patient à l'hôpital et se poursuivre dans la collectivité lorsqu'il est en transition vers à la maison[31].

Les patients, leurs familles et leurs aidants veulent savoir exactement quoi faire une fois que le patient est à la maison (p. ex. quels médicaments prendre et quand, comment gérer l'équipement médical nécessaire) et avec qui communiquer en cas de questions ou de symptômes imprévus[5]. Recevoir des instructions claires, les coordonnées d'un professionnel de la santé et de l'information sur les ressources communautaires pertinentes peut atténuer leur anxiété et les réconforter. Cette information peut également aider le patient à se rétablir et à éviter des dangers potentiels[5,43].

Si un patient fait la transition vers un établissement de soins de longue durée ou un hospice, l'équipe de soins de santé d'accueil devrait également être informée de tout changement apporté au plan de soins du patient et à tout nouvel équipement.

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients et les aidants
Avant de quitter l'hôpital, votre équipe de soins de santé devrait vous aider à apprendre comment gérer vos soins à domicile, y compris la manière de prendre vos médicaments et utiliser l'équipement médical. Demandez des instructions écrites à votre équipe soignante.

Voici quelques éléments importants que vous devriez savoir :

- Les médicaments dont vous avez besoin, la manière de les prendre et leur utilité;
- État dans lequel vous devriez vous sentir et les activités vous pouvez faire une fois de retour à la maison;
- Signification des symptômes et moment auquel appeler un professionnel de la santé ou vous rendre à l'urgence;
- Tout changement que vous devez apporter à votre routine quotidienne;
- Rendez-vous de suivi qui ont été pris pour vous;
- Endroit où trouver plus d'informations ou de ressources pour vous aider.

Votre équipe de soins hospitaliers peut échanger cette information verbalement et par écrit (p. ex. au moyen d'un sommaire de congé axé sur le patient ou OOSP[42]). Vous pouvez aussi

recevoir une formation pratique sur des sujets comme la prise de médicaments, le changement de pansements ou l'utilisation d'équipement médical.

Pour les cliniciens
Offrir aux patients et aux aidants une éducation et une formation qui leur permettront de prendre soin d'eux-mêmes ou des personnes qu'ils soutiennent efficacement à la maison. Adapter l'information et la formation aux besoins du patient, à sa perception de son état de santé, à sa capacité cognitive et à son degré de préparation à prendre soin de lui-même, ainsi qu'aux besoins des membres de sa famille et des aidants et à leur volonté et capacité de fournir des soins au patient.

Veiller à ce que l'information et la formation soient culturellement appropriées et accessibles à toutes les personnes concernées (p. ex. en tenant compte des troubles physiques, sensoriels ou d'apprentissage ou en fournissant des traductions). Au besoin, s'assurer qu'un interprète ou un avocat est disponible.

Identifier les patients qui n'ont pas le soutien de leur famille ou de leurs aidants, et planifier un soutien supplémentaire pour eux, si nécessaire.

Veiller à ce qu'un membre de l'équipe de l'hôpital soit chargé de fournir au patient, à sa famille et aux aidants l'information et le soutien nécessaires à la réussite de la transition à la maison. S'assurer que les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires, ainsi que les médecins spécialistes concernés, sont au courant de l'information et du soutien fournis (p. ex. éducation et formation supplémentaire au besoin).

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour offrir de l'éducation, de la formation et du soutien en réponse aux besoins individuels des patients qui retournent chez eux, ainsi qu'à ceux de leur famille et des aidants.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage des personnes qui ont déclaré avoir reçu suffisamment d'information sur ce qu'il faut faire si elles s'inquiètent de leur état de santé ou de leur traitement après avoir quitté l'hôpital;
- Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré avoir le sentiment d'avoir le soutien et les services dont elles ont besoin pour les aider à gérer leur état de santé à la maison;
- Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré savoir à qui s'adresser si elles ont des questions au sujet de leur état de santé ou de leur traitement;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré que l'aidant naturel se sentait prêt à assumer son rôle.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Énoncé de qualité 5 : Plans de transition

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

Définitions

Plan de transition : Un document écrit (imprimé ou électronique) résumant le séjour à l'hôpital de la personne, ses diagnostics, les interventions effectuées et les mesures recommandées (p. ex. coordination des soins et soutien pour la transition de l'hôpital au domicile).[35,36] Ce plan peut figurer dans le sommaire de congé ou être un document distinct. Un plan de transition est un document de travail à l'intention des équipes interdisciplinaires qui participent aux soins de la personne et qui devrait comprendre, s'ils sont disponibles et pertinents, les détails suivants :

- L'état de santé de la personne;
- Le bien-être social et émotionnel de la personne;
- La capacité de la personne à accomplir les activités de la vie quotidienne;
- Une liste complète des médicaments de la personne, y compris tout changement apporté aux médicaments pendant son séjour à l'hôpital. Elle comprend des renseignements sur les doses, le moment de prendre les médicaments et la raison d'être de chaque médicament (voir l'énoncé de qualité 7);
- Les numéros de téléphone d'un professionnel de la santé et de télésanté que les patients et les aidants peuvent appeler en cas de problème une fois le patient à la maison;
- Les modalités de suivi médical (voir déclaration de qualité 8);
- Dispositions concernant les besoins continus en matière de soins à domicile et de soins communautaires, et les numéros de téléphone associés;
- Dispositions concernant le soutien de soins de santé continu afin de répondre aux besoins de la personne;
- Autres services communautaires et bénévoles utiles;
- Disponibilité de services de crise en santé mentale dans la collectivité (p. ex. cliniques sans rendez-vous, lignes téléphoniques, unités d'intervention mobiles);
- Dispositions pour le transport de retour à la maison;
- Dispositions pour que l'équipement médical nécessaire et les modifications au domicile soient en place au moment du congé de l'hôpital;
- Renseignements sur l'assurance maladie de la personne et sur sa capacité de payer elle-même les frais médicaux (voir l'énoncé sur la qualité 10);
- Nom de l'aidant ou de tout mandataire spécial nommé en vertu d'une « procuration relative au soin de la personne ».

Le plan de transition du patient devrait être transmis au patient (ou aux mandataires spéciaux) et à tous les fournisseurs de soins de santé qui participent à ses soins et à son soutien continus. Si la personne y consent, le plan devrait également être transmis aux membres de la famille et aux aidants naturels. Toute l'information contenue dans le plan, y compris les explications sur les médicaments, doit être fournie dans un format facile à comprendre pour la

personne et ses aidants (p. ex. verbalement et par écrit, avec de la documentation écrite en langage clair et traduit au besoin)[31].

Fournisseurs de soins à domicile et communautaire : Les fournisseurs de soins de santé basés dans la communauté; les fournisseurs de services de soins à domicile et de soutien communautaire, les coordonnateurs de soins, le personnel des organismes de services communautaires; le personnel des organismes communautaires de santé mentale et de toxicomanie; les gestionnaires ou les fournisseurs de soins de santé des établissements de soins de longue durée et des centres de soins palliatifs et les pharmaciens communautaires. (Voir aussi la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.)

Sources

Consensus du comité consultatif (calendrier)
National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[33]

Justification

La transition d'un patient de l'hôpital à la maison peut être compliquée, car elle implique de nombreux fournisseurs de soins de santé dans de multiples milieux (p. ex. communauté, hôpital, soins de longue durée). Les patients et leurs aidants signalent que la communication est essentielle à une planification efficace de la transition et qu'il est particulièrement important d'avoir suffisamment de temps avec leurs fournisseurs de soins hospitaliers pour poser des questions et participer activement au processus de transition pendant leur hospitalisation[5]. Le plan de transition devrait débuter dès l'admission du patient à l'hôpital (ou avant son admission pour les admissions prévues), et les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires devraient aider à l'élaborer (voir l'énoncé de qualité 2). Le plan de transition d'un patient aide à s'assurer que la transition de l'hôpital à la maison est bien coordonnée et répond à ses besoins, ainsi qu'à ceux de ses aidants[31].

Le consentement au partage du plan de transition peut être implicite dans le cercle des soins de la personne[34] (voir le glossaire). Les plans de transition devraient également être transmis à la personne avant qu'elle ne quitte l'hôpital (p. ex. au moyen d'un sommaire de congé axé sur le patient ou OOSP[42]).

Pour les personnes ayant des besoins complexes en matière de soins ou de santé mentale, il peut être avantageux d'organiser une conférence de cas avec toutes les personnes concernées (y compris le patient, la famille et les aidants naturels) pour discuter de leurs besoins avant la transition.

Le plan de transition devrait également comprendre des informations sur le calendrier du congé et la logistique. Il s'agit notamment du moment et de la façon dont la personne sera ramenée chez elle, des coûts éventuels, de la distance géographique et de la capacité physique de la personne à monter dans un véhicule et à en descendre. Ces facteurs peuvent être particulièrement importants pour les personnes dont le statut socioéconomique est faible, les personnes qui vivent seules, mais qui ont besoin d'aide pour fonctionner efficacement, et les personnes qui doivent parcourir une distance considérable pour rentrer chez elles[5,29]. Si une personne est sans-abri, son plan de transition devrait inclure des conseils sur les besoins en matière de logement et de services sociaux[31].

Les obstacles à la communication (p. ex. troubles d'apprentissage; troubles cognitifs; troubles physiques, de la vue, de la parole ou de l'ouïe; difficultés à lire, à comprendre ou à parler l'anglais ou le français) peuvent empêcher une personne de comprendre sa transition de l'hôpital à la maison et la manière dont elle peut être impliquée dans la planification de sa transition[30]. S'il y a lieu, les plans de transition devraient comprendre des mesures d'adaptation pour surmonter ces obstacles et faire en sorte que les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison et leurs aidants participent au processus de prise de décision. Le soutien aux personnes ayant des difficultés de communication peut inclure des services de défense[36].

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Vos fournisseurs de soins de santé devraient vous inclure dans les décisions concernant votre transition de l'hôpital à la maison. Si vous êtes d'accord, votre famille et vos aidants devraient également être impliqués. Votre équipe de soins devrait créer pour vous un plan de transition écrit qui explique tout ce que vous devez savoir pour quitter l'hôpital et vos soins à domicile, y compris :

- Transport de retour à la maison;
- Médicaments dont vous avez besoin, la manière de les prendre et leur utilité;
- Manière de prendre soin de vous une fois à la maison.

Vous devriez obtenir une copie écrite de votre plan de transition (p. ex. un OOPS) avant de quitter l'hôpital. Si vous êtes d'accord, votre famille et vos aidants devraient également obtenir une copie écrite. Le plan doit être facile à lire et à comprendre, et votre équipe soignante doit vous l'expliquer.

Pour les cliniciens
Si l'on fait partie de l'équipe de l'hôpital, inclure les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires dans l'élaboration du plan de transition. Au moment du congé de la personne, avertir les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes concernés, et leur faire part du plan de transition. Remettre au patient une copie écrite de son plan de transition avant son départ de l'hôpital.

Utiliser des outils de documentation normalisés pour assurer un échange succinct, clair et opportun du plan de transition, dans les 48 heures suivant le congé[33].

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources en place :

- Donner aux personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison une copie écrite de leur plan de transition avant de quitter l'hôpital (p. ex. par un OOPS[42]);
- Pour les stratégies normalisées de documentation et de communication (p. ex. portail électronique), pour permettre une communication rapide (dans les 48 heures suivant le congé) et claire du plan de transition avec les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires et les médecins spécialistes concernés du patient [33,35]

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de la population ayant reçu un plan de transition écrit avant de quitter l'hôpital;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les sommaires de congé sont remis aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui reçoivent des soins à domicile et des soins communautaires, dont les résumés de congé sont envoyés à ces fournisseurs de soins dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui déclarent que les médecins ou le personnel où elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital.
- Disponibilité à l'échelle locale des dossiers de santé électronique qui permettent aux équipes hospitalières et aux fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires d'échanger l'information entre eux.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Énoncé de qualité 6 : Transitions coordonnées

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

Définition

Planification, coordination et communication de la transition : L'établissement d'un ensemble de mesures visant à assurer une coordination, une communication et une continuité efficaces des soins de santé pendant la transition d'un patient de l'hôpital à la maison[25] peut comprendre, sans s'y limiter, ce qui suit :

- Communiquer avec les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaire de la personne, ainsi qu'avec les médecins spécialistes concernés
- Recueillir les dossiers de santé complets de la personne afin d'effectuer son évaluation globale (voir l'énoncé de qualité 2);
- Coordonner l'évaluation globale et les soins du patient à l'hôpital et veiller à ce que tous les membres de l'équipe de soins hospitaliers du patient et les fournisseurs de soins en milieu communautaire sont tenus au courant de l'évolution de la situation
- Diriger l'élaboration, la communication et la mise en œuvre du plan de transition;
- Être la personne-ressource pour le patient, sa famille et les aidants pendant que le patient est à l'hôpital et peu après son congé.

Sources

National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[33]

Justification

Une mauvaise coordination et communication pendant la transition de l'hôpital à la maison peuvent être stressantes pour les patients ainsi que pour leur famille et leurs aidants, et cela peut entraîner de moins bons résultats[31]. On a démontré que le fait d'avoir un professionnel de la santé comme coordonnateur désigné de la transition a un effet positif sur les processus et les résultats des congés hospitaliers[31,44] et cela se traduit par une meilleure expérience globale pour les patients et les aidants[45]. Ces deux derniers ont souvent des questions au sujet de la transition[5], de sorte qu'avoir une personne nommée, qui connaît la santé physique et mentale de la personne et qui est responsable du processus de transition, peut aider à s'assurer qu'une personne est toujours disponible pour répondre à ces questions.

Pour les personnes ayant des besoins de soins plus complexes, tous les membres de l'équipe hospitalière et les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires devraient participer à la planification et à la coordination de la transition. Toutefois, le fait de désigner clairement un professionnel de la santé comme point de contact unique pour la planification et la coordination de la transition d'un patient peut la rendre plus simple pour ce dernier, sa famille et ses aidants naturels[31]. Dans certains cas, cette personne est le médecin principal ou le médecin le plus responsable du patient, une infirmière praticienne, une infirmière, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé. Dans d'autres cas, cette personne peut avoir un titre de poste tel que « coordonnateur des soins de transition », « coordonnateur de congé » ou

« personne-ressource pour les patients ». Cette personne devrait être choisie en fonction des besoins du patient en matière de soins et de soutien[31].

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Lorsque vous êtes admis à l'hôpital, un professionnel de la santé devrait identifier la personne qui planifiera votre transition à la maison. Cette personne travaillera avec vous, votre famille et vos aidants tout au long de votre séjour à l'hôpital pour s'assurer que vous savez ce qui se passera et ce que vous devrez faire lorsque vous rentrerez chez vous.

Pour les cliniciens
Veiller à ce qu'une personne soit désignée comme responsable de la coordination de la transition du patient de l'hôpital à la maison et impliquer ce coordonnateur dans les décisions relatives à la transition.

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour que les patients, les familles, les aidants et les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires aient une personne-ressource désignée responsable de la planification de la transition, de sa coordination et des communications en temps opportun.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui avaient un professionnel de la santé communautaire désigné responsable de la coordination de leurs soins au moment du congé de l'hôpital;
- Pourcentage des personnes hospitalisées (ou leurs aidants) qui ont déclaré savoir qui est le principal responsable de la coordination de leur congé;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou de leurs aidants) qui ont déclaré être incapables de communiquer avec leur professionnel de la santé lorsqu'ils en ont besoin;
- Disponibilité locale des systèmes hospitaliers pour que les patients, les familles, les aidants et les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires aient une personne-ressource désignée responsable de la planification de la transition, de sa coordination et des communications en temps opportun.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Énoncé de qualité 7 : Examen des médicaments et soutien associé

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

Définitions

Examen des médicaments : Un examen critique structuré des médicaments d'une personne (y compris sa consommation de vitamines et de minéraux, de produits à base de plantes médicinales et naturels, de produits en vente libre ou de cannabis) et de toute allergie aux médicaments. L'objectif est que le professionnel de la santé et le patient s'entendent sur le plan de traitement; s'assurent que le médicament est utilisé efficacement; atténuent les problèmes liés aux médicaments et réduisent le gaspillage[31]. Cet examen des médicaments comprend le bilan comparatif des médicaments, l'observance des ordonnances et l'optimisation.

Bilan comparatif des médicaments : Un processus par lequel les professionnels de la santé travaillent avec le patient et les aidants pour identifier avec précision tous les médicaments actuels du patient (y compris le nom du médicament, la posologie et la fréquence d'administration) afin que cette information puisse être communiquée avec précision aux fournisseurs de soins pertinents pendant la transition du patient de l'hôpital à la maison. Il est important de consigner tout écart et de documenter tout médicament qui a été ajouté, modifié ou qui est discontinué[31].

Observance des ordonnances : La mesure dans laquelle une personne suit son traitement curatif médical, c'est-à-dire la mesure dans laquelle elle utilise ses médicaments de la façon dont elle en a convenu avec ses professionnels de la santé. La non-observance peut limiter les bienfaits d'un médicament, ce qui peut entraîner une absence d'amélioration ou une détérioration de la santé. La non-observance peut être intentionnelle ou involontaire; par exemple, en raison d'un mauvais souvenir ou de difficultés à comprendre le traitement curatif médical, de problèmes à prendre les médicaments, d'une incapacité à payer les médicaments, ou simplement de l'oubli de les prendre[31].

Optimisation des médicaments : Adopter une approche individualisée avec le patient relative à ses médicaments, afin de maximiser les bienfaits et de réduire les méfaits. Cette étape porte à la fois sur les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre pour s'assurer que tous sont :

- Indiqués (c.-à-d. avoir une raison de les utiliser);
- Efficaces (c.-à-d. faire ce que nous attendons d'eux);
- Sûrs (c.-à-d. que les avantages de l'utilisation dépassent les risques);
- Pratiques (c.-à-d. que le patient peut s'y conformer, ce qui comprend le paiement et la prise des médicaments comme prévu).

Sources

Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)
National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[33]

Justification

Les transitions entre l'hôpital et la maison mettent souvent en cause des changements aux médicaments des patients. Il est important que les patients à l'aide de leur famille et de leurs aidants examinent leurs médicaments avec un professionnel de la santé avant de quitter l'hôpital et de faire la transition à la maison[5].

Les étapes suivantes sont également cruciales pour une transition réussie[5] :

- S'assurer que les patients et les aidants comprennent à quoi servent leurs médicaments et qu'ils ont confiance en leur capacité de gérer les traitements curatifs médicaux (c.-à-d. de prendre les médicaments au bon moment et de les administrer correctement);
- Tenir compte de la capacité des gens à se payer des médicaments et offrir des options à ceux qui n'en ont pas les moyens (comme le Programme de médicaments Trillium ou une assurance privée) et un soutien pour demander de l'aide, si nécessaire;
- S'assurer que les patients et les aidants savent comment gérer la douleur.

Lors de leur admission à l'hôpital et au moment de leur congé, les patients devraient faire examiner leurs médicaments par leur pharmacien d'hôpital, par le médecin le plus responsable ou par une infirmière ou une infirmière praticienne. Une fois à la maison, ils devraient faire examiner leurs médicaments par un ou plusieurs professionnels de la santé communautaires (p. ex. leur pharmacien communautaire, leur fournisseur de soins principal ou une infirmière de soins à domicile).

Les patients et les aidants devraient participer activement aux examens pour s'assurer qu'ils sont au courant de tous les aspects du traitement médicamenteux. Un examen des médicaments devrait également faire partie du plan de transition (voir l'énoncé de qualité 5) et être soigneusement communiqué les fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires afin de favoriser une transition sûre et efficace de l'hôpital à la maison[33,35,46].

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Lorsque vous arrivez à l'hôpital, un professionnel de la santé devrait vous demander, à vous et à vos aidants, quels médicaments vous prenez.

Avant de quitter l'hôpital, ils devraient :

- Parlez à nouveau avec vous au cas où des changements auraient été apportés à vos médicaments et la raison pour les prendre et les effets secondaires que vous pourriez ressentir;
- Demander si vous avez des inquiétudes au sujet du paiement de vos médicaments et vous aider à trouver des options si vous n'avez pas les moyens de payer le coût des médicaments.

Une fois de retour à la maison, un autre professionnel de la santé, comme votre pharmacien communautaire, votre médecin de famille, votre infirmière praticienne ou une infirmière à domicile, devrait vous parler de vos médicaments pour s'assurer de bien comprendre vos besoins en médicaments.

Pour les cliniciens
Lorsque l'on termine l'examen d'un médicament, tenir compte de facteurs comme :

- Coût des médicaments et des options pour ceux qui n'ont pas les moyens de les payer;
- Instructions d'emballage pour ceux qui peuvent avoir besoin d'aide pour prendre leurs médicaments (p. ex. suggestion d'utiliser des plaquettes alvéolées, boîte à pilules);
- Horaire de médication du patient, en particulier lorsque l'aide d'un aidant est nécessaire pour l'administration des médicaments tout au long de la journée et de la nuit;
- Savoir si du soutien des aidants naturels est-il disponible au besoin pour les personnes qui ont besoin d'aide avec leurs médicaments;
- Formation sur la façon de gérer les régimes médicamenteux complexes.

Si l'on est un fournisseur de soins en milieu hospitalier, travailler en partenariat avec les patients et les aidants pour effectuer l'examen des médicaments à l'admission et avant le congé. Cet examen des médicaments comprend le bilan comparatif des médicaments, l'observance des ordonnances et l'optimisation; Engager une discussion avec les patients et les aidants au sujet de leur capacité et de leur volonté à utiliser leurs médicaments à la maison, comme il est recommandé par leur équipe de soins de santé, des soutiens qui sont disponibles pour les aider et de l'accès aux médicaments dans la communauté. Il faut peut-être tenir compte des facteurs énumérés ci-dessus. Il se peut aussi qu'il faille fournir un approvisionnement à court terme de médicaments jusqu'à ce qu'une ordonnance puisse être exécutée.

L'examen des médicaments devrait également être soigneusement communiqué aux fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires.

Pour les pharmaciens communautaires, les médecins de famille, les infirmières praticiennes ou infirmières ou les infirmières à domicile, une fois que le patient est à la maison, travailler avec lui et ses aidants naturels pour effectuer un examen des médicaments qui comprend des renseignements sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance et l'optimisation.

Examiner avec le patient et les aidants la manière d'utiliser efficacement leurs médicaments à la maison et la manière d'accéder aux médicaments dans la communauté. Il faut peut-être tenir compte des facteurs énumérés ci-dessus.

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent des systèmes, des processus et des ressources nécessaires pour que l'équipe hospitalière procède à un examen des médicaments à l'admission et avant le congé, y compris des renseignements sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance et l'optimisation, et pour communiquer ces renseignements aux fournisseurs de soins communautaires pertinents.

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que le fournisseur le plus responsable de la communauté puisse effectuer un examen des

médicaments qui comprend des renseignements sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance et l'optimisation.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont en main un bilan comparatif des médicaments à leur congé;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont visité l'urgence ou qui ont été réadmis à l'hôpital en raison d'un problème lié aux médicaments dans les 30 jours suivant leur congé;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou leurs aidants) qui ont déclaré avoir une bonne compréhension des médicaments qui leur sont prescrits;
- Disponibilité à l'échelle locale des dossiers de santé électronique qui permettent aux équipes hospitalières et aux pharmaciens communautaires d'échanger l'information entre eux.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Énoncé de qualité 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés

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

Définitions

Soins de suivi médical : Soins dispensés dans la collectivité par le fournisseur de soins principal du patient ou par des spécialistes après le congé de l'hôpital. Dans certains cas, en particulier pour les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale, cela peut aussi inclure leur thérapeute principal, leur conseiller ou leur coordonnateur de cas dans un organisme communautaire. Il faut tenir compte du mode (p. ex. rencontre en personne, communication par téléphone ou virtuelle) et de la durée des soins de suivi qui conviennent le mieux aux besoins et aux préférences du patient et de l'aidant. Les fournisseurs de soins responsables d'effectuer les appels de suivi devraient être identifiés avant que les personnes quittent l'hôpital.

Soins coordonnés : Des soins médicaux de suivi devraient être prévus avant le congé, et les patients et les aidants devraient recevoir les coordonnées des personnes-ressources pour ces suivis. Dans certains cas, les patients ou un membre de la famille d'un aidant peuvent prendre ces rendez-vous. Dans d'autres cas, les patients peuvent avoir besoin de l'aide du personnel hospitalier. La personne qui réserve les soins de suivi doit tenir compte des horaires du patient et de l'aidant, ainsi que de la façon de répondre à tous les besoins concernant le transport, le coût, la distance ou la mobilité physique. Si les soins de suivi ne peuvent être réservés avant le congé, ou s'il incombe au patient ou à un aidant de réserver lui-même ces soins, des instructions et des coordonnées claires doivent être fournies au patient et à son aidant avant le congé.

Sources

Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)
National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]

Justification

S'assurer que les gens consultent un professionnel de la santé pour un suivi médical après leur congé peut les aider à gérer efficacement leur état de santé et à identifier l'aggravation de leurs symptômes, les effets secondaires des changements de médicaments et les difficultés d'autogestion[47]. Une bonne coordination entre les fournisseurs de soins après le congé (y compris les soins médicaux de suivi réservés avant le congé et le transfert des renseignements médicaux entre les fournisseurs) est essentielle pour s'assurer que les personnes reçoivent des soins de suivi et une surveillance appropriés après leur transition de l'hôpital à leur domicile[5].

Les patients éprouvent parfois des difficultés à prendre rendez-vous chez le médecin après leur sortie de l'hôpital[5]. S'assurer que des rendez-vous de soins primaires et avec des spécialistes sont prévus avant que les patients quittent l'hôpital et s'assurer que les patients et les aidants ont les coordonnées des personnes-ressources pour ces visites peut atténuer le stress et assurer que les patients reçoivent les soins de suivi dont ils ont besoin.

Certains patients ont également de la difficulté à se rendre à leurs rendez-vous de suivi (p. ex. en raison de leur état de santé, d'un manque de transport, des coûts de transport ou de barrières géographiques). De plus, les personnes vivant dans les communautés rurales et éloignées ont un accès varié au suivi des soins primaires et des spécialistes (Base de données sur les congés des patients, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, base de données des personnes inscrites 2016; données fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) en septembre 2018).

Les taux de suivi médical sont plus faibles pour les personnes qui reçoivent leur congé d'un petit hôpital ou d'un hôpital éloigné, pour celles qui vivent dans une collectivité à faible revenu et pour celles qui ont un accès réduit aux médecins en général[48]. Pour ces personnes, un appel téléphonique, un suivi par communication virtuelle ou une visite à domicile d'une infirmière ou d'un médecin est le mode le plus approprié pour le suivi des soins primaires. D'autres qui sont plus vulnérables et plus à risque de ne pas recevoir de soins médicaux de suivi peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire de la part des partenaires communautaires pour s'assurer qu'ils reçoivent ces soins médicaux dans leur communauté (p. ex. dans une clinique médicale située dans un refuge ou dans un centre de santé communautaire).

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Avant de quitter l'hôpital, votre équipe de soins devrait faire ce qui suit :

- Organiser les soins de suivi offerts par votre fournisseur de soins principal ou par un spécialiste dont vous avez besoin;
- Donner des instructions écrites claires et les coordonnées des personnes-ressources pour ces soins de suivi.

Parfois, il se peut que vous, ou un aidant, ayez besoin de prendre un rendez-vous de suivi. Dans ce cas, avant que vous ne quittiez l'hôpital, quelqu'un à l'hôpital devrait le faire ce qui suit :

- Donner des instructions claires sur le rendez-vous que vous devez prendre et sur la personne que vous devez appeler pour prendre rendez-vous.

Pour les cliniciens
Coordonner et réserver les soins médicaux de suivi avec le fournisseur de soins principal du patient ou les spécialistes, au besoin, avant le congé. S'assurer que les recommandations pour les soins de suivi sont incluses dans le plan de transition ou le sommaire de congé du patient (voir l'énoncé de qualité 5). Diriger les patients qui n'ont pas de fournisseur de soins principal vers un système local, comme une équipe de santé familiale, s'il y a lieu, ou informer les patients au sujet du programme Accès Soins et les aider, si nécessaire, à trouver un fournisseur de soins principal[3,49].

Les personnes à risque élevé de réadmission peuvent avoir besoin de soins médicaux de suivi plus tôt que les personnes à faible risque[3]. Pour les patients à risque élevé de réadmission, organiser un appel téléphonique de suivi, une visite à domicile ou une visite au bureau avec une infirmière communautaire, une infirmière praticienne, un adjoint au médecin ou un médecin de famille, idéalement dans les 24 à 72 heures suivant le congé, pour s'assurer que les patients (et leurs aidants) peuvent gérer efficacement leurs soins et prendre leurs médicaments correctement[31,47,50].

Pour les planificateurs des services de santé
Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour s'assurer que les soins médicaux de suivi peuvent être coordonnés et réservés avant le congé.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont eu des rendez-vous de suivi médical coordonnés et qui ont pris rendez-vous avec leur fournisseur de soins principal (ou le fournisseur le plus responsable) ou leur médecin spécialiste avant leur congé.

Les détails de la mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

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

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

Définitions

Évaluation des besoins en matière de soins à domicile et de services de soutien communautaire : Elle tient compte des besoins de la personne, et de ses aidants naturels, afin de déterminer le type et la quantité de services de soins à domicile et de soutien communautaire dont elle aura besoin après avoir quitté l'hôpital[51]. Les besoins comprennent ceux liés au fonctionnement, aux soins médicaux, à l'équipement, à l'aménagement ou à la modification du domicile, à la cognition, à la santé mentale, à la toxicomanie, à la langue, à la culture et au soutien social. (Par exemple, l'outil Évaluation à l'accueil d'interRAI[52].)

La quantité de soutien dont une personne a besoin peut être envisagée à court et à long terme. Le soutien à court terme s'échelonne sur une période de quelques jours à plusieurs semaines. Les besoins médicaux ou chirurgicaux post-aigus en sont des exemples. Un soutien à long terme est offert pour une période dépassant plusieurs semaines. Par exemple, les soins aux personnes ayant des limitations fonctionnelles, des problèmes de santé chroniques ou des besoins de soins complexes sur le plan médical.

L'évaluation devrait également tenir compte de la capacité du patient à payer les frais qu'il aura à débourser.

Services de soins à domicile et de soutien communautaire[53] **:** Services fournis à une personne à domicile et dans la collectivité.

Les soins à domicile comprennent :

- Services de soins de santé clinique (p. ex. nutrition, soins médicaux, soins de santé mentale, soins infirmiers, ergothérapie, soins palliatifs, physiothérapie, thérapie respiratoire, travail social, orthophonie);
- Aide à l'entretien ménager (p. ex. aide au ménage, à la lessive ou à la préparation des repas);
- Aide à domicile (p. ex. entretien et réparation de la maison);
- Services de soutien personnel et autres services connexes.

Les services de soutien communautaire comprennent les services cliniques énumérés ci-dessus (p. ex. fournis par des fournisseurs de soins de santé communautaires qui peuvent être financés par des fonds publics ou privés) et les services non cliniques, tels que :

- Programmes de jour pour adultes;
- Aide et soutien aux aidants naturels;
- Dîner communautaire;
- Visite amicale;

Transitions entre l'hôpital et la maison : soins aux personnes de tous âges

- Livraison de repas;
- Logement avec services de soutien (c.-à-d. maisons de soins de longue durée et maisons de retraite);
- Aide au transport;
- Tout autre service qui aide les gens à vivre de façon autonome à la maison.

Pour les personnes ayant des besoins de soins complexes, les services de soins à domicile et de soutien communautaire comprennent la gestion communautaire des cas, y compris le suivi et la surveillance des soins.

Sources

Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)
National Institute for Health and Care Excellence, 2015[31]

Justification

L'aiguillage approprié vers des services de soins à domicile et de soutien communautaire, au besoin, est essentiel à la transition d'un patient de l'hôpital à la maison et il a été démontré qu'il réduit le taux de réadmission à l'hôpital[31,54]. Des services de soins à domicile et de soutien communautaire opportuns et appropriés aident les patients à se sentir plus à l'aise et plus confiants dans leur capacité de prendre soin d'eux-mêmes lorsqu'ils rentrent chez eux[5].

Les recherches sur ce qui influe sur l'expérience des Ontariens en ce qui concerne les soins qu'ils reçoivent pendant la transition de l'hôpital à la maison reflètent le plus souvent les défis qu'ils ont à relever en matière de soins à domicile, notamment la rapidité, la fiabilité, l'uniformité et la suffisance des services financés par l'État[5]. Beaucoup comptent sur la famille, les amis, les services privés ou les organismes de bienfaisance pour combler les lacunes. L'organisation de la logistique des soins à domicile, qu'il s'agisse de services de santé cliniques, d'équipement ou d'appareils médicaux, de personnel de soutien personnel ou de services de soutien non cliniques, peut souvent être accablante pour les patients, les familles et les aidants naturels[5].

De nombreux facteurs peuvent influer sur le type et la quantité de soins dont une personne peut avoir besoin, notamment les suivants[51] :

- Facteurs sociaux comme le faible revenu, l'instabilité du logement, le fait de vivre seul et la dynamique familiale complexe;
- Problèmes de santé complexes comme les troubles de santé mentale, la toxicomanie, les troubles cognitifs importants ou la présence de comorbidités multiples;
- Volonté et capacité des aidants de fournir des soins.

Pour assurer un soutien approprié et opportun, il faut que les patients et les aidants, leur équipe hospitalière, leur fournisseur de soins principal et les autres fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires concernés transmettent et harmonisent clairement les services de soins à domicile et de soutien communautaire dont ils ont besoin.

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Si vous avez besoin de soins de santé, de soins de soutien personnel ou d'aide d'autres services de soutien communautaire une fois de retour à la maison, un coordonnateur des soins

devrait travailler avec vous et vos fournisseurs de soins pour planifier et organiser les services avant votre départ. (Ces services comprennent les visites à domicile d'une infirmière, d'un médecin ou d'un thérapeute pour vous aider à obtenir des soins médicaux, à préparer les repas ou à faire le ménage, et à vous transporter à vos rendez-vous chez le médecin.)

Pour les cliniciens
Dans le cas des patients qui ont besoin de soins à domicile ou de services de soutien communautaire après leur congé, s'assurer qu'un coordonnateur des soins à domicile et de soins communautaires est chargé d'évaluer les besoins du patient (et de l'aidant) et d'organiser les services.

Si l'on est le coordonnateur des soins, être au courant des services de soins à domicile et de soutien communautaire qui sont offerts au patient et de la façon d'organiser ces services. Travailler avec le patient et les aidants, l'équipe de l'hôpital et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire pour comprendre les objectifs et les préférences du patient, évaluer régulièrement ses besoins en matière de soins à domicile et de services de soutien communautaire et élaborer (ou concevoir conjointement) avec lui et les aidants un plan de soins pour répondre à ses besoins et atteindre ses objectifs. Inclure les détails des services convenus dans le plan de transition ou le sommaire de congé. Évaluer régulièrement les besoins du patient en matière de soins à domicile ou de services de soutien communautaire.

Pour les planificateurs des services de santé
Impartir adéquatement les systèmes et les services pour que les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison aient accès en temps opportun et équitablement aux soins à domicile et aux services de soutien communautaire dont elles ont besoin, au moment voulu. Travailler en collaboration avec les intervenants, les communautés et les personnes ayant une expérience vécue, en utilisant les données et les preuves locales, pour concevoir conjointement des services de soins à domicile et de soutien communautaire qui répondent aux besoins de toutes les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, particulièrement celles qui sont socialement défavorisées ou qui font face à des obstacles pour accéder aux soins.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Temps d'attente médian et moyen entre le congé de l'hôpital et la date du premier service de soins à domicile pour les personnes nouvellement autorisées à recevoir des soins à domicile;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui sont aiguillées vers des services de soins à domicile et de soutien communautaire et qui déclarent avoir reçu suffisamment d'heures de services de soins à domicile;
- Pourcentage des personnes ayant reçu des soins à domicile et du soutien communautaire après leur congé de l'hôpital et qui sont retournées à la maison qui ont déclaré que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Énoncé de qualité 10 : Coûts assumés personnellement et limites des services financés

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

Définitions

Coûts des soins de santé à la charge du patient : Les coûts payés par le patient pour tous les services non financés fournis par les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires ou tous les services non financés de soins à domicile et de soutien communautaire, ainsi que les médicaments, l'équipement et les appareils médicalement nécessaires et les fournitures médicales.

Équipe de soins de santé : Comprend les fournisseurs de soins hospitaliers, de soins primaires, à domicile et communautaires du patient, ainsi que les coordonnateurs des soins à domicile et communautaires ou les travailleurs sociaux, au besoin. Dans certains hôpitaux, les rôles de travailleur social et de coordonnateur des soins à domicile et des soins communautaires sont assumés par la même personne. Dans d'autres hôpitaux, il s'agit de professionnels distincts qui assument ensemble différents aspects de ce rôle.

Source

Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)

Justification

Les patients et les aidants de l'Ontario qui ont vécu des transitions de l'hôpital à la maison ont identifié des défis liés aux coûts directs des médicaments, de l'équipement et des appareils médicaux, du transport et des services de soins à domicile[5]. La couverture limitée et les longs délais d'attente pour les soins à domicile et les services communautaires financés par l'État (p. ex. ergothérapie, physiothérapie, inhalothérapie et autres services de réadaptation) ont également été identifiés comme des défis par les patients et les aidants naturels[5,55-57].

Un rapport du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario indique que les familles et les aidants naturels ont besoin d'avoir accès à un « panier de services » de base qui reconnaît les soutiens non cliniques comme l'entretien ménager, la préparation des repas, le logement supervisé, le transport et le répit, et de les financer[53]. Le fait de pouvoir répondre efficacement à ces besoins augmente considérablement les chances de réussite de la transition de l'hôpital à la maison[5].

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison et leurs aidants ont besoin de renseignements précis sur les services et les médicaments qu'ils devront payer[53]. Pour ceux qui sont incapables de payer des services communautaires non financés ou partiellement financés, des médicaments ou de l'équipement et des appareils médicaux, le soutien devrait être fourni par des professionnels de la santé ou un coordonnateur des soins à domicile et communautaires pour s'assurer que leurs besoins en soins sont comblés. Sans ce soutien, de nombreux patients se passeront de soins.

Signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients
Avant de quitter l'hôpital, un professionnel de soins de santé doit faire ce qui suit :

- Vous informer de tout service de santé ou de soutien communautaire dont vous aurez besoin lorsque vous serez de retour à la maison;
- Expliquer les services et les médicaments dont vous payez la totalité ou une partie du coût et les options que vous pouvez explorer si vous n'avez pas les moyens de payer pour certains services;

Pour les cliniciens
Collaborer avec ses collègues fournisseurs de soins de santé (fournisseurs de soins hospitaliers, fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires, coordonnateurs des soins à domicile et communautaires ou travailleurs sociaux) pour fournir aux personnes en transition d'un hôpital à la maison et à leurs aidants naturels des renseignements sur les services de santé et de soutien communautaire et les médicaments qui sont financés et ceux qu'elles devront payer; Fournir de l'information sur les services de santé et de soutien communautaire, financés et non financés, et aider les patients à y accéder; Informer les patients et leurs aidants de tous les frais (s'ils sont connus) et les aider à examiner la couverture d'assurance privée ou d'autres sources de financement, comme March of Dimes Canada, le Programme des services de santé non assurés (SSNA), le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), le Programme de médicaments de l'Ontario, Ontario au travail et la ligneSanté. Aider ceux qui auront besoin d'aide à payer à revoir leur couverture d'assurance privée ou à trouver d'autres sources de financement.

Pour les planificateurs des services de santé
S'assurer que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de travailler ensemble afin de fournir de l'information et de planifier les services de santé et de soutien communautaire et les médicaments qui sont financés et non financés.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont l'équipe de soins de santé a évalué la capacité de payer les frais de leur propre poche;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui déclaré avoir reçu l'information dont elles ont besoin au sujet du financement disponible pour les services de santé qui ne sont pas financés par l'État;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré ne pas avoir reçu l'aide dont elles avaient besoin en raison des coûts.

Les détails de la mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Appendice 1 : Manière dont le système de soins de santé peut appuyer la mise en œuvre

À venir

Appendice 2 : Mesure à l'appui de l'amélioration

Le comité consultatif sur la norme de qualité pour les transitions en matière de soins de l'hôpital au domicile a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer la transition entre l'hôpital et la maison en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Pour évaluer la prestation équitable des soins, vous pouvez stratifier les indicateurs mesurés localement selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, comme l'âge, le niveau de scolarité, le genre, le revenu, la langue et le sexe.

Notre guide de mesure pour les transitions entre l'hôpital et la maison fournit plus d'informations et des étapes concrètes sur la façon d'intégrer la mesure dans votre travail de planification et d'amélioration de la qualité.

Manière de mesurer le succès global

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré s'être senties impliquées dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement dans la mesure qu'elles souhaitaient.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent s'être senties impliquées dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement dans la mesure qu'elles souhaitaient;
- Source des données : Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens, Institut canadien d'information sur la santé.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré que les médecins ou le personnel où elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et de retour à la maison ayant vu leur fournisseur de soins principal;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent que les médecins ou le personnel où ils reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital;

- Source des données : Enquête sur l'expérience des soins de santé, ministère de la Santé.

Pourcentage des personnes ayant reçu des soins à domicile et du soutien communautaire après leur congé de l'hôpital et qui sont retournées à la maison ayant déclaré que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et de retour à la maison ayant reçu des soins à domicile;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin;
- Source des données : Enquête d'évaluation de l'expérience des nouveaux clients et des nouveaux aidants (en cours d'élaboration), réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Temps d'attente médian et moyen entre le congé de l'hôpital et la date du premier service de soins à domicile pour les personnes nouvellement autorisées à recevoir des soins à domicile.

- Source des données : Base de données sur les soins à domicile, ministère de la Santé

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont l'aidant naturel principal se sent prêt à assumer son rôle (mesurable pour les aidants naturels des clients des soins à domicile seulement).

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont l'aidant naturel principal déclare se sentir préparé à assumer son rôle;
- Source des données : Enquête d'évaluation de l'expérience des nouveaux clients et des nouveaux aidants (en cours d'élaboration), réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui se rendent à l'urgence dans 1) les 7 jours suivant leur congé et dans 2) les 30 jours suivant leur congé.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui se rendent à l'urgence dans 1) les 7 jours suivant leur congé et dans 2) les 30 jours suivant leur congé;
- Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont été réadmises à l'hôpital dans 1) les 7 jours suivant leur congé et dans 2) les 30 jours suivant leur congé.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui sont réadmises à l'hôpital dans 1) les 7 jours suivant leur congé et dans 2) les 30 jours suivant leur congé;
- Source des données : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Indicateur ne pouvant être mesuré qu'à l'aide de données locales

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les sommaires de congé sont remis aux fournisseurs de soins principaux dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personne du dénominateur dont les sommaires de congé sont remis aux fournisseurs de soins principaux dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital;
- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Cet indicateur est inclus dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux pour 2019-2020.

Manière de mesurer l'amélioration par rapport aux énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Échange de renseignement sur l'admission

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et dont l'hôpital avise leurs fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes concernés de l'hospitalisation peu après leur admission.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont l'hôpital avise leurs fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes existants de l'hospitalisation peu après leur admission.
- Sources de données : collecte de données locale.

Disponibilité à l'échelle locale des dossiers de santé électronique qui permettent aux équipes hospitalières et aux fournisseurs de soins primaires, à domicile et communautaires ainsi que les médecins spécialistes concernés d'échanger l'information entre eux.

- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Voir la recommandation pour adoption 2 à l'appendice 1.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont l'évaluation globale a été mise à jour régulièrement tout au long de leur séjour à l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital ayant fait l'objet d'une évaluation globale;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont l'évaluation globale a été mise à jour régulièrement tout au long de leur séjour à l'hôpital;
- Sources de données : collecte de données locale.

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

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré s'être senties impliquées dans les décisions concernant leur plan de transition dans la mesure qu'elles souhaitaient.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré s'être senties impliquées dans les décisions concernant la planification de leur transition dans la mesure qu'elles souhaitaient;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé qui ont déclaré avoir senti que leur famille et leurs aidants étaient impliqués dans les décisions concernant leur plan de transition dans la mesure qu'elles souhaitaient.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré avoir senti que leur famille et leurs aidants étaient impliquées dans les décisions concernant la planification de leur transition dans la mesure qu'elles souhaitaient;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients/aidants.

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

Pourcentage des personnes qui ont déclaré avoir reçu suffisamment d'information sur ce qu'il faut faire si elles s'inquiètent de leur état de santé ou de leur traitement après avoir quitté l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (et leurs aidants);
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent avoir reçu suffisamment d'information sur ce qu'il faut faire si elles s'inquiètent de leur état de santé ou de leur traitement après avoir quitté l'hôpital;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients;
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans le Sondage sur l'expérience d'hospitalisation des patients canadiens[58] : « Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital? » (Options de réponse : « Pas du tout; Un peu; Moyennement; Complètement »).

Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré avoir le sentiment d'avoir le soutien et les services dont ils ont besoin pour les aider à gérer leur état de santé à la maison.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré avoir le sentiment d'avoir le soutien et les services dont elles ont besoin pour les aider à gérer leur état de santé à la maison;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients.
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans le Commonwealth Fund International Health Policy Survey (sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund)[59] : « [Traduction] Une fois avoir quitté l'hôpital, avez-vous senti avoir le soutien et les services requis pour vous aider à gérer votre état de santé à la maison? » (Options

de réponse : « [Traduction] Oui; Non, Je n'avais pas besoin de soutien pour gérer mon état de santé; Incertain; Je ne veux pas répondre »).

Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré savoir à qui s'adresser si elles ont des questions au sujet de leur état de santé ou de leur traitement.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent savoir à qui s'adresser si elles ont des questions au sujet de leur état de santé ou de leur traitement;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients;
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans l'Enquête d'évaluation de l'expérience des nouveaux clients et des nouveaux aidants (en cours d'élaboration)[60] : « Lorsque vous avez quitté l'hôpital, saviez-vous avec qui communiquer si vous aviez une question sur votre état de santé ou votre traitement? » (Options de réponse : « Oui; Non; Je ne sais pas/ne me souviens pas »).

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui retournent à la maison et dont l'aidant naturel principal se sent prêt à assumer son rôle (mesurable pour les aidants naturels des clients des soins à domicile seulement).

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et qui retournent à la maison.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont l'aidant naturel principal déclare se sentir préparé à assumer son rôle.
- Source des données : Enquête d'évaluation de l'expérience des nouveaux clients et des nouveaux aidants (en cours d'élaboration), réseaux locaux d'intégration des services de santé

Énoncé de qualité 5 : Plans de transition

Pourcentage de la population ayant reçu un plan de transition écrit avant de quitter l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont reçu un plan de transition écrit avant de quitter l'hôpital;
- Sources de données : collecte de données locale.
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans le Commonwealth Fund International Health Policy Survey (sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund)[59] : « [Traduction] Lorsque vous avez quitté l'hôpital, avez-vous reçu un de l'information par écrit que ce que vous devez faire lorsque vous retournez à la maison et sur les symptômes à surveiller? » (Options de réponse : « [Traduction] Oui; Non; Incertain; Refuse de répondre »).

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les sommaires de congé sont remis aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et qui retournent à la maison.
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les sommaires de congé sont remis aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.
- Sources de données : collecte de données locale
- Remarque : Cet indicateur est inclus dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux pour 2019-2020.
- Remarque : Cet indicateur est également compris dans la section « Manière de mesurer le succès ».

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui reçoivent des soins à domicile et des soins communautaires, dont les résumés de congé sont envoyés à ces fournisseurs de soins dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont reçu des soins à domicile et des soins communautaires;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les sommaires de congé sont envoyés à leur fournisseur de soins à domicile et de soins communautaires dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital;
- Sources de données : collecte de données locale.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui déclarent que les médecins ou le personnel où elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent qu'après leur congé, les médecins ou le personnel où elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informées et à jour sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital.
- Source des données : Enquête sur l'expérience des soins de santé, ministère de la Santé.

Disponibilité à l'échelle locale des dossiers de santé électronique qui permettent aux équipes hospitalières et aux fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires d'échanger l'information entre eux.

- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Voir la recommandation pour adoption 2 à l'appendice 1.

Énoncé de qualité 6 : Transitions coordonnées

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui avaient un professionnel de la santé communautaire désigné responsable de la coordination de leurs soins au moment du congé de l'hôpital.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes qui avaient un professionnel de la santé communautaire désigné responsable de la coordination de leurs soins au moment du congé de l'hôpital;

Transitions entre l'hôpital et la maison : soins aux personnes de tous âges

- Sources de données : collecte de données locale.

Pourcentage des personnes hospitalisées (ou leurs aidants) qui déclarent savoir qui est le principal responsable de la coordination de leur congé.

- Dénominateur : nombre total de personnes à l'hôpital qui se préparent à recevoir leur congé (ou leurs aidants);
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent savoir qui est le principal responsable de la coordination de leur congé;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou de leurs aidants) qui ont déclaré être incapables de communiquer avec leur professionnel de la santé lorsqu'ils en ont besoin.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou leurs aidants) qui ont tenté de communiquer avec leur professionnel de la santé;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent ne pas être en mesure de communiquer avec leur professionnel de la santé;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients.

Disponibilité locale des systèmes hospitaliers pour que les patients, les familles, les aidants et les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires aient une personne-ressource désignée responsable de la planification de la transition, de sa coordination et des communications en temps opportun.

- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Voir la recommandation pour adoption 2 à l'appendice 1.

Énoncé de qualité 7 : Examen des médicaments et soutien associé

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont en main un bilan comparatif des médicaments à leur congé.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont on a fait un bilan des médicaments au moment de leur congé;
- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Cet indicateur est inclus dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux pour 2019-2020.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont visité l'urgence ou qui ont été réadmis à l'hôpital en raison d'un problème lié aux médicaments dans les 30 jours suivant leur congé.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont vécu l'une des situations suivants en lien avec leurs médicaments :
    - Visite à l'urgence dans les 30 jours suivant leur congé ou
    - Réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé
- Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou leurs aidants) qui ont déclaré avoir une bonne compréhension des médicaments qui leur sont prescrits.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou leurs aidants);
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent avoir une bonne compréhension des médicaments qui leur sont prescrits;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients;
- Remarque : Une question de sondage similaire se trouve dans le Sondage sur l'expérience d'hospitalisation des patients canadiens[58] : « Avant de quitter l'hôpital, connaissiez-vous bien tous vos médicaments prescrits, y compris ceux que vous preniez avant votre séjour à l'hôpital? » (Options de réponse : « Pas du tout; Un peu; Moyennement; Complètement; Ne s'applique pas »);
- Exclusions : Ceux qui ne prennent aucun médicament prescrit.

La disponibilité des systèmes hospitaliers qui fournissent des listes de médicaments et des indications cliniques aux pharmacies communautaires au moment du congé, y compris une liste complète des médicaments et des rendez-vous de suivi.

- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Voir la recommandation pour adoption 2 à l'appendice 1.

Énoncé de qualité 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont eu des rendez-vous de suivi médical coordonnés et qui ont pris rendez-vous avec leur fournisseur de soins principal (ou le fournisseur le plus responsable) ou leur médecin spécialiste avant leur congé.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes qui ont eu des rendez-vous de suivi médical coordonnés et qui ont pris rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaire (ou le fournisseur le plus responsable) ou leur médecin spécialiste avant leur congé;
- Sources de données : collecte de données locale;
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans le Commonwealth Fund International Health Policy Survey (sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund)[59] : « [Traduction] Lorsque vous avez quitté l'hôpital, est-ce que ce dernier a pris les arrangements ou s'est-il assuré que vous aviez des soins de suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé? » (Options de réponse : « [Traduction] Oui; Non; Ne s'applique pas/aucun soins de suivi requis; Incertain; Je ne veux pas répondre »).

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

Temps d'attente médian et moyen entre le congé de l'hôpital et la date du premier service de soins à domicile pour les personnes nouvellement autorisées à recevoir des soins à domicile.

- Population : personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital avec de nouveaux services de soins à domicile organisés (à l'exclusion des services de gestion de cas) ;
- Strate potentielle : type de services à domicile;
- Source des données : Base de données sur les soins à domicile, ministère de la Santé;

- Remarque : Cet indicateur est également compris dans la section « Manière de mesurer le succès ».

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital ayant été aiguillés vers des services de soins à domicile et de soutien communautaire et qui déclarent avoir reçu suffisamment d'heures de services de soins à domicile.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital ayant été aiguillée vers des services de soutien communautaire et de soins à domicile;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent recevoir assez d'heures de services de soins à domicile;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients;
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans l'Enquête d'évaluation de l'expérience des nouveaux clients et des nouveaux aidants (en cours d'élaboration)[60] : « Avez-vous reçu assez d'heures de soins à domicile? » (Options de réponse : « J'en ai reçu bien plus qu'il ne faut; J'en ai reçu assez; J'en ai besoin d'un peu plus; J'en ai besoin de beaucoup plus; Je ne sais pas/ne me souviens pas »);
- Exclusion : personnes ayant répondu « Je ne sais pas/ne me souviens pas ».

Pourcentage des personnes ayant reçu des soins à domicile et du soutien communautaire après leur congé de l'hôpital qui ont déclaré que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont reçu des services de soutien communautaire et de soins à domicile;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients;
- Remarque : Une question de sondage validée peut être utilisée pour informer que la collecte de données locale se trouve dans l'Enquête d'évaluation de l'expérience des nouveaux clients et des nouveaux aidants (en cours d'élaboration)[60] : « Êtes-vous d'accord que vos soins à domicile ont commencé au moment où vous en aviez besoin? » (Options de réponse : « Oui; Non; Je ne sais pas/ne me souviens pas »);
- Exclusion : personnes ayant répondu « Je ne sais pas/ne me souviens pas »
- Remarque : Cet indicateur est également compris dans la section « Manière de mesurer le succès ».

Énoncé de qualité 10 : Coûts assumés personnellement et limites des services financés

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont l'équipe de soins de santé a évalué la capacité de payer les frais de leur propre poche.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont l'équipe de soins de santé a évalué la capacité de payer les frais de leur propre poche;
- Sources de données : collecte de données locale.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré avoir reçu l'information dont elles ont besoin au sujet du financement disponible pour les services de santé qui ne sont pas financés par l'État.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent avoir reçu l'information dont elles ont besoin au sujet du financement disponible pour les services de santé qui ne sont pas financés par l'État;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients.

Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont déclaré ne pas avoir reçu l'aide dont elles avaient besoin en raison des coûts.

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital;
- Numérateur : nombre de personnes qui déclarent ne pas avoir reçu l'aide dont elles avaient besoin en raison des coûts;
- Source de données : collecte de données locale à l'aide d'un sondage auprès des patients.
- Remarque : Un exemple d'une question de sondage validée peut être utilisé pour informer que la collecte de données locale se trouve dans le Commonwealth Fund International Health Policy Survey (sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund)[59] : « [Traduction] Au cours de la dernière année, y a-t-il eu un moment où vous n'avez PAS reçu l'aide dont vous aviez besoin en raison des coûts? » (Options de réponse : « [Traduction] Oui; Non; Incertain; Refuse de répondre »).

Appendice 3 : Glossaire

Aidant : Une personne qui fournit des soins et du soutien de manière non professionnelle. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis ou de toute autre personne identifiée par la personne qui fait la transition entre l'hôpital et la maison. Ce rôle peut être joué par une personne ou plus et il peut inclure la prestation de soins directs, de soutien émotionnel, de coordination des soins, de défense et d'aide financière[61]. Autres termes habituellement utilisés pour décrire ce rôle : « aidant naturel », « proche aidant », « aidant naturel », « soignant non professionnel » et « principal fournisseur de soins ».

Cercle de soins : Les membres d'une équipe de soins de santé qui, selon un le consentement implicite du patient, peuvent collecter, utiliser et divulguer les renseignements personnels sur la santé d'un patient/client afin de fournir des soins de santé dans des circonstances précises[34], concept dont il est fait mention dans la LPRPS. Ceci peut comprendre les membres de la famille et les aidants que le patient consent à inclure dans son cercle de soins, et toute mandataire spécial nommé en vertu d'une « procuration relative au soin de la personne ».

Équipe hospitalière : Tous les fournisseurs de soins qui assurent la prestation de soins coordonnés pour une personne à partir de son admission à l'hôpital jusqu'à son retour à la maison. Cela comprend notamment :

- Nutritionnistes
- Fournisseurs de services en toxicomanie et en santé mentale
- Infirmières et infirmières praticiennes
- Ergothérapeutes
- Pharmaciens
- Médecins
- Physiothérapeutes
- Psychologues
- Inhalothérapeutes
- Travailleurs sociaux
- Orthophonistes
- Bénévoles

Famille : Les membres de la famille, les amis ou les personnes qui offrent du soutien sans être nécessairement liées à la personne qui fait la transition entre l'hôpital et la maison. Cette personne définit qui fait partie de sa famille et qui participera à la prestation des soins dont elle a besoin.

Fournisseurs de soins de santé : Professionnels accrédités et également des personnes de professions non accréditées, comme du personnel administratif, des travailleurs en soutien comportemental, des travailleurs en soutien personnel, du personnel récréatif, du personnel de soins spirituels et des bénévoles.

Fournisseur de soins principal : Un médecin de famille (également appelé médecin de soins primaire) ou une infirmière praticienne.

Maison : Lieu de résidence habituel d'une personne.

Professionnels de la santé : Professionnels accrédités, comme des infirmières, des infirmières praticiennes, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des médecins (médecins de famille, spécialistes) des physiothérapeutes, des psychologues, des inhalothérapeutes, des travailleurs sociaux et des orthophonistes.

Appendice 4 : Commentaires des patients et des aidants

En consultation avec les patients et les aidants de la province, nous avons appris ce qui suit :

1. Il n'y a pas assez de services de soins à domicile financés par l'État pour combler les besoins.
2. Le soutien de soins à domicile n'est pas en place lorsque les patients arrivent à la maison de l'hôpital.
3. Les patients doivent se défendre pour obtenir des soins à domicile suffisants.
4. Les patients ne sont pas impliqués dans la planification de leur congé.
5. Une fois à la maison, les patients n'ont pas les coordonnées des personnes-ressources à appeler en cas de problème.
6. Au cours de la planification du congé, les fournisseurs hospitaliers tiennent pour acquis que la famille et les amis fourniront les soins.
7. Il y a une longue attente pour les rendez-vous de suivi avec les médecins de famille et les spécialistes.
8. Les patients reçoivent des informations qui ne sont pas claires ou qui ne sont pas uniformes sur leur état de santé.

Méthode de consultation des patients et des aidants

L'amélioration de l'expérience vécue par le patient et l'aidant durant la transition entre l'hôpital et la maison est une priorité pour le système de santé de l'Ontario, mais il existe peu de recherche sur ce qui est le plus important pour eux. Par conséquent, pour appuyer l'élaboration de cette norme de qualité, Qualité des services de santé Ontario s'est associée à des organismes de soins de santé et communautaires pour mener une consultation à l'échelle de la province en 2018 grâce à un vaste engagement auprès des personnes ayant vécu la transition de l'hôpital au domicile. Nous avons parlé à des personnes qui avaient reçu leur congé à la maison après une hospitalisation d'une nuit dans un hôpital de l'Ontario au cours des trois dernières années; nous avons également parlé à des aidants de personnes qui avaient été hospitalisées et qui avaient reçu leur congé à la maison. Nous leur avons posé des questions sur les facteurs qui ont influé sur leur expérience de transition d'un hôpital à la maison[5], et nous avons défini le terme « maison » comme incluant les soins de longue durée, le logement supervisé et les refuges, en plus des résidences personnelles.

Au total, 665 personnes ont répondu à notre sondage en ligne; 40 % étaient des patients, 53 % étaient des aidants et 7 % avaient été à la fois des patients et des soignants. De plus, 71 personnes ont participé à l'une des huit discussions de groupe. La plupart (95 %) ont déclaré avoir reçu leur congé dans un appartement, une maison ou une autre résidence communautaire, tandis que 5 % ont reçu leur congé dans un foyer de soins de longue durée et 8 % dans un établissement de réadaptation ou un hôpital pour malades chroniques.

Les chercheurs ont regroupé les commentaires des participants au sondage et aux groupes de discussion en 52 concepts uniques liés au processus de transition. Ces concepts couvraient le continuum des soins, depuis l'hospitalisation jusqu'à la préparation d'un congé réussi (c.-à-d. planification et processus de congé, services opportuns et soutien logistique après le congé) et au retour dans la collectivité (c.-à-d. coordination des soins médicaux de suivi, soins à domicile, réadaptation communautaire et soins médicaux dans la collectivité, frais remboursables et limites des services financés).

Les gens ont le plus souvent fait état de défis en matière de soins à domicile en ce qui concerne l'uniformité, la fiabilité, la suffisance et la rapidité d'exécution des services financés par les fonds publics. Beaucoup comptaient sur la famille, les amis, les services privés ou les organismes de bienfaisance pour combler les lacunes. Le deuxième thème le plus souvent abordé concernait les difficultés liées au processus de congé, y compris des facteurs comme une communication insuffisante, le manque de participation du patient et du personnel aidant au processus et le moment opportun.

Dans une deuxième phase de cette recherche, un plus petit nombre de participants ont répondu à deux questions clés :

1. Quel problème diminuerait votre confiance de prendre soin de vous-même (pour les patients) ou du patient (pour les aidants)?
2. Quels domaines devraient être améliorés en priorité (en tant que priorités absolues pour le système de santé)?

Les huit concepts énumérés ci-dessus ont été jugés les plus importants pour les deux questions; ils sont énumérés par ordre de priorité pour les répondants. Les concepts les mieux cotés étaient assez uniformes parmi les sous-groupes de patients et de aidants de milieux et de circonstances différents.

Notre engagement auprès des personnes qui ont vécu des transitions de l'hôpital à la maison a contribué à l'élaboration de cette norme de qualité. Apprendre les expériences des gens nous a aidés à savoir quels sujets nous devions aborder.

Remerciements

Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Amir Ginzburg (coprésident)
Chief et directeur médical, programme de médecine, Trillium Health Partners
Chef de la qualité clinique, Mississauga Halton Local Health Integration Network et Qualité des services de santé Ontario

Lianne Jeffs (coprésidente)
Chef de la recherche et de l'innovation, professeur résident, Sinai Health System
Chercheuse clinicienne principale des domaines de la santé et infirmier, Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute

Carole Ann Alloway
Cofondatrice, Family Caregivers Voice
Conseillère avec une expérience vécue

Chantal Backman
Aide-professeure, Université d'Ottawa

Tanya Baker
Gestionnaire de la sécurité du patient et de la pratique clinique, Bayshore HealthCare

Carole Beauvais
Présidente-directrice générale, Nucleus Independent Living

Lara de Sousa
Vice-présidente, services à la clientèle, Cercle de soins, Sinai Health System

Julie Drury
Conseillère avec une expérience vécue
Comité consultation pour la famille et les patients du ministère, ministère de la Santé et de Soins de longue durée

Laurie Hebert
Débit des patients, planification du congé, coordonnatrice avec le réseau de santé, Arnprior Regional Health

Helen Janzen
Gestionnaire, programmes de service communautaire intégré
Chef, placement et soins de longue durée, Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Waterloo Wellington

Helene LaCroix
Vice-présidente, innovations cliniques, Saint Elizabeth Health

Brenda Laurin
Coprésidente, conseil consultatif des patients, des familles et du public de Qualité des services de santé Ontario
Aidant
Conseillère avec une expérience vécue

Joanne Maxwell
Directrice principale, pratique collaborative, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital

Susan McKenna
Chef pharmacienne clinique, services de pharmacie, Kingston Health Sciences Centre

Jennifer Mills
Directrice générale, Quinte and District Rehabilitation

Andrea Moser
Directrice médicale associée, soins de longue durée et agente principale d'information médicale, Baycrest Health Sciences
Chef de la qualité clinique, Qualité des services de santé Ontario

Shailesh Nadkarni
Directeur régional, soins aux patients et partenariats, RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB)

Elly Nadorp
Formatrice de coordonnateur des soins, réseau de santé de Western Ottawa
Travailleuse sociale, Pinecrest Queensway Community Health Centre

Diana Nichol
Infirmière praticienne et chef des transitions efficaces et de l'amélioration de la qualité, chef d'équipe de médecine familiale de du district de Tilbury

Michael Nickerson
Conseiller avec une expérience vécue

Karen Okrainec
Chercheuse clinique, University Health Network, Université de Toronto

Thuy-Nga (Tia) Pham
Chef médecin, équipe de médecine familiale de South East Toronto

Suzanne Saulnier
Directrice des services de soutien comportemental, LOFT Community Services

Organisations ayant apporté leur contribution

Qualité des services de santé Ontario remercie les organismes suivants pour leur contribution continue à l'élaboration de cette norme de qualité à titre d'observateurs d'office ou sans droit de vote :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Ontario Medical Association (OMA)

Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO)

Références

(1) Naylor M, Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):58-63.

(2) Li J, Brock J, Jack B, Mittman B, Naylor M, Sorra J, et al. Project ACHIEVE - using implementation research to guide the evaluation of transitional care effectiveness. BMC Health Serv Res. 2016;16:70.

(3) Avoidable Hospitalization Advisory Panel. Enhancing the continuum of care: report of the Avoidable Hospitalization Advisory Panel [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2011 [cited 2018 Nov 4]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf

(4) Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003;138(3):161-7.

(5) Kiran T, Wells D, Okrainec K, Kennedy C, Devotta K, Mabaya G, et al. Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home: results from a province-wide consultation. Forthcoming.

(6) Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):556-7.

(7) Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009;360(14):1418-28.

(8) Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):746-54.

(9) Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ. 2004;170(3):345-9.

(10) Moore C, McGinn T, Halm E. Tying up loose ends: discharging patients with unresolved medical issues. Arch Intern Med. 2007;167(12):1305-11.

(11) Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. Ann Intern Med. 2005;143(2):121-8.

(12) Dhalla IA, O'Brien T, Ko F, Laupacis A. Toward safer transitions: how can we reduce post-discharge adverse events? Healthc Q. 2012;15 Spec No:63-7.

(13) Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. J Am Med Assoc. 2007;297(8):831-41.

(14) Jeffs L, Saragosa M, Law M, Kuluski K, Espin S, Merkley J, et al. Elucidating the information exchange during interfacility care transitions: insights from a qualitative study. BMJ Open. 2017;7(7):e015400.

(15) The Change Foundation. Spotlight on Ontario's caregivers [Internet]. Toronto (ON): The Foundation; 2018 [cited 2018 Nov]. Available from: https://www.changefoundation.ca/spotlight-on-caregivers/

(16) Health Quality Ontario. Measuring up 2018: a yearly report on how Ontario's health system is performing [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2018 [cited 2019 Feb]. Available from: https://www.hqontario.ca/measuring-up

(17) Health Quality Ontario. Quality monitor: 2012 report on Ontario's health system [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2012 [cited 2017 Jun 9]. Available from: http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2012-en.pdf

(18) Lapointe-Shaw L, Mamdani M, Luo J, Austin PC, Ivers NM, Redelmeier DA, et al. Effectiveness of a financial incentive to physicians for timely follow-up after hospital discharge: a population-based time series analysis. CMAJ. 2017;189(39):E1224-9.
(19) Lam K, Abrams HB, Matelski J, Okrainec K. Factors associated with attendance at primary care appointments after discharge from hospital: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2018;6(4):E587-93.
(20) Change Foundation, Ontario Association of Community Care Access Centres. Having their say and choosing their way: helping patients and caregivers move from hospital to 'home' [Internet]. Toronto (ON): Change Foundation; 2008 [cited 2017 Jun 9]. Available from: http://www.changefoundation.ca/having-their-say-choosing-their-way/
(21) Health Quality Ontario. Connecting the dots for patients: family doctors' views on coordinating patient care in Ontario's health system [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2018 Aug 28]. Available from: http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/connecting-the-dots-report-en.pdf
(22) Patient Ombudsman's Office. Fearless: listening, learning, leading. Annual report 2016/17 [Internet]. Toronto (ON): The Office; 2017 [cited 2019 Feb]. Available from: https://patientombudsman.ca/Portals/0/documents/Annual_Report_Final_EN.PDF
(23) World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care [Internet]. Geneva (Switzerland): The Organization; 2016 [cited 2019 Feb]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=ECDE98EFCE58A62C05F4D8B5D32A3E2A?sequence=1
(24) Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault L. Experiences of older adults in transition from hospital to community. Can J Aging. 2015;34(1):90-9.
(25) Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):549-55.
(26) Gruneir A, Fung K, Fischer HD, Bronskill SE, Panjwani D, Bell CM, et al. Care setting and 30-day hospital readmissions among older adults: a population-based cohort study. CMAJ. 2018;190(38):E1124-E33.
(27) Meddings J, Reichert H, Smith SN, Iwashyna TJ, Langa KM, Hofer TP, et al. The impact of disability and social determinants of health on condition-specific readmissions beyond Medicare risk adjustments: a cohort study. J Am Geriatr Soc. 2016;32(1):71-80.
(28) Canadian Institute for Health Information. Care for children and youth with mental disorders [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2015 [cited 2019 Jul 04]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/CIHI%20CYMH%20Final%20for%20pubs_EN_web.pdf
(29) Virapongse A, Misky GJ. Self-identified social determinants of health during transitions of care in the medically underserved: a narrative review. J Gen Intern Med. 2018;33(11):1959-67.
(30) Karliner LS, Auerbach A, Napoles A, Schillinger D, Nickleach D, Perez-Stable EJ. Language barriers and understanding of hospital discharge instructions. Med Care. 2012;50(4):283-9.
(31) National Institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. London: The Institute; 2015 [cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng27
(32) Speak Up. Advance care planning [Internet]. Ottawa (ON): Speak Up; c2019 [cited 2019 Feb 27]. Available from: http://www.advancecareplanning.ca/

(33) Registered Nurses' Association of Ontario. Care transitions: clinical best practice guidelines [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2014 [cited 2019 Feb]. Available from: https://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions
(34) Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario. Frequently asked questions: health information and privacy [Internet]. Beaverton (ON): The Federation; 2014 [cited 2018 Dec 20]. Available from: http://ipc.fhrco.org/faq.php?id=14
(35) Health Quality Ontario. Assessment of innovative practices in transitions between hospital and home [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016 [cited 2019 Feb]. Available from: http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Quality-Improvement-in-Action/Health-Links/Health-Links-Resources/Transitions-between-Hospital-and-Home
(36) National Institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs: quality standard [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs136
(37) Health Quality Ontario. Early identification of people at risk of hospitalization: hospital admission risk prediction (HARP)—a new tool for supporting providers and patients [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2013 [cited 2019 Mar 8]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/HARP_reportv_En.pdf
(38) van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. CMAJ. 2010;182(6):551-7.
(39) World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva (Switzerland): The Organization; 2006 [cited 2018 Oct 20]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
(40) Commisso E, McGilton KS, Ayala AP, Andrew MK, Bergman H, Beaudet L, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a protocol for a scoping review. BMJ Open. 2017;7(12):e018247.
(41) Okrainec K, Lau D, Abrams HB, Hahn-Goldberg S, Brahmbhatt R, Huynh T, et al. Impact of patient-centered discharge tools: a systematic review. J Hosp Med. 2017;12(2):110-7.
(42) OpenLab. Patient oriented discharge summary (PODS) [Internet]. Toronto (ON): OpenLab; 2019 [cited 2019 Feb]. Available from: http://uhnopenlab.ca/project/pods/
(43) Hahn-Goldberg S, Jeffs L, Troup A, Kubba R, Okrainec K. "We are doing it together": the integral role of caregivers in a patient's transition home from the medicine unit. PLoS One. 2018;13(5):1-14.
(44) Kwan JL, Morgan MW, Stewart TE, Bell CM. Impact of an innovative inpatient patient navigator program on length of stay and 30-day readmission. J Hosp Med. 2015;10(12):799-803.
(45) Figueroa JF, Feyman Y, Zhou X, Joynt Maddox K. Hospital-level care coordination strategies associated with better patient experience. BMJ Qual Saf. 2018;27(10).
(46) McCarthy LM, Li S, Fernandes O, Cameron K, Lui P, Wong G, et al. Enhanced communication between inpatient and community pharmacists to optimize medication management during transitions of care. J Am Pharm Assoc (2003). 2018;59(1):79-86.
(47) Saskatchewan Health Quality Council. High-quality care transitions: a guide to improving continuity of care (online guide) [Internet]. Saskatoon (SK): The Council; 2018 [cited 2019 Feb]. Available from: https://hqc.sk.ca/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=0&moduleid=417&articleid=286&documentid=73
(48) Canadian Institute for Health Information. Physician follow-up after hospital discharge: progress in meeting best practices [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2015 [cited

2019 Feb]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/Physician-Follow-Up-Study-mar2015_EN.pdf

(49) Ministry of Health and Long-Term Care. Health Care Connect [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2019 Feb]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect/pro/

(50) Health Quality Ontario. Adopting a common approach to transitional care planning: helping Health Links improve transitions and coordination of care [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2014 [cited 2017 Jun 9]. Available from: http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-traditional-care-planning-en.pdf

(51) Ministry of Health and Long-Term Care. Thriving at home: a levels of care framework to improve the quality and consistency of home and community care for Ontarians [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2019 Feb]. Available from: http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/loc_report_2017.pdf

(52) InterRAI, Ministry of Health and Long-Term Care. Contact assessment (CA): a screening level assessment for emergency department and intake from community/hospital [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2019 [cited 2019 Mar 8]. Available from: http://www.interrai.org/contact-assessment.html

(53) Expert Group on Home and Community Care. Bringing care home: report of the Expert Group on Home and Community Care [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2019 Feb]. Available from: http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/hcc_report.pdf

(54) Scott IA. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. Aust Health Rev. 2010;34(4):445-51.

(55) Devitt RMA, Falter LB, Soever LJ, Passalent LA. Barriers to rehabilitation in primary health care in ontario: funding and wait times for physical therapy services. Physiother Can. 2007;59(3):173-83.

(56) Landry MD, Deber RB, Jaglal S, Laporte A, Holyoke P, Devitt R, et al. Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study. Int J Rehabil Res. 2006;29(4):303-7.

(57) Passalent LA, Landry MD, Cott CA. Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada. Physiother Can. 2009;61(1):5-14.

(58) Canadian Institute for Health Information. Canadian Patient Experiences Survey—Inpatient Care [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2018 [cited 2019 Feb 25]. Available from: https://www.cihi.ca/en/patient-experience#_about_survey

(59) Commonwealth Fund. Commonwealth Fund International Survey [Internet]. New York: The Fund; 2018 [cited 2019 Feb 25]. Available from: https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys

(60) Health Shared Services Ontario, Health Quality Ontario. Home and community care client experience survey [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; Forthcoming 2019.

(61) Gibson MJ, Kelly KA, Kaplan AK. Family caregiving and transitional care: a critical review [Internet]. The National Center on Caregiving, Family Caregiver Alliance Oct 2012 [cited 2019 Jun 19]. Available from: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/FamCGing_TransCare_CritRvw_FINAL10.31.2012.pdf

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé est le leader provincial pour la qualité des soins de santé. Nous aidons les infirmières, les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent fort en première ligne à être plus efficaces dans ce qu'ils font - en leur fournissant des conseils et des données objectifs et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.

Nous nous efforçons de rendre les soins de santé plus efficaces, efficients et abordables grâce à un mandat législatif de :

- Faire rapport au public, aux organismes, au gouvernement et aux fournisseurs de soins de santé sur le rendement du système de santé;
- Trouver les meilleures preuves de ce qui fonctionne;
- Traduire ces données probantes en normes cliniques, en recommandations aux professionnels de la santé et aux bailleurs de fonds et en outils que les fournisseurs de soins de santé peuvent facilement mettre en pratique pour apporter des améliorations.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur Qualité des services de santé Ontario :
www.hqontario.ca

Normes de qualité

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter notre site Web à **hqontario.ca** ou communiquer avec nous à l’adresse **qualitystandards@hqontario.ca** pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

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

Tél. : 416 323-6868
Sans frais : 1-866-623-6868
Télécopieur : 416 323-9261
Courriel : qualitystandards@hqontario.ca
Site Web : hqontario.ca

ISBN 978-1-4868-3857-8 (PDF)

© Queen’s Printer for Ontario, 2019