NORMES DE QUALITÉ

# Transitions entre l’hôpital et la maison

## Soins aux personnes de tous âges

MISE À JOUR 2026

Santé Ontario

# Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins aux personnes de tous âges qui font la transition (déménagement) entre l'hôpital et la maison après leur admission à l'hôpital. Cela inclut les personnes qui ont été admises en tant que patients hospitalisés, peu importe le type d'hôpital, y compris les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation. La transition de l'hôpital à la maison est communément appelée « congé d'hôpital ». Le terme « Maison » est largement défini comme étant le lieu de résidence habituel d'une personne et comprend les résidences personnelles, les résidences pour retraités, les résidences-services, les foyers de soins de longue durée, les centres de soins palliatifs et les refuges.

La portée de cette norme de qualité englobe toutes les populations cliniques, y compris les groupes qui font souvent face à des défis lors des transitions, comme les personnes ayant des besoins en soins complexes, en santé mentale, en toxicomanie, en soins palliatifs ou en fin de vie, ainsi que les personnes en situation d'itinérance. La portée inclut également tous les cliniciens, les équipes hospitalières et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire participant aux soins des personnes en transition de l'hôpital à la maison.

Bien que bon nombre des énoncés puissent s'appliquer à eux, cette norme de qualité ne traite pas des aspects particuliers de ce qui suit :

- Transitions entre les milieux de santé mentale des patients hospitalisés et la maison;
- Transitions de l'urgence à la maison;
- Soins postnatals pour les mères et les nourrissons en bonne santé et stables qui rentrent à la maison;
- Patients ayant obtenu un niveau de soins alternatif (NSA).

Cette norme de qualité ne s'applique pas à ce qui suit :

- Transition des services à l'enfance aux services aux adultes;
- Transitions interhospitalières et intrahospitalières.

# Qu’est-ce qu’une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu’ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d’un consensus d’experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l’Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

# Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes qui sont en transition de l'hôpital à la maison.

**Énoncé de qualité 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.

**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 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.

**Énoncé de qualité 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.

**Énoncé de qualité 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.

**Énoncé de qualité 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.

**Énoncé de qualité 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.

**Énoncé de qualité 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.

**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 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.

**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.

# Table des matières

**Portée de cette norme de qualité** ..... **2**

**Qu'est-ce qu'une norme de qualité?** ..... **3**

**Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé** ..... **4**

**Résumé des mises à jour 2026** ..... **7**

**Justification de la nécessité de cette norme** ..... **9**

**Mesure à l'appui de l'amélioration** ..... **12**

**Énoncé de qualité 1 : Échange de renseignement sur l'admission** ..... **13**

**Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale** ..... **17**

**Énoncé de qualité 3 : Participation du patient, de la famille et des partenaires de soins à la planification de la transition** ..... **22**

**Énoncé de qualité 4 : Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des partenaires de soins** ..... **25**

**Énoncé de qualité 5 : Plans de transition** ..... **29**

**Énoncé de qualité 6 : Transitions coordonnées** ..... **34**

**Énoncé de qualité 7 : Examen des médicaments et soutien associé** ..... **37**

**Énoncé de qualité 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés** ..... **42**

**Énoncé de qualité 9 : Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire** ..... **45**

**Énoncé de qualité 10 : Coûts assumés personnellement et limites des services financés** ..... **49**

**Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité** ..... **52**

**Appendice 2 : Glossaire** ..... **54**

**Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs** ..... **56**

**Appendice 4 : Commentaires des patients et des partenaires de soins** ..... **58**

**Remerciements** ..... **60**

**Références** ..... **62**

**À propos de nous** ..... **68**

# Résumé des mises à jour 2026

En 2025, nous avons effectué un examen des données probantes afin de saisir les lignes directrices de pratique clinique et les évaluations des technologies de la santé nouvelles ou mises à jour publiées depuis la publication initiale de cette norme de qualité en 2020. Cette mise à jour harmonise la norme de qualité avec les données cliniques les plus récentes et avec la pratique actuelle en Ontario.

Voici un résumé des changements apportés à la norme de qualité globale :

- Mise à jour des liens, des références secondaires et des sources de données, le cas échéant;
- Mise à jour de la mise en forme pour qu'elle s'harmonise sur la conception et l'image de marque actuelles de Santé Ontario;
- Révision des ressources connexes (c.-à-d., guide du patient, tableaux sommaires, dossier d'amélioration, spécifications techniques) afin de tenir compte des changements apportés aux normes de qualité et de s'harmoniser à la conception et à l'image de marque actuelles de Santé Ontario;
- Mises à jour des données dans la section « Justification de la nécessité de cette norme de qualité » de la norme de qualité et les cas d'amélioration pour les diapositives;
- Mise à jour de la terminologie partout où cela s'applique, y compris ce qui suit :
  - le terme « aidant » est remplacé par « partenaire de soins »,
  - le terme « professionnel de la santé » est remplacé par « clinicien »,
  - le terme « fournisseur de soins primaires » est remplacé par « clinicien de soins primaires »;
- Mise à jour de la portée de la norme de qualité pour clarifier qu'elle inclut les personnes en situation d'itinérance.

Voici un résumé des changements apportés à certains énoncés de qualité :

- Énoncé de qualité 2 :
  - Mise à jour de la définition du terme « *évaluation complète* » pour inclure une évaluation de la préparation de la personne à la transition.
- Énoncé de qualité 3 :
  - Mise à jour de l'énoncé du public des cliniciens pour indiquer que la communication doit être accessible et adaptée à la culture.
  - Mise à jour de l'énoncé du public pour les organisations et les planificateurs des services de santé afin de mettre en évidence le fait que les hôpitaux doivent s'assurer que les cliniciens disposent des ressources, de la formation et des compétences nécessaires pour

communiquer avec les patients, les familles et les partenaires de soins d'une manière qui est accessible et adaptée à la culture.

- Énoncé de qualité 4 :
  - Mise à jour de l'énoncé du public pour les organisations et les planificateurs des services de santé afin de mettre en évidence le fait que les hôpitaux doivent s'assurer que les cliniciens disposent des ressources, de la formation et des compétences nécessaires pour fournir des renseignements aux patients, aux familles et aux partenaires de soins d'une manière qui est accessible et adaptée à la culture.
- Énoncé de qualité 5 :
  - Mise à jour de l'énoncé du public pour les organisations et les planificateurs des services de santé afin de mettre en évidence le fait que les hôpitaux doivent s'assurer que les systèmes, les processus et les ressources sont en place pour permettre aux plans de transition de tenir compte des besoins divers en matière de communication et que les hôpitaux doivent fournir des services de traduction et d'interprétation.
- Énoncé de qualité 7 :
  - Le terme *« examen des médicaments »* est remplacé par « *examen structuré des médicaments »*; la définition du terme « *examen structuré des médicaments »* est mise à jour pour l'harmoniser avec la définition donnée dans la norme de qualité *Sécurité des médicaments*[1].

# Justification de la nécessité de cette norme

Les transitions de soins surviennent lorsque les patients changent de milieu de soins (p. ex. hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et soins communautaires) et entre différents fournisseurs de soins de santé au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

Les transitions sont des points critiques et sensibles dans la prestation de soins de santé[2]. Les transitions entre l'hôpital et la maison sont des processus complexes et effectués en plusieurs étapes qui nécessitent une communication intégrée et une coordination entre le patient, la famille du patient, les partenaires de soins, l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires du patient et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire[3].

Le processus de transition est davantage compliqué par les complexités du système de santé parce que les soins sont fournis par plusieurs fournisseurs avec divers niveaux de responsabilité[4-6]. Par conséquent, il y a de nombreux points où la communication et les processus de soins peuvent être interrompus. Ceux-ci comprennent, entre autre[5,7] :

- Préparer la famille et les partenaires de soins pour le retour de la personne à la maison;
- Communiquer le plan de soins de la personne aux cliniciens ou aux fournisseurs de soins de santé qui prennent en charge les soins de la personne;
- Effectuer la conciliation des médicaments et vérifier l'adhésion à la médication après l'obtention du congé;
- Organiser les besoins en transport et en équipement à domicile;
- Coordonner des soins de suivi appropriés (p. ex., rendez-vous médicaux, soins à domicile et services de soutien communautaire).

Lorsque les transitions de soins sont mal gérées, les patients peuvent avoir des préjudices causés par des erreurs et des retards dans les soins. Ces problèmes peuvent entraîner des admissions à l'hôpital évitables, des visites aux services des urgences et une augmentation des coûts des soins de santé tout en ayant une incidence négative sur l'expérience des patients[2,7-18]. Une éducation inadéquate des patients au moment de l'obtention du congé de l'hôpital et un échange de renseignements médiocre entre les entités de soins de santé sont associés à des taux plus élevés de réadmission à l'hôpital[9,13] et celles-ci coûtent au système de santé canadien environ 2,9 milliards de dollars par année[19]. En plus des dommages potentiels pour le patient, les membres de la famille et les partenaires de soins peuvent également éprouver du stress au cours de transitions mal gérées en raison de l'anxiété et de l'épuisement causés par la responsabilité soudaine de devoir fournir des soins complexes sans formation ou soutien adéquats[4-6]. En Ontario, entre les exercices de 2018-2019 et de 2023-2024, le taux de soignants principaux, amis ou membres de la famille de patients en soins à domicile

éprouvant du stress, de la colère ou de la dépression en lien avec les soins ou devenant incapables de continuer à s'occuper des soins a augmenté de 37,5 % à 43,7 %[20].

L'Ontario a d'importantes occasions d'améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison. Dans une enquête effectuée auprès des résidents de l'Ontario qui avaient été hospitalisés, 28 % ont déclaré que leur clinicien de soins primaires n'était pas au courant des soins qu'ils avaient reçus à l'hôpital. De plus, une enquête internationale a révélé que le taux de patients signalant qu'un clinicien avait examiné avec eux leurs médicaments prescrits avant l'obtention du congé avait diminué de 80 % en 2020 à 75 % en 2023[21]. Dans une enquête de 2023 effectuée en Ontario auprès de personnes ayant obtenu leur congé de l'hôpital, environ 22 % des répondants ont déclaré qu'on n'avait organisé aucun soin de suivi avec un clinicien[22]. Parmi les personnes hospitalisées pour des maladies chroniques graves en Ontario, moins d'un tiers avait eu une visite de suivi en personne dans les sept jours suivant l'obtention du congé, malgré le fait que 20 % de ces patients aient été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention du congé initial[23]. De plus, les patients peuvent ne pas assister aux rendez-vous après congé, souvent en raison de limitations de mobilité, de faible littératie en santé, de préoccupations financières ou d'un manque de soutien social[24-26].

Une autre préoccupation est qu'au cours des transitions, les renseignements sur les patients ne sont souvent pas transmis de manière cohérente entre les équipes de soins de santé. Dans les enquêtes du Fonds du Commonwealth auprès de médecins de soins primaires de 2023 et de 2024, de 16 % à 30 % des adultes interrogés au Canada ont déclaré que leur médecin régulier ou quelqu'un dans le cabinet de leur médecin aidait « parfois » ou « rarement ou jamais » à coordonner ou à organiser les soins qu'ils recevaient d'autres médecins ou établissements[22,27]. Aussi, dans l'enquête du Fonds du Commonwealth de 2022, seulement 55 % des médecins de soins primaires canadiens interrogés ont déclaré qu'ils « communiquaient habituellement » ou « souvent » avec les prestataires de soins infirmiers à domicile de leurs patients qui recevaient des services de soins à domicile[28]. De plus, 78,6 % des médecins ont déclaré qu'il fallait en moyenne jusqu'à 14 jours après l'obtention du congé des patients de l'hôpital pour recevoir les renseignements nécessaires à la poursuite de la gestion des patients, y compris les soins de suivi recommandés. Environ 30 % des médecins de soins primaires ont déclaré qu'ils recevaient « parfois », « rarement » ou « jamais » un avis lorsque leurs patients avaient été admis à l'hôpital ou vus aux services des urgences. S'attaquer à ces lacunes en matière de flux d'information et de soins aux patients peut aider à fournir des soins plus efficaces et plus rapides et à éviter un fardeau des soins de santé inutile.

Le rapport annuel de 2021-2022 de l'Ombudsman des patients de l'Ontario indique les possibilités suivantes d'améliorer la qualité des expériences des patients et les transitions des patients entre l'hôpital et la maison : communication précise, rapide, claire et cohérente, délai raisonnable pour prendre des décisions et mobilisation précoce des patients et des partenaires de soins[29]. Les patients, les familles et les partenaires de soins doivent être au centre de toutes les stratégies qui soutiennent des soins sécuritaires et efficaces[26].

Certains patients en transition entre l'hôpital et la maison sont particulièrement vulnérables et présentent un risque accru de réadmission à l'hôpital, comme les personnes ayant des besoins de soins complexes (y compris les enfants et les personnes âgées ayant plusieurs comorbidités ou un handicap cognitif)[30-35]. Les besoins des enfants et des jeunes – en particulier ceux ayant des problèmes médicaux complexes ou des problèmes de santé mentale et de toxicomanie – sont différents de ceux des adultes et leurs besoins uniques doivent être pris en compte au cours de la planification des transitions entre l'hôpital et la maison[36]. De plus, les personnes qui sont médicalement mal desservies, ont un statut socioéconomique faible[37] ou sont membres de populations particulières (p. ex., les peuples autochtones, les nouveaux arrivants au Canada, les réfugiés et les personnes en situation d'itinérance) font face à plusieurs obstacles à l'accès aux soins, y compris le manque de programmes et de ressources dans les langues de préférence et un manque de soins adaptés à la culture[38]. Certaines de ces populations sont également touchées de manière disproportionnée par la pauvreté, les traumatismes et l'isolement social, ce qui peut réduire l'efficacité des transitions de soins[37,39,40]. Les membres de ces populations peuvent avoir besoin d'un accès à des ressources supplémentaires et d'une collaboration accrue avec des partenaires en milieu communautaire et des services sociaux.

# Mesure à l'appui de l'amélioration

Le comité consultatif sur la norme de qualité pour les transitions en matière de soins de l'hôpital au domicile a cerné huit indicateurs généraux pour suivre les progrès réalisés dans l'amélioration des transitions entre l'hôpital et la maison en Ontario. Ces indicateurs sont destinés à être utilisés par ceux qui cherchent à mettre en œuvre la norme de qualité *Transitions entre l'hôpital et la maison*, y compris les cliniciens travaillant dans des rôles régionaux ou locaux.

## Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et qui déclarent qu'elles ont participé aux décisions concernant leurs soins et leurs traitements autant qu'elles le souhaitaient
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et qui déclarent que les cliniciens ou fournisseurs auprès desquels elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour concernant les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont reçu des soins à domicile et qui déclarent que leurs soins à domicile ont commencé au moment où elles en avaient besoin
- Temps d'attente médian et moyen entre le congé de l'hôpital et la date du premier service de soins à domicile pour les personnes nouvellement autorisées à recevoir des soins à domicile
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les partenaires de soins primaires non officiels déclarent se sentir prêts à fournir des soins (mesurable uniquement pour les partenaires de soins des clients en soins à domicile)
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui se rendent à l'urgence :
  - 7 jours après le congé
  - 30 jours après le congé
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui sont réadmis à l'hôpital :
  - 7 jours après le congé
  - 30 jours après le congé

## Indicateur ne peut être mesuré qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les résumés de congé sont remis à leur clinicien de soins primaires dans les 48 heures suivant l'obtention du congé

# Énoncé de qualité 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.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[42]

## Définitions

**Fournisseurs de soins à domicile et communautaire :** Les fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire, y compris les fournisseurs de soins à domicile et de services de soutien communautaire, les coordonnateurs de soins et le personnel des organismes de services communautaires; le personnel des organismes communautaires pour la santé mentale et les services de lutte contre les dépendances; les gestionnaires et les fournisseurs de soins de santé dans les foyers de soins de longue durée et les centres de soins palliatifs; et les pharmaciens communautaires. (Voir aussi la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.)

**Renseignements pertinents :** Au cours du transfert d'un patient du milieu communautaire à l'hôpital ou lorsqu'ils sont informés de l'admission d'un patient à l'hôpital, le clinicien de soins primaires, ses fournisseurs de soins à domicile et communautaires, ainsi que tous les spécialistes pertinents du patient, devraient fournir à l'équipe d'admission tous les renseignements pertinents[43]. Ces renseignements doivent comprendre, mais sans s'y limiter, ce qui suit :

- Un profil cumulatif du patient; c.-à-d. un résumé de son état de santé, de ses antécédents médicaux, de ses médicaments actuels (y compris l'indication d'utilisation, la posologie, la fréquence et la voie d'administration), de ses allergies, de ses antécédents familiaux et sociaux;
- Plans de soins existants ou plans de soins individualisés, avec des objectifs de soins précis éclairés par le patient et ses partenaires de soins;

- Enquêtes récentes;
- Capacité de la personne à communiquer;
- Contexte linguistique de la personne;
- Contexte culturel de la personne;
- État de santé de la personne (santé physique, cognitive et mentale);
- Caractéristiques sociodémographiques susceptibles d'influer sur les besoins de la personne en matière de soins de santé;
- Information sur les besoins et les souhaits de la personne;
- Problèmes de comportement auxquels il faudra peut-être s'attaquer;
- Coordonnées des partenaires de soins ou de tout mandataire spécial nommé en vertu d'une procuration relative au soin de la personne;
- Situation du logement;
- Lieux de soins préférés;
- Planification préalable des soins; c.-à-d. les souhaits exprimés par la personne en matière de soins de santé et de soins personnels futurs, ainsi que les objectifs de soins définis[44]; voir « Planification préalable des soins – mandataire spécial » dans notre norme de qualité des *soins palliatifs*[45].

Dans les cas où les patients sont transférés pour des problèmes aigus susceptibles d'être réglés rapidement, il se peut qu'une grande partie de l'information ci-dessus n'ait pas besoin d'être transmise.

**En temps opportun :** Le clinicien de soins primaires de la personne, ses fournisseurs de soins à domicile et communautaires, ainsi que tous les spécialistes pertinents existants devraient fournir des renseignements pertinents à l'équipe d'admission de l'hôpital, idéalement dans les trois jours ouvrables. Cependant, des renseignements peuvent être requis dans un délai d'un jour ouvrable (p. ex., lorsque le fait de ne pas avoir de renseignements présenterait un risque de préjudice). Dans ces situations, l'équipe d'admission devrait communiquer avec les fournisseurs de soins en milieu communautaire par téléphone. Lors du transfert d'un patient de la communauté à l'hôpital, l'information pertinente devrait être transmise au moment du transfert.

# Justification

Une communication et un échange d'information clairs entre les fournisseurs dans la communauté et ceux en milieu hospitalier favorisent une transition en douceur pour les patients entre l'hôpital et la maison[43]. Les fournisseurs de soins en milieu communautaire comprennent les cliniciens de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et tous les spécialistes pertinents. Pourtant, ces fournisseurs en milieu communautaire ne sont souvent pas informés que leurs patients ou clients ont été admis à l'hôpital. Étant donné qu'ils disposent de renseignements clés qui peuvent aider à prodiguer des soins au patient à l'hôpital et à faciliter sa transition vers la maison, les fournisseurs en milieu communautaire devraient recevoir un avis électronique en temps réel de

l'admission du patient à l'hôpital, des diagnostics et de la date prévue de son congé. En retour, ils devraient fournir les renseignements pertinents à l'équipe d'admission de l'hôpital, idéalement dans les trois jours ouvrables.

Pour faciliter l'échange de renseignements, l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que les spécialistes pertinents, devraient avoir les coordonnées les uns des autres. Les renseignements pertinents devraient être transférés électroniquement, au moyen de dossiers de santé électroniques, d'un courriel sécurisé ou d'une messagerie sécurisée.

Lorsque l'équipe de l'hôpital et les fournisseurs de soins dans la communauté participent au début du processus d'admission à l'hôpital, les patients et les partenaires de soins n'ont pas à répéter les mêmes renseignements à plusieurs reprises à différents fournisseurs[43]. De plus, une communication claire entre les fournisseurs de soins fait en sorte qu'il n'incombe pas au patient ou aux partenaires de soins de partager l'information importante. Une communication claire entre les fournisseurs au cours du processus d'admission peut également améliorer l'expérience des personnes hospitalisées, car l'équipe d'admission de l'hôpital reçoit toute une gamme d'informations sur les besoins, les souhaits et les contextes des personnes.

Lors de son admission à l'hôpital, le consentement du patient (ou de son mandataire spécial) à partager l'information pertinente dans leur cercle de soins peut être implicite. Cela dépend de la situation de la personne et conforme aux politiques et procédures de l'organisation locale, aux ordres professionnels de la santé de l'Ontario et à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) de l'Ontario[46].

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Lorsque vous êtes admis à l'hôpital, le personnel de l'hôpital devrait vous le demander :

- Le nom de votre médecin de famille ou de votre infirmière praticienne et de tout spécialiste;
- Le nom de tout autre fournisseur de soins de santé que vous avez à l'extérieur de l'hôpital, comme une infirmière ou un thérapeute en soins à domicile, un pharmacien communautaire ou un autre fournisseur de soins à domicile et de soins communautaires.

L'hôpital devrait informer ces fournisseurs de soins que vous avez été admis à l'hôpital et leur donner des renseignements sur les soins que vous recevez pendant votre séjour.

Votre médecin de famille ou infirmière praticienne et tous les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire que vous avez devraient communiquer les renseignements importants sur votre santé à l'hôpital. Ces informations vous aideront à recevoir les meilleurs soins possible pendant votre séjour à l'hôpital et à votre départ.

### Pour les cliniciens

*Si l'on est membre de l'équipe d'admission de l'hôpital*, informer le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que les spécialistes pertinents du patient de l'admission du patient à l'hôpital, de ses diagnostics et de la date prévue d'obtention du congé par avis électronique en temps réel. Si le patient n'est pas actuellement 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. (Voir la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.)

*Si l'on est un clinicien de soins primaires, un fournisseur de soins à domicile et en milieu communautaire ou un spécialiste pertinent*, communiquez tous les renseignements pertinents disponibles à l'équipe d'admission lorsque vous organisez l'admission à l'hôpital d'un de vos patients ou clients ou que vous en êtes informé. La transmission des renseignements doit se faire en temps opportun.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour aviser le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que les spécialistes pertinents de l'admission du patient à l'hôpital, de ses diagnostics et de sa date d'obtention de congé prévue au moyen d'un avis électronique en temps réel[47].

S'assurer que les systèmes, les processus et les ressources sont en place pour permettre aux équipes hospitalières et aux fournisseurs de soins en milieu communautaire d'échanger des renseignements entre eux. S'assurer que les fournisseurs de soins en milieu communautaire reçoivent des directives claires et des coordonnées pertinentes afin qu'ils puissent échanger des renseignements avec l'hôpital en temps opportun (p. ex., un numéro de téléphone ou un portail en ligne pour le transfert des renseignements pertinents des dossiers de santé électroniques).

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et dont l'hôpital a informé leur clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents au sujet de l'hospitalisation peu après l'admission;
- Disponibilité locale de dossiers de santé électroniques intégrés qui permettent aux équipes hospitalières, aux cliniciens de soins primaires, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et aux spécialistes pertinents d'échanger des renseignements entre eux.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# 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.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[42] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023[48]

## Définitions

**Évaluation globale :** Une évaluation individualisée des besoins actuels et futurs d'une personne en matière de soins de santé et de soutien social, y compris toute l'information pertinente échangée lors de son admission (voir l'énoncé de qualité 1). L'évaluation devrait commencer rapidement, soit au moment de l'admission de la personne à l'hôpital et être effectuée par l'équipe hospitalière – en collaboration avec le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents – et être mise à jour régulièrement pour guider le plan de transition de la personne. Une évaluation complète comprend, sans toutefois s'y limiter :

- Les préoccupations de la personne en matière de santé, de développement et de société, ainsi que les préoccupations des partenaires de soins;
- La situation actuelle de la personne en matière de logement;
- Les exigences actuelles et futures de la personne en matière de soins au moment de son admission;
- Un examen structuré des médicaments (voir l'énoncé de qualité 7);
- Une évaluation de l'état fonctionnel clinique de la personne;
- Un évaluation de l'état cognitif et psychologique de la personne;
- Des évaluations pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, le cas échéant;
- La capacité de la personne à gérer les activités de la vie quotidienne (p. ex. soins personnels, marche) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (p. ex. travaux ménagers, préparation des repas, courses, gestion des médicaments);
- Le degré de connaissance en santé de la personne;

- Pour les personnes âgées, le cas échéant, une évaluation des syndromes gériatriques, y compris les chutes, l'immobilisation, le délire ou la démence, la polypharmacie et l'incontinence, ainsi que pour les besoins en soins de fin de vie[43];
- Noms et coordonnées des aidants naturels de la personne, des mandataires spéciaux et des autres personnes qui font partie de son cercle de soutien social;
- Une évaluation des besoins avancés en matière de planification des soins de la personne, le cas échéant (voir la définition de « renseignements pertinents » dans l'énoncé de qualité 1);
- Nécessité d'évaluer l'admissibilité au financement des soins de santé et des services sociaux;
- Une évaluation de la préparation de la personne à la transition;
- Identification des facteurs de risque d'une transition ou d'une réadmission complexe pour la personne; cela pourrait inclure, sans toutefois s'y limiter [30-35,37,38,43]:
  - Besoins en soins palliatifs
  - Itinérance
  - Absence d'un placement approprié dans un foyer de soins
  - Capacité cognitive réduite
  - Problèmes liés à la protection de la personne (c.-à-d. risque d'automutilation ou toute circonstance dans la vie de la personne qui pourrait mettre sa sécurité personnelle en danger, comme la violence ou la négligence)
  - Besoins de soins complexes (p. ex., multiples comorbidités)
  - Être membre d'une population qui peut faire face à des obstacles aux soins (p. ex., nouveaux arrivants au Canada, populations autochtones, personnes touchées par la pauvreté, les traumatismes ou l'isolement social).

Certaines équipes de soins de santé utilisent des outils d'évaluation du risque de réadmission dans le cadre d'une évaluation complète. Bien qu'il n'y ait pas suffisamment de données probantes pour recommander cette pratique de façon routinière, les équipes de soins de santé pourraient trouver utile d'utiliser un tel outil, particulièrement lorsque son utilisation est automatisée (p. ex. l'indice LACE[49]).

**Besoins de soins de santé :** Les besoins en matière de santé physique, fonctionnelle, sociale, cognitive et mentale d'une personne devraient tous être pris en compte au cours de la prestation de ses soins. Ces besoins peuvent être comblés par l'alimentation, par les soins médicaux, par les soins infirmiers, par l'ergothérapie, par la pharmacie, par la physiothérapie, par la thérapie respiratoire, par le travail social, par l'orthophonie ou par les services de santé mentale ou de toxicomanie.

**Besoins de soutien social :** Ces besoins surviennent lorsque les gens vivent dans des contextes sociaux complexes (p. ex. dynamique familiale complexe, solitude, faible revenu, logement instable) ou ont des problèmes de santé complexes (p. ex. déficience cognitive, toxicomanie ou maladie mentale, disponibilité ou capacité insuffisante des partenaires de soins). Ils peuvent être comblés par des

services de soutien communautaire, des services de logement et des services sociaux, ou d'autres sources de financement.

**Mis à jour régulièrement :** Ces besoins sont mis à jour au fur et à mesure que l'état de la personne change pendant son séjour à l'hôpital.

**Plan de transition :** Document qui décrit la coordination des besoins en matière de soins et de soutien pour la transition d'une personne de l'hôpital à la maison (voir l'énoncé de qualité 5).

# Justification

Une évaluation complète des besoins d'un patient va au-delà d'un examen clinique. Elle tient également compte de ses besoins actuels et futurs en matière de soins de santé et de soutien social, en le considérant comme une personne à part entière. Une évaluation complète tient compte de tous les défis physiques, de santé mentale, de toxicomanie ou sociaux auxquels la personne peut être confrontée[50].

L'évaluation devrait être initiée par l'équipe hospitalière dès l'admission du patient à l'hôpital (ou au moment de la préadmission pour les admissions prévues) et devrait être élaborée et échangée avec l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents du patient. Cette évaluation permet de prévoir les besoins de la personne en matière de soins de santé ou de soutien social après son hospitalisation et d'établir un plan de transition initial. Si les évaluations complètes ne sont pas effectuées au moment de l'admission ou si les évaluations individuelles ne sont pas utilisées pour guider les plans de transition, les patients peuvent séjourner plus longtemps à l'hôpital ou être réadmis inutilement et ils peuvent avoir une expérience moins satisfaisante du système de santé[42].

Les personnes âgées, les enfants et les adultes ayant des besoins complexes en matière de soins constituent une part importante des admissions à l'hôpital. Bon nombre d'entre eux souffrent de maladies chroniques multiples qui peuvent entraîner des besoins médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux complexes[31-34,51].

Les membres des populations vulnérables, y compris les personnes ayant un faible statut socioéconomique et celles qui sont médicalement mal desservies, peuvent également connaître plus d'événements indésirables après l'obtention de leur congé de l'hôpital que celles qui ne sont pas considérées comme étant des membres des populations vulnérables[37]. Les évaluations complètes personnalisées aident les cliniciens à identifier les personnes qui peuvent être à risque, à coordonner les services de santé et de soutien social pour celles qui en ont besoin et à élaborer des plans à long terme pour gérer les besoins de transition des patients.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Peu de temps après votre admission à l'hôpital, les cliniciens devraient vous poser des questions, à vous et à vos partenaires de soins, sur les domaines suivants :

- Votre santé;
- Votre capacité de fonctionner à la maison, à l'école ou au travail;
- Tout autre problème qui affecte votre santé.

C'est ce qu'on appelle une évaluation complète. Les personnes qui s'occupent de vous à l'hôpital utiliseront cette information pour s'assurer que vous recevez les meilleurs soins possible pendant votre séjour à l'hôpital et après votre retour à la maison.

## Pour les cliniciens

Entreprendre une évaluation complète (voir la définition) peu de temps après l'admission à l'hôpital et la mettre à jour régulièrement tout au long du séjour à l'hôpital. Identifier les personnes à risque d'une transition complexe (p. ex., les personnes âgées, les personnes ayant des comorbidités multiples, les personnes ayant des contextes sociaux complexes), coordonner les services de soins à domicile et de soutien communautaire pour celles qui en ont besoin et élaborer des plans à long terme pour gérer les besoins de transition des personnes. Collaborer avec les cliniciens de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents des personnes pour réaliser des évaluations complètes. Ces cliniciens et fournisseurs connaissent souvent bien leurs patients et clients et peuvent fournir des renseignements de préadmission importants et indiquer des facteurs qui pourraient empêcher une transition sécuritaire et rapide entre l'hôpital et la maison.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux disposent des systèmes, des processus et des ressources nécessaires pour entreprendre une évaluation globale dès l'admission d'une personne à l'hôpital et pour la mettre à jour régulièrement tout au long de son séjour à l'hôpital.

# Indicateur de qualité : Manière de mesurer l’amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital dont l’évaluation globale a été mise à jour régulièrement tout au long de leur séjour à l’hôpital.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l’amélioration par rapport aux objectifs de l’ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Énoncé de qualité 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.

Sources : Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4) | National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023[48]

## Justification

Le patient, les membres de sa famille et les partenaires de soins jouent tous un rôle essentiel dans la planification de la transition du patient. Ils peuvent fournir des informations sur la vie et les besoins du patient, y compris les circonstances pertinentes au-delà de l'état médical et des besoins physiques du patien[43]. Lorsque le patient rentre chez lui, les membres de sa famille et les partenaires de soins participent souvent à la prestation des soins (p. ex. soins des plaies, administration de médicaments) et aux activités de la vie quotidienne (p. ex. préparation des repas, transport aux rendez-vous de suivi). Ils surveillent également les signes et symptômes inquiétants et défendent les intérêts du patient. Il est donc important qu'ils participent dès le début aux discussions sur le plan de transition du patient afin de s'assurer que les décisions respectent les valeurs, les préférences et les besoins exprimés par le patient, ainsi que les leurs[52].

Toutefois, pour que les membres de la famille et les partenaires de soins participent à la planification de la transition, le patient doit consentir à l'inclure dans son cercle de soins (voir le glossaire). Parfois, un éthicien peut avoir besoin d'être impliqué pour des questions telles que le consentement, la capacité et les transitions complexes.

Il est également important de considérer que les membres de la famille et les partenaires de soins peuvent éprouver de la pression et de l'anxiété dans leur rôle de soutien aux patients[43,53,54]. Les cliniciens supposent parfois que les membres de la famille ou les partenaires de soins fourniront un soutien au patient après leur transition entre l'hôpital et la maison sans s'assurer de leur capacité à le faire[5,43]. Les membres de la famille et les partenaires de soins sont également parfois jeunes. Il est important que les cliniciens respectent les rôles de ces personnes et les incluent dans tous les aspects de la prise de décision concernant la transition.

La participation du patient, des membres de la famille et des partenaires de soins à la planification de la transition du patient devrait être culturellement appropriée et des efforts devraient être faits pour répondre aux besoins de toutes les personnes concernées (p. ex. en aidant les personnes ayant des troubles physiques, sensoriels ou d'apprentissage ou en fournissant des traductions pour ceux qui ne parlent pas ou ne lisent pas l'anglais ou le français; ou en prenant des mesures d'adaptation pour leurs responsabilités professionnelles et familiales) afin de pouvoir participer efficacement au plan. Au besoin, un interprète ou un défenseur des droits ou la participation des services communautaires et sociaux devrait être mis à disposition. Il est également important de faire participer les jeunes patients (c'est-à-dire les enfants et les jeunes) dans la prise de décision concernant la transition.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Avant de quitter l'hôpital, vous devriez participer à toutes les décisions concernant votre transition de l'hôpital à la maison. Ainsi, vos souhaits, vos besoins et vos préférences sont pris en compte. Si vous voulez qu'ils participent, votre famille et vos partenaires de soins peuvent aussi prendre part à ces décisions.

## Pour les cliniciens

Veiller à ce que les patients participent à la planification de la transition. Si les patients consentent à leur participation, les membres de leur famille et les partenaires de soins devraient également y participer, car ils sont d'importantes sources d'information sur les besoins des patients. 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.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux aient des systèmes, des processus et des ressources en place pour permettre la participation du patient, de la famille et des partenaires de soins à la planification de la transition.

S'assurer que les cliniciens disposent des ressources, de la formation et des compétences nécessaires pour communiquer avec les patients, les familles et les partenaires de soins d'une manière qui soit accessible et adaptée à la culture.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l’amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital qui ont déclaré avoir été impliquées dans les décisions concernant leur plan de transition dans la mesure qu’elles souhaitaient;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital qui ont déclaré que leur famille et leurs partenaires de soins étaient impliqués dans les décisions concernant leur plan de transition dans la mesure qu’elles souhaitaient.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l’amélioration par rapport aux objectifs de l’ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Énoncé de qualité 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.

Sources : Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient[5] (voir aussi l'appendice 4)| National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[42] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023[48]

## Définitions

**Éducation, formation et soutien :** L'éducation devrait être adaptée aux besoins individuels des patients et des partenaires de soins, et elle devrait être fournie dans divers formats, y compris verbalement (par le biais de réunions en personne ou d'appels téléphoniques, y compris par l'intermédiaire de la télésanté), par écrit ou électroniquement, à l'aide d'un langage clair et des outils visuels. La formation peut être pratique ou consister en des simulations. Exemples de formation pratique : manière d'utiliser l'équipement et les dispositifs médicaux, d'administrer des médicaments, de changer des pansements ou des pansements, de donner des tétées entérales ou de transférer le patient d'une position à une autre. La méthode d'« enseignement réciproque » – dans laquelle le formateur demande à l'apprenant d'expliquer ce qu'il a appris – peut être utilisée pour confirmer la compréhension du patient ou du partenaire de soins.

Ce soutien et ces conseils pratiques peuvent être fournis à l'hôpital et se poursuivre dans la communauté une fois que la personne est à la maison. L'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents du patient devraient collaborer pour s'assurer que le soutien et les conseils sont cohérents et renforcés dans la communauté.

Avant l'obtention du congé, les patients et les partenaires de soins devraient recevoir des renseignements importants et des directives de soins, comme ceux qui suivent :

- Une liste des médicaments, la manière de les utiliser et leur utilité (voir l'énoncé de qualité 7);
- Des instructions d'autogestion de la santé à l'intention du patient et des partenaires de soins;
- Les coordonnées d'un clinicien qui peut répondre aux questions;
- Les signes et symptômes à surveiller, y compris ceux qui devraient inciter à consulter un clinicien et qui nécessitent une visite à l'urgence;
- Les changements à la routine du patient à son retour à la maison, y compris des changements au régime alimentaire et à l'activité physique;
- Les rendez-vous de suivi, y compris le lieu, la date, l'heure et la confirmation des rendez-vous, ou qui appeler si des rendez-vous sont nécessaires, mais n'ont pas encore été pris.

Les renseignements sur les ressources pour soutenir les patients et les partenaires de soins devraient être communiqués verbalement et par écrit (p. ex., au moyen de l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient [OOSP][55]) avant que le patient n'obtienne son congé. Par exemple, des services communautaires, des services ou des groupes de soutien à la famille, des services de soutien par les pairs et des soins de relève.

**Besoins de soins de santé :** Les besoins physiques, fonctionnels, sociaux, cognitifs et mentaux d'une personne, qui devraient tous être pris en compte dans ses soins. Ces besoins peuvent être comblés par l'alimentation, les soins médicaux, les soins infirmiers, l'ergothérapie, la pharmacie, la physiothérapie, la thérapie respiratoire, le travail social, l'orthophonie ou les services de santé mentale ou de lutte contre les dépendances.

# Justification

L'hospitalisation est stressante pour les patients, les familles et les partenaires de soins, et la transition de l'hôpital à la maison peut être une période de stress accru, car de nombreuses instructions de soins importantes leur sont données à ce moment-là[56]. Le renforcement de la capacité des patients et des partenaires de soins à gérer les soins à domicile devrait commencer pendant le séjour du patient à l'hôpital et se poursuivre dans la collectivité lorsqu'il est en transition vers à la maison[43].

Les patients et leurs partenaires de soins veulent savoir exactement quoi faire une fois que le patient est à la maison (p. ex. quels médicaments prendre et quand, comment gérer l'équipement médical nécessaire) et avec qui communiquer en cas de questions ou de symptômes imprévus[5]. Recevoir des instructions claires, les coordonnées d'un clinicien et de l'information sur les ressources communautaires pertinentes peut atténuer leur anxiété et les réconforter. Cette information peut également aider le patient à se rétablir et à éviter des dangers potentiels[5,9,56].

Si un patient fait la transition vers un établissement de soins de longue durée ou un hospice, l'équipe de soins de santé d'accueil devrait également être informée de tout changement apporté au plan de soins du patient et à tout nouvel équipement.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients et les partenaires de soins

Avant l'obtention de votre congé, votre équipe hospitalière devrait vous enseigner, ainsi qu'à votre famille ou à vos partenaires de soins, la manière de gérer vos soins à domicile, y compris la manière de prendre vos médicaments et d'utiliser l'équipement médical.

Voici quelques éléments importants á savoir :

- Les médicaments dont vous avez besoin, la manière de les prendre et leur utilité;
- État dans lequel vous devriez vous sentir et les activités vous pouvez faire une fois de retour à la maison;
- Signification des symptômes et moment auquel appeler un clinicien vous rendre à l'urgence;
- Tout changement que vous devez apporter à votre routine quotidienne;
- Rendez-vous de suivi qui ont été pris pour vous;
- Endroit où trouver plus d'informations ou de ressources pour vous aider.

Votre équipe hospitalière devrait communiquer ces renseignements verbalement et dans un format écrit (p. ex., avec l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient ou OOSP). Vous pouvez aussi recevoir une formation pratique sur des sujets comme la prise de médicaments, le changement de pansements ou l'utilisation d'équipement médical.

## Pour les cliniciens

Offrir aux patients et aux partenaires de soins une éducation et une formation qui leur permettront de prendre soin d'eux-mêmes ou des personnes qu'ils soutiennent efficacement à la maison. Adapter l'information et la formation aux besoins du patient, à sa perception de son état de santé, à sa capacité cognitive et à son degré de préparation à prendre soin de lui-même, ainsi qu'aux besoins des partenaires de soins et à leur volonté et capacité de fournir des soins au patient.

S'assurer que les renseignements et la formation sont accessibles (p. ex., en tenant compte des troubles physiques, sensoriels ou d'apprentissage ou en fournissant des traductions) et adaptés à la culture pour tous les participants. Au besoin, s'assurer qu'un interprète ou un avocat est disponible.

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.

Veiller à ce qu'un membre de l'équipe de l'hôpital soit chargé de fournir au patient, à sa famille et aux partenaires de soins l'information et le soutien nécessaires à la réussite de la transition à la maison.

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

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S’assurer que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour fournir de l’éducation, de la formation et du soutien en réponse aux besoins individuels des patients qui obtiennent leur congé, ainsi qu’aux membres de leurs familles et aux partenaires de soins.

S’assurer que les cliniciens disposent des ressources, de la formation et des compétences nécessaires pour fournir une éducation et une formation aux patients, aux familles et aux partenaires de soins qui soient accessibles et adaptées à la culture.

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l’amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital (et les membres de leur famille ou les partenaires de soins) qui déclarent avoir reçu suffisamment de renseignements sur ce qu’elles doivent faire si elles s’inquiètent de leur état de santé ou du traitement après leur départ de l’hôpital.
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital et qui déclarent avoir le soutien et les services dont elles ont besoin pour les aider à gérer leur état de santé à la maison.
- Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital qui ont déclaré savoir à qui s’adresser si elles ont des questions au sujet de leur état de santé ou de leur traitement;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital dont les partenaires de soins primaires non officiels déclarent se sentir prêts à fournir des soins (mesurable uniquement pour les partenaires de soins des clients en soins à domicile).

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l’amélioration par rapport aux objectifs de l’ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Énoncé de qualité 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.

Sources : Consensus du comité consultatif (calendrier)| National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[42] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023[48]

## Définitions

**Plan de transition :** Un document écrit (imprimé ou électronique) résumant le séjour à l'hôpital de la personne, ses diagnostics, les interventions effectuées et les mesures recommandées (p. ex. coordination des soins et soutien pour la transition de l'hôpital au domicile)[43,47]. Ce plan peut figurer dans le sommaire de congé ou être un document distinct. Un plan de transition est un document de travail à l'intention des équipes de soins qui participent aux soins de la personne et qui devrait comprendre, s'ils sont disponibles et pertinents, les détails suivants :

- L'état de santé de la personne;
- Le bien-être social et émotionnel de la personne;
- La capacité de la personne à accomplir les activités de la vie quotidienne;
- Une liste complète des médicaments de la personne, y compris tout changement apporté aux médicaments pendant son séjour à l'hôpital. Elle comprend des renseignements sur les doses, le moment de prendre les médicaments et la raison d'être de chaque médicament (voir l'énoncé de qualité 7);
- Les numéros de téléphone d'un clinicien et de télésanté que les patients et les partenaires de soins peuvent appeler en cas de problème une fois le patient à la maison;
- Les modalités de suivi médical (voir déclaration de qualité 8);

- Dispositions pour la poursuite des soins à domicile et des services de soutien communautaire, et numéros de téléphone pertinents;
- Dispositions concernant le soutien de soins de santé continu afin de répondre aux besoins de la personne;
- Services communautaires et bénévoles pertinents;
- Disponibilité de services de crise en santé mentale dans la collectivité (p. ex. cliniques sans rendez-vous, lignes d'assistance téléphoniques, unités d'intervention mobiles);
- Dispositions pour le transport de retour à la maison;
- Dispositions pour que l'équipement médical et les modifications au domicile soient en place au moment du congé de l'hôpital;
- Renseignements sur l'assurance maladie de la personne et sur sa capacité de payer elle-même les frais médicaux (voir l'énoncé sur la qualité 10);
- Nom de l'aidant ou de tout mandataire spécial nommé en vertu d'une procuration relative au soin de la personne.

Le plan de transition du patient devrait être transmis au patient (ou à son mandataire spéciale) et à tous les fournisseurs de soins de santé qui participent à ses soins et à son soutien continus. Si la personne y consent, le plan devrait également être transmis aux membres de la famille et aux partenaires de soins. Toute l'information contenue dans le plan, y compris les explications sur les médicaments, doit être fournie dans un format facile à comprendre pour la personne et ses partenaires de soins (p. ex. verbalement et par écrit, avec de la documentation écrite en langage clair et traduit au besoin)[43].

**Fournisseurs de soins à domicile et communautaire :** Les fournisseurs de soins de santé basés dans la communauté, y compris 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 et les fournisseurs de soins de santé des établissements de soins de longue durée et des centres de soins palliatifs et les pharmaciens communautaires. (Voir aussi la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.)

# Justification

La transition d'un patient de l'hôpital à la maison peut être compliquée, car elle implique de nombreux fournisseurs de soins de santé dans de multiples milieux (p. ex. communauté, hôpital, soins de longue durée). Les patients et les partenaires de soins signalent que la communication est essentielle à une planification efficace de la transition et qu'il est particulièrement important d'avoir suffisamment de temps avec l'équipe de l'hôpital pour poser des questions et participer activement au processus de transition pendant leur hospitalisation[5]. Le plan de transition devrait débuter dès l'admission du patient à l'hôpital (ou avant son admission pour les admissions prévues) et l'équipe hospitalière devrait collaborer avec le clinicien de soins primaires et les fournisseurs de soins à

domicile et en milieu communautaire du patient pour l'élaborer (voir l'énoncé de qualité 2). Le plan de transition d'un patient aide à s'assurer que la transition de l'hôpital à la maison est bien coordonnée et répond à ses besoins, ainsi qu'à ceux de ses partenaires de soins[43].

Le consentement au partage du plan de transition peut être implicite dans le cercle des soins de la personne[46] (voir le glossaire). Les plans de transition devraient également être transmis à la personne avant qu'elle ne quitte l'hôpital (p. ex., au moyen d'un OOSP[55]).

Pour les personnes ayant des besoins complexes en matière de soins ou de santé mentale, il peut être avantageux d'organiser une conférence de cas avec toutes les personnes concernées (y compris le patient, la famille et les aidants naturels) pour discuter de leurs besoins avant la transition.

Les renseignements sur le moment de l'obtention du congé et la logistique devraient également être inclus dans le plan de transition, y compris le moment et la manière dont la personne sera transportée à la maison, les coûts impliqués, la distance géographique et la capacité physique de la personne à entrer et sortir d'un véhicule. Ces facteurs peuvent être particulièrement importants pour les personnes dont le statut socioéconomique est faible, les personnes qui vivent seules, mais qui ont besoin d'aide pour fonctionner efficacement, et les personnes qui doivent parcourir une distance considérable pour rentrer chez elles[5,37]. Les plans de transition des personnes en situation d'itinérance devraient inclure des conseils sur le logement et les besoins en matière de services sociaux[43].

Les obstacles à la communication (p. ex. troubles d'apprentissage; troubles cognitifs; troubles physiques, de la vue, de la parole ou de l'ouïe; difficultés à lire, à comprendre ou à parler l'anglais ou le français) peuvent empêcher une personne de comprendre sa transition de l'hôpital à la maison et la manière dont elle peut être impliquée dans la planification de sa transition[38]. S'il y a lieu, les plans de transition devraient comprendre des mesures d'adaptation pour surmonter ces obstacles et faire en sorte que les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison et leurs partenaires de soins participent au processus de prise de décision. Le soutien aux personnes ayant des difficultés de communication peut inclure des services de défense[43].

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Votre équipe de l'hôpital devraient vous inclure dans les décisions concernant votre transition de l'hôpital à la maison. Si vous êtes d'accord, votre famille et vos partenaires de soins devraient également être impliqués. Votre équipe de l'hôpital devrait créer pour vous un plan de transition écrit qui explique tout ce que vous devez savoir pour quitter l'hôpital et vos soins à domicile, y compris :

- Transport de retour à la maison;
- Médicaments dont vous avez besoin, la manière de les prendre et leur utilité;
- Manière de prendre soin de vous une fois à la maison.

Avant de quitter l'hôpital, votre équipe hospitalière devrait vous remettre une copie écrite de votre plan de transition (p. ex., avec l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient ou OOSP). Si vous êtes d'accord, votre famille et vos partenaires de soins devraient également obtenir une copie écrite. Le plan doit être facile à lire et à comprendre, et votre équipe de l'hôpital doit vous l'expliquer.

## Pour les cliniciens

*Si l'on est membre de l'équipe hospitalière*, inclure le clinicien de soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire de la personne dans l'élaboration du plan de transition. Au moment où la personne obtiendra son congé, alerter son clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que les spécialistes pertinents, et leur transmettre le plan de transition. Donner au patient une copie écrite de son plan de transition avant qu'il n'obtienne son congé.

Utiliser des outils de documentation normalisés pour assurer un échange succinct, clair et opportun du plan de transition, dans les 48 heures suivant le congé[42].

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources en place :

- Donner aux personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison une copie écrite de leur plan de transition avant de quitter l'hôpital (p. ex., au moyen d'un OOSP[55]);
- Permettre une communication rapide (dans les 48 heures suivant l'obtention du congé) et claire du plan de transition avec le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents de la personne (p. ex., documentation normalisée et stratégies de communication, utilisation d'un portail en ligne)[42,47];
- S'assurer que les plans de transition peuvent répondre à des besoins divers de communication (p. ex., des variations dans la compétence linguistique ou les niveaux de littératie et dans les capacités cognitives ou sensorielles);
- S'assurer de la disponibilité des services de traduction et d'interprétation pour soutenir les besoins linguistiques des patients et de leurs partenaires de soins;

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de la population ayant reçu un plan de transition écrit avant de quitter l'hôpital;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital dont les sommaires de congé sont remis aux cliniciens de soins primaires dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui reçoivent des services de soins à domicile et de soutien communautaire dont les résumés de congé ont été envoyés à leurs fournisseurs de services dans les 48 heures suivant l'obtention du congé;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et qui déclarent que les cliniciens ou fournisseurs auprès desquels elles reçoivent habituellement des soins médicaux semblent informés et à jour concernant les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital.
- Disponibilité locale de dossiers de santé électroniques intégrés qui permettent aux équipes hospitalières, aux cliniciens de soins primaires, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire d'échanger des renseignements entre eux.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Énoncé de qualité 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.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[42] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023[48]

## Définition

**Planification, coordination et communication de la transition :** L'établissement d'un ensemble de mesures visant à assurer une coordination, une communication et une continuité efficaces des soins de santé pendant la transition d'un patient de l'hôpital à la maison[31] peut comprendre, sans s'y limiter, ce qui suit :

- Contacter le clinicien de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, et les spécialistes pertinents de la personne;
- Récupérer les dossiers de santé de la personne pour effectuer son évaluation complète (voir l'énoncé de qualité 2);
- Coordonner l'évaluation complète et les soins du patient à l'hôpital, et s'assurer que tous les membres de l'équipe hospitalière du patient et tous ses fournisseurs de soins en milieu communautaire sont tenus informés;
- Diriger l'élaboration, la communication et la mise en œuvre du plan de transition;
- Être la personne-ressource pour le patient, sa famille et ses partenaires de soins pendant que ce dernier est à l'hôpital et peu après l'obtention de son congé.

# Justification

Une mauvaise coordination et communication pendant la transition de l'hôpital à la maison peuvent être stressantes pour les patients ainsi que pour leur famille et leurs partenaires de soins, et cela peut entraîner de moins bons résultats[43]. On a démontré que le fait d'avoir un clinicien comme coordonnateur désigné de la transition a un effet positif sur les processus et les résultats des congés hospitaliers[43,57] et cela se traduit par une meilleure expérience globale pour les patients et les partenaires de soins[58]. Ces deux derniers ont souvent des questions au sujet de la transition[5], de sorte qu'avoir une personne nommée, qui connaît la santé physique et mentale de la personne et qui est responsable du processus de transition, peut aider à s'assurer qu'une personne est toujours disponible pour répondre à ces questions.

Pour les personnes ayant des besoins de soins plus complexes, les membres de l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire devraient participer à la planification et à la coordination de la transition[48]. Toutefois, le fait de désigner clairement un clinicien comme point de contact unique pour la planification et la coordination de la transition d'un patient peut la rendre plus simple pour ce dernier, sa famille et ses partenaires de soins[43]. Dans certains cas, cette personne est le clinicien ou le clinicien principal du patient, une infirmière praticienne, une infirmière, un travailleur social ou un autre clinicien. Dans d'autres cas, cette personne peut avoir un titre d'emploi comme « coordonnateur des soins de transition », « coordonnateur du congé » ou « navigateur du patient ». Cette personne devrait être sélectionnée en fonction des soins et des besoins en soutien du patient[43].

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Lorsque vous êtes admis à l'hôpital, un clinicien devrait identifier la personne qui planifiera votre transition à la maison. Cette personne travaillera avec vous, votre famille et vos partenaires de soins tout au long de votre séjour à l'hôpital pour s'assurer que vous savez ce qui se passera et ce que vous devrez faire lorsque vous rentrerez chez vous.

## Pour les cliniciens

S'assurer qu'une personne est nommée comme étant responsable de la coordination de la transition de chaque patient de l'hôpital à la maison et impliquer ce coordonnateur dans les décisions concernant la transition.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources en place afin que les patients, les familles, les partenaires de soins, les cliniciens en soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire aient une personne-ressource désignée responsable de la planification et de la coordination de la transition et des communications liées à celle-ci.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui avaient un clinicien désigné responsable de la coordination de leurs soins au moment du congé de l'hôpital;
- Pourcentage des personnes hospitalisées (ou leurs partenaires de soins) qui ont déclaré savoir qui est le principal responsable de la coordination de leur congé;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou de leurs partenaires de soins) qui ont déclaré être incapables de communiquer avec leur clinicien lorsqu'ils en ont besoin;
- Disponibilité locale des systèmes hospitaliers pour que les patients, les familles, les partenaires de soins et les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires aient une personne-ressource désignée responsable de la planification de la transition, de sa coordination et des communications en temps opportun.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Énoncé de qualité 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.

Sources : Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient5 (voir aussi l'appendice 4)| National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41] | Santé Ontario, 2021[1] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014[42] | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023[48]

## Définitions

**Examen structuré des médicaments :** Un examen critique de tous les médicaments qu'une personne prend régulièrement ou au besoin (p. ex., médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre, vitamines et minéraux, produits à base de plantes et produits naturels, médicaments traditionnels, échantillons de médicaments des prescripteurs) et de toutes les allergies médicamenteuses. Cela inclut des médicaments de toutes les formes (p. ex., comprimés, liquides, crèmes, timbres, inhalateurs, gouttes pour les yeux et gouttes pour les oreilles). L'objectif est que le clinicien et le patient s'accordent sur le plan de traitement; s'assurer que chaque médicament est indiqué, bénéfique, approprié et utilisé efficacement; cerner et résoudre les problèmes liés aux médicaments et réduire les déchets.

**Bilan comparatif des médicaments :** Un processus par lequel les cliniciens travaillent avec le patient et les partenaires de soins pour identifier avec précision tous les médicaments actuels du patient (y compris le nom du médicament, la posologie et la fréquence d'administration) afin que cette information puisse être communiquée avec précision aux cliniciens pertinents pendant la transition du patient de l'hôpital à la maison. Il est important de consigner tout écart et de documenter tout médicament qui a été ajouté, modifié ou qui est discontinué[43].

**Observance des ordonnances :** La mesure dans laquelle une personne suit son traitement curatif médical, c'est-à-dire la mesure dans laquelle elle utilise ses médicaments de la façon dont elle en a convenu avec ses cliniciens. La non-observance peut limiter les bienfaits d'un médicament, ce qui peut entraîner une absence d'amélioration ou une détérioration de la santé. La non-observance peut être intentionnelle ou involontaire; par exemple, en raison d'un mauvais souvenir ou de difficultés à comprendre le traitement curatif médical, de problèmes à prendre les médicaments, d'une incapacité à payer les médicaments, ou simplement de l'oubli de les prendre[43].

**Optimisation des médicaments :** Adopter une approche individualisée avec le patient relative à ses médicaments, afin de maximiser les bienfaits et de réduire les méfaits. Cette étape porte à la fois sur les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre pour s'assurer que tous sont :

- Indiqués (c.-à-d. avoir une raison de les utiliser);
- Efficaces (c.-à-d. faire ce que nous attendons d'eux);
- Sûrs (c.-à-d. que les avantages de l'utilisation dépassent les risques);
- Pratique (c.-à-d. que le patient peut adhérer au schéma médicamenteux, y compris en les payant et en les prenant comme prévu).

# Justification

Les transitions entre l'hôpital et la maison mettent souvent en cause des changements aux médicaments des patients. Il est important que les patients à l'aide de leur famille et de leurs partenaires de soins examinent leurs médicaments avec un clinicien avant de quitter l'hôpital[5].

Les étapes suivantes sont également cruciales pour une transition réussie[5]:

- S'assurer que les patients et les partenaires de soins comprennent à quoi servent leurs médicaments et qu'ils ont confiance en leur capacité de gérer les traitements curatifs médicaux (c.-à-d. de prendre les médicaments au bon moment et de les administrer correctement);
- Tenir compte de la capacité des gens à se payer des médicaments et offrir des options à ceux qui n'en ont pas les moyens (comme le Programme de médicaments Trillium ou une assurance privée) et un soutien pour demander de l'aide, si nécessaire;
- S'assurer que les patients et les partenaires de soins savent comment gérer la douleur.

Au moment de l'admission à l'hôpital et de l'obtention du congé, un patient devrait avoir une évaluation des médicaments structurée effectuée par le pharmacien de l'hôpital, le clinicien principal du patient, une infirmière ou une infirmière praticienne. Une fois à la maison, un ou plusieurs cliniciens en milieu communautaire (p. ex., pharmacien communautaire, clinicien de soins primaires, infirmière en soins à domicile) devraient effectué un examen structuré des médicaments du patient.

Les patients et les partenaires de soins devraient participer activement aux examens pour s'assurer qu'ils sont au courant de tous les aspects du traitement médicamenteux. Un examen structuré des médicaments devrait également faire partie du plan de transition (voir l'énoncé de qualité 5) et être soigneusement communiqué aux cliniciens en soins primaires et aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire pour soutenir une transition sécuritaire et efficace entre l'hôpital et la maison[42,47,59].

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la sécurité des médicaments, veuillez consulter la norme de qualité *Sécurité des médicaments*[1].

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Lorsque vous arrivez à l'hôpital, un clinicien devrait vous demander, à vous et à vos partenaires de soins, quels médicaments vous prenez.

Avant de quitter l'hôpital, un clinicien devrait :

- Parler avec vous au cas où des changements auraient été apportés à vos médicaments et la raison pour les prendre et les effets secondaires que vous pourriez ressentir;
- Demander si vous avez des inquiétudes au sujet du paiement de vos médicaments et vous aider à trouver des options si vous n'avez pas les moyens de payer le coût des médicaments.

Une fois de retour à la maison, un autre clinicien, comme votre pharmacien communautaire, votre médecin de famille, votre infirmière praticienne ou une infirmière à domicile, devrait vous parler de vos médicaments pour s'assurer de bien comprendre vos besoins en médicaments.

## Pour les cliniciens

Au moment d'effectuer un examen structuré des médicaments, tenir compte des facteurs suivants :

- Coût des médicaments et des options pour ceux qui n'ont pas les moyens de les payer;
- Instructions d'emballage pour ceux qui peuvent avoir besoin d'aide pour prendre leurs médicaments (p. ex. suggestion d'utiliser des plaquettes alvéolées, boîte à pilules);
- Horaire de médication du patient, en particulier lorsque l'aide d'un partenaire de soins est nécessaire pour l'administration des médicaments tout au long de la journée et de la nuit;
- Savoir si du soutien des partenaires de soins est-il disponible au besoin pour les personnes qui ont besoin d'aide avec leurs médicaments;
- Formation sur la façon de gérer les régimes médicamenteux complexes.

*Si l'on est membre de l'équipe hospitalière*, collaborer avec les patients et les partenaires de soins pour effectuer des examens structurés des médicaments à l'admission et avant l'obtention du congé. Inclure des renseignements concernant la conciliation des médicaments, l'adhésion au schéma posologique et l'optimisation. Engager une discussion avec les patients et les partenaires de soins au sujet de leur capacité et de leur volonté à utiliser leurs médicaments à la maison, comme il est recommandé par leur équipe de soins de santé, des soutiens qui sont disponibles pour les aider et de l'accès aux médicaments dans la communauté. Il faut peut-être tenir compte des facteurs énumérés ci-dessus. Il se peut aussi qu'il faille fournir un approvisionnement à court terme de médicaments jusqu'à ce qu'une ordonnance puisse être exécutée.

L'examen structuré des médicaments devrait également être soigneusement communiqué aux cliniciens de soins primaires, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi qu'aux spécialistes pertinents.

*Si l'on est le pharmacien communautaire, le clinicien de soins primaires ou l'infirmière en soins à domicile,* une fois que le patient est à la maison, travailler avec lui et ses partenaires de soins pour effectuer un examen structure des médicaments qui comprend des renseignements sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance et l'optimisation.

Examiner avec le patient et les partenaires de soins la manière d'utiliser efficacement leurs médicaments à la maison et la manière d'accéder aux médicaments dans la communauté. Il faut peut-être tenir compte des facteurs énumérés ci-dessus.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources en place pour que l'équipe hospitalière puisse effectuer un examen structuré des médicaments au moment de l'admission et avant l'obtention du congé, ce qui inclut des renseignements concernant la conciliation des médicaments, l'adhésion à la médication et l'optimisation, en plus de communiquer ces renseignements aux cliniciens de soins primaires, aux fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi qu'aux spécialistes pertinents.

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que le clinicien le plus responsable de la communauté puisse effectuer un examen structuré des médicaments qui comprend des renseignements sur le bilan comparatif des médicaments, l'observance et l'optimisation.

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont en main un bilan comparatif des médicaments à leur congé;

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont visité l'urgence ou qui ont été réadmis à l'hôpital en raison d'un problème lié aux médicaments dans les 30 jours suivant leur congé;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital (ou leurs partenaires de soins) qui ont déclaré avoir une bonne compréhension des médicaments qui leur sont prescrits;
- Disponibilité à l'échelle locale des dossiers de santé électronique qui permettent aux équipes hospitalières et aux pharmaciens communautaires d'échanger l'information entre eux.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Énoncé de qualité 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.

Sources : Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient5 (voir aussi l'appendice 4)| National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41]

## Définitions

**Soins de suivi médical :** Soins fournis dans la communauté par le clinicien de soins primaires ou les spécialistes du patient après que le patient a reçu son congé de l'hôpital. Dans certains cas, en particulier pour les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale, cela peut aussi inclure leur thérapeute principal, leur conseiller ou leur coordonnateur de cas dans un organisme communautaire. Il faut tenir compte du mode (p. ex. rencontre en personne, communication par téléphone ou virtuelle) et de la durée des soins de suivi qui conviennent le mieux aux besoins et aux préférences du patient et de l'aidant. Les fournisseurs de soins responsables d'effectuer les appels de suivi devraient être identifiés avant que les personnes quittent l'hôpital.

**Soins coordonnés :** Des soins médicaux de suivi devraient être prévus avant le congé, et les patients et les partenaires de soins devraient recevoir les coordonnées des personnes-ressources pour ces suivis. Dans certains cas, les patient ou les partenaires de soins peuvent prendre ces rendez-vous. Dans d'autres cas, les patients peuvent avoir besoin de l'aide du personnel hospitalier. La personne qui réserve les soins de suivi doit tenir compte des horaires du patient et du partenaire de soins, ainsi que de la façon de répondre à tous les besoins concernant le transport, le coût, la distance ou la mobilité physique. Si les soins de suivi ne peuvent être réservés avant le congé, ou s'il incombe au patient ou à un partenaire de soins de réserver lui-même ces soins, des instructions et des coordonnées claires doivent être fournies au patient et à son aidant avant le congé.

# Justification

S'assurer que les gens consultent un clinicien pour un suivi médical après leur congé peut les aider à gérer efficacement leur état de santé et à identifier l'aggravation de leurs symptômes, les effets secondaires des changements de médicaments et les difficultés d'autogestion[60]. Une bonne coordination entre les fournisseurs de soins après le congé (y compris les soins médicaux de suivi réservés avant le congé et le transfert des renseignements médicaux entre les fournisseurs) est essentielle pour s'assurer que les personnes reçoivent des soins de suivi et une surveillance appropriés après leur transition de l'hôpital à leur domicile[5].

Les patients éprouvent parfois des difficultés à prendre rendez-vous chez le médecin après leur sortie de l'hôpital[5]. S'assurer que des rendez-vous de soins primaires et avec des spécialistes sont prévus avant que les patients quittent l'hôpital et s'assurer que les patients et les partenaires de soins ont les coordonnées des personnes-ressources pour ces visites peut atténuer le stress et assurer que les patients reçoivent les soins de suivi dont ils ont besoin.

Certains patients ont également de la difficulté à se rendre à leurs rendez-vous de suivi (p. ex. en raison de leur état de santé, d'un manque de transport, des coûts de transport ou de barrières géographiques). De plus, les personnes vivant dans les communautés rurales et éloignées ont un accès varié au suivi des soins primaires et des spécialistes (Base de données sur les congés des patients, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, base de données des personnes inscrites 2016; données fournies par ICES en septembre 2018).

Les taux de suivi médical sont plus faibles pour les personnes qui reçoivent leur congé d'un petit hôpital ou d'un hôpital éloigné, pour celles qui vivent dans une collectivité à faible revenu et pour celles qui ont un accès réduit aux cliniciens en general[61]. Pour ces personnes, un appel téléphonique, un suivi par communication virtuelle ou une visite à domicile d'une infirmière ou d'un clinicien est le mode le plus approprié pour le suivi des soins primaires. D'autres qui sont plus vulnérables et plus à risque de ne pas recevoir de soins médicaux de suivi peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire de la part des partenaires communautaires pour s'assurer qu'ils reçoivent ces soins médicaux dans leur communauté (p. ex. dans une clinique médicale située dans un refuge ou dans un centre de santé communautaire).

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Avant de quitter l'hôpital, votre équipe de l'hôpital devrait faire ce qui suit :

- Organiser les soins de suivi offerts par votre clinicien de soins primaires ou par un spécialiste dont vous avez besoin;
- Donner des instructions écrites claires et les coordonnées des personnes-ressources pour ces soins de suivi.

Parfois, il se peut que vous, ou un partenaire de soins, ayez besoin de prendre un rendez-vous de suivi. Dans ce cas, avant que vous ne quittiez l'hôpital, votre équipe de l'hôpital devrait vous donner des instructions claires sur le rendez-vous que vous devez prendre et sur la personne que vous devez appeler pour prendre rendez-vous.

### Pour les cliniciens

Coordonner et réserver les soins médicaux de suivi avec le clinicien de soins primaires du patient ou les spécialistes, au besoin, avant le congé. S'assurer que les recommandations pour les soins de suivi sont incluses dans le plan de transition ou le sommaire de congé du patient (voir l'énoncé de qualité 5). Diriger les patients qui n'ont pas de clinicien de soins primaires vers un système local, comme une équipe de santé familiale, s'il y a lieu, ou informer les patients au sujet du programme Accès Soins et les aider, si nécessaire, à trouver un clinicien de soins primaires[8,62.]

Les personnes à risque élevé de réadmission peuvent avoir besoin de soins médicaux de suivi plus tôt que les personnes à faible risque[8]. Pour les patients à risque élevé de réadmission, organiser un appel téléphonique de suivi, une visite à domicile ou une visite au bureau avec une infirmière communautaire, une infirmière praticienne, un adjoint au clinicien de soins primaires, idéalement dans les 24 à 72 heures suivant le congé, pour s'assurer que les patients (et leurs partenaires de soins) peuvent gérer efficacement leurs soins et prendre leurs médicaments correctement[43,60,63].

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour s'assurer que les soins médicaux de suivi peuvent être coordonnés et réservés avant le congé.

## Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui ont eu des rendez-vous de suivi médical coordonnés et qui ont pris rendez-vous avec leur clinicien de soins primaires (ou le clinicien le plus responsable) ou leur clinicien spécialiste avant leur congé.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# 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 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.

Sources : Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient5 (voir aussi l'appendice 4)| National Institute for Health and Care Excellence, 2015[41]

## Définitions

**Évaluation des besoins en matière de soins à domicile et de services de soutien communautaire :** Elle tient compte des besoins de la personne et de ses partenaires de soins afin de déterminer le type et la quantité de services de soins à domicile et de soutien communautaire dont elle aura besoin après avoir quitté l'hôpital[64]. Les besoins comprennent ceux liés au fonctionnement, aux soins médicaux, à l'équipement, à l'aménagement ou à la modification du domicile, à la cognition, à la santé mentale, à la toxicomanie, à la langue, à la culture et au soutien social (p. ex. l'outil Évaluation à l'accueil d'interRAI[65].)

La quantité de soutien dont une personne a besoin peut être envisagée à court et à long terme. Le soutien à court terme s'échelonne sur une période de quelques jours à plusieurs semaines. Les besoins médicaux ou chirurgicaux post-aigus en sont des exemples. Un soutien à long terme est offert pour une période dépassant plusieurs semaines. Par exemple, les soins aux personnes ayant des limitations fonctionnelles, des problèmes de santé chroniques ou des besoins de soins complexes sur le plan médical.

L'évaluation devrait également tenir compte de la capacité de la personne à payer les frais qu'il aura à débourser.

**Services de soins à domicile et de soutien communautaire**[66]**:** Services fournis à une personne à domicile et dans la collectivité.

Les soins à domicile comprennent :

- Services de soins de santé clinique (p. ex. nutrition, soins médicaux, soins de santé mentale, soins infirmiers, ergothérapie, soins palliatifs, physiothérapie, thérapie respiratoire, travail social, orthophonie);
- Aide à l'entretien ménager (p. ex. aide au ménage, à la lessive ou à la préparation des repas);
- Aide à domicile (p. ex. entretien et réparation de la maison);
- Services de soutien personnel et autres services connexes.

Les services de soutien communautaire comprennent les services cliniques énumérés ci-dessus (p. ex. fournis par des cliniciens ou fournisseurs de soins de santé communautaires qui peuvent être financés par des fonds publics ou privés) et les services non cliniques, tels que :

- Programmes de jour pour adultes;
- Aide et soutien aux partenaires de soins;
- Dîner communautaire;
- Visite amicale;
- Livraison de repas;
- Logement avec services de soutien (c.-à-d. maisons de soins de longue durée et maisons de retraite);
- Aide au transport;
- Tout autre service qui aide les gens à vivre de façon autonome à la maison.

Pour les personnes ayant des besoins de soins complexes, les services de soins à domicile et de soutien communautaire comprennent la gestion communautaire des cas, y compris le suivi et la surveillance des soins.

# Justification

L'aiguillage approprié vers des services de soins à domicile et de soutien communautaire, au besoin, est essentiel à la transition d'un patient de l'hôpital à la maison et il a été démontré qu'il réduit le taux de réadmission à l'hôpital[43,67]. Des services de soins à domicile et de soutien communautaire opportuns et appropriés aident les patients à se sentir plus à l'aise et plus confiants dans leur capacité de prendre soin d'eux-mêmes lorsqu'ils rentrent chez eux[5].

La recherche sur ce qui affecte l'expérience des soins que les personnes en Ontario reçoivent au cours des transitions de l'hôpital à la maison tient compte le plus souvent des défis liés aux soins à domicile, y compris la rapidité, la fiabilité, la cohérence et la suffisance des services financés par l'État[5]. Beaucoup comptent sur la famille, les amis, les services privés ou les organismes de bienfaisance pour combler les lacunes. L'organisation de la logistique des soins à domicile, qu'il s'agisse de services de santé cliniques, d'équipement ou d'appareils médicaux, de personnel de soutien personnel ou de services de soutien non cliniques, peut souvent être accablante pour les patients, les familles et les partenaires de soins[5].

De nombreux facteurs peuvent influer sur le type et la quantité de soins dont une personne peut avoir besoin, notamment les suivants[64] :

- Facteurs sociaux comme le faible revenu, l'instabilité du logement, le fait de vivre seul et la dynamique familiale complexe;
- Problèmes de santé complexes comme les troubles de santé mentale, la toxicomanie, les troubles cognitifs importants ou la présence de comorbidités multiples;
- Volonté et capacité des partenaires de soins de fournir des soins.

Pour garantir un soutien approprié et en temps opportun, une communication claire et une harmonisation sont nécessaires entre les patients, les partenaires de soins, l'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires et les fournisseurs de services de soutien en milieu communautaire pertinents concernant les soins à domicile et les services de soutien en milieu communautaire dont ils ont besoin.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Si vous avez besoin de soins de santé, de soins de soutien personnel ou d'aide d'autres services de soutien communautaire une fois de retour à la maison, un coordonnateur des soins devrait travailler avec vous et vos fournisseurs de soins pour planifier et organiser les services avant votre départ.

Ces services comprennent les visites à domicile d'une infirmière, d'un médecin ou d'un thérapeute pour vous aider à obtenir des soins médicaux, à préparer les repas ou à faire le ménage, et à vous transporter à vos rendez-vous chez le clinicien.

### Pour les cliniciens

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.

*Si l'on est le coordonnateur des soins,* être au courant des services de soins à domicile et de soutien communautaire qui sont offerts au patient et de la façon d'organiser ces services. Collaborer avec le patient et les partenaires de soins, l'équipe hospitalière, ainsi que les fournisseurs de soins à domicile et de soutien en milieu communautaire pour comprendre les objectifs du patient et ses préférences, évaluer régulièrement ses besoins en matière de soins à domicile et de services de soutien en milieu communautaire, et élaborer (ou concevoir conjointement) avec le patient et les partenaires de soins un plan de soins pour répondre à ses besoins et atteindre ses objectifs. Inclure les détails des services convenus dans le plan de transition ou le sommaire de congé. Évaluer régulièrement les besoins du patient en matière de soins à domicile ou de services de soutien communautaire.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Impartir adéquatement les systèmes et les services pour que les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison aient accès en temps opportun et équitablement aux soins à domicile et aux services de soutien communautaire dont elles ont besoin, au moment voulu. Travailler en collaboration avec les intervenants, les communautés et les personnes ayant une expérience vécue, en utilisant les données et les preuves locales, pour concevoir conjointement des services de soins à domicile et de soutien communautaire qui répondent aux besoins de toutes les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison, particulièrement celles qui sont socialement défavorisées ou qui font face à des obstacles pour accéder aux soins.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Temps d'attente médian et moyen entre le congé de l'hôpital et la date du premier service de soins à domicile pour les personnes nouvellement autorisées à recevoir des soins à domicile;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital qui sont aiguillées vers des services de soins à domicile et de soutien communautaire et qui déclarent avoir reçu suffisamment d'heures de ces services;
- Pourcentage des personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital et qui ont reçu des services de soins à domicile et de soutien en milieu communautaire, et qui déclarent que ces derniers ont commencé au moment où elles en avaient besoin.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# 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.

Source : Cartographie conceptuelle de la recherche sur l'expérience du patient5 (voir aussi l'appendice 4)

## Définitions

**Coûts des soins de santé à la charge du patient :** Les coûts payés par le patient pour tous les services non financés fournis par les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires ou tous les services non financés de soins à domicile et de soutien communautaire, ainsi que les médicaments, l'équipement et les appareils médicalement nécessaires et les fournitures médicales.

**Équipe de soins de santé :** L'équipe hospitalière, le clinicien de soins primaires, les spécialistes pertinents et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire du patient (y compris un coordonnateur de soins et un travailleur social au besoin). Dans certains hôpitaux, les rôles de travailleur social, de coordonnateur des soins à domicile et de coordonnateur des soins communautaires sont exercés par la même personne. Dans d'autres hôpitaux, ce sont des professionnels séparés qui effectuent différents aspects de ce rôle ensemble.

## Justification

Les patients et les aidants de l'Ontario qui ont vécu des transitions de l'hôpital à la maison ont identifié des défis liés aux coûts directs des médicaments, de l'équipement et des appareils médicaux, du transport et des services de soins à domicile[5]. La couverture limitée et les temps d'attente longs pour les services de soins à domicile financés par l'État et les services de soutien communautaire (p. ex. ergothérapie, physiothérapie, inhalothérapie et autres services de réhabilitation) ont également été cernés comme étant des défis par les patients et les partenaires de soins[5,68-70].

Un rapport du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario indique que les familles et les aidants naturels ont besoin d'avoir accès à un « panier de services » de base qui reconnaît les soutiens non cliniques comme l'entretien ménager, la préparation des repas, le logement supervisé, le transport et le répit, et de les financer.[66] Répondre efficacement à ces besoins augmente considérablement les chances de réussite de la transition de l'hôpital à la maison[5].

Les personnes qui font la transition de l'hôpital à la maison et leurs partenaires de soins ont besoin de renseignements précis sur les services et les médicaments qu'ils devront payer[66]. Pour ceux qui sont incapables de payer des services communautaires non financés ou partiellement financés, des médicaments ou de l'équipement et des appareils médicaux, le soutien devrait être fourni par des cliniciens ou un coordonnateur des soins à domicile et communautaires pour s'assurer que leurs besoins en soins sont comblés. Sans ce soutien, de nombreux patients se passeront de soins.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les patients

Avant de quitter l'hôpital, un clinicien doit faire ce qui suit :

- Vous informer de tous les soins à domicile ou services de soutien communautaire dont vous aurez besoin une fois que vous serez de retour à la maison;
- Expliquer les services et les médicaments dont vous payez la totalité ou une partie du coût et les options que vous pouvez explorer si vous n'avez pas les moyens de payer pour certains services.

## Pour les cliniciens

Collaborer avec les collègues fournisseurs de soins de santé (fournisseurs de soins hospitaliers, cliniciens de soins primaires, fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, coordonnateurs de soins à domicile et en milieu communautaire et travailleurs sociaux) pour fournir aux personnes en transition de l'hôpital à la maison et à leurs partenaires de soins des renseignements concernant les services de soins à domicile et de soutien communautaire ainsi que sur les médicaments qui sont financés et ceux qu'elles 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. Informer les patients et leurs partenaires de soins de tous les coûts connus à leur charge et aider à examiner la couverture d'assurance privée ou d'autres sources de financement, comme La marche des dix sous du Canada, le Programme de médicaments de l'Ontario, le Programme des services de santé non assurés (SSNA), le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, le programme Ontario au travail et le site lignesanté.ca. Aider ceux qui auront besoin d'aide pour le paiement à examiner la couverture d'assurance privée ou à trouver d'autres sources de financement.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S’assurer que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de travailler ensemble afin de fournir de l’information et de planifier les services de soins à domicile et de soutien communautaire et les médicaments qui sont financés et non financés.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l’amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital dont l’équipe de soins de santé a évalué la capacité de payer les frais de leur propre poche;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital qui déclaré avoir reçu l’information dont elles ont besoin au sujet du financement disponible pour les services de santé qui ne sont pas financés par l’État;
- Pourcentage de personnes ayant reçu leur congé de l’hôpital qui ont déclaré ne pas avoir reçu l’aide dont elles avaient besoin en raison des coûts.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l’amélioration par rapport aux objectifs de l’ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

# Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

## Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

### Pour les patients

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison après une hospitalisation.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le guide du patient sur les transitions entre l'hôpital et le domicile pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

### Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes qui font la transition entre l'hôpital et la maison après une hospitalisation. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre guide du patient sur les transitions entre l'hôpital et la maison, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos ressources de mesure, y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Nos sommaires, qui résument la norme de qualité et comprennent des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre *Guide de démarrage*, qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- Quorum, qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins de santé en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

# Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

# Appendice 2 : Glossaire

| Terme | Définition |
|---|---|
| **Cercle de soins** | Les membres d'une équipe de soins de santé qui, selon un le consentement implicite du patient, peuvent collecter, utiliser et divulguer les renseignements personnels sur la santé d'un patient/client afin de fournir des soins de santé dans des circonstances précises[46], tel que défini dans la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Ceci peut comprendre les membres de la famille et les aidants que le patient consent à inclure dans son cercle de soins, et toute mandataire spécial nommé en vertu d'une procuration relative au soin de la personne. |
| **Clinicien de soins primaires** | Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien qui dispense des soins primaires. |
| **Cliniciens** | Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes professionnels et les orthophonistes. |
| **Équipe de l'hôpital** | Toutes les personnes à l'hôpital qui fournissent des soins aux patients pendant leur hospitalisation. |
| **Équipe de soins** | Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles. |
| **Famille** | Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins. |
| **Fournisseurs de soins à domicile et communautaire** | Les fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire, y compris les fournisseurs de soins à domicile et de services de soutien communautaire, les coordonnateurs de soins et le personnel des organismes de services communautaires; le personnel des organismes communautaires pour la santé mentale et les services de lutte contre les dépendances; les gestionnaires et les fournisseurs de soins de santé dans les foyers de soins de longue durée et les centres de soins palliatifs; et les pharmaciens communautaires. (Voir aussi la définition des « services de soutien communautaires et de soins à domicile » dans l'énoncé de qualité 9.) |

| Terme | Définition |
| --- | --- |
| **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. |
| **Maison** | Lieu de résidence habituel d'une personne. Cela peut inclure des résidences personnelles, des résidences pour personnes âgées, des résidences-services, des foyers de soins de longue durée, des centres de soins palliatifs et des refuges. |
| **Partenaire de soins** | Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ». |

# Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

## Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la *Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario*. Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

## Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

### Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les effets historiques et actuels de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada, et s'efforcer de s'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux séquelles des traumatismes intergénérationnels et actuels; aux dommages physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les populations, les familles et les communautés autochtones ainsi qu'à reconnaître la force et la résilience de ces populations. Cette norme de qualité utilise les guides de pratique clinique existants qui peuvent ne pas inclure des soins adaptés à la culture ou ne pas reconnaître les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels des Autochtones.

## Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans 27 régions désignées et dans les bureaux du gouvernement[71].

## Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé mentale[72], notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement[73].

# Appendice 4 : Commentaires des patients et des partenaires de soins

En consultation avec les patients et les partenaires de soins de la province, nous avons appris ce qui suit :

- Il n'y a pas assez de services de soins à domicile financés par l'État pour combler les besoins.
- Le soutien de soins à domicile n'est pas en place lorsque les patients arrivent à la maison de l'hôpital.
- Les patients doivent se défendre pour obtenir des soins à domicile suffisants.
- Les patients ne sont pas impliqués dans la planification de leur congé.
- Une fois à la maison, les patients n'ont pas les coordonnées des personnes-ressources à appeler en cas de problème.
- Au cours de la planification du congé, les fournisseurs hospitaliers tiennent pour acquis que la famille et les amis fourniront les soins.
- Il y a une longue attente pour les rendez-vous de suivi avec les cliniciens de soins primaires et les spécialistes.
- Les patients reçoivent des informations qui ne sont pas claires ou qui ne sont pas uniformes sur leur état de santé

## Méthode de consultation des patients et des partenaires de soins

L'amélioration de l'expérience vécue par le patient et le partenaire de soins durant la transition entre l'hôpital et la maison est une priorité pour le système de santé de l'Ontario, mais il existe peu de recherche sur ce qui est le plus important pour eux. Par conséquent, pour appuyer l'élaboration de cette norme de qualité, Santé Ontario s'est associée à des organismes de soins de santé et communautaires pour mener une consultation à l'échelle de la province en 2018 grâce à un vaste engagement auprès des personnes ayant vécu la transition de l'hôpital au domicile. Nous avons parlé à des personnes qui avaient reçu leur congé à la maison après une hospitalisation d'une nuit dans un hôpital de l'Ontario au cours des 3 dernières années; nous avons également parlé à des partenaires de soins de personnes qui avaient été hospitalisées et qui avaient reçu leur congé à la maison. Nous leur avons posé des questions sur les facteurs qui ont influé sur leur expérience de transition d'un hôpital à la maison[5], et nous avons défini le terme « maison » comme incluant les soins de longue durée, le logement supervisé et les refuges, en plus des résidences personnelles.

Au total, 665 personnes ont répondu à notre sondage en ligne; 40 % étaient des patients, 53 % étaient des aidants et 7 % avaient été à la fois des patients et des soignants. De plus, 71 personnes ont participé à l'une des huit discussions de groupe. On a reçu de la rétroaction d'un groupe diversifié de patients et de partenaires de soins en Ontario ayant une expérience vécue de la transition de l'hôpital à la maison[5]. La plupart (95 %) ont déclaré avoir reçu leur congé dans un appartement, une maison ou une autre résidence communautaire, tandis que 5 % ont reçu leur congé dans un foyer de soins de longue durée et 8 % dans un établissement de réadaptation ou un hôpital pour malades chroniques. (Il convient de noter que les pourcentages ne totalisent pas 100 %, car certains participants ont indiqué plus d'une destination s'ils répondaient à la fois en tant que patient et partenaire de soins.)

Les chercheurs ont regroupé les commentaires des participants au sondage et aux groupes de discussion en 52 concepts uniques liés au processus de transition. Ces concepts couvraient le continuum des soins, depuis l'hospitalisation jusqu'à la préparation d'un congé réussi (c.-à-d. planification et processus de congé, services opportuns et soutien logistique après le congé) et au retour dans la collectivité (c.-à-d. coordination des soins médicaux de suivi, soins à domicile, réadaptation communautaire et soins médicaux dans la collectivité, frais remboursables et limites des services financés). Les gens ont le plus souvent fait état de défis en matière de soins à domicile en ce qui concerne l'uniformité, la fiabilité, la suffisance et la rapidité d'exécution des services financés par les fonds publics. Beaucoup comptaient sur la famille, les amis, les services privés ou les organismes de bienfaisance pour combler les lacunes. Le deuxième thème le plus souvent abordé concernait les difficultés liées au processus de congé, y compris des facteurs comme une communication insuffisante, le manque de participation du patient et du partenaire de soins au processus et le moment opportun.

Dans une deuxième phase de cette recherche, un plus petit nombre de participants ont répondu à 2 questions clés :

- Quel problème diminuerait votre confiance de prendre soin de vous-même (pour les patients) ou du patient (pour les partenaires de soins)?
- Quels domaines devraient être améliorés en priorité (en tant que priorités absolues pour le système de santé)?

Les 8 concepts énumérés ci-dessus ont été jugés les plus importants pour les deux questions; ils sont énumérés par ordre de priorité pour les répondants. Les concepts les mieux cotés étaient assez uniformes parmi les sous-groupes de patients et de partenaires de soins de milieux et de circonstances différents.

Notre engagement auprès des personnes qui ont vécu des transitions de l'hôpital à la maison a contribué à l'élaboration de cette norme de qualité. Apprendre les expériences des gens nous a aidés à savoir quels sujets nous devions aborder.

# Remerciements

## Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (lieu de travail lors de l'élaboration de la norme initiale en 2020):

**Amir Ginzburg (coprésident)**
Chief et directeur médical, programme de médecine, Trillium Health Partners
Chef de la qualité clinique, Mississauga Halton Local Health Integration Network et Qualité des services de santé Ontario

**Lianne Jeffs (coprésidente)**
Chef de la recherche et de l'innovation, professeur résident, Sinai Health System
Chercheuse clinicienne principale des domaines de la santé et infirmier, Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute

**Carole Ann Alloway**
Cofondatrice, Family Caregivers Voice
Conseillère avec une expérience vécue

**Chantal Backman**
Aide-professeure, Université d'Ottawa

**Tanya Baker**
Gestionnaire de la sécurité du patient et de la pratique clinique, Bayshore HealthCare

**Carole Beauvais**
Présidente-directrice générale, Nucleus Independent Living

**Lara de Sousa**
Vice-présidente, services à la clientèle, Cercle de soins, Sinai Health System

**Julie Drury**
Conseillère avec une expérience vécue
Comité consultation pour la famille et les patients du ministère, ministère de la Santé et de Soins de longue durée

**Laurie Hebert**
Débit des patients, planification du congé, coordonnatrice avec le réseau de santé, Arnprior Regional Health

**Helen Janzen**
Gestionnaire, programmes de service communautaire intégré
Chef, placement et soins de longue durée, Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Waterloo Wellington

**Helene LaCroix**
Vice-présidente, innovations cliniques, Saint Elizabeth Health

**Brenda Laurin**
Coprésidente, conseil consultatif des patients, des familles et du public de Qualité des services de santé Ontario
Partenaire de soins
Conseillère avec une expérience vécue

**Joanne Maxwell**
Directrice principale, pratique collaborative, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital

**Susan McKenna**
Chef pharmacienne clinique, services de pharmacie, Kingston Health Sciences Centre

**Jennifer Mills**
Directrice générale, Quinte and District Rehabilitation

**Andrea Moser**
Directrice médicale associée, soins de longue durée et agente principale d'information médicale, Baycrest Health Sciences
Chef de la qualité clinique, Qualité des services de santé Ontario

**Shailesh Nadkarni**
Directeur régional, soins aux patients et partenariats, RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB)

**Elly Nadorp**
Formatrice de coordonnateur des soins, réseau de santé de Western Ottawa
Travailleuse sociale, Pinecrest Queensway Community Health Centre

**Diana Nichol**
Infirmière praticienne et chef des transitions efficaces et de l'amélioration de la qualité, chef d'équipe de médecine familiale de du district de Tilbury

**Michael Nickerson**
Conseiller avec une expérience vécue

**Karen Okrainec**
Chercheuse clinique, University Health Network, Université de Toronto

**Thuy-Nga (Tia) Pham**
Chef médecin, équipe de médecine familiale de South East Toronto

**Suzanne Saulnier**
Directrice des services de soutien comportemental, LOFT Community Services

# Organisations ayant apporté leur contribution

Santé Ontario remercie les organisations suivantes pour leur contribution à l'élaboration de cette norme de qualité en 2020 à titre d'observateurs d'office ou sans droit de vote :

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Ontario Medical Association
- Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

# Références


(1) Ontario Health. Medication safety: care in all settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-en.pdf

(2) Naylor M, Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):58-63.

(3) Li J, Brock J, Jack B, Mittman B, Naylor M, Sorra J, et al. Project ACHIEVE - using implementation research to guide the evaluation of transitional care effectiveness. BMC Health Serv Res. 2016;16:70.

(4) Jeffs L, Saragosa M, Law M, Kuluski K, Espin S, Merkley J, et al. Elucidating the information exchange during interfacility care transitions: insights from a qualitative study. BMJ Open. 2017;7(7):e015400.

(5) Kiran T, Wells D, Okrainec K, Kennedy C, Devotta K, Mabaya G, et al. Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. BMJ Qual Saf. 2020;29(5):390-400.

(6) Kolade OR, Porat-Dahlerbruch J, van Achterberg T, Ellen ME. Navigating hospital to home transitions: a qualitative study exploring older adult and informal caregiver experiences, challenges and opportunities. Geriatr Nurs. 2025;65:103538.

(7) Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003;138(3):161-7.

(8) Avoidable Hospitalization Advisory Panel. Enhancing the continuum of care: report of the Avoidable Hospitalization Advisory Panel [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2011 [cited 2018 Nov 4]. Available from: https://www.hqontario.ca/portals/0/Modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/Enhancing%20the%20Continuum%20of%20Care.pdf

(9) Becker C, Zumbrunn S, Beck K, Vincent A, Loretz N, Müller J, et al. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021;4(8):e2119346.

(10) Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):556-7.

(11) Dhalla IA, O'Brien T, Ko F, Laupacis A. Toward safer transitions: how can we reduce post-discharge adverse events? Healthc Q. 2012;15 Spec No:63-7.

(12) Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ. 2004;170(3):345-9.

(13) Janakiraman R, Park E, Demirezen EM, Kumar S. The effects of health information exchange access on healthcare quality and efficiency: an empirical investigation. Management Science. 2022;69(2):791-811.

(14) Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009;360(14):1418-28.

(15) Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. J Am Med Assoc. 2007;297(8):831-41.
(16) Moore C, McGinn T, Halm E. Tying up loose ends: discharging patients with unresolved medical issues. Arch Intern Med. 2007;167(12):1305-11.
(17) Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):746-54.
(18) Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. Ann Intern Med. 2005;143(2):121-8.
(19) Canadian Institute for Health Information. All patients readmitted to hospital [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2025 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.cihi.ca/en/indicators/all-patients-readmitted-to-hospital
(20) Ontario Health. Family or friend caregiver distress [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; c2025 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.hqontario.ca/System-Performance/Home-Care-Performance/Family-Or-Friend-Caregivers-Distress
(21) Ontario Health. In-person patient follow-up with a family doctor after leaving hospital [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; c2025 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.hqontario.ca/System-Performance/Primary-Care-Performance/In-Person-Patient-Follow-up-after-Leaving-Hospital
(22) Commonwealth Fund. Commonwealth Fund survey, 2023 [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2024 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2023
(23) Ontario Health. Patients readmitted to hospital [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; c2025 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.hqontario.ca/System-Performance/Primary-Care-Performance/Hospital-Readmission
(24) Lam K, Abrams HB, Matelski J, Okrainec K. Factors associated with attendance at primary care appointments after discharge from hospital: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2018;6(4):E587-93.
(25) Lapointe-Shaw L, Mamdani M, Luo J, Austin PC, Ivers NM, Redelmeier DA, et al. Effectiveness of a financial incentive to physicians for timely follow-up after hospital discharge: a population-based time series analysis. CMAJ. 2017;189(39):E1224-29.
(26) World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care [Internet]. Geneva (Switzerland): The Organization; 2016 [cited 2019 Feb]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=ECDE98EFCE58A62C05F4D8B5D32A3E2A?sequence=1
(27) Commonwealth Fund. Commonwealth Fund survey, 2024 [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2025 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2024
(28) Commonwealth Fund. Commonwealth Fund survey, 2022 [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2023 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2022
(29) Patient Ombudsman. Making connections: supporting a better health system for everyone [Internet]. Toronto (ON): Patient Ombudsman; 2022 [cited 2025 Dec 3]. Available from:

https://www.patientombudsman.ca/Portals/0/documents/patient-ombudsman-annual-report-2021-22-en.pdf
(30) Canadian Institute for Health Information. Care for children and youth with mental disorders [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2015 [cited 2019 Jul 4]. Available from: https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/care-children-youth-with-mental-disorders-en.pdf
(31) Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):549-55.
(32) Gruneir A, Fung K, Fischer HD, Bronskill SE, Panjwani D, Bell CM, et al. Care setting and 30-day hospital readmissions among older adults: a population-based cohort study. CMAJ. 2018;190(38):E1124-E33.
(33) Meddings J, Reichert H, Smith SN, Iwashyna TJ, Langa KM, Hofer TP, et al. The impact of disability and social determinants of health on condition-specific readmissions beyond Medicare risk adjustments: a cohort study. J Am Geriatr Soc. 2016;32(1):71-80.
(34) Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault L. Experiences of older adults in transition from hospital to community. Can J Aging. 2015;34(1):90-9.
(35) Saxena FE, Bierman AS, Glazier RH, Wang X, Guan J, Lee DS, et al. Association of early physician follow-up with readmission among patients hospitalized for acute myocardial infarction, congestive heart failure, or chronic obstructive pulmonary disease. JAMA Netw Open. 2022;5(7):e2222056.
(36) Sansone G, Williams CC, Crowe A, Kartusch M, Vandermorris A, Fallon B, et al. Supports and systems to respond to complex needs among children and youth in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Policy Bench, Fraser Mustard Institute of Human Development, University of Toronto; 2024 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://socialwork.utoronto.ca/wp-content/uploads/2024/06/Policy-Brief-Complex-Needs-June2024-Final.pdf
(37) Virapongse A, Misky GJ. Self-identified social determinants of health during transitions of care in the medically underserved: a narrative review. J Gen Intern Med. 2018;33(11):1959-67.
(38) Karliner LS, Auerbach A, Napoles A, Schillinger D, Nickleach D, Perez-Stable EJ. Language barriers and understanding of hospital discharge instructions. Med Care. 2012;50(4):283-9.
(39) Jenkinson JIR, Strike C, Hwang SW, Di Ruggiero E. Nowhere to go: exploring the social and economic influences on discharging people experiencing homelessness to appropriate destinations in Toronto, Canada. Can J Public Health. 2021;112(6):992-1001.
(40) Schwan K, Ali N. Untangling the connection: youth homelessness and failed encounters with the healthcare system [Internet]. Toronto (ON): Canadian Observatory on Homelessness, Faculty of Education, York University; 2019 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://homelesshub.ca/blog/2019/untangling-connection-youth-homelessness-and-failed-encounters-healthcare-system/#:~:text=Lack%20of%20familiarity%20with%20how,diet%2C%20and%20quality%20prenatal%20care
(41) National Institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. London: The Institute; 2015 [cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng27

(42) Registered Nurses' Association of Ontario. Care transitions: clinical best practice guidelines [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2014 [cited 2019 Feb]. Available from: https://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions
(43) National Institute for Health and Care Excellence. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs: quality standard [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs136
(44) Speak Up. Advance care planning [Internet]. Ottawa (ON): Speak Up; c2019 [cited 2019 Feb 27]. Available from: http://www.advancecareplanning.ca/
(45) Ontario Health, Ontario Palliative Care Network. Palliative care: care for adults with a serious illness [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-palliative-care-quality-standard-2024-en.pdf
(46) Information and Privacy Commissioner of Ontario. Frequently asked questions: Personal Health Information Protection Act [Internet]. Toronto (ON): The Commissioner; 2015 [cited 2025 Dec 8]. Available from: https://www.ipc.on.ca/sites/default/files/legacy/2015/11/phipa-faq.pdf
(47) Health Quality Ontario. Assessment of innovative practices in transitions between hospital and home [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016 [cited 2019 Feb]. Available from: http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Quality-Improvement-in-Action/Health-Links/Health-Links-Resources/Transitions-between-Hospital-and-Home
(48) Registered Nurses' Association of Ontario. Transitions in care and services, 2nd ed [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2023 [cited 2025 Mon XX]. Available from: https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care
(49) van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. CMAJ. 2010;182(6):551-7.
(50) World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva (Switzerland): The Organization; 2006 [cited 2018 Oct 20]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
(51) Commisso E, McGilton KS, Ayala AP, Andrew MK, Bergman H, Beaudet L, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a protocol for a scoping review. BMJ Open. 2017;7(12):e018247.
(52) Okrainec K, Lau D, Abrams HB, Hahn-Goldberg S, Brahmbhatt R, Huynh T, et al. Impact of patient-centered discharge tools: a systematic review. J Hosp Med. 2017;12(2):110-7.
(53) Figura M, Rago C, Veronese M, Curcio F, Virgolesi M, Vellone E, et al. Interconnected challenges in caregiving: a multidimensional analysis of stroke survivors' caregivers during the hospital-to-home transition. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025;24(7):1121-31.
(54) Xu Y, Liu Y, Kang Y, Wang D, Zhou Y, Wu L, et al. Experiences of family caregivers of patients with end-of-life cancer during the transition from hospital to home palliative care: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2024;23(1):230.
(55) OpenLab. Patient oriented discharge summary (PODS) [Internet]. Toronto (ON): OpenLab; 2019 [cited 2019 Feb]. Available from: http://uhnopenlab.ca/project/pods/

(56) Hahn-Goldberg S, Jeffs L, Troup A, Kubba R, Okrainec K. “We are doing it together”: the integral role of caregivers in a patient's transition home from the medicine unit. PLoS One. 2018;13(5):1-14.
(57) Kwan JL, Morgan MW, Stewart TE, Bell CM. Impact of an innovative inpatient patient navigator program on length of stay and 30-day readmission. J Hosp Med. 2015;10(12):799-803.
(58) Figueroa JF, Feyman Y, Zhou X, Joynt Maddox K. Hospital-level care coordination strategies associated with better patient experience. BMJ Qual Saf. 2018;27(10).
(59) McCarthy LM, Li S, Fernandes O, Cameron K, Lui P, Wong G, et al. Enhanced communication between inpatient and community pharmacists to optimize medication management during transitions of care. J Am Pharm Assoc (2003). 2018;59(1):79-86.
(60) Saskatchewan Health Quality Council. High-quality care transitions: a guide to improving continuity of care (online guide) [Internet]. Saskatoon (SK): The Council; 2018 [cited 2019 Feb]. Available from: https://hqc.sk.ca/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=0&moduleid=417&articleid=286&documentid=73
(61) Canadian Institute for Health Information. Physician follow-up after hospital discharge: progress in meeting best practices [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2015 [cited 2019 Feb]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/Physician-Follow-Up-Study-mar2015_EN.pdf
(62) Ministry of Health and Long-Term Care. Health Care Connect [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2019 Feb]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect/pro/
(63) Health Quality Ontario. Adopting a common approach to transitional care planning: helping Health Links improve transitions and coordination of care [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2014 [cited 2017 Jun 9]. Available from: http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-traditional-care-planning-en.pdf
(64) Ministry of Health and Long-Term Care. Thriving at home: a levels of care framework to improve the quality and consistency of home and community care for Ontarians [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2019 Feb]. Available from: http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/loc_report_2017.pdf
(65) InterRAI, Ministry of Health and Long-Term Care. Contact assessment (CA): a screening level assessment for emergency department and intake from community/hospital [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2019 [cited 2019 Mar 8]. Available from: http://www.interrai.org/contact-assessment.html
(66) Expert Group on Home and Community Care. Bringing care home: report of the Expert Group on Home and Community Care [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2019 Feb]. Available from: http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/hcc_report.pdf
(67) Scott IA. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. Aust Health Rev. 2010;34(4):445-51.
(68) Devitt RMA, Falter LB, Soever LJ, Passalent LA. Barriers to rehabilitation in primary health care in ontario: funding and wait times for physical therapy services. Physiother Can. 2007;59(3):173-83.

(69) Landry MD, Deber RB, Jaglal S, Laporte A, Holyoke P, Devitt R, et al. Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study. Int J Rehabil Res. 2006;29(4):303-7.
(70) Passalent LA, Landry MD, Cott CA. Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada. Physiother Can. 2009;61(1):5-14.
(71) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 Jan]. Available from: https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx.
(72) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2017 Dec]. Available from: https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D.
(73) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2025 May 2]. Available from: https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf.

# À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

## Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un *Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme* lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez SanteOntario.ca.

# Besoins de renseignements supplémentaires?

Visitez SanteOntario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

**Santé Ontario**
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

**Tél. sans frais :** 1-877-280-8538
**Télétype :** 1-800-855-0511
**Courriel :** QualityStandards@OntarioHealth.ca
**Site web :** SanteOntario.ca

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

ISBN 978-1-4868-9580-9 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026