NORMES DE QUALITÉ

Sommaire pour favoriser des transitions de qualité entre les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée

Ce document est une ressource pour les cliniciens. Il résume les éléments pertinents de la norme de qualité *Transitions entre l'hôpital et la maison* qui s'appliquent aux transitions vers les foyers de soins de longue durée.

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.

Envoyer l'évaluation au clinicien de soins primaires du patient, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et aux cliniciens spécialisés pertinents.

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.

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 après son hospitalisation.

Fournir à l'équipe de soins de santé du foyer de soins de longue durée des renseignements sur le plan de soins du patient, tout l'équipement nécessaire ainsi que et toute l'éducation et toute la formation dont le personnel pourrait avoir besoin pour fournir des soins au patient.

Communiquer ces renseignements verbalement et dans un format écrit.

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;
- accessible aux patients ayant des besoins de communication divers (p. ex., des variations en matière de compétence linguistique ou de niveaux de littératie et dans les capacités cognitives ou sensorielles);
- élaboré et adopté en partenariat avec le patient, tous les partenaires de soins impliqués, l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et le foyer de soins de longue durée recevant le patient avant que celui-ci ne quitte l'hôpital;
- communiqué aux fournisseurs de soins en milieu communautaire et au foyer de soins de

longue durée dans les 48 h 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 du patient sont communiqués à tous les fournisseurs de soins en milieu communautaire et au foyer de soins de longue durée.

Ressource : Liste de contrôle indicative : Accompagner la transition entre les soins aigus/ communautaires et les soins de longue durée (en anglais seulement)

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 réalisé par l'équipe hospitalière à l'admission et avant l'obtention du congé; ces renseignements devraient être communiqués à tous les fournisseurs de soins en milieu communautaire concernés et au foyer de soins de longue durée;
- être effectué par le principal clinicien du patient (p. ex., le médecin ou le pharmacien principal) au foyer de soins de longue durée à la suite du transfert;
- 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 au foyer de soins de longue durée;
- 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;

- échanger des renseignements pertinents avec des fournisseurs de soins en milieu communautaire et le foyer de soins de longue durée;
- inclure des recommandations pour les soins de suivi dans le plan de transition du patient.

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, on doit évaluer la capacité du patient à payer pour les soins de longue durée, y compris les coûts associés à l'hébergement et aux repas (également connu sous le nom de frais de co-paiement, qui sont des frais normaux dans tous les foyers de soins de longue durée en Ontario).

On doit expliquer au patient, à sa famille et à ses partenaires de soins qu'en plus des frais de co-paiement, le foyer de soins de longue durée peut facturer des frais supplémentaires pour des services facultatifs (p. ex., coiffure, transport, accès à un téléphone et Internet).

On doit aider les patients qui ne peuvent pas se permettre les frais de co-paiement en remplissant une demande d'aide financière du Programme de réduction des tarifs dans les foyers de soins de longue durée.

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 978-1-4868-9585-4 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026