

Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes

APPUYER MAILLONS SANTÉ
meilleureAPPROCHE
Soins de santé adéquats prodigués en temps voulu et axés sur la personne



**Transitions en
matière de soins**



Section 1

Introduction et vue d'ensemble

REMERCIEMENTS

Ce manuel est le résultat des efforts de Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Pour connaître les autres ressources, contactez : Qualité des services de santé Ontario www.hqontario.ca.

Il est possible de reproduire ces documents pour usage personnel à condition de mentionner la source appropriée. La mention recommandée pour ce guide de référence est : Qualité des services de santé Ontario (novembre 2012).

QSSO est un organisme financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue officiel du ministère.



Table des matières

Section 1	Introduction et vue d'ensemble	
1.1	Vue d'ensemble de l'initiative meilleureAPPROCHE	4
1.2	Domaines d'intérêt	5
1.3	Sources des données probantes utilisées dans cet ensemble de concepts de changement	6
Section 2	Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement	
2.1	Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement	8
	Changements qui aboutiront à une amélioration	9
	Organisation du contenu	9
Section 3	Vue d'ensemble des transitions en matière de soins	
3.1	Pourquoi mettre l'accent sur les transitions?	11
Section 4	Concepts de changement	
4.1	Comment améliorer les transitions : Concepts de changement fondés sur des données probantes	14
4.2	Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés	15
4.3	Évaluation des risques de réadmission après une transition et planification du suivi approprié après le congé	18
4.4	Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments aux principaux points de transition	19
4.5	Renforcer la littératie en matière de santé – aider la personne à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer de façon autonome sa vie et ses soins à domicile	20

Le manuel se compose de six sections faciles à consulter :

Introduction et vue d'ensemble	1	Concepts de changement	4
Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement	2	Glossaire	5
Vue d'ensemble des transitions en matière de soins	3	Annexe	6

Section **1**

Section **2**

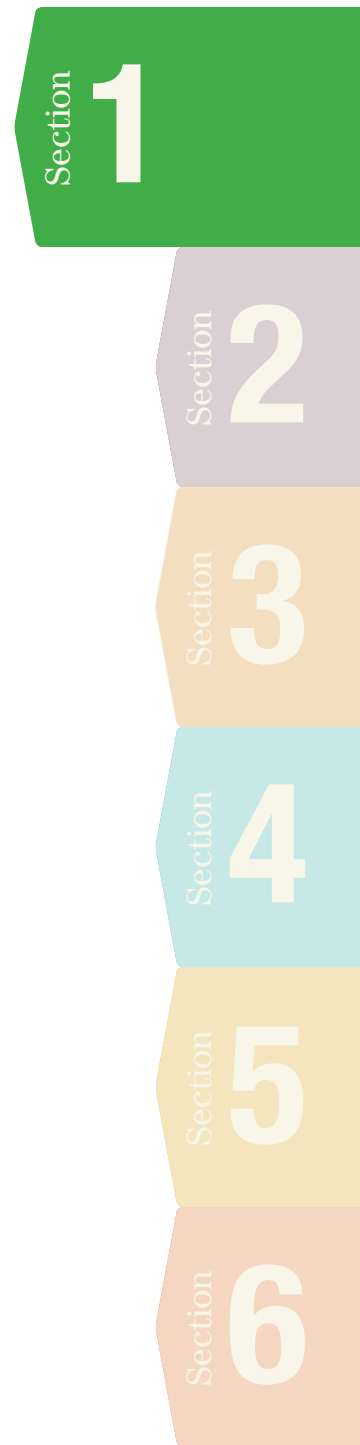
Section **3**

Section **4**

Section **5**

Section **6**

4.6	Mieux comprendre les concepts de changement	21
	Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés	21
	En quoi l'établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés est-il si important?	21
	De quoi faut-il tenir compte dans l'établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés?	22
	Problèmes et défis typiques	23
	BOÎTE À OUTILS	24
	Évaluation des risques après une transition et planification du suivi approprié	27
	Quelle est l'importance de l'évaluation du risque de réadmission suivant le congé, et en quoi influence-t-elle les activités de suivi?	27
	Continuité des soins	28
	Indice LACE – outil de notation	29
	Problèmes et défis typiques	30
	Bilan comparatif des médicaments aux principaux points de transition	31
	Pourquoi faire un bilan comparatif des médicaments à différents moments et dans différents milieux?	31
	Bilan comparatif des médicaments	32
	Admission à l'hôpital	32
	Congé de l'hôpital	32
	Admission aux soins à domicile et transfert vers les soins primaires	32
	Problèmes et défis typiques	33
	Principe directeur	33
	BOÎTE À OUTILS	34
	Renforcer la littératie en matière de santé – aider la personne à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer de façon autonome sa vie et ses soins à domicile	36
	Pourquoi se concentrer sur l'amélioration des connaissances, des compétences et de l'apprentissage?	36
	Littératie en matière de santé	37
	Problèmes et défis typiques	38
	BOÎTE À OUTILS	39
Section 5	Glossaire	
5.1	Glossaire	41
Section 6	Annexe	
6.1	Annexe	45



1.1 Vue d'ensemble de l'initiative meilleureAPPROCHE

L'initiative meilleureAPPROCHE, qui est un projet d'envergure s'étendant sur plusieurs années, a pour but d'améliorer la santé, les soins reçus et l'efficacité du système pour la population ontarienne atteinte de maladies chroniques complexes par l'offre de soins de santé prodigués en temps voulu et axés sur la personne. L'initiative meilleureAPPROCHE augmente l'accessibilité et la coordination des soins offerts grâce aux efforts de planification et d'échange d'information déployés parmi les secteurs de la santé ainsi qu'à l'application cohérente de pratiques exemplaires.

Les personnes souffrant d'un ou de plusieurs troubles de santé, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, les coronaropathies, les accidents vasculaires cérébraux et la maladie pulmonaire obstructive chronique, ont des besoins complexes en matière de soins qui nécessitent l'accès à des soins primaires, à des soins à domicile, à des hôpitaux et à des spécialistes. Il est essentiel d'assurer une **transition** harmonieuse entre ces types de soins pour éviter que les maladies chroniques ne s'aggravent et n'entraînent des hospitalisations qui auraient pu être prévenues. La coordination efficace de soins prodigués de façon sécuritaire et éprouvée, autant par l'administration de médicaments et le suivi appropriés que par l'accès rapide aux services et aux procédures, peut grandement améliorer la qualité de vie et réduire le fardeau des familles et du système de soins de santé.

Qualité des services de santé Ontario s'est associé à des organismes de santé et à des chercheurs de premier ordre partout dans la province pour assurer la pertinence des objectifs du programme, des pratiques et des outils. Nous poursuivrons la collaboration avec ces partenaires en vue de l'adoption globale de normes cliniques et organisationnelles de manière à opérer une transformation à long terme du système de soins de santé de l'Ontario.

Triple but de l'initiative meilleureAPPROCHE

L'initiative meilleureAPPROCHE permettra la transformation du système par l'établissement d'un triple but pour réorienter ce système, et ainsi offrir :

- 1. de meilleurs soins** – améliorer l'expérience en rendant les soins plus accessibles, et assurer des déplacements en douceur dans le système en assurant des communications claires et une solide participation autant entre les fournisseurs de soins qu'entre eux et les patients;
- 2. une meilleure santé** – améliorer les résultats pour les personnes atteintes d'une maladie chronique grâce à l'utilisation de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes;
- 3. un meilleur rendement** – s'assurer que les soins sont dispensés dans le cadre le plus approprié, réduisant ainsi les taux d'hospitalisation non nécessaire et contribuant à l'utilisation optimale des ressources.

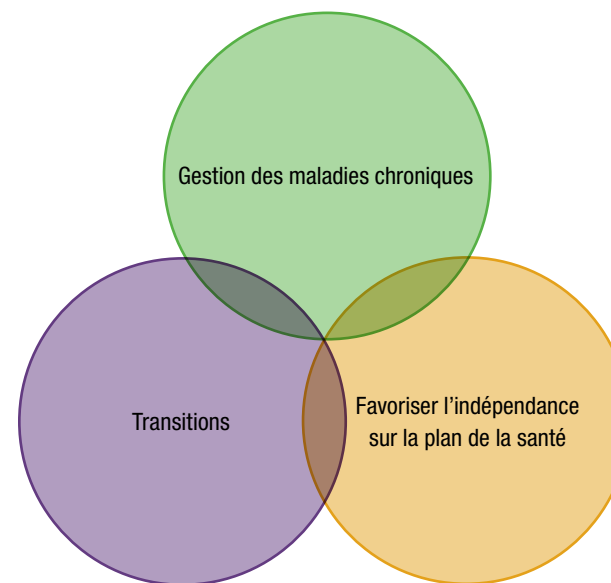
1.2 Domaines d'intérêt

L'initiative meilleureAPPROCHE met l'accent sur des domaines d'amélioration distincts, mais reliés au sein du système de soins de santé : les transitions en matière de soins, la gestion des maladies chroniques et la capacité des personnes à mener une vie autonome et sécuritaire à domicile.

Cet ensemble de concepts de changement porte sur les transitions en matière de soins, mais certains sujets et propos communs sont repris tout au long de la documentation. Ce document a pour but de présenter quelques **concepts de changement** conçus pour faciliter la transition des personnes entre les différents fournisseurs et environnements de soins.

Bon nombre des principes directeurs, des concepts de changement et des outils contenus dans cet ensemble s'appliquent à n'importe quelle transition au cours du continuum de soins dans son ensemble. Cela dit, cet ensemble de concepts de changement traite de la transition des soins hospitaliers vers d'autres types de soins parce que, comme le mentionne une certaine étude, même si la plupart des soins permettant de prévenir de nouvelles hospitalisations sont prodigués à l'extérieur des hôpitaux, tout commence en milieu hospitalier¹.

Un autre élément de transition essentiel, soit le congé des services des urgences, est présenté dans un autre ensemble de concepts de changement.



Certaines recommandations présentées dans cet ensemble de concepts de changement mettent l'accent sur **l'intégration fonctionnelle des soins** et des activités connexes dans l'ensemble du continuum de soins pour veiller à ce que les personnes reçoivent les soins dont ils ont besoin au bon moment, au bon endroit, et prodigués par les bonnes personnes.

1.3 Sources des données probantes utilisées dans cet ensemble de concepts de changement

Cet ensemble a été préparé à l'aide de différentes sources et d'une variété de données probantes, notamment : des analyses et des examens portant sur des sujets précis et fondés sur des données probantes, réalisés par Qualité des services de santé Ontario ou des tiers; des ensembles de concepts de changement ou des programmes fondés sur des données probantes, mis de l'avant par d'autres organismes (comme l'Institute for Healthcare Improvement ou l'Institut canadien pour la sécurité des patients); des articles évalués par des pairs; de la littérature grise. Par conséquent, la quantité de données probantes à l'appui n'est pas la même pour tous les concepts de changement.

Il était important de recueillir le témoignage des personnes souffrant de maladies chroniques, de même que celui d'un grand éventail de fournisseurs (p. ex. dans différents secteurs ou rôles professionnels). Les défis et le vécu communs à ces personnes ont influencé les recommandations et le contenu inclus dans les ensembles de concepts de changement.

À partir des consultations externes et des données probantes recueillies, quelques sujets ont été inclus dans les trois ensembles de concepts de changement de l'initiative meilleureAPPROCHE, soit : l'importance d'intégrer des lignes directrices pratiques fondées sur des données probantes; le renforcement de la **littératie en matière de santé** et de la capacité de gestion autonome de la santé et des soins de santé; la réduction de la **fragmentation des soins**.

Ces sujets ont trait aux obstacles à la collaboration et servent à mettre les besoins d'une personne à l'avant-plan.

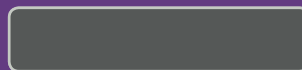
Faits et chiffres

Dans le cas des transitions après une hospitalisation, beaucoup de patients ne reçoivent pas les renseignements essentiels dont ils ont besoin lorsqu'ils obtiennent leur congé des services des urgences ou de l'hôpital. Selon un sondage international mené en 2010-2011, seulement 69 % des **adultes très malades** croyaient que leur médecin traitant ou médecin généraliste était au courant des soins qu'ils avaient reçus à l'hôpital ou après une chirurgie, tandis que seulement 73 % croyaient que leur médecin traitant était au courant des soins qu'ils avaient obtenus d'un spécialiste consultant².

Dans une autre étude, plus de la moitié des répondants adultes au Canada ont affirmé ne pas avoir reçu de **plan de soins** par écrit ni de directives concernant une éventuelle visite de suivi, ou encore les symptômes à surveiller ou les personnes-ressources à joindre en cas de questions, après avoir obtenu leur congé de l'hôpital.³ Dans une enquête ontarienne sur les personnes ayant obtenu leur congé des services des urgences, seulement 51 % d'entre eux connaissaient les symptômes dangereux à surveiller après le retour à la maison, tandis qu'ils n'étaient que 62 % à savoir qui appeler s'ils avaient besoin d'aide⁴.

Section 2

Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement



2.1 Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement

Changements qui aboutiront à une amélioration

Les changements ne donnent pas tous lieu à une amélioration. Cependant, toute amélioration nécessite des changements. L'élaboration, l'essai et la mise en œuvre de changements font partie intégrante de toute démarche d'amélioration. Mais quels types de changements mènent à une amélioration? De façon générale, un concept de changement est une notion ou une façon de faire qui a été éprouvée pour concevoir des idées de changement précises qui constituent une amélioration. Ce guide décrit les concepts de changement qui ont permis d'apporter des améliorations dans différents domaines des soins de santé. Certains concepts de changement sont d'un ordre plutôt général et ont pour but de présenter les sujets propices à l'amélioration, tandis que d'autres sont précis et s'appliquent à un problème ou à un domaine d'intérêt en particulier.

Organisation du contenu

Le présent ensemble de concepts de changement contient des renseignements qui peuvent être utilisés soit dans l'ordre, en vue d'accomplir une tâche (ou une série de tâches) donnée, soit de façon sélective et ponctuelle, selon les besoins.

L'ensemble comprend les éléments ci-dessous.

- Une **vue d'ensemble des transitions** en matière de soins ciblant les moments où des transitions surviennent pendant la période de soins de la personne, en plus d'expliquer l'importance des transitions harmonieuses entre les fournisseurs et les environnements de soins pour l'état de santé global de cette personne.
- **Quatre principaux concepts de changement qui sont fondés sur des données probantes** et qui sont recommandés pour évaluer et combler les besoins d'une personne en transition à sa sortie de l'hôpital, y compris des notions et des pratiques détaillées à suivre afin d'assurer le transfert efficace des soins. Ces vues d'ensemble, qui présentent en une page les activités et les ressources clés recommandées pour chacun des concepts de changement, ont été conçues de manière à pouvoir être imprimées à titre de documents individuels à distribuer ou d'affiche pouvant servir à l'ensemble de votre organisme. Elles se trouvent à la section ⁴.
- Une section pour **mieux comprendre les concepts de changement**, y compris des données probantes illustrant l'importance de ces concepts et leur application dans la création de transitions harmonieuses. Par ailleurs, cette section énumère les échecs et les problèmes qui surviennent dans la mise en place de transitions harmonieuses, mais propose aussi des outils et des ressources utiles pour y remédier.

Section
1

Section
2

Section
3

Section
4

Section
5

Section
6

Section 3

Vue d'ensemble des
transitions en matière
de soins



3.1 Vue d'ensemble des transitions en matière de soins

Pourquoi mettre l'accent sur les transitions?

Une transition en matière de soins correspond au transfert d'un patient entre différents milieux et fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'une maladie grave ou chronique⁵. Les transitions, qui peuvent avoir lieu à de nombreux moments et dans bien des contextes pendant la période de soins d'une personne, comprennent : la recommandation de soins spécialisés par son médecin de famille, l'admission à un hôpital, l'obtention d'un congé des services des urgences ou de l'hôpital ainsi que le passage de son domicile à un établissement de soins de longue durée.

Forcément, les transitions en matière de soins font appel à différents professionnels d'une même discipline et d'autres disciplines qui partagent tous, d'un milieu à l'autre, la responsabilité de voir aux soins d'une personne. Cependant, cette situation comporte beaucoup de défis pour assurer la continuité des soins, surtout dans le cas des personnes âgées souffrant de troubles complexes. Malheureusement, les transitions en matière de soins sont souvent interrompues et mal coordonnées, ce qui entraîne une piètre qualité des soins, la mise en danger des patients et des conditions de soins défavorables. Bon nombre de personnes sont admises de nouveau à l'hôpital pour les raisons suivantes :

- confusion dans les plans de sortie de l'hôpital ou les directives de congé;
- planifications et directives contradictoires en provenance de différents fournisseurs;

- erreurs médicales, y compris l'interaction et la redondance dangereuses de médicaments.

Les conséquences des transitions inefficaces sont d'une ampleur considérable, sans compter qu'elles peuvent engendrer des frustrations auprès des fournisseurs, entraîner des coûts inutiles pour le système de soins de santé ainsi que devenir une source de confusion et de stress pour les personnes, leurs familles et les **soignants**.

Faits et chiffres

La Change Foundation en Ontario a réalisé une étude pour connaître l'expérience des fournisseurs qui offrent des soins à domicile et des services de soutien au sein des communautés partout en Ontario. Selon cette étude, 27 % des fournisseurs de services communautaires interrogés ont affirmé qu'ils étaient insatisfaits des renseignements obtenus avant la première visite des clients récemment sortis de l'hôpital. En outre, plus du tiers de ces fournisseurs confiaient régulièrement aux clients et à leurs aidants naturels la tâche de transmettre les renseignements pertinents à d'autres fournisseurs. Un fournisseur sur dix était d'avis que le domicile de son dernier client mettait sa sécurité à risque (ce que le fournisseur ignorait avant la visite)⁶.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

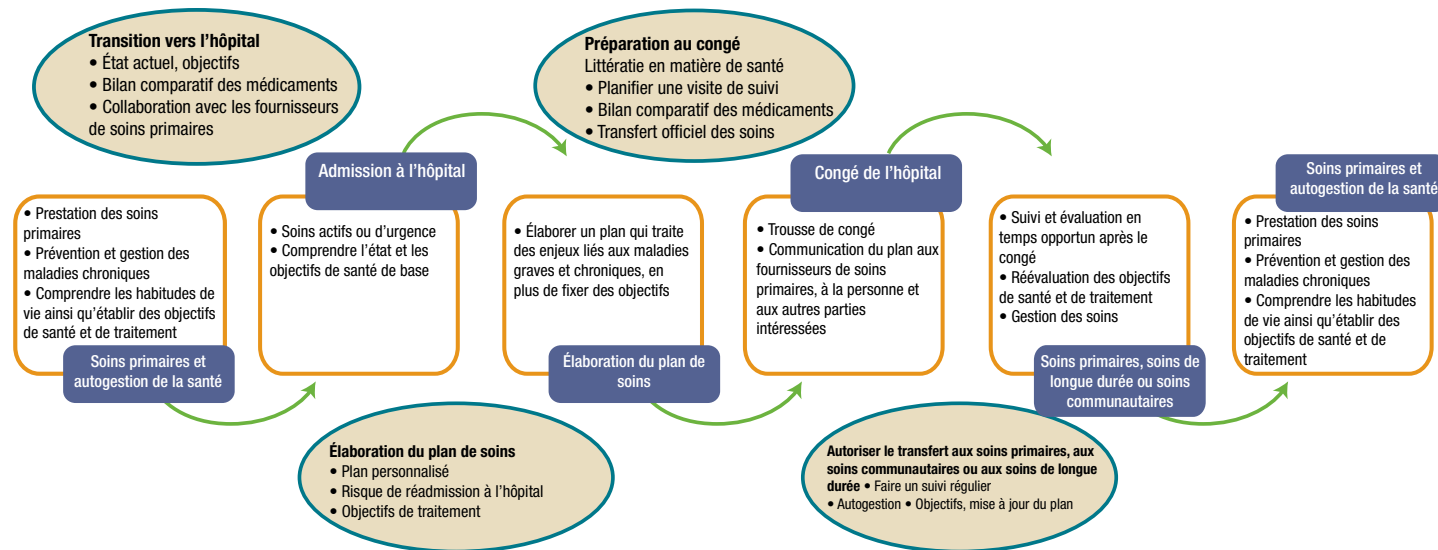
3.2 Vue d'ensemble des transitions en matière de soins

En mettant l'accent sur les transitions, nous pouvons traiter simultanément plusieurs enjeux concernant l'inefficacité et la fragmentation en vue d'une meilleure intégration des soins par les moyens suivants :

- Regrouper les fournisseurs et les organismes qui interviennent tout au long du continuum de soins. Bringing together providers and organizations from across the continuum of care.
- Veiller à ce que les services soient coordonnés et se complètent⁷.

- Assurer un échange rapide de renseignements exacts entre les fournisseurs, selon des normes de qualité élevées et appliquées avec constance⁸.
- Travailler de pair pour que la **continuité des soins** représente une obligation envers les personnes devant gérer une maladie chronique, et non seulement un idéal.

Figure 1 : Points de transition au sein du continuum de soins



Section 4

Concepts de changement



4.1 Concepts de changement

Comment améliorer les transitions : Concepts de changement fondés sur des données probantes

Les données probantes montrent que l'établissement de normes au sein du système permet d'éviter le gaspillage et d'améliorer l'efficacité. Les activités qui visent à assurer des transitions harmonieuses doivent être entreprises à diverses étapes du processus, d'abord par la création de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés au moment de l'admission, l'évaluation de la capacité des personnes à quitter l'hôpital ainsi que la mise en œuvre des plans de soins et de sortie de l'hôpital pendant le séjour, pour ensuite procéder à l'étape du congé.

Il s'agit, par exemple, d'instaurer l'utilisation d'un outil normalisé d'évaluation approuvé au moment de l'admission à l'hôpital afin de déterminer quels patients risquent de devoir être admis de nouveau, puis de personnaliser leurs plans de soins et de sortie de l'hôpital en conséquence. Parmi les autres initiatives fondées sur des données probantes, on compte l'établissement de partenariats avec les fournisseurs de soins de santé communautaires (p. ex. les pharmaciens) qui peuvent visiter les patients à domicile pour vérifier les listes de médicaments, fournir des renseignements et veiller à ce que les patients évitent de prendre des médicaments susceptibles d'entraîner des interactions médicamenteuses nuisibles^{9,10}.

Quatre principaux concepts de changement ont été déterminés pour combler les principales lacunes dans la coordination des soins pendant les transitions. Le tableau ci-dessous présente ces concepts, de même que le continuum de données probantes sur lequel ils sont basés.

CONCEPT DE CHANGEMENT

1. Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés
2. Évaluation des risques de réadmission après une transition et planification du suivi approprié après le congé
3. Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments aux principaux points de transition
4. Renforcement de la littératie en matière de santé – aider la personne à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer ses soins de façon autonome

CONTINUUM DE DONNÉES PROBANTES

- Revue systématique effectuée par QSSO, littérature grise, opinions d'experts, dernières innovations
- Littérature grise, opinions d'experts, dernières innovations
- Revue systématique publiée, littérature grise, opinions d'experts, dernières innovations
- Revue systématique, littérature grise, opinions d'experts, dernières innovations

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés

Étapes à suivre dans les 24 heures suivant la décision d'admettre une personne à l'hôpital

- Évaluer l'état actuel de la personne admise à l'hôpital, y compris les éléments suivants :
 - l'état clinique et les interventions prescrites
 - le statut social et le réseau de soutien
 - l'état cognitif et psychologique
 - l'état fonctionnel clinique
 - les facteurs environnementaux
 - les directives détaillées existantes
 - la résilience et la qualité de vie
 - les objectifs et les préférences en matière de soins de santé
 - les valeurs culturelles et les croyances
 - la langue de communication préférée
- Évaluer et noter le niveau de littératie en matière de santé de la personne, ou encore sa compréhension des renseignements à l'écrit ou à l'oral concernant son état de santé et les soins connexes dont elle a besoin. Inclure le niveau de littératie en matière de santé de la personne dans les plans de soins et de sortie de l'hôpital. Ensure that the individual's primary care provider is notified immediately following the decision to admit to hospital.
- Veiller à ce que le fournisseur de soins primaires de la personne soit avisé immédiatement de la décision d'admettre cette personne à l'hôpital.
- Évaluer et noter les préférences et les besoins de la personne en matière de soins après son hospitalisation, y compris les éléments suivants :
 - les préférences (p. ex. les conditions de logement, la correspondance), le soutien social et culturel
 - l'état clinique et les interventions prescrites
 - le soutien cognitif et psychologique
 - les médicaments et le plan de suivi pour le bilan comparatif
 - le régime alimentaire (normal ou spécial)
 - l'accès à des ressources sociales et financières
 - la capacité d'autoadministration des soins ou de surveillance de l'état de santé
 - les défis posés par le milieu physique
- Évaluer et noter le risque que la personne doive être admise de nouveau à l'hôpital. Inclure ces renseignements dans les plans de soins et de sortie de l'hôpital (Qualité des services de santé Ontario recommande aux équipes d'utiliser l'indice LACE, un outil de notation qui propose une méthode systématique pour évaluer le risque de réadmission).
- Créer un **meilleur schéma thérapeutique possible** (MSTP) et faire un bilan comparatif des médicaments, puis les inclure dans les plans de soins et de sortie de l'hôpital.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés

CONSEILS!

Dans le cas des personnes qui se présentent aux services des urgences ou qui sont hospitalisées de nouveau peu après un congé, il faut poser les questions suivantes et prévoir la façon de traiter ces situations à l'aide de leurs plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés : • Selon vous, quelles sont les circonstances ou les raisons qui ont fait en sorte que vous soyez trop malade pour rester à la maison?

- Avez-vous consulté un médecin avant de vous rendre à l'hôpital? Si oui, lequel, et à quel moment? Sinon, pourquoi?
- Quelque chose vous a-t-il empêché de prendre vos médicaments? Comment gérez-vous la prise de vos médicaments au quotidien?



Rappels

- Au moment de la création des plans de soins et de sortie de l'hôpital, il faut tenir compte des objectifs et des préférences de la personne, de son niveau de littératie et de ses connaissances en matière de santé, ainsi que des façons dont elle préfère communiquer.
- Faites des soignants dans la famille, de l'équipe de soins primaires, des spécialistes et des fournisseurs de soins de santé communautaires des partenaires à part entière dans le processus d'évaluation de l'état actuel de la personne, de ses besoins une fois à domicile et du risque qu'elle doit être admise de nouveau à l'hôpital.
- Trouvez des moyens de faire participer le patient ou leurs aidants naturels au **bilan comparatif des médicaments** comme façon d'entamer la prise en charge de leurs soins. Mettez des outils et des ressources à leur disposition pour faciliter leur participation.

Pendant le séjour à l'hôpital :

- Estimer la date de congé prévue, et la communiquer à la personne, à leurs soignants et aux prochains soignants (p. ex. l'équipe de soins primaires, le foyer de soins de longue durée ou le centre d'accès aux soins communautaires).
- Mettre en œuvre les plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés; apporter des modifications au besoin selon la progression des traitements, les consultations et les nouveaux renseignements.
- Confirmer ou réévaluer le risque que la personne doit être admise de nouveau au moyen d'un outil normalisé (p. ex. l'indice LACE). Revoir les plans de soins et de sortie de l'hôpital au besoin.
- Selon le plan de sortie de l'hôpital et le résultat de l'évaluation des risques, planifier des soins et des évaluations de suivi (avec l'équipe de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile, etc.) et faites intervenir les services cliniques et sociaux. Confirmer et noter les rendez-vous dans le plan de sortie de l'hôpital.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés

- Faire un bilan comparatif des médicaments au moment du congé et l'inclure dans la dernière version du plan de sortie de l'hôpital.

Au moment du congé :

- Planifier une rencontre en personne dans le cadre du congé (pour assurer un transfert cordial) avec le patient et sa famille ou ses aidants naturels.
- Remettre une copie du plan de sortie de l'hôpital personnalisé à la personne et à ses soignants au moment du congé de l'hôpital. Fournir des copies des plans des soins et de sortie de l'hôpital personnalisés à l'équipe de soins primaires, aux spécialistes et aux autres fournisseurs de soins dans les 24 heures suivant le congé. Donner une version mise à jour du régime de prise de médicaments après le congé à la personne et revoir celle-ci avec elle et les soignants dans la famille à sa sortie de l'hôpital.
- Donner une liste des rendez-vous de suivi prévus à la personne et revoir celle-ci avec elle et les soignants dans la famille à sa sortie de l'hôpital.
- Veiller à ce que la personne (de même que sa famille et ses soignants) comprenne ces renseignements. Noter la capacité de compréhension de la personne dans son dossier.

CONSEILS!

- Envisager le plan de sortie de l'hôpital personnalisé comme un transfert des soins aux fournisseurs de soins primaires, aux fournisseurs de soins à domicile et aux spécialistes (selon le cas). Convenir des modalités et de l'échéancier du transfert des soins.
- Communiquer les marches à suivre aux personnes à contacter en cas d'urgence, soit avant ou immédiatement après le congé, en plus de transmettre les renseignements relatifs à la sécurité de la personne.
- Si le congé de la personne nécessite l'intervention de services ou de matériel d'autres organismes, veiller à ce que ces éléments soient déjà en place à des fins de soins immédiats possibles.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.3

Évaluation des risques de réadmission après une transition et planification du suivi approprié après le congé

Utiliser un outil fondé sur des données probantes (c. à d. **l'indice LACE**) pour déterminer quelles personnes risquent de devoir être admises de nouveau après le congé.

- Avant de quitter l'hôpital, les personnes qui présentent un risque de réadmission élevé doivent avoir un rendez-vous avec leur équipe de soins primaires dans les 48 heures suivantes.
 - Avant de quitter l'hôpital, les personnes qui présentent un risque de réadmission moyen doivent avoir un appel de suivi prévu dans les 48 heures suivantes. Ils doivent également avoir un rendez-vous avec leur équipe de soins primaires dans les cinq jours suivant le congé.
- Vérifier si la personne sait :
 - comment reconnaître l'aggravation de ses symptômes;
 - quand, comment et à qui demander de l'aide;
 - quand, comment et pourquoi prendre des médicaments, ainsi que gérer les autres aspects de l'autoadministration des soins;
 - à quelle date elle a des rendez-vous (quand, où, pourquoi et avec qui).

CONSEILS!

- Au moment d'établir et de coordonner le soutien suivant le congé, tenir compte des décisions et des préférences de la personne, notamment de son choix de se mettre à risque.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.4

Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments aux principaux points de transition

- Créer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au moment de l'admission. Inclure l'information sur les médicaments fournie par les patients, les soignants et, dans la mesure du possible, les pharmaciens et l'équipe de soins primaires pour s'assurer d'avoir les antécédents pharmaceutiques complets et exacts.
 - Faire un bilan comparatif des médicaments à l'admission. Utiliser le MSTP pour créer et comparer les ordonnances émises à l'admission. Déterminer et résoudre les discordances avec l'équipe.
 - Faire un bilan comparatif des médicaments avant le congé de l'hôpital. Utiliser le MSTP et la liste de médicaments de l'hôpital la plus à jour pour comparer ou créer un meilleur schéma thérapeutique au congé (MSTP au congé).
- Déterminer et résoudre les discordances avec l'équipe, et inclure le MSTP au congé dans le cadre du bilan au congé.
- Fournir la liste des médicaments à prendre après le congé et les instructions à la personne et à ses soignants, au moyen d'explications simples. Envisager des listes de vérification ou des indicateurs non écrits pour aider la personne à prendre ses médicaments selon les directives de l'ordonnance.
 - Évaluer le besoin en matière de bilan comparatif des médicaments après le congé. Faire des recommandations et offrir de l'information à la personne, à sa famille et aux soignants dans la famille, et les inclure dans la liste de médicaments à prendre après le congé.



Outil

Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousses d'outils pour le bilan comparatif des médicaments. Consultez le site Web : <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/default.aspx>

Évaluer les obstacles qui pourraient limiter l'accès aux médicaments après le congé. Les obstacles financiers peuvent empêcher la personne d'acheter des médicaments ou l'obliger à étirer ses réserves. Les problèmes de mobilité d'une personne peuvent rendre difficile son accès à une pharmacie.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.5

Renforcer la littératie en matière de santé – aider la personne à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer de façon autonome sa vie et ses soins à domicile

- Évaluer et noter les besoins et les préférences de la personne en matière d'apprentissage, ainsi que son niveau de littératie en matière de santé (capacité à comprendre les notions médicales).
- Vérifier si la personne comprend son état de santé et démontre les connaissances ainsi que les compétences requises pour suivre et gérer son régime de prévention et de traitement.
- Déterminer qui sont les principaux membres de la famille ou aidants familiaux. Il faut les considérer comme étant en apprentissage, tout comme la personne, aussi faut-il tenir compte de leur niveau de littératie en matière de santé.
- Mettre à profit les évaluations du niveau de littératie en matière de santé afin de déterminer les stratégies, le matériel et les ressources employés pour transmettre les renseignements.
- Tenir des conversations en personne et prévoir de saluer chaleureusement chaque personne transférée. Utiliser différentes techniques pour enrichir l'apprentissage de la personne, y compris des supports visuels et des éléments non écrits.
- Cultiver un climat de bien-être propice aux questions et axer le style de communication sur la personne.
- Communiquer d'une manière facile à comprendre et utiliser du matériel axé sur la personne.
- Évaluer la compréhension de la personne et des soignants dans la famille à l'égard des directives suivant le congé et du régime de prise de médicaments.

CONSEILS!

L'utilisation de la **retransmission de l'information**⁴⁹ et d'autres techniques pour enrichir l'apprentissage est essentielle à l'autonomie et à l'autogestion d'une personne. Les techniques pour accroître la littératie en matière de santé permettent d'améliorer l'apprentissage dans tout type d'interaction, peu importe le contexte de soins de santé.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Cette partie donne un aperçu détaillé de chacun des concepts de changement, des raisons de leur importance ainsi que des échecs possibles dans certains aspects des soins d'une personne. Elle offre aussi des outils et des ressources ciblées, fondés sur des données probantes et approuvés par différentes sources notoires et fiables.

Établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés

En quoi l'établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés est-il si important?

Un plan de soins personnalisé est élaboré par un professionnel de la santé dans le but d'aider les personnes à gérer leur santé et leurs soins de santé au quotidien. Il doit tenir compte des antécédents médicaux des personnes, y compris des renseignements obtenus de leur médecin en soins primaires, des dossiers médicaux, des spécialistes consultés, des médicaments et d'autres services liés à la santé¹¹.

Un plan de soins personnalisé a pour but d'aider les personnes et leurs fournisseurs de soins à s'occuper de tous les aspects relatifs aux soins offerts, y compris ce qui suit¹².

- Les objectifs qu'une personne se fixe, comme sortir davantage de sa maison, retourner au travail ou reprendre des activités sociales importantes.
- Les services de soutien auxquels une personne aimerait avoir accès, la personne chargée de la prestation de ces services ainsi que les modalités et l'échéancier des services de soutien offerts à la personne qui les demande.

- Les numéros de téléphone des personnes à joindre en cas d'urgence.
- Le régime de prise de médicaments.
- Le régime alimentaire.
- Le programme d'exercices.

Un plan de soins personnalisé a pour but d'encadrer les soins, peu importe l'endroit où ces soins sont prodigués. Dans les faits, de nombreux plans de soins sont créés, consignés et mis en œuvre par différentes équipes de professionnels dans différents secteurs, ce qui multiplie les plans de soins (parfois) contradictoires utilisés par les équipes qui ne communiquent pas ensemble sur une base régulière.

Idéalement, lorsqu'une personne reçoit des soins à domicile ou dans un contexte communautaire, l'équipe de soins primaires (ou le médecin en soins de longue durée) travaille de pair avec cette personne pour élaborer un plan de soins qui correspond à ses besoins et facilite l'atteinte de ses objectifs. Si la personne doit être hospitalisée, le plan de soins établi doit constituer le fondement des soins requis pendant la période de soins actifs, en plus d'alimenter le plan de sortie de l'hôpital.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

De quoi faut-il tenir compte dans l'établissement de plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés?

- Bien que chaque plan doive être personnalisé (et, donc, qu'aucun plan ne doive être pareil), il faut normaliser le processus d'évaluation en vue de l'élaboration de plans de soins et de sortie de l'hôpital pour veiller à ce que tous les éléments clés des plans soient inclus.
- L'évaluation du risque qu'une personne soit inopinément réadmise à l'hôpital aide à déterminer les modalités et l'échéancier de l'intervention suivant le congé. L'indice LACE permet de déterminer si les patients représentent un risque élevé ou un risque faible d'être réadmis inopinément ou de décéder dans les 30 jours suivant le congé¹³.
- Il est recommandé d'utiliser l'indice LACE dans le cadre de l'initiative meilleureAPPROCHE, étant donné cet outil de notation emploie les données cliniques recueillies auprès des patients hospitalisés et vérifiées méticuleusement au moyen d'un échantillon scindé et des dossiers administratifs des hôpitaux de l'Ontario, au Canada¹⁴.

Faits et chiffres

Les données récentes montrent que seulement 59 % des patients dans les hôpitaux de l'Ontario connaissaient les symptômes dangereux à surveiller après le retour à la maison. Parallèlement, 80 % des personnes savaient qui appeler si elles avaient besoin d'aide, mais uniquement 52 % d'entre elles savaient quand reprendre leurs activités normales¹⁵. Si des plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés sont établis pour chaque personne, elles devraient toutes savoir, au moment du congé, quels sont les symptômes dangereux à surveiller, qui joindre pour obtenir de l'aide et quand reprendre leurs activités normales. Une revue systématique effectuée récemment par l'unité organisationnelle Analyse des données et normes de QSSO révèle que les plans de soins et de sortie de l'hôpital personnalisés ainsi que le soutien suivant le congé diminuent grandement le nombre de réadmissions comparativement aux soins de base¹⁶.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Problèmes et défis typiques

Les plans de soins et de sortie de l'hôpital permettent de s'attaquer aux problèmes et aux défis typiques suivants relativement aux soins d'une personne.

- L'absence de collaboration avec la personne et ses soignants dans l'évaluation des préférences et des besoins après le congé, la détermination des ressources disponibles et la planification du congé, ce qui entraîne une mauvaise compréhension de la capacité de la personne à gérer sa situation à domicile.
 - Attentes irréalistes de la capacité de la personne ou de ses soignants à gérer la maladie à domicile.
 - Manque de reconnaissance de l'aggravation de l'état clinique d'un patient avant sa sortie de l'hôpital.
 - Difficulté à évaluer la capacité fonctionnelle et l'état de la santé cognitive d'une personne, ce qui entraîne des suppositions concernant les niveaux de soins requis. Les soins et le contexte suivant le congé peuvent ne plus convenir aux besoins de la personne.
 - Négligence de l'état d'une personne dans son ensemble dans l'évaluation de ses besoins suivant le congé (p. ex. mettre l'accent sur une maladie, mais ignorer une dépression sous-jacente ou des besoins en matière de soutien).
- L'absence de directives détaillées pour les personnes afin de faciliter leurs prises de décision.
 - Erreurs d'administration de médicaments et autres événements indésirables (en milieu hospitalier) qui accroissent les besoins suivant le congé.
 - Quantité de médicaments trop importante pour permettre à une personne de gérer leur administration de façon sécuritaire.

Fournisseurs qui supposent qu'une personne comprend sa maladie, son plan de soins et les directives suivant le congé parce que :

- (i) la personne dit comprendre;
- (ii) la personne est instruite ou aisée;
- (iii) la personne souffre d'une maladie chronique depuis longtemps.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 BOÎTE À OUTILS

Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.



Indice LACE – outil de notation

Cet outil peut être employé dans le cadre de l'évaluation des besoins d'une personne pour déterminer si elle représente un risque élevé de réadmission, ce qui s'avère utile pour savoir quels patients sont de bons candidats aux interventions suivant le congé. Voir l'outil et les directives pour l'utiliser dans l'annexe.

- L'Hôpital Credit Valley et centre de santé Trillium utilise l'indice LACE depuis 2011 au centre de santé Trillium. Selon l'hôpital, l'outil permet de prédire avec précision les cas de réadmission, et le fait que son équipe connaisse ces risques de réadmission est mis à profit dans la planification des processus de congé. L'hôpital a automatisé le calcul de l'indice LACE, qui se fait désormais de façon quotidienne, et le risque de réadmission fait partie des critères à considérer dans l'établissement de plans de transition personnalisés et améliorés pour mieux répondre aux besoins des personnes suivant leur sortie de l'hôpital.

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec :

D^r Amir Ginzburg, médecin directeur, Sécurité des patients et qualité des soins, Hôpital Credit Valley et centre de santé Trillium, 100, Queensway West, Mississauga, Ontario, L5B 1B8, aginzburg@thc.on.ca

Processus de gestion des congés SMART Discharge Protocol^{MS}

Les hôpitaux du réseau Anne Arundel Health System ont conçu un processus de gestion des congés pour les patients, qu'ils ont nommé SMART. Avec l'aide des patients et de leur famille, les fournisseurs dressent une liste simple et universelle de cinq éléments à titre de SMART Discharge ProtocolSM. (En anglais, SMART est un acronyme des termes Signs, Medications, Appointments, Results, et Talk with me, qui signifient respectivement « symptômes », « médicaments », « rendez-vous », « résultats » et « communication ».)

Pour en savoir plus, consultez le site Web : <http://alwaysevents.pickerinstitute.org/?p=1129> (en anglais seulement)

Liste de vérification de pratiques sécuritaires pour le congé des patients hospitalisés

Le Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables (un sous-groupe du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario) a élaboré une marche à suivre sous la forme d'une liste de vérification à consulter dans les cas d'admission imprévue de patients à l'hôpital.

- Voir le Formulaire standard de congé d'un patient hospitalisé à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/pdf/guide_bp.pdf
- Annexe 3 du document Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 BOÎTE À OUTILS

Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.



Revue sur les congés d'hôpital par le service UpToDate^{MC}

Cet outil fournit des renseignements sur différents aspects des congés d'hôpital.

Une revue des renseignements se trouve sur le site Web du service UpToDate^{MC} (en anglais seulement) : <http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge>

Liste de contrôle fondée sur les lignes directrices concernant l'insuffisance cardiaque – Planification de soins personnalisés

La Liste de contrôle fondée sur les lignes directrices concernant l'insuffisance cardiaque de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa applique des lignes directrices sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes relativement à l'insuffisance cardiaque (fondées sur les lignes directrices de l'American Heart Association) aux plans de soins personnalisés et aux directives suivant le congé de l'hôpital. Les éléments principaux de cette liste comprennent notamment la liste de contrôle fondée sur les lignes directrices appliquées à la pratique (outil de gestion de congé), une marche à suivre en cas d'insuffisance cardiaque, des modèles d'ordonnance médicale ainsi que des guides et des outils pour les patients et leur famille.

En somme, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires concernant l'insuffisance cardiaque et des suggestions de soins personnalisés sont contenues dans un outil de gestion de congé remis aux patients à leur sortie de l'hôpital. Chacun des aspects du plan de soins est examiné avec le patient au moyen d'une liste de vérification, et des lignes directrices appliquées à la pratique sont déterminées. Le patient doit remettre la liste de contrôle fondée sur les lignes directrices appliquées à la pratique à son équipe de soins primaires après son congé.

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec : Bonnie Bowes, éducatrice du programme régional de cardiologie, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 613 761 -5450, bbowes@ottawaheart.ca <http://www.ccpnetwork.ca/GWG/> (en anglais seulement)

Les manuels cliniques de Qualité des services de santé Ontario, qui fournissent des lignes directrices et des pratiques exemplaires sur la maladie pulmonaire obstructive chronique et la gestion des maladies chroniques, se trouvent à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding_password.aspx

Suivi automatisé – Technologie de réponse vocale interactive

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a mis en place différentes ressources pour faciliter la transition à domicile des patients en cardiologie, améliorer la mise en œuvre et le respect des lignes directrices sur les pratiques exemplaires ainsi que renforcer la capacité des personnes à gérer leurs soins à domicile.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 BOÎTE À OUTILS

Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.



Grâce à la technologie de réponse vocale interactive, les personnes sont jointes à des dates préétablies à la suite du congé et peuvent, au moyen de la reconnaissance vocale, répondre oralement à des questions pour recevoir des renseignements en matière de santé et demander des services de soins. Les réponses sont enregistrées et font l'objet d'un suivi.

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec : Bonnie Bowes, éducatrice du programme régional de cardiologie, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 613 761 -5450, bbowes@ottawaheart.ca

Technologie de télémonitorage à domicile – Monitorage à domicile à l'échelle régionale pour les patients en cardiologie

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a mis sur pied un programme pour faciliter la transition à domicile des patients qui souffrent de graves problèmes cardiaques et assurer le respect complet de leur plan de soins personnalisé. Les patients en cardiologie du RLISS de Champlain (qui répondent aux critères préétablis) reçoivent des soins de suivi actifs permettant de transmettre des signes vitaux et des indicateurs de santé essentiels qui sont personnalisés en fonction de leurs besoins et de leurs plans de soins respectifs.

<http://beat.ottawaheart.ca/fr/2011/02/18/linitiative-novatrice-de-telemonitorage-a-domicile-rejoint-son-1-000e-patient/>

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec : Bonnie Bowes, éducatrice du programme régional de cardiologie, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 613 761 -5450, bbowes@ottawaheart.ca

Bilan électronique à la veille du congé

Le National Health Service du Royaume-Uni offre ce guide de mise en œuvre du congé par voie électronique.

- Guide de mise en œuvre : <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/clinrecords/24hour>
- Guide pratique préparé par l'Institute for Healthcare Improvement : <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/clinrecords/toolkit/materials/mockup/index.html>

Guide pratique sur l'amélioration des transitions du milieu hospitalier aux soins en phase postaguë pour réduire les hospitalisations évitables

- Guide pratique préparé par l'Institute for Healthcare Improvement : <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideImprovingTransitionstoReduceAvoidableRehospitalizations.aspx> (accès gratuit, mais nécessitant une inscription; en anglais seulement)

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Évaluation des risques après une transition et planification du suivi approprié

Quelle est l'importance de l'évaluation du risque de réadmission suivant le congé, et en quoi influence-t-elle les activités de suivi? Les transitions surviennent lorsque les patients sont reçus et transférés au sein des différents secteurs du système de soins de santé, lorsqu'ils en sortent ou lorsque leur état de santé change. Au cours des transitions, les personnes peuvent s'avérer particulièrement sensibles aux soins fragmentés, aux soins de mauvaise qualité et aux événements indésirables.

Les réadmissions imprévues sont perturbatrices, coûteuses et souvent évitables. Le manque de communication et de **coordination des soins** entre les différents fournisseurs nuit à la continuité des soins, peut multiplier les erreurs, a des effets néfastes sur la santé et devient source d'insatisfaction autant chez les patients que chez les fournisseurs¹⁷.

Comme le mentionne QSSO dans l'Observateur de la qualité (2012), seulement 74 % des adultes très malades ont affirmé avoir obtenu une date de visite de suivi avec leur médecin traitant ou d'autres professionnels de la santé avant leur sortie de l'hôpital. Parallèlement, 72 % des adultes très malades ont dit avoir reçu un plan par écrit de l'hôpital en vue de leurs soins suivant leur congé, et 88 % savaient qui joindre s'ils avaient des questions sur leur état ou leur traitement. En outre, 84 % avaient reçu des instructions claires concernant les symptômes à surveiller et les signes indiquant la nécessité de soins supplémentaires.

Seulement 51 % des répondants ont affirmé avoir reçu des soins couvrant tous ces aspects simultanément (visite de suivi planifiée, plan de soins écrit, personnes-ressources désignées, instructions claires sur l'état de santé). Compte tenu de l'importance d'une coordination efficace des soins et de son influence sur la qualité de la santé, il y a certainement place à l'amélioration¹⁸.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

La continuité des soins concerne la qualité des soins dispensés au fil du temps ainsi que l'expérience en matière de soins, c'est à-dire la satisfaction et la coordination des soins entre fournisseurs.

Il existe trois types de continuité.

- La **continuité des renseignements** fait en sorte que les renseignements précédents sur un patient soient accessibles (généralement par l'intermédiaire d'un dossier médical électronique) en vue d'offrir des soins appropriés à ce patient. Idéalement, les renseignements sur les patients peuvent être consultés par plusieurs professionnels de la santé dans différents milieux.
- La **continuité de la gestion** correspond à la prestation des soins de façon ordonnée, cohérente, complémentaire et opportune. Ce type de continuité s'applique souvent dans le cas de soins prodigués par différents fournisseurs. Il comprend aussi l'accessibilité (disponibilité des rendez-vous, des tests médicaux), la capacité d'adaptation aux besoins en matière de soins, la cohérence des soins et les transitions en matière de soins.
- La **continuité des relations** (interpersonnelles) renvoie au maintien du lien entre les fournisseurs et les bénéficiaires des soins. Elle porte sur la durée et la qualité des relations.
- Elle comprend l'écoute, la capacité à mettre en confiance et les connaissances médicales des professionnels de la santé¹⁹.

Les trois types de continuité peuvent être examinés par l'évaluation formelle et conjointe du risque de réadmission après le congé et de la détérioration de l'état clinique, par la planification active des soins de suivi appropriés avec les équipes de soins primaires et de soins communautaires, ainsi que par la communication des plans de sortie de l'hôpital avec les patients et les fournisseurs de soins de santé visés.

Une étude menée récemment en Ontario a révélé que 13 % des patients étaient admis de nouveau à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé. En quantifiant le risque de réadmission au moyen de l'indice LACE,

l'étude a permis de cibler de nombreux patients fortement à risque dont le séjour à l'hôpital nécessitait davantage de ressources et qui comptaient pour plus de la moitié des réadmissions. Si les risques de réadmission à la suite d'une transition sont évalués et que ces risques sont pris en compte dans le cadre d'interventions préalables au congé, les interventions qui surviennent après le congé et au cours des transitions peuvent éviter une partie de ces réadmissions²⁰.

Il est possible de fournir une estimation raisonnablement précise du risque de réadmission. L'indice LACE, un outil de notation facile à utiliser qui quantifie le risque de réadmission autant au moyen de données cliniques que de données autres, permettrait aux fournisseurs de soins de santé de cibler les personnes susceptibles de bénéficier de soins accrus ou particuliers à la suite du congé²¹.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Indice LACE – outil de notation

L'indice LACE a été conçu, vérifié scientifiquement et validé en Ontario à l'aide de données administratives fondées sur la population¹⁶. Il est actuellement utilisé et testé dans le cadre du **service hospitalier virtuel** mis en application au sein d'un réseau d'hôpitaux à Toronto. Même si des lacunes ont été rapportées quant à l'utilisation de cet outil, son emploi régulier pour quantifier le risque de réadmission dans les 30 jours suivant le congé permettra aux équipes d'établir des processus normalisés d'évaluation, de planification active et de communication des besoins relativement aux personnes fortement à risque à la suite de leur sortie de l'hôpital.

Voici les quatre variables prises en compte par l'indice LACE pour évaluer le risque de réadmission dans les 30 jours suivant le congé :

durée du séjour à l'hôpital;

- urgence de l'admission;
- comorbidité (au moyen de l'indice de comorbidité de Charlson);
- visites aux urgences au cours des six derniers mois.

L'indice LACE d'une personne est calculé par l'addition des points liés à chacune des variables ci-dessus. L'indice LACE est noté sur une échelle de 0 à 19, où un chiffre plus élevé représente un plus grand risque de réadmission ou de décès dans les 30 jours suivant le congé. Les données montrent que les personnes avec un indice de 10 ou plus sont fortement à risque.

Les équipes qui prennent part à l'initiative meilleureAPPROCHE doivent utiliser l'indice LACE pour évaluer les besoins suivant le congé tout au long du continuum de soins. L'indice LACE s'avère efficace, notamment, pour définir, coordonner et partager les responsabilités à l'égard des évaluations après le congé parmi l'équipe de soins primaires, les spécialistes, les fournisseurs de soins à domicile ou les autres fournisseurs de soins de santé.

- avant leur sortie de l'hôpital, les personnes qui présentent un risque élevé de réadmission (indice LACE de 10 ou plus) auront planifié la tenue d'un appel et d'un rendez-vous de suivi avec leur équipe de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé.



Veillez consulter l'annexe sur l'indice LACE et les instructions de notation.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Problèmes et défis typiques

- Le rendez-vous de suivi après le congé n'a pas lieu pour l'une des raisons suivantes :
 - i. il n'a pas été planifié;
 - ii. le patient n'a pas convenu de la nécessité du rendez-vous ni de la date prévue pour celui-ci;
 - iii. les ressources ou la capacité sont insuffisantes pour permettre la tenue d'un rendez-vous de suivi;
 - iv. la responsabilité de prévoir un rendez-vous de suivi a été confiée exclusivement au patient;
 - v. le patient n'a pas pu se présenter au rendez-vous en raison d'une maladie, de l'absence d'un moyen de transport ou d'un oubli.
- La personne n'observe pas les recommandations, les rendez-vous ni les activités relativement à l'autoadministration des soins.
- Différents soignants offrent les soins, ce qui sème la confusion relativement à la prise de décisions et à la répartition des responsabilités (surtout lorsque des renseignements différents sont communiqués à la personne ou à ses soignants).
- La demande de services suivant les congés est supérieure à l'offre (en ce qui a trait aux ressources, à l'accès aux services et aux délais administratifs).

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Bilan comparatif des médicaments aux principaux points de transition

Pourquoi faire un bilan comparatif des médicaments à différents moments et dans différents milieux?

Il a été prouvé que le bilan comparatif des médicaments permet d'éviter les erreurs relatives aux médicaments aux points de transition pendant la période de soins d'une personne. Il s'agit d'un processus formel qui fait appel à la collaboration des bénéficiaires de soins, de leur famille et de leurs fournisseurs de soins de santé afin de s'assurer que les informations précises et personnalisées sur les médicaments circulent bien pendant les transitions en matière de soins. Ce processus comporte un examen détaillé de l'ensemble des médicaments et des produits en vente libre qu'une personne utilise, de manière à évaluer soigneusement les médicaments remplacés, ajoutés ou retirés. La réalisation d'un bilan comparatif des médicaments, qui constitue l'un des aspects de la sécurité et de la gestion des médicaments, consiste à cerner et à résoudre les problèmes relatifs à la pharmacothérapie.

Les objectifs du bilan comparatif des médicaments sont de renseigner les médecins prescripteurs et de les aider à prévoir les traitements adéquats, de réduire les événements indésirables ainsi que d'améliorer la santé²³.

Faits et chiffres

La mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments pose un défi en Ontario, même s'il s'agit d'un processus reconnu. Une étude menée récemment par Agrément Canada a montré que, parmi les organismes étudiés, 74 % d'entre eux avaient intégré complètement le bilan comparatif des médicaments au processus d'admission, tandis que seulement 37,2 % en avaient fait autant au moment de la gestion des congés²⁴. Les données illustrent que les personnes souffrant de maladies chroniques admises à l'hôpital sont plus à risque d'être victimes d'une interruption involontaire des traitements chroniques fondés sur des données probantes, surtout si elles ont été admises dans une unité des soins intensifs (USI). Après le congé, on estime que 23 % des personnes subissent des événements indésirables et que 72 % d'entre eux ont traité aux médicaments. La plupart de ces événements sont considérés comme évitables ou améliorables.²⁵



Outil

Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousses d'outils pour le bilan comparatif des médicaments. Consultez le site Web : <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/default.aspx>

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Un bilan comparatif des médicaments devrait être fait en période de transition cruciale, lorsque la personne est vulnérable aux discordances en matière de médicaments. Des périodes de transition et des pratiques suggérées sont présentées ci-dessous.

Admission à l'hôpital

- Créer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au moment de l'admission. Inclure l'information sur les médicaments fournie par les patients, les soignants et, dans la mesure du possible, les pharmaciens et l'équipe de soins primaires pour s'assurer d'avoir les antécédents pharmaceutiques complets et exacts.
- Faire un bilan comparatif des médicaments à l'admission. Utiliser le MSTP pour créer et comparer les ordonnances émises à l'admission. Déterminer et résoudre les discordances avec l'équipe.

Congé de l'hôpital

- Faire un bilan comparatif des médicaments avant le congé de l'hôpital. Utiliser le MSTP et les listes de médicaments de l'hôpital les plus à jour pour comparer ou créer un meilleur schéma thérapeutique au congé (MSTP au congé). Déterminer et résoudre les discordances avec l'équipe, et inclure le MSTP au congé dans le cadre du bilan au congé.
- Fournir la liste des médicaments à prendre après le congé et les instructions à la personne et à ses soignants. Offrir des explications simples. Envisager des listes de vérification ou des indicateurs non écrits pour aider la personne à prendre ses médicaments selon les directives de l'ordonnance.

- Évaluer le besoin en matière de bilan comparatif des médicaments après le congé (c.-à-d. se reporter au programme MedsCheck du MSSLD). Faire des recommandations et offrir de l'information à la personne, à sa famille et aux soignants dans la famille, et les inclure dans la liste de médicaments à prendre après le congé.
- Fournir une liste des médicaments à jour et exacte au prochain fournisseur de soins après le congé.

Admission aux soins à domicile et transfert vers les soins primaires

- Faire le MSTP et un bilan comparatif des médicaments au domicile de la personne.
- Faire part des discordances à l'équipe de soins primaires, aux spécialistes et à l'équipe des soins à domicile (au besoin). Partager la responsabilité de la résolution des discordances.
- Faire un bilan comparatif des médicaments régulièrement, surtout pour les patients ayant de nombreux fournisseurs de soins au sein de leur équipe de soins.

CONSEILS!

- Évaluer les obstacles qui pourraient limiter l'accès aux médicaments après le congé. Les obstacles financiers peuvent empêcher la personne d'acheter des médicaments ou l'obliger à étirer ses réserves. Les problèmes de mobilité d'une personne peuvent rendre difficile son accès à une pharmacie.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Problèmes et défis typiques

- Divergence des pratiques concernant le meilleur moment pour faire un bilan comparatif des médicaments, les personnes qui devraient le faire, ce qui devrait être inclus, la façon de l'utiliser et de le partager, et la personne qui en est responsable.
- Divergence des pratiques concernant la documentation des bilans comparatifs des médicaments (ce qui rend difficile la consultation et l'échange d'information sur les médicaments).
- La réalisation de bilans comparatifs des médicaments demande du temps et nécessite des personnes-ressources dévouées.
- Manque fréquent de responsabilisation et de leadership clairs en matière de développement, de documentation et d'utilisation stratégique du bilan comparatif des médicaments.¹⁹
- Les discordances sans appui documentaire (les changements prévus et les raisons des changements de médicaments ne sont pas documentés) sèment la confusion, entraînent du travail supplémentaire pour clarifier l'intention et la liste finale des médicaments, et peuvent occasionner des événements indésirables.²⁰



Principe directeur

Le meilleur schéma thérapeutique possible est la pierre angulaire du processus de réalisation des bilans comparatifs des médicaments. Il doit être fait avec précision, exactitude et en temps opportun pour façonner les bilans comparatifs des médicaments par rapport aux ordonnances émises à l'admission et aux ordonnances prescrites.



Saviez-vous

- Le Rapport sur les pratiques organisationnelles requises de 2011 (POR) d'Agrément Canada a révélé que les POR en matière de bilan comparatif des médicaments avaient les taux de conformité les plus bas de tous les POR :
- établir le bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission – 47 %
- établir le bilan comparatif des médicaments au moment du transfert ou du congé – 36 %
- élaborer et mettre en œuvre un plan pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments dans l'ensemble de l'organisme – 62 %²⁸

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 BOÎTE À OUTILS

Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.



Trousse en avant!

- Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse en avant! du bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec/Documents/%28courte%20dur%C3%A9e%29/BCM%20%28courte%20dur%C3%A9e%29%20Trousse%20En%20avant.pdf>
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse de départ du bilan comparatif des médicaments en soins à domicile <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec/Documents/%28en%20soins%20%C3%A0%20domicile%29/Bilan%20comparatif%20des%20m%C3%A9dicaments%20en%20soins%20a%20domicile%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>

Pour avoir accès aux trousse du bilan comparatif des médicaments de Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, consultez le site Web : <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/default.aspx>

Programme MedsCheck

Le Ministère a créé un programme MedsCheck pour les personnes de la communauté nécessitant un bilan comparatif des médicaments. Pour en savoir plus, consultez le site Web : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/drugs/medscheck/>

Optimiser la sécurité des médicaments aux points de transition des soins

Optimiser la sécurité des médicaments aux points de transition des soins – un nouveau défi national. Il s'agit d'une coentreprise entre l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Inforoute Santé du Canada, Soins de santé plus sécuritaires maintenant! et l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Février 2011 Toronto (Ontario). <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/shnnewsletter/pages/optimizing-medication-safety-at-care-transitions.aspx>

Questionnaire sur l'évaluation des risques associés aux médicaments

Département de médecine universitaire. Questionnaire sur l'évaluation des risques associés aux médicaments Voir l'annexe.

Trousse de médicaments pour les transitions et les transferts des soins cliniques (trousse MATCH) pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments

Agency for Healthcare Research and Quality. Trousse de médicaments pour les transitions et les transferts des soins

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 BOÎTE À OUTILS

Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.



cliniques (trousse MATCH) pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments. <http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/ROP-Hanbook-fr.pdf>

Tests de conformité

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une pratique obligatoire selon Agrément Canada. Pour connaître les tests de conformité à jour d'Agrément Canada, consultez leur site Web : <http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/ROP-Hanbook-fr.pdf>

Soutien en matière de gestion des médicaments

Les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle important pour aider la personne à se préparer à gérer ses médicaments de façon efficace et sécuritaire à la maison. De simples lignes directrices peuvent être utilisées dans les conversations entre le fournisseur de soins de santé et la personne (et sa famille). Bien que ces principes directeurs puissent être appliqués tout au long de la période de soins de la personne, ils devraient être considérés comme des éléments essentiels pendant les premières visites et les visites subséquentes de soins à domicile, ainsi que lors des interactions avec l'équipe de soins primaires.

Le volet sur la défense des patients de Santé Capitale vise à former des défenseurs en matière de soins de santé au sein de la population générale ainsi qu'à leur enseigner comment naviguer dans le système de soins de santé. De nombreuses ressources, y compris « Medication Management Golden Rules », se trouvent sur le site Web : <http://www.capitalregionpatientadvocacy.com/resources.shtml>

Patient Centred Medical Home. Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes. Resource Guide. Deuxième édition. Juin 2012 AHRQ Innovations Exchange <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=3419>

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Renforcer la littératie en matière de santé – aider la personne à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer de façon autonome sa vie et ses soins à domicile

Pourquoi se concentrer sur l'amélioration des connaissances, des compétences et de l'apprentissage?

Le système de soins de santé de l'Ontario mettait auparavant l'accent sur la maladie, ce qui a eu comme conséquence d'accroître les coûts en matière de soins hospitaliers. Le nouveau paradigme privilégie de courts séjours à l'hôpital et une transition prompte vers le fournisseur de soins suivant.

Cependant, les possibilités des patients de prendre soins d'eux-mêmes à la suite de leur congé sont souvent négligées. La réalité des ressources humaines et financières limitées signifie qu'il est souvent plus facile de déplacer le problème, dans le cas présent, la personne qui a besoin de soins continus, vers un endroit ou un fournisseur différents. À de nombreuses reprises, les personnes ayant besoin de soins ont eu à subir le manque de collaboration entre les médecins généralistes, les hôpitaux et les soins communautaires.

Après la transition, la personne est souvent laissée à elle-même et risque d'être réadmise à l'hôpital et de voir sa qualité de vie perturbée, sans mentionner les coûts supplémentaires au système de soins de santé qu'elle occasionne. Les personnes souffrant de maladies chroniques passent environ 5 % de leur temps avec des professionnels de la santé et le reste à gérer leurs propres soins.²⁹

En Ontario, les patients deviennent de plus en plus confiants et commencent à demander aux fournisseurs du système de santé de regarder au-delà de la maladie et de traiter la personne dans son intégralité, c'est-à-dire d'être plus empathiques et déterminés, et d'intégrer les patients et les fournisseurs de soins informels dans le processus de soins. Les patients et les soignants non rémunérés sont une ressource sous-utilisée. En effet, plus les patients comprennent leur maladie et les stratégies pour gérer leur santé et leurs soins, plus ils sont motivés à participer aux décisions entourant leur santé, et plus le fardeau des fournisseurs et du secteur est allégé. Ils veulent prendre part à leur guérison, mais pour ce faire, nécessitent des compétences de base, des occasions et du soutien.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

La littératie en matière de santé est [traduction] « le degré selon lequel les personnes peuvent obtenir, traiter et comprendre les renseignements et les services de base sur la santé dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur leur santé ³⁰ ». Essentiellement, il s'agit d'un ensemble de compétences nécessaires pour que les gens réagissent de façon appropriée à l'information sur les soins de santé et fonctionnent bien dans le système de santé. Parmi les principales compétences, mentionnons la capacité d'interpréter des documents, de lire et d'écrire (littératie imprimée), la capacité d'utiliser de l'information quantitative (numératie) ainsi que la capacité de parler et d'écouter attentivement (littératie orale) ³¹. Conformément à la revue systématique effectuée par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), [traduction] « les différences de niveau de littératie en matière de santé étaient constamment associées à des hospitalisations accrues, à une utilisation élevée des soins d'urgence, à une faible utilisation des services de mammographie, à une proportion moins élevée de personnes ayant reçu le vaccin contre la grippe, à un manque de capacité de prendre des médicaments de façon appropriée, à un manque de capacité d'interpréter les étiquettes et les messages relatifs à la santé, et, parmi les personnes âgées, à un mauvais état de santé général et à un taux de mortalité élevé »³².

L'autogestion a été définie comme [traduction] « le développement de compétences et le renforcement de la confiance chez les patients et leur famille, de sorte qu'ils peuvent être responsables de leur bien-être »³³.

Le modèle Flinders³⁴ est l'un des rares programmes d'autogestion fondés sur des données probantes. Selon le modèle, la personne et les soignants dans la famille travaillent en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé pour :

- connaître leur maladie et les divers choix de traitement;
- négocier un plan de soins;
- participer à des activités qui protègent et promeuvent la santé;
- surveiller et gérer les symptômes et les signes de leur(s) maladie(s);
- gérer les répercussions de la maladie sur la capacité physique fonctionnelle, les émotions et les relations interpersonnelles.

L'éducation axée sur la personne et la littératie en matière de santé et de soins connexes sont des éléments essentiels à l'autogestion.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 Mieux comprendre les concepts de changement

Problèmes et défis typiques

Tous les jours, les fournisseurs de soins de santé font part d'information importante sur les soins de santé. Souvent, on considère comme acquis l'apprentissage et on n'évalue pas (ou rarement) la littératie en matière de soins de santé.

- Des fournisseurs estiment le patient comme le principal apprenant, tandis que d'autres soignants deviennent les apprenants au nom des patients.
- Compte non tenu du format d'information ou du lieu où les soins sont dispensés, confirmer que la personne a bien compris l'information sur les soins de santé prend du temps, et le temps est un luxe pour de nombreux fournisseurs. Les pratiques diffèrent quant à l'utilisation d'outils et de techniques pour évaluer le niveau de littératie en matière de santé d'une personne.
- Des fournisseurs supposent qu'une personne comprend sa maladie, le traitement et les directives suivant le congé parce que : (i) la personne dit comprendre; (ii) la personne est instruite ou aisée; (iii) la personne souffre de cette maladie chronique depuis longtemps.
- Des fournisseurs utilisent des termes médicaux complexes lorsqu'ils transmettent de l'information au patient.
- Beaucoup de fournisseurs n'ont reçu qu'une petite formation (ou aucune formation du tout) sur la littératie en matière de santé ou les techniques à utiliser pour évaluer et améliorer la littératie en matière de santé.
- De nombreuses personnes recevant de l'information sur les soins de santé ne posent pas de questions ou refusent d'admettre qu'elles ne comprennent pas leur maladie, les plans, les médicaments, etc.
- Le milieu de pratique n'est pas axé sur les personnes. La personne se sent jugée ou rejetée lorsqu'elle pose une question.
- Attentes imprécises concernant qui devrait utiliser la technique de retransmission de l'information visant à laisser le soin au patient d'expliquer ce qu'il vient d'apprendre et quand cette technique devrait être utilisée, etc.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.6 BOÎTE À OUTILS

Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.



Estimation rapide de la littératie des adultes dans le domaine de la médecine [Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)]

La méthode d'estimation rapide de la littératie des adultes dans le domaine de la médecine (REALM) est couramment utilisée pour mesurer la littératie en matière de santé. Cet outil validé mesure la littératie en matière de santé en environ deux minutes. Communiquez avec Terry C Davis à l'adresse : tdavis1@lsuhsc.edu pour obtenir un exemplaire (en anglais).

Newest Vital Sign (en anglais)

Newest Vital Sign est un nouvel outil visant à évaluer la capacité d'une personne à interpréter des documents imprimés à l'aide d'une simple étiquette de crème glacée et six questions. <http://www.pfizerhealthliteracy.com/public-policy-researchers/NewestVitalSign.aspx>

Conseils pour communiquer avec les patients

Tips for Improving Communication with Patients Clear Health Communication Initiative. Pfizer. Avril 2011. (en anglais) <http://www.pfizerhealthliteracy.com/asset/pdf/help-your-patients.pdf>

Programme de la Caroline du Nord sur la littératie en matière de santé

North Carolina Program on Health Literacy <http://nchealthliteracy.org/index.html> (en anglais)

Ce site Web comprend diverses ressources, dont des vidéos, du matériel didactique, des outils d'évaluation, une trousse de départ sur la littératie en matière de santé et plus encore.

Retransmission de l'information

Technique Teach Back http://www.ethics.va.gov/docs/infocus/infocus/InFocus_20060401_Teach_Back.pdf (voir l'annexe) Cartes pour le teach back clinique, TMF Health Quality Institute

Le personnel infirmier dans les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les agences de soins à domicile et les cabinets de médecin trouvera cet outil utile pour informer les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) à propos de leurs médicaments. Chaque trousse comprend une carte de rappel, neuf cartes de médicaments, trois cartes de mesures importantes (infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque congestive et pneumonie) et une carte dressant la liste des inhibiteurs ECA et des bêta-bloquants.

Chaque carte de médicaments comprend : 1) la façon dont la catégorie de médicaments fonctionne, 2) les problèmes à signaler au médecin ou au personnel infirmier et 3) le nom du médicament de marque ou du médicament générique selon la catégorie. De l'information supplémentaire à ce sujet et des ressources semblables se trouvent sur le site Web du Resource Center on the Texas Quality Improvement Organization, géré par le TMF Health Quality Institute, qui est la Medicare Quality Improvement Organization pour le Texas.

http://www.texashospitalquality.org/collaboratives/shared_documents/other_resources/TeachBackCardSet2011.pdf (en anglais)

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Section 5

Glossaire



5.1 Glossaire

Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)

Un schéma thérapeutique comprenant les antécédents complets des médicaments utilisés régulièrement (prescrits ou non) obtenu par un pharmacien ou une personne désignée par lui selon les méthodes suivantes : entrevue des patients ou des soignants; inspection des flacons et des autres contenants de médicaments; examen des listes personnelles de médicaments; suivi auprès d'une pharmacie communautaire ou examen des listes actuelles de médicaments imprimées par la pharmacie communautaire ³⁵.

Coordination des soins

La coordination des soins comprend les éléments suivants :

- de nombreux participants prennent habituellement part à la coordination des soins;
- la coordination est nécessaire lorsque les participants dépendent de chacun d'entre eux pour exécuter des activités diverses dans le cadre de la dispensation de soins à un patient;
- afin de coordonner ces activités, chaque participant doit connaître son propre rôle, le rôle de chacun et les ressources disponibles;
- afin de gérer les activités requises pour les soins d'un patient, les participants comptent sur l'échange d'information; l'intégration des activités de soins vise à faciliter la prestation des services de soins de santé ³⁶.

Soignant

Comme les patients, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et autres professionnels, les soignants (membres de la famille ou non) prennent souvent part à la prestation de services de soins de santé et peuvent normalement jouer un rôle dans la coordination des soins ³⁹.

Plan de soins

Un plan de soins est une entente entre une personne et le professionnel de la santé (ou les services sociaux) pour aider à gérer la santé du patient au quotidien. Il peut s'agir d'un document écrit ou de directives inscrites dans les notes du patient ⁴⁰.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

Transition des soins	Une transition en matière de soins correspond au transfert d'un patient entre différents milieux et fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'une maladie grave et chronique ³⁸ . (Voir aussi « Transition ».)
Concept de changement	De manière générale, une notion ou une façon de faire qui a été éprouvée pour concevoir des idées de changement précises qui constituent une amélioration ⁴¹ .
Continuité des soins	La continuité des soins est difficile à définir et à assurer. Selon une analyse fondée sur des données probantes, réalisée par Analyse des données et normes de QSSO, la continuité des soins concerne la qualité des soins dispensés au fil du temps ainsi que l'expérience en matière de soins, c'est-à-dire la satisfaction et la coordination des soins entre fournisseurs ³⁷ .
Fragmentation des soins	Comme le disent M. Edward Wagner et divers collaborateurs, [traduction] « un système de soins de santé fragmenté peut être sophistiqué du point de vue technologique et lourd du point de vue organisationnel. Il s'agit d'un système qui met l'accent sur le diagnostic et le traitement, qui implique un chevauchement des efforts coûteux et qui voit son efficacité diminuer en raison d'un échange inadéquat, incorrect ou tardif d'information entre de nombreux fournisseurs » ⁴² .
Littératie en matière de santé	La mesure dans laquelle les personnes peuvent obtenir, traiter et comprendre les renseignements et les services de base en matière de santé dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur leur santé Il s'agit d'un ensemble de compétences nécessaires pour que les gens agissent de façon appropriée face à l'information sur les soins de santé et fonctionnent bien dans l'environnement de soins de santé. Parmi les principales compétences, mentionnons la capacité d'interpréter des documents, de lire et d'écrire (littératie imprimée), la capacité d'utiliser de l'information quantitative (numératie) ainsi que la capacité de parler et d'écouter attentivement (littératie orale) ⁴³ .
Intégration des soins	Bien qu'il existe plusieurs définitions de soins intégrés, l'intégration des soins, quant à elle, renvoie à la coordination de services planifiés, gérés et assurés par divers professionnels de la santé et aidants naturels au sein de différentes unités organisationnelles ⁴⁴ .

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Bilan comparatif des médicaments

Le processus visant à obtenir une liste complète et exacte des médicaments des patients pris à domicile (y compris le nom, la posologie, la fréquence et le mode d'administration), pour ensuite utiliser cette liste en vue de remplir les ordonnances au moment de l'admission, du transfert ou du congé. Le processus comprend les étapes suivantes : comparer la liste aux ordonnances du patient émises au moment de l'admission, du transfert ou du congé, déterminer les discordances et, le cas échéant, les signaler au médecin prescripteur, puis, au besoin, apporter des changements aux ordonnances. Les changements apportés aux ordonnances dans le cadre de ce processus doivent être documentés ⁴⁵.

Adultes très malades

Le sondage international du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé est réalisé chaque année et met l'accent sur les adultes, les adultes très malades et les médecins de soins primaires. Le sondage de 2011 comprenait des adultes ayant signalé au moins un des points suivants : ils avaient un bon ou un mauvais état de santé; ils ont reçu des soins médicaux au cours de la dernière année en raison d'une maladie grave ou chronique, d'une blessure ou d'un handicap; ils ont été hospitalisés au cours des deux dernières années (pour une raison autre qu'un accouchement sans complications); ils ont subi une opération importante au cours des deux dernières années. Le sondage de 2008 portait également sur les adultes très malades, tandis que le sondage de 2009 était plutôt axé sur les médecins de soins primaires et celui de 2010 sur tous les adultes ⁴⁶.

Retransmission de l'information

La retransmission de l'information est une façon pour les praticiens de s'assurer que les patients ont bien compris leurs explications. La compréhension du patient est confirmée lorsque ce dernier explique au praticien ce qu'il vient de lui dire ou lui fait une démonstration.

Transition

Une vaste gamme de services limités dans le temps conçus pour garantir une continuité des soins de santé, prévenir les dénouements malheureux évitables chez les personnes à risque, et promouvoir un transfert sécuritaire et rapide des patients d'un niveau de soins ou d'un type d'établissement à un autre ⁴⁷. (Voir aussi « Transition des soins ».)

Service hospitalier virtuel

Un groupe d'hôpitaux et de chercheurs de Toronto font des essais et des recherches se rapportant à cette intervention suivant le congé qui utilise une approche axée sur des équipes pour prendre soin à domicile des patients ayant des besoins complexes. Les mêmes systèmes utilisés dans les hôpitaux, comme les équipes interdisciplinaires, un dossier médical partagé et un seul point de contact font également partie du service hospitalier virtuel ⁴⁸.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Section 6

References
and Appendix



6.1 References

1. JENCKS, S.F., M.V. WILLIAMS, E.A. COLEMAN (2009) « Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, no 14, p. 1418 1428.
2. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). *Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*, Toronto (Ontario), p. 36.
3. SCHOEN, C., R. OSBORN, S.K.H. HOW, M.M. DOTY, J. PEUGH (2009). « In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries », *Health Affairs*, vol. 28, no 1, w1 w16.
4. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). *Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*, Toronto (Ontario), p. 36.
5. COLEMAN, E.A. (2003). « Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, no 4, p. 549 555.
6. BARANEK, P. (2010). « Integration of Care: Summary Report analysing the responses of all provider groups », [rapport circonstanciel]. *The Change Foundation*, Toronto.
7. CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ (2007). « CCHSA glossary », *Conseil canadien d'agrément des services de santé*, 6e édition, Ottawa, Canada.
8. CALKINS, E., C. BOULT, E. WAGNER, J. PACALA (2004). *New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence*, New York. (New York) pp.ix. Springer Publishing.
9. COLQUHOUN, V., E. ETCELL (2006) *Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge*, vol. 15, no 2, p. 122 126.
10. SCHNIFFER, J.L., C.L. ROUMIE, C. CAWTHON et collab. (2010). « Rationale and design of the pharmacist Intervention for Low Literacy In Cardiovascular Disease (PILL -CVD) study », *Circulation Cardiovascular and Quality Outcomes*, vol. 3, no 2, p. 212 219.
11. NEWTON, A., S.J. SARKER, A. PARFITT, K. HENDERSON, P. JAYE, N. DRAKE (2011). « Individual care plans can reduce hospital admission rate for patients who frequently attend the emergency department », *Emergency Medicine Journal*, vol. 28, p. 654 657.
12. NATIONAL HEALTH SERVICE (novembre 2011). *Your health, your way*, Royaume-Uni.
13. GRUNEIR, A., I.A. DHALLA, C. VAN WALRAVEN, H.D. FISCHER, X. CAMACHO, P.A. ROCHON et collab. (2011). « Unplanned hospital admissions among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm », *Open Med*, vol. 5, no 2, p. 104 111.
14. GRUNEIR, A., I.A. DHALLA, C. VAN WALRAVEN, H.D. FISCHER, X. CAMACHO, P.A. ROCHON et collab. (2011). « Unplanned hospital admissions among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm », *Open Med*, vol. 5, no 2, p. 104 111.
15. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). *Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*, Toronto (Ontario), p. 36.
16. Ontario Health Technology Assessment Series. (2012). « Discharge Planning in Chronic Conditions: An Evidence Based Analysis » (provisoire), *Ontario Health Technology Assessment Series*, Vol. 12, No AC. (À paraître).

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

17. KRIPILANI, S., et collab. (2007). « Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care », *JAMA*, vol. 297, no 8, p.831 841.
18. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). *Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*, Toronto (Ontario).
19. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). « Continuity of Care: an evidence-based analysis » (provisoire), *Ontario Health Technology Assessment Series* [en ligne], vol. 12, (no AC), p. 1 36. (À paraître).
20. DHALLA, I., T. O'BRIEN, F. KO, A. LAUPACIS (2012). « Toward Safer Transitions: How Can we Reduce Post-Discharge Adverse Events? », *Healthcare Quarterly*, vol. 15 (numéro spécial), p. 63 67.
21. VAN WALRAVEN, C., I.A. DHALLA et collab. (2012). « Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, no 6, p. 551 557.
22. GRUNEIR, A., I.A. DHALLA, C. VAN WALRAVEN, H.D. FISCHER, X. CAMACHO, P.A. ROCHON et collab. (2011). « Unplanned hospital admissions among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm », *Open Med*, vol. 5, no 2, p. 104 111.
23. *Trousse En avant! Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée* (2011). <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec/Documents/%28courte%20dur%C3%A9e%29/BCM%20%28courte%20dur%C3%A9e%29%20Trousse%20En%20avant.pdf>
24. COLQUHOUN, M. et M. OWEN (2012). *A snapshot of medication reconciliation in Canada*, <http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/10/>
25. FORSTER, H.D., A. MENARD, N. DUPUIS, R. CHERNISH et collab. (2004) « Adverse events among medical patients after discharge from hospital » *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 170, no 3, p. 345 349.
26. *Trousse En avant! Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée* (2011). <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec/Documents/%28courte%20dur%C3%A9e%29/BCM%20%28courte%20dur%C3%A9e%29%20Trousse%20En%20avant.pdf>
27. *Trousse En avant! Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée* (2011). <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec/Documents/%28courte%20dur%C3%A9e%29/BCM%20%28courte%20dur%C3%A9e%29%20Trousse%20En%20avant.pdf>
28. AGRÉMENT CANADA, *Rapport sur les pratiques organisationnelles requises de 2011– Dans quelle mesure les organismes de santé canadiens sont ils sécuritaires?* http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/News_and_Publications/Publications/Report_on_ROPs/Rapport-sur-les-POR-de-2011.pdf
29. *Vivre en santé avec une maladie chronique : Stratégie d'autogestion du Sud-Ouest*. <http://www.swselfmanagement.ca/content.aspx?id=6> Consulté le 27 juillet 2012.
30. BERKMAN, N.D., S.L. SHERIDAN et collab. (2011). « Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review », *Evidence Report/Technology Assessment*, no 199, (préparé par RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290 2007 10056 I), document no 11-E006 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland). Agency for Healthcare Research and Quality.
31. BERKMAN, N.D., S.L. SHERIDAN et collab. (2011). « Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review », *Evidence Report/Technology Assessment*, no 199, (préparé par RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290 2007 10056 I), document no 11-E006 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland). Agency for Healthcare Research and Quality.
32. BERKMAN, N.D., S.L. SHERIDAN et collab. (2011). « Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review », *Evidence Report/Technology Assessment*, no 199, (préparé par RTI International-University of North Carolina

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290 2007 10056 I), document no 11-E006 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland). Agency for Healthcare Research and Quality.

33. ZWAR, N., M. HARRIS, R. GRIFFITHS, M. ROLAND, S. DENNIS, G. POWELL DAVIES, I. HASAN (2006). *A systematic review of chronic disease management*, Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW.
34. *Flinders University Model of Chronic Self-Management*, <http://som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/Self-Management.htm>
35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2011). *Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables*, Toronto.
36. MCDONALD, K.M., V. SUNDARAM, D.M. BRAVATA, R. LEWIS, N. LIN, S. KRAFT, M. MCKINNON, H. PAGUNTALAN et D.K. OWENS (2007). « Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, vol. 7 – Care Coordination », sous la direction de K.G. Shojania, K.M. McDonald, R.M. Wachter et D.K. Owens, *Technical Review*, no 9 (préparé par Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290 02 017), document no 04(07) 0051 7 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland).
37. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). « Continuity of Care: an evidence-based analysis » (provisoire), *Ontario Health Technology Assessment Series* [en ligne], vol. 12, (no AC), p. 1 36. (À paraître).
38. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). « Continuity of Care: an evidence-based analysis » (provisoire), *Ontario Health Technology Assessment Series* [en ligne], vol. 12, (no AC), p. 1 36. (À paraître).
39. MCDONALD, K.M., V. SUNDARAM, D.M. BRAVATA, R. LEWIS, N. LIN, S. KRAFT, M. MCKINNON, H. PAGUNTALAN et D.K. OWENS (2007). « Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, vol. 7 – Care Coordination », sous la direction de K.G. Shojania, K.M. McDonald, R.M. Wachter et D.K. Owens, *Technical Review*, no 9 (préparé par Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290 02 017), document no 04(07) 0051 7 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland).
40. NATIONAL HEALTH SERVICE (novembre 2011). *Your health, your way*, Royaume-Uni.
41. LANGLEY, G.L., K.M. NOLAN, T.W. NOLAN, C.L. NORMAN, L.P. PROVOST (1996). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (1re édition), Jossey-Bass, San Francisco.
42. CALKINS, E., C. BOULT, E. WAGNER, J. PACALA (2004). *New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence*, New York. (New York) pp.ix. Springer Publishing.
43. BERKMAN, N.D., S.L. SHERIDAN et collab. (2011). « Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review », *Evidence Report/Technology Assessment*, no 199, (préparé par RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290 2007 10056 I), document no 11-E006 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland). Agency for Healthcare Research and Quality.
44. MINKMAN, M., K. AHAUS et R. HULJSMAN (2009). « A Four Phase Development Model for Integrated Care Services in the Netherlands », *BMC Health Services Research*, vol. 9, p. 42.
45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2011). *Améliorer le continuum des soins : Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables*, Toronto.
46. SCHOEN, C. et R. OSBORN (novembre 2011). *2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries, Fonds du Commonwealth*, <http://www.commonwealthfund.org/Events/2012/International-Health-Policy-Survey.aspx>
47. NAYLOR, M.D., L.H. AIKEN, E.T. KURTZMAN, D.M. Olds et K.B. HIRSCHMAN (2011). « The importance of transitional care in achieving health reform », *Health Affairs*, vol. 30, no 4, p.746 754.
48. DHALLA, I., T. O'BRIEN, F. KO, A. LAUPACIS (2012). « Toward Safer Transitions: How Can we Reduce Post-Discharge Adverse Events? », *Healthcare Quarterly*, vol. 15 (numéro spécial), p. 63 67.
49. MINNESOTA HEALTH LITERACY PARTNERSHIP (2012). *Teach Back: What Does Your Patient Really Understand?* http://healthliteracymn.org/sites/default/files/images/files/Teach-Back%20program%20guide_updated%20060412.pdf

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Indice LACE – outil de notation

L

Étape 1 : Durée du séjour Durée du séjour (y compris les jours de l'admission et du congé) : _____ jours

Durée du séjour (jours)	Notation (encerclez selon le cas)
1	1
2	2
3	3
de 4 à 6	4
de 7 à 13	5
14 ou plus	7

L

A

Étape 2 : Urgence de l'admission Le patient a-t-il été admis par les services des urgences?

Si oui, inscrivez « 3 » dans la case A, autrement inscrivez « 0 ».

A

C

Étape 3 : Comorbidités (pour explications, voir la page suivante)

Maladie (définitions et notes au verso)	Notation (encerclez selon le cas)	
Antécédents d'infarctus du myocarde	+1	Si le TOTAL se situe entre 0 et 3, inscrivez la notation dans la case C.
Maladie cérébrovasculaire	+1	
Acrosyndrome	+1	
Diabète sucré	+1	Si la notation est 4 ou plus, inscrivez 5 dans la case C.
Insuffisance cardiaque congestive	+2	
Maladie pulmonaire obstructive chronique	+2	
Maladie hépatique bénigne	+2	
Maladie hépatique modérée ou grave	+4	
Tumeurs (y compris lymphomes et leucémie)	+2	
Tumeur solide métastatique	+6	
Démence	+3	
Maladie du tissu conjonctif	+3	
Sida	+4	
TOTAL		

C

E

Étape 4 : Nombre d'utilisation des services des urgences Combien de fois le patient s'est-il rendu aux services des urgences au cours des six mois précédant son admission (compte non tenu de l'utilisation des services des urgences précédant immédiatement l'admission actuelle)? Inscrivez ce chiffre ou le chiffre 4 (le plus petit des deux) dans la case E. Additionnez les chiffres des cases L, A, C et E pour générer l'indice LACE, et inscrivez-le dans la case ci-dessous. Si le patient a un indice LACE de 10 ou plus, le patient est considéré comme à risque élevé d'être réadmis au cours de la période de 30 jours suivant son congé.

E

Source : Virtual ward Program (service hospitalier virtuel). Hôpital St. Michael. Données utilisées avec la permission du D^r Irfan Dhalla. Juillet 2012

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Indice de comorbidité de Charlson

Maladie	Définition	Notes
Antécédents d'infarctus du myocarde	Tout antécédent d'infarctus du myocarde confirmé ou probable.	Comprend les infarctus du myocarde diagnostiqués à distance. Ne comprend pas la coronaropathie sans infarctus du myocarde (p. ex. une angine de poitrine instable en l'absence d'élévation des enzymes cardiaques).
Maladie cérébrovasculaire	Tout accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire (AIT).	
	Ne comprend pas d'autres formes d'hémorragie intracrânienne (p. ex. hémorragie périurale, sous-durale et sous-arachnoïdienne).	
Acrosyndrome	Claudication intermittente, opération ou implantation d'endoprothèse vasculaire antérieures, gangrène ou ischémie aiguë, anévrisme aortique abdominal ou thoracique non traité.	Ne comprend pas la thrombose veineuse profonde ni les ulcères veineux. (Si un patient souffre d'un ulcère vasculaire, demandez à l'équipe médicale de vérifier s'il s'agit d'un ulcère artériel ou veineux.)
Diabète sucré	Diagnostic clinique de diabète sucré.	Ne comprend pas l'hyperglycémie modérée à jeun ni l'intolérance au glucose. Comprend le diabète gestationnel.
Insuffisance cardiaque congestive	Tout patient souffrant d'insuffisance cardiaque congestive symptomatique dont les symptômes ont bien réagi aux médicaments appropriés.	Comprend l'insuffisance cardiaque congestive traitée ou compensée.
Maladie pulmonaire obstructive chronique	Clinical diagnosis of COPD with use of bronchodilators and/or steroids.	Comprend la bronchite chronique et l'emphysème. Ne comprend pas l'asthme.
Maladie hépatique bénigne	Cirrhose sans hypertension portale (c.-à-d. aucune varice, aucune ascite) OU hépatite chronique.	Comprend l'hépatite C chronique et l'hépatite B chronique (même sans cirrhose), d'autres types d'hépatites chroniques (p. ex. maladie hépatique alcoolique, hépatite auto-immune) et la cirrhose compensée. Ne comprend pas la simple stéatose hépatique.
Maladie hépatique modérée ou grave	Cirrhose avec hypertension portale (p. ex. ascites ou saignement variqueux).	
Tumeurs (y compris lymphomes et leucémie)	Les tumeurs solides doivent avoir été traitées au cours des cinq dernières années; comprend la leucémie lymphoïde chronique (LLC) et la maladie de Vaquez.	

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Maladie	Définition	Notes
	Ne comprend pas les cancers qui ont été traités avec succès plus de cinq ans auparavant, p. ex. un cancer du sein diagnostiqué et traité il y a six ans sans récurrence. Ne comprend pas les tumeurs bénignes (p. ex. lipomes). Ne comprend pas les cancers de la peau. (Si un patient a un cancer de la peau métastatique, il sera compris ci-dessous.)	
Tumeur solide métastatique	Toute tumeur métastatique	Pour les patients ayant des métastases, ne pas inclure le stade.
Démence	Diagnostic clinique de la démence	À noter qu'il s'agit d'une définition imprécise et que vous devrez souvent demander l'opinion du médecin résident pour déterminer si le patient est atteint de démence.
Maladie du tissu conjonctif	Lupus érythémateux disséminé, polymyosite, connectivité mixte, polyarthrite rhumatoïde (de modérée à grave) et pseudo-polyarthrite rhizomélique.	Comprend, de manière générale, toute maladie du tissu conjonctif systémique (p. ex. dermatomyosite, vascularite, sclérodermie généralisée, lupus médicamenteux). Ne comprend pas les maladies relativement bénignes (p. ex. lupus discoïde limité à la peau ou arthrose) et la fibromyalgie.
Sida	Infection opportuniste définissant le sida ou CD4 < 200.	Si le patient a des antécédents d'infections opportunistes traitées (p. ex. pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> (PCP)), ou des antécédents de CD4 inférieurs à 200, il est classé comme ayant le sida aux fins de cette étude.

Source : CHARLSON, Mary E., Peter POMPEI, Kathy L. ALES, C. Ronald MACKENZIE (1987). « A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, no 5, p. 373-383

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323 6868
Sans frais : 1 866 623 6868
Courriel : info@hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013

ISBN 978-1-4606-1844-8 (PDF)

<http://www.hqontario.ca/accueil>

