

# Transitions entre l'hôpital et la maison

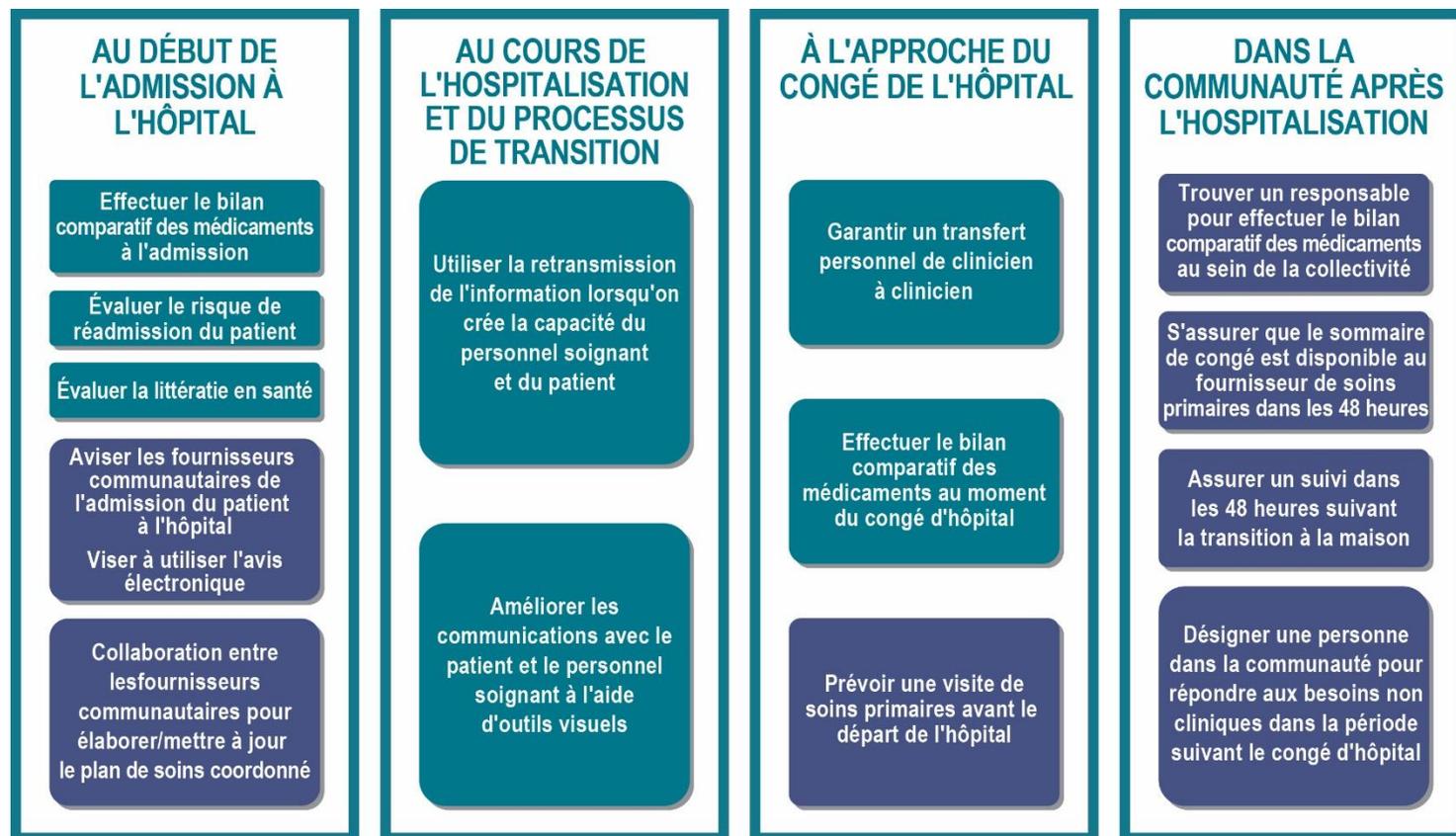
## Sommaire des pratiques innovantes

Publié en septembre 2016

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

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

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



 Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

 Pratiques innovantes

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

Le matériel pour le guide des transitions entre l'hôpital et la maison a été préparé en collaboration avec les maillons santé et le groupe de référence clinique.

## L'amélioration de la qualité : se lancer

L'**amélioration de la qualité (AQ)** offre une méthodologie éprouvée pour améliorer les soins prodigués aux patients, aux résidents et aux clients. Le terme AQ se rapporte à une équipe d'amélioration de la qualité qui s'efforce de **réaliser un objectif défini**, recueillant et révisant les données afin d'orienter leur progression et mettre en place des stratégies de changement à l'aide d'améliorations à cycle rapide. La science de l'amélioration de la qualité offre des **outils et des processus** permettant d'évaluer et d'accélérer les efforts déployés pour les essais, la mise en œuvre et l'expansion des pratiques d'amélioration de la qualité. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'amélioration de la qualité, veuillez visiter : <http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started#.V1rU7bsrK00> ou communiquez par courriel à l'adresse [QI@hqontario.ca](mailto:QI@hqontario.ca) pour obtenir un accès aux modules d'apprentissage en ligne.*

## Pratiques innovantes

Les **pratiques innovantes** sont basées sur les données probantes de la plus haute qualité et ont été définies et évaluées par un groupe de référence clinique<sup>1</sup>. Tout porte à croire que les maillons santé font appel à cette collection de pratiques fondées sur les données probantes pour créer la fondation appuyant leurs processus et améliorant les transitions pour les patients au sein de leur maillon santé.

Dans ces trousseaux d'outils, vous remarquerez qu'aucun rôle clinique particulier n'a été identifié pour mener les activités associées aux meilleures pratiques. Il est recommandé que chaque maillon santé identifie la personne la plus appropriée pour les activités en fonction du contexte local.

**On trouve plus bas les pratiques innovantes sélectionnées en lien avec les transitions entre l'hôpital et la maison.** Ces pratiques ont été sélectionnées à l'aide d'un balayage environnemental complet, évaluées à l'aide du **Cadre d'évaluation des pratiques innovantes**, et révisées par le **groupe de référence clinique de maillon santé** en juin 2016. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce processus et les critères d'évaluation, veuillez visiter le <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/bp/bp-inovative-practices-fr.pdf>.*

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Au début de l'admission à l'hôpital	Aviser les fournisseurs communautaires de l'admission du patient à l'hôpital	PROMETTEUSE	Expansion provinciale avec une réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un (1) an (sept. 2017).
	Viser à utiliser l'avis électronique		
	Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés	ÉMERGENTE	
À l'approche du congé de l'hôpital	Prévoir une visite de soins primaires avant le départ de l'hôpital	PROMETTEUSE	
Dans la communauté après l'hospitalisation	Trouver un responsable pour effectuer le bilan comparatif des médicaments au sein de la collectivité	PROMETTEUSE	
	S'assurer que le sommaire de congé est disponible dans les 48 heures suivant le congé d'hôpital	PROMETTEUSE	

<sup>1</sup> Le groupe de référence clinique est composé d'experts des maillons santé, de chercheurs, d'experts universitaires et d'intervenants provinciaux.

	Assurer un suivi dans les 48 heures suivant la transition à la maison	ÉMERGENTE	
	Désigner une personne dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période suivant le congé d'hôpital	ÉMERGENTE	

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez visiter l'onglet des outils et ressources de la section des maillons santé du site Web de Qualité des services de santé Ontario :

<http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-d'amélioration-de-la-qualité/Maillons-santé>.

## Mesures

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

Pour obtenir plus d'information sur l'**amélioration et la mesure de la qualité**, veuillez visiter

<http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started#.V1rU7bsrK00>.

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

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

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Pratique innovante	Mesures du résultat <i>Les changements entraînent-ils les résultats désirés?</i>	Mesures des processus <i>Les pratiques sont-elles mises en œuvre conformément aux plans?</i>
<b>Au début de l'admission à l'hôpital</b>	Aviser les fournisseurs communautaires de l'admission du patient à l'hôpital  Viser à utiliser l'avis électronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes en réadmission imprévue à l'hôpital dans les trente (30) jours suivant leur congé.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des avis ou avis électroniques d'admission de patients envoyés aux fournisseurs de soins primaires.</li> <li>Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes pour lesquels il faut créer un lien avec le maillon santé local au moment de leur admission à l'hôpital et la création de ce lien.</li> </ul>
<b>Au début de l'admission à l'hôpital</b>	Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de plans de soins coordonnés élaborés ou mis à jour au moins une</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des points de contact uniques (identifiés avant l'hospitalisation) ayant collaboré aux</li> </ul>

Le matériel pour le guide des transitions entre l'hôpital et la maison a été préparé en collaboration avec les maillons santé et le groupe de référence clinique.

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Pratique innovante	Mesures du résultat <i>Les changements entraînent-ils les résultats désirés?</i>	Mesures des processus <i>Les pratiques sont-elles mises en œuvre conformément aux plans?</i>
	communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés	fois avec le patient lors de l'admission à l'hôpital	<p>mises à jour du plan de soins coordonnés pendant que le patient est à l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes participant à l'élaboration et/ou à la mise à jour de leur plan de soins coordonnés pendant leur hospitalisation</li> </ul>
<b>À l'approche du congé de l'hôpital</b>	Prévoir une visite de soins primaires avant le départ de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui consultent leur fournisseur de soins primaires dans les sept (7) jours suivant leur congé de l'hôpital*</li> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes en réadmission imprévue à l'hôpital dans les trente (30) jours suivant leur congé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ont un rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires qui a été fixé à <b>l'avance</b> avant leur congé de l'hôpital</li> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui étaient <b>absents à leur rendez-vous</b> de suivi avec leur fournisseur de soins primaires qui a été fixé à l'avance dans les sept (7) jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital</li> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ne sont <b>pas en mesure d'obtenir un rendez-vous fixé à l'avance</b> dans les sept (7) jours suivant l'obtention de leur congé en raison des disponibilités des fournisseurs de soins primaires</li> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui <b>refusent</b> une offre de rendez-vous dans les sept (7) jours suivant leur congé de l'hôpital</li> <li>• Nombre moyen de jours avant le rendez-vous de suivi de soins primaires pour les patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes après l'obtention de leur congé</li> </ul>

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Pratique innovante	Mesures du résultat <i>Les changements entraînent-ils les résultats désirés?</i>	Mesures des processus <i>Les pratiques sont-elles mises en œuvre conformément aux plans?</i>
<b>Dans la communauté après l'hospitalisation</b>	Trouver un responsable pour effectuer le bilan comparatif des médicaments au sein de la collectivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des erreurs liées aux médicaments des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes et menant à une visite au service des urgences</li> <li>• Nombre d'écarts liés aux médicaments des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes (l'erreur n'a pas eu de répercussions sur le patient)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes pour lesquels un responsable du bilan comparatif des médicaments est nommé</li> <li>• Nombre de bilans comparatifs des médicaments effectués avec chaque patient ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes dans la collectivité après l'obtention de leur congé</li> <li>• Satisfaction du personnel liée au processus du bilan comparatif des médicaments</li> </ul>
<b>Dans la communauté après l'hospitalisation</b>	S'assurer que le sommaire de congé est disponible dans les 48 heures suivant le congé d'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui se rendent au service des urgences dans les sept (7) jours suivant l'obtention de leur congé en raison d'un problème de santé similaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des sommaires de congé pour les patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes rendus disponibles aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant l'obtention du congé d'hôpital.*</li> </ul>
<b>Dans la communauté après l'hospitalisation</b>	Assurer un suivi dans les 48 heures suivant la transition à la maison	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui se rendent au service des urgences dans les sept (7) jours suivant l'obtention de leur congé en raison</li> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes en réadmission imprévue à l'hôpital dans les trente (30) jours suivant leur congé.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps écoulé entre le congé d'hôpital du patient et l'appel téléphonique de suivi</li> <li>• Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes mentionnant de nouveaux problèmes lors de l'appel téléphonique de suivi dans les 48 heures qui n'étaient pas présents au moment du congé d'hôpital</li> <li>• Pourcentage de patients satisfaits avec l'appel téléphonique de suivi de 48 heures après le congé d'hôpital</li> </ul>
<b>Dans la communauté après l'hospitalisation</b>	Désigner une personne dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La détresse des personnes soignantes en lien avec les besoins d'un patient ayant plusieurs problèmes de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui bénéficient d'un soutien non clinique payé ou</li> </ul>

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Pratique innovante	Mesures du résultat <i>Les changements entraînent-ils les résultats désirés?</i>	Mesures des processus <i>Les pratiques sont-elles mises en œuvre conformément aux plans?</i>
	suivant le congé d'hôpital	santé et des besoins complexes dans la période de quatorze (14) jours suivant le congé d'hôpital**	<p>bénévole fourni gratuitement au patient au cours de la période de quatorze (14) jours suivant le congé d'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La satisfaction du patient ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes avec la participation des personnes de soutien dans la communauté</li> </ul>

\* Cette mesure suggérée est étroitement liée à l'indicateur des plans d'amélioration de la qualité (QIP).

\* Cette mesure suggérée est étroitement liée à la mesure du Programme commun d'amélioration de la qualité pour la détresse des personnes soignantes.