NORMES DE QUALITÉ

Sommaire pour favoriser des transitions de qualité entre l'hôpital et la maison

Ce document est une ressource pour les cliniciens qui résume le contenu de la norme de qualité sur les transitions entre l'hôpital et la maison.

Échange de renseignement et évaluation

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

Lorsqu'une personne est hospitalisée, l'hôpital communique des renseignements sur l'admission avec son clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que tous les spécialistes pertinents peu après l'admission au moyen d'un avis électronique en temps réel. Les fournisseurs de soins en milieu communautaire communiquent ensuite tous les renseignements pertinents avec l'équipe d'admission en temps opportun.

Lorsqu'une personne est admise à l'hôpital :

- **Pour les équipes d'admission à l'hôpital :** Aviser le clinicien de soins primaires du patient, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les cliniciens spécialisés pertinents de l'hospitalisation du patient, de ses diagnostics et de la date d'obtention du congé prévue par avis électronique en temps réel.
- **Pour les cliniciens de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents :** À la réception de l'avis d'hospitalisation du patient, échanger tous les renseignements pertinents concernant le patient avec l'équipe d'admission en temps opportun, idéalement dans les trois jours qui suivent.

ÉQ 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.

Débuter une évaluation complète des besoins actuels et évolutifs du patient en matière de soins de santé et de soutien social peu après son hospitalisation. Mettre l'évaluation à jour régulièrement.

Si le patient n'est actuellement pas un client des services de soins à domicile et de soutien communautaire, mais qu'il a besoin d'un aiguillage vers ces services, aviser les fournisseurs de services concernés dès la prise de cette décision.

Obtenir des renseignements du clinicien de soins primaires du patient, des fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et des spécialistes pertinents pour effectuer l'évaluation complète.

Cerner les facteurs de risque du patient en matière de transition complexe ou de réadmission afin d'anticiper les soins de santé après l'hospitalisation et les besoins en matière de soutien social, et établir un plan de transition initial.

Santé Ontario

Participation et soutien des patients, des familles et des partenaires de soins

ÉQ 3 : Participation du patient, de la famille et des partenaires de soins 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 partenaires de soins sont également mobilisés.

Faire participer les patients et, s'ils donnent leur consentement, leur famille et leurs partenaires de soins dans la planification de la transition précoce, en veillant à ce que les décisions tiennent compte de leurs besoins et préférences.

Tenir compte de la volonté et de la capacité des membres de la famille et des partenaires de soins 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 de partenaires de soins qui participent à leurs soins, prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer que les besoins des patients seront satisfaits une fois rentrés chez eux.

S'assurer que la communication est accessible (p. ex., en tenant compte des handicaps physiques, sensoriels ou d'apprentissage, ou en fournissant des services de traduction) et adaptée à la culture pour tous les participants. Au besoin, s'assurer qu'un interprète ou un défenseur est disponible.

ÉQ 4 : Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des partenaires de soins

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, ainsi que leur famille et leurs partenaires de soins, 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.

Offrir aux patients, aux familles et aux partenaires de soins des renseignements et du soutien pour les aider à gérer les besoins en soins de santé du patient à la maison.

S'assurer que les renseignements et la formation sont accessibles, adaptés aux besoins individuels des patients et des partenaires de soins, et fournis dans divers formats (p. ex., verbalement, écrit en langage clair, outils visuels).

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

Échanger avec le clinicien de soins primaires du patient, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents les renseignements et le soutien fournis (p. ex., de l'éducation et une formation supplémentaires si nécessaire).

Préparation des transitions

ÉQ 5 : Plans de transition

Les personnes en transition de l'hôpital vers la maison reçoivent un plan de transition écrit, élaboré et convenu en partenariat avec la personne, tous les partenaires de soins participants, l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire avant l'obtention du congé. Les plans de transition sont communiqués au clinicien de soins primaires, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi qu'aux spécialistes pertinents de la personne dans les 48 heures suivant l'obtention du congé.

Le plan de transition devrait :

- être un résumé écrit (imprimé ou électronique) du séjour à l'hôpital du patient, de ses diagnostics, des interventions effectuées et des mesures recommandées;
- être élaboré en collaboration avec le patient, tous les partenaires de soins participants, l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire;
- débuter dès l'admission du patient à l'hôpital et être communiqué au patient et aux partenaires de soins concernés avant l'obtention du congé;
- être présenté dans un format qui est accessible et facile à comprendre pour le patient et ses partenaires de soins;
- être communiqué aux fournisseurs de soins en milieu communautaire dans les 48 heures suivant l'obtention du congé.

Ressource : Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (en anglais seulement)

ÉQ 6 : Transitions coordonnées

Les personnes admises à l'hôpital ont un clinicien 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.

Nommer un clinicien qui sera responsable de ce qui suit :

- planifier en temps opportun la transition, la coordination et les communications;
- agir en tant que point de contact unique pour la transition;
- s'assurer que le plan de transition et les renseignements liés aux soins des personnes sont communiqués à tous les fournisseurs de soins en milieu communautaire pertinents.

ÉQ 7 : Examen des médicaments et soutien associé

Les personnes en transition entre l'hôpital et la maison ont des examens structurés des médicaments au cours de l'admission, avant de rentrer chez elles et une fois de retour chez elles. 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.

Un examen structuré des médicaments devrait :

- être effectué par l'équipe hospitalière au moment de l'admission et avant l'obtention du congé; ces renseignements devraient être communiqués au clinicien de soins primaires du patient, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et aux spécialistes pertinents;

- être réalisé par un clinicien en milieu communautaire (p. ex., pharmacien communautaire, clinicien de soins primaires, infirmière en soins à domicile) lorsque le patient est de retour à la maison;
- inclure des renseignements sur la conciliation des médicaments, l'observation du traitement médicamenteux, l'optimisation et l'utilisation des médicaments, ainsi que sur la façon d'y accéder dans la communauté;
- tenir compte de la capacité du patient à payer les coûts des médicaments par lui-même et proposer des options pour ceux qui ne peuvent pas se permettre ces coûts;
- tenir compte du fait que le patient aura besoin d'aide avec ses médicaments et, pour ceux qui ont besoin d'aide, indiquer qui fournira ce soutien.

Ressource : Meilleur plan médicamenteux possible au congé (en anglais seulement)

ÉQ 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés

Les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison ont des soins médicaux de suivi avec leur clinicien de soins primaires ou un spécialiste coordonnés et réservés avant le départ de l'hôpital. Les personnes sans clinicien de soins primaires reçoivent de l'aide pour en trouver un.

Avant l'obtention du congé :

- organiser des soins médicaux de suivi avec le clinicien de soins primaires du patient et un spécialiste;
- s'assurer que les soins de suivi pour les patients à risque élevé de réadmission sont fournis en temps opportun;
- aider les patients sans clinicien de soins primaires à en trouver un.

ÉQ 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 partenaires de soins 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.

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 ses partenaires de soins et d'organiser les services.

ÉQ 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.

Avant l'obtention du congé, fournir aux patients et à leurs partenaires de soins des renseignements concernant les services de soins à domicile et de soutien communautaire ainsi que les médicaments qui sont financés et ceux pour lesquels ils devront payer.

Fournir des renseignements et aider à mettre en relation les patients avec des services de soins à domicile et de soutien communautaire pertinents, financés et non financés.

Aider les patients qui auront besoin d'aide pour payer les coûts des soins de santé en examinant leur couverture d'assurance privée ou en trouvant d'autres sources de financement.

Ressources

- La norme de qualité et le guide du patient sur les transitions entre l'hôpital et la maison
- La norme de qualité et le guide du patient sur la sécurité des médicaments
- Meilleur plan médicamenteux possible au congé *(en anglais seulement)*
- Liste de contrôle indicative : Accompagner la transition entre les soins aigus/ communautaires et les soins de longue durée *(en anglais seulement)*
- Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient *(en anglais seulement)*

Vous trouverez des outils et ressources supplémentaires sur Quorum *(en anglais seulement)*.

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN 978-1-4868-9583-0 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026