

NORMES DE QUALITÉ

Sommaire pour favoriser des transitions de qualité entre l'hôpital et la maison pour les patients dans un autre niveau de soins et présentant des troubles jumelés

Ce document est une ressource pour les cliniciens et offre des conseils quant à l'application de la norme de qualité sur [les transitions](#) entre l'hôpital et la maison pour aider à la transition hors de l'hôpital des patients dans un autre niveau de soins et présentant des troubles jumelés. Consultez le guide complet adapté à cette population : [Supporting Alternate Level of Care Patients With a Dual Diagnosis to Transition From Hospital to Home: Practice Guidance](#) (ce guide et les ressources ci-dessous sont disponibles en anglais uniquement).

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, assurez-vous que ses fournisseurs de services de santé en milieu communautaire et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle soient informés de son admission, des diagnostics et de la date prévue de sa sortie.

Veillez à ce que les fournisseurs de services de santé en milieu communautaire et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle partagent les renseignements pertinents avec l'équipe de l'hôpital dès que possible.

Favorisez une communication régulière avec l'ensemble des personnes impliquées dans la transition tout au long du séjour de la personne à l'hôpital et pendant la période de transition. Cela inclut le patient, sa famille et ses partenaires de soins, l'équipe de l'hôpital, les fournisseurs de services de santé en milieu communautaire et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

Faites en sorte que la communication avec le patient soit adaptée et appropriée (par exemple, parlez lentement, adoptez un langage simple, utilisez des aides visuelles).

Ressource : [About My Health](#)

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.

Procédez à une évaluation complète des besoins actuels et évolutifs du patient en matière de soins de santé et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle lors de son admission à l'hôpital. Mettez à jour l'évaluation régulièrement.

Assurez-vous que l'évaluation repose sur une approche fondée sur les forces, respectueuse de la culture, adaptée au développement et tenant compte des traumatismes. Il peut être nécessaire de faire appel à des fournisseurs spécialisés dans les troubles jumelés pour effectuer certaines évaluations.

Collaborez avec les [Services de l'Ontario](#) pour les personnes ayant une déficience intellectuelle pour déterminer si le patient est admissible aux services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

Déterminez les facteurs de risque d'une transition complexe ou retardée.

Obtenez des renseignements supplémentaires auprès des membres de la famille, des partenaires de soins et des fournisseurs de soins de santé communautaires pour bien comprendre les antécédents du patient et ses besoins actuels.

Ressources : [Communicate CARE](#); [HELP With Emotional and Behavioural Concerns in Adults With Intellectual and Developmental Disabilities](#)

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.

Tout au long du processus de planification de la transition, il convient d'utiliser des stratégies actives pour impliquer le patient et les personnes qui le soutiennent.

Veillez à ce que les patients n'ayant pas la capacité de consentir à un traitement soient tout de même impliqués dans la planification de la transition et la prise de décision.

Proposez des services d'interprétation linguistique au besoin et adoptez des approches ancrées dans la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme.

Ressource : [Decision Making in Health Care of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities](#)

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.

Offrez de l'information et de la formation au patient, à sa famille et leurs partenaires de soins et à son personnel pour les aider à gérer ses besoins en soins de santé (par exemple, l'administration de médicaments, l'utilisation d'équipements médicaux, la gestion du comportement).

Assurez-vous que les renseignements et la formation soient accessibles et adaptés à la culture.

Reconnaissez qu'il est possible que certaines approches utilisées dans les hôpitaux ne puissent être utilisées dans les milieux communautaires.

Offrez de l'information et du soutien aux fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire qui s'occuperont du patient après sa sortie de l'hôpital.

Ressources : [ECHO Ontario: Adult Intellectual & Developmental Disabilities](#); [The Nuts & Bolts of Healthcare for Direct Support Professionals Toolkit](#); [Tools for the Primary Care of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities](#)

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.

Veillez à ce que le plan de transition et de soutien communautaire soit :

- Élaboré et accepté en collaboration avec le patient, les partenaires de soins concernés, l'équipe de l'hôpital et les fournisseurs de services de santé en milieu communautaire et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
- Fourni dans un format accessible à toutes les personnes concernées avant que le patient ne quitte l'hôpital
- Mis à jour régulièrement tout au long de la période de transition

Ressource : [Patient-Oriented Discharge Summary](#)

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.

Désignez les responsables de l'hôpital et du milieu communautaire qui auront la responsabilité conjointe de la planification et de la coordination de la transition.

Assurez-vous que le processus de transition et la période de transition soient adaptés aux besoins du

patient tout en pouvant être ajustés au besoin, selon la réaction du patient.

Donnez l'occasion aux fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire de rencontrer le patient et de discuter avec lui avant sa sortie de l'hôpital.

Offrez un soutien continu pendant une période définie après la sortie de l'hôpital, le temps que la personne et l'équipe de soins s'adaptent.

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.

Procédez régulièrement à un examen structuré des médicaments, notamment lors de l'admission et avant la sortie de l'hôpital.

Avant la sortie, trouvez un prescripteur capable de prendre en charge la gestion des médicaments au sein de la communauté.

Veillez à ce que les examens comprennent de l'information sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance des ordonnances, l'optimisation et l'utilisation des médicaments. Ces examens devraient également identifier la personne qui sera chargée de l'administration et de la surveillance continue.

Tenez compte de la capacité du patient à payer le coût des médicaments et proposez des options à ceux qui ne sont pas en mesure d'assumer ces coûts.

Ressource : [Patient-Oriented Medication Tools](#)

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 la sortie du patient, il convient d'identifier les fournisseurs pouvant assurer la continuité des soins médicaux et cliniques, et de veiller à ce que les premiers rendez-vous soient fixés.

Assurez-vous que tous les patients ont un clinicien de soins primaires, ainsi qu'un psychiatre et d'autres fournisseurs spécialisés selon les besoins.

Pour les personnes ayant des besoins complexes, veillez à ce que des équipes pluridisciplinaires dispensent les soins.

Assurez-vous que le plan de transition et les renseignements médicaux pertinents soient partagés entre les cliniciens et les fournisseurs.

Ressource : [Tools for the Primary Care of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities](#)

Transition à la maison

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.

Déterminez les soutiens au logement et en milieu communautaire qui répondent aux besoins et aux préférences du patient, favorisent son sentiment d'appartenance et l'aident à se sentir en sécurité et à l'aise, en tenant compte de ce qui suit :

- les besoins quotidiens de soutien de la personne;
- les besoins sensoriels, sociaux et fonctionnels de la personne;
- la proximité de la famille, des services et des activités;
- l'environnement physique;
- le caractère approprié sur le plan culturel.

Veillez à ce que les patients rencontrent les nouveaux membres du personnel et visitent leur nouveau domicile avant leur sortie de l'hôpital.

Ressource : [Successful Housing Elements & Developmental Disabilities \(SHEDD\) Tool](#)

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.

Assurez-vous que l'équipe de l'hôpital connaît les sources de financement disponibles pour les patients présentant des troubles jumelés.

Recensez les partenaires communautaires pouvant soutenir le processus de demande de financement. Avant la sortie, il convient d'aider le patient et ses partenaires de soins à demander et à obtenir un financement pour un soutien au sein de la communauté.

Ressource : [Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle](#)

Définitions

- **Autre niveau de soins** : Cette expression est utilisée dans les hôpitaux pour décrire les patients qui n'ont plus besoin du niveau de soins fourni par les hôpitaux. En général, les patients sont considérés comme relevant d'un *autre niveau de soins* lorsqu'il n'y a pas d'endroit approprié où ils peuvent être transférés et qu'ils doivent donc rester à l'hôpital.
- **Fournisseurs de services de santé en milieu communautaire et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle** : Ce groupe comprend les fournisseurs de soins de santé à l'extérieur de l'unité d'hospitalisation (p. ex. les cliniciens de soins primaires, psychiatres, autres médecins spécialistes, psychologues, thérapeutes comportementaux, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, orthophonistes) ainsi que les fournisseurs de services bénéficiant d'un financement dans le secteur des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle (p. ex. les professionnels des services directs de soutien, les programmes de jour, les programmes de soutien à la formation professionnelle, les fournisseurs de services à domicile).
- **Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle** : Le point d'accès à tous les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle en Ontario qui sont financés par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires.
- **Troubles jumelés** : Selon la [*Directive stratégique*](#) conjointe pour la *prestation de services communautaires de santé mentale et de soutien aux adultes ayant une déficience intellectuelle et des troubles jumelés*, il s'agit des personnes qui ont « une déficience intellectuelle et des besoins en santé mentale ».

Ressources

- [*About My Health*](#) : Un outil pour communiquer les besoins et les préférences des personnes présentant une déficience intellectuelle.
- [*HELP With Emotional and Behavioural Concerns in Adults With Intellectual and Developmental Disabilities*](#) : Cet outil examine les circonstances biopsychosociales susceptibles de contribuer à la détresse émotionnelle et aux comportements préoccupants.
- [*Communicate CARE*](#) : Cet outil offre des conseils aux fournisseurs pour mener des évaluations personnalisées des adultes présentant une déficience intellectuelle.
- [*Decision Making in Health Care of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities*](#) : Cet outil propose des conseils pratiques pour respecter le droit à la prise de décision des personnes présentant une déficience intellectuelle.
- [*ECHO Ontario : Adult Intellectual and Developmental Disabilities*](#) : Ce programme propose une formation virtuelle et une communauté de pratique aux fournisseurs de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, leur permettant de partager leurs connaissances sur cette population.
- [*The Nuts and Bolts of Healthcare for Direct Support Professionals Toolkit*](#) : Cette boîte à outils regroupe des informations et des ressources destinées au personnel afin de l'aider à soutenir les soins de santé des personnes présentant une déficience intellectuelle.
- [*Tools for the Primary Care of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities*](#) : Cette ressource comprend une série d'outils pour les fournisseurs de soins primaires afin de soutenir la prise en charge des adultes présentant une déficience intellectuelle ou développementale.
- [*Patient-Oriented Discharge Summary*](#) et [*Patient Oriented Medication Tools*](#) : Ces outils centrés sur le patient ont été mis en œuvre dans des hôpitaux de l'Ontario et peuvent être adaptés à différents contextes et à différentes populations.

- [*Successful Housing Elements and Developmental Disabilities \(SHEDD\) tool*](#) : Cet outil peut être utilisé pour trouver un foyer approprié pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et ayant des besoins complexes.

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 978-1-4868-9587-8 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026