

Les transitions entre les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée

Ce document est une ressource pour les fournisseurs de soins de santé et résume le contenu de la norme de qualité sur les [Transitions entre l'hôpital et la maison](#) qui s'applique également aux transitions vers un foyer de soins de longue durée.

Échange de renseignement et évaluation

Énoncé de qualité (ÉQ*) 1 : Échange de renseignement sur l'admission

Quand une personne est admise dans un hôpital, ses fournisseurs de soins principaux et de soins à domicile et communautaires devraient :

- Recevoir un avis électronique en temps réel les avertissant que le patient a été admis, les diagnostics et la date de sortie prévue.
- Fournir des renseignements pertinents à l'équipe du service des admissions, préférablement dans les 3 jours ouvrables suivants.

* Les énoncés de qualité sont fournis dans leur intégralité à la page 3.

ÉQ 2: Évaluation globale

- Initier une évaluation exhaustive des besoins du patient en matière de soins de santé, actuels et futurs, et de soutiens sociaux peu après son admission et les mettre à jour régulièrement.
- Identifier les facteurs de risque du patient dans le cas d'une transition complexe ou d'une réadmission pour aider à anticiper ses besoins en matière de soins ou de soutiens sociaux et établir un plan de transition initial.
- Partager l'évaluation avec les fournisseurs de soins principaux et de soins à domicile et communautaires ainsi qu'avec tous les médecins spécialistes concernés.

Implication des et soutien aux patients, familles et aidants

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

- Impliquer le patient, sa famille et ses aidants dans la planification d'une transition précoce, assurer que les décisions prises tiennent compte de leurs besoins et de leurs préférences et assurer qu'elles soient culturellement appropriées.

ÉQ 4: Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants

- Offrir au patient et à sa famille l'information et le soutien nécessaires pour les aider à gérer les besoins en soins de santé du patient après sa sortie d'hôpital.
- Fournir à l'équipe de soins de santé du foyer de soins de longue durée l'information concernant le plan de traitement du patient, l'équipement nécessaire et toute éducation et/ou formation dont le personnel risque d'avoir besoin pour traiter le patient.
- Partager cette information verbalement et en format écrit.

Se préparer à une transition

ÉQ 5: Plans de transition

Un plan de transition devrait être :

- Un résumé écrit (format papier ou électronique) décrivant le séjour du patient à l'hôpital, ses diagnostics, les interventions menées et les mesures recommandées.
- Développé et approuvé en collaboration avec le patient, tout fournisseur de soins impliqué, les membres de l'équipe des services hospitaliers, les fournisseurs de soins principaux et de soins à domicile et communautaires ainsi que le foyer de soins de longue durée qui accueillera le patient, ceci avant la sortie d'hôpital du patient.
- Partagé dans les 48 heures suivant la sortie d'hôpital
- [Ressource : Patient-Oriented Discharge Summary](#) (en anglais seulement)

ÉQ 6: Transitions coordonnées

Il faudrait identifier une équipe de professionnels de soins de santé qui seront responsables de/d' :

- Planifier, coordonner et communiquer les renseignements sur la transition dans des délais appropriés et tenir le rôle de point de contact unique.

- Assurer que le plan de transition soit communiqué au foyer de soins de longue durée avant la sortie d'hôpital du patient
- [Ressource : Guiding Checklist: Supporting Transitions From Acute/Community Into Long-Term Care](#) (en anglais seulement)

ÉQ 7: Examen des médicaments et soutien associé

Un examen des médicaments devrait :

- Être mené par l'équipe du service hospitalier à l'admission dans l'hôpital et avant la sortie du patient ; cette information devrait être partagée avec le foyer de soins de longue durée.
- Être mené au foyer de soins de longue durée par le fournisseur le plus responsable (par ex. le médecin ou le pharmacien le plus responsable) suite au transfert.
- Inclure de l'information sur le bilan comparatif des médicaments, sur l'adhérence, l'optimisation et l'utilisation ainsi que sur la manière d'accéder aux médicaments au foyer de soins de longue durée.
- Poser la question de savoir si le patient peut assumer le coût des médicaments qui ne sont pas couverts et lui fournir des alternatives s'il n'est pas en mesure de le faire.
- [Ressource: Best Possible Medication Discharge Plan](#) (en anglais seulement)

ÉQ 8: Soins médicaux de suivi coordonnés

- Avant qu'un patient quitte l'hôpital, l'équipe du service hospitalier devrait arranger un suivi médical avec le fournisseur de soins le plus responsable et/ou les médecins spécialistes pertinents.
- Les renseignements médicaux pertinents devraient être partagés avec les fournisseurs.
- Il faudra inclure des recommandations de traitement de suivi dans le plan de transition du patient.

ÉQ 10: Coûts assumés personnellement et limites des services financés

Voici quelques mesures à prendre concernant le coût de l'hébergement dans les foyers de soins de longue durée :

- Avant de quitter l'hôpital, l'équipe du service hospitalier devrait évaluer la capacité du patient à assumer le coût des soins de longue durée, y compris les coûts associés au

logement et aux repas dans un foyer de soins de longue durée (également connus sous le nom de « frais de copaiement » qui sont des frais standards à régler dans tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario).

- L'équipe du service hospitalier devrait expliquer au patient, à sa famille et aux aidants qu'en plus des frais de copaiement, il est possible qu'un foyer de soins de longue durée facture des frais supplémentaires pour certains services offerts en option (par ex des services de coiffure, de transport et l'accès au téléphone ou à internet).
- Si un patient n'est pas en mesure d'assumer les frais de copaiement de base, les fournisseurs de soins de santé devraient aider le patient à remplir un dossier de demande de soutien financier par le biais du programme de réduction des frais de soins de santé de longue durée.
- [Ressource : Payer les soins de longue durée](#)

Définitions

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

Ressources

- [La norme de qualité](https://bit.ly/3hmvoKm) sur les transitions entre l'hôpital et la maison et [le guide du patient](https://bit.ly/3V5K6F4)
bit.ly/3hmvoKm
- [Best Possible Medication Discharge Plan](https://bit.ly/3V5K6F4) (en anglais seulement)
bit.ly/3V5K6F4
- [Guiding Checklist: Supporting Transitions From Acute/Community Into Long-Term Care](https://bit.ly/3SKDctA) (en anglais seulement)
bit.ly/3SKDctA
- [Patient-Oriented Discharge Summary](https://bit.ly/3fDgZ8u) (en anglais seulement)
bit.ly/3fDgZ8u

Pour les patients, les familles et les aidants

- [5 questions à poser à propos de vos médicaments](https://bit.ly/3i2pWwE) (questions que les personnes peuvent poser pour s'assurer de prendre leurs médicaments de manière appropriée)
bit.ly/3i2pWwE
- [lignesante.ca](https://lignesante.ca/splash.aspx) (pour trouver des services de soins de santé et des services communautaires pour l'aide à la transition)
lignesante.ca/splash.aspx
- [Payer les soins de longue durée](https://bit.ly/3A5D7D5) (fournit de l'information sur les coûts associés aux soins de longue durée)
bit.ly/3A5D7D5

Remarque : Cette ressource peut être utilisée pour appuyer les fournisseurs de soins dans la prestation des soins. Elle n'outrepasse pas la responsabilité des fournisseurs de soins de prendre des décisions avec des patients, après avoir tenu compte des circonstances uniques de chaque patient. Le regroupement / l'orientation des énoncés n'est peut-être pas applicable pour chaque patient, et il faut faire preuve de jugement clinique.

Transitions entre l'hôpital et la maison ÉNONCÉS DE QUALITÉ

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 principal 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 principaux, de soins 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 principaux et de soins 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. *(Remarque : comme cet énoncé n'est pas applicable aux transferts dans des foyers de soins de longue durée, il n'a pas été inclus dans les conseils et recommandations fournis en pages 1 et 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.