

Les CISSS membres du Consortium sont préoccupés par l'efficacité des services de liaison pour les personnes vulnérables ayant de multiples problématiques lors des transitions. Le Consortium InterS4 a réalisé une synthèse des meilleures pratiques de liaison à partir des données probantes pertinentes, résumée dans la Partie A des travaux. La Partie B rapporte la perception d'acteurs clés sur l'efficacité et l'applicabilité de ces pratiques ainsi que des options pour les opérationnaliser dans la réalité régionale.

PRATIQUES DE LIAISON LES PLUS EFFICIENTES POUR UNE AMÉLIORATION DES SERVICES AUX PERSONNES VULNÉRABLES DANS UN CONTEXTE DE RÉGION PÉRIPHÉRIQUE OU ÉLOIGNÉE

Partie A – Synthèse des écrits pertinents pour répondre au mandat de courtage de connaissances

France C. Fleury et Mylène Trépanier

AVRIL 2019

Le Consortium de transfert de connaissances InterS4 regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, animé par l’UQAR en collaboration avec l’UQAT. Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des CISSS en région grâce à un partenariat appuyé sur l’utilisation stratégique des connaissances de pointe. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Le transfert de connaissances est un ensemble de techniques, d’outils, de méthodes, de processus, de structures et de cultures qui favorise les capacités des individus ou d’une organisation à générer, à disséminer, à absorber des connaissances et à s’adapter, de même qu’à se remettre en question [1].

Le courtage de connaissances est un outil appliqué du transfert de connaissances, efficace pour répondre à des problèmes prioritaires en soutenant la prise de décision ou le changement de pratiques. Il emploie pour ce faire des connaissances de pointe provenant d’écrits, de pratiques ou d’avis d’experts.

Auteurs

M. France Charles Fleury, M. Sc., coordonnateur du Consortium (si vous avez des questions ou des commentaires, écrivez à : francecharles_fleury@uqar.ca)

Mme Mylène Trépanier, B. Sc., agente de recherche

Collaborateur

Mme Emmanuelle Jean, Ph. D., UQAR

Demandeur

Membres du Comité de coordination du Consortium

Intention des travaux

Les connaissances résumées cherchent à répondre aux préoccupations du demandeur sur les meilleures pratiques applicables à sa réalité. La présente Partie A se centre sur les publications scientifiques récentes et les publications grises. La Partie B rapporte les pratiques les plus efficaces et les mieux applicables en proposant des options d’opérationnalisation. Ces options, proposées par des acteurs clés, pourront inspirer les membres du comité responsable de la planification du changement dans chaque établissement. Ces derniers soumettront les connaissances acquises à l’épreuve de la faisabilité et de l’acceptabilité dans leur organisation, en fonction des priorités de l’établissement.

Niveau de fiabilité

Les connaissances produites en courtage de connaissances doivent être comprises en fonction du mandat des demandeurs et du contexte de réalisation. Le document peut avoir franchi différentes étapes de validation. Le fait de le préciser permet au lecteur d’apprécier la valeur des conclusions.

- Le présent ouvrage reflète les travaux et l’analyse des auteurs. Il n’engage qu’eux.
- Le présent ouvrage reflète l’opinion des auteurs et des personnes suivantes qui en ont validé les termes et les contenus
- Le présent ouvrage est validé par les personnes suivantes, membres du groupe (préciser le nom du groupe et l’organisation) :

Citation suggérée

Fleury, F.C., Trépanier, M., Pratiques de liaison les plus efficaces pour une amélioration des services aux personnes vulnérables dans un contexte de région périphérique ou éloignée – Partie A : Synthèse des écrits pertinents pour répondre au mandat de courtage de connaissances. Avril 2019, Consortium InterS4, 66 p.

Vous pouvez utiliser cet ouvrage en tout ou en partie sans l’approbation des auteurs. Nous vous demandons seulement d’en citer la source.

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE DES PRATIQUES DE LIAISON LES PLUS EFFICIENTES DANS LES ÉCRITS CONSULTÉS	3
MISE EN CONTEXTE ET MANDAT	9
Une préoccupation commune priorisée par les quatre CISSS membres	9
Le mandat et l'envergure du produit attendu de courtage	9
L'utilité et l'intention décisionnelle ayant inspiré le mandat.....	10
Le processus de travail pour répondre à la préoccupation.....	10
LES COMPOSANTES DE LIAISON LES PLUS EFFICACES COMME ASSISE AUX TRAVAUX	10
UNE DESCRIPTION DES MEILLEURES PRATIQUES TIRÉES D'ESSAIS RANDOMISÉS CONTRÔLÉS	11
Trajectoire intégrée pré et post-congé	12
Coordination du congé.....	17
Approche multidisciplinaire	20
Gestion multidisciplinaire de la planification du congé	20
Rôle du gériatre en pré et post-congé	21
Rôle du pharmacien en pré et post-congé.....	22
Suivi post-congé	26
Équipe de soutien au congé.....	26
Suivi téléphonique	28
Suivi téléphonique et visites à domicile.....	28
Rôles professionnels	32
Télémédecine.....	37
Autogestion MPOC.....	39
DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES ET DES PROCÉDURES ORGANISATIONNELLES	40
Les éléments spécifiques aux trajectoires de soins et services.....	40
Repérage et évaluation	40
Planification du congé.....	42
Transition	46
Suivi post-congé	47
Défis pour l'implantation	47
Des exemples de trajectoire.....	48
CONCLUSION DE LA PARTIE A	52
ANNEXE 1 : PROCESSUS DE TRAVAIL POUR RÉPONDRE À LA PRÉOCCUPATION	53
ANNEXE 2 : TABLEAU SYNTHÈSE DES MÉTA-ANALYSES ET DES REVUES SYSTÉMATIQUES	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62

SYNTHÈSE DES PRATIQUES DE LIAISON LES PLUS EFFICIENTES DANS LES ÉCRITS CONSULTÉS

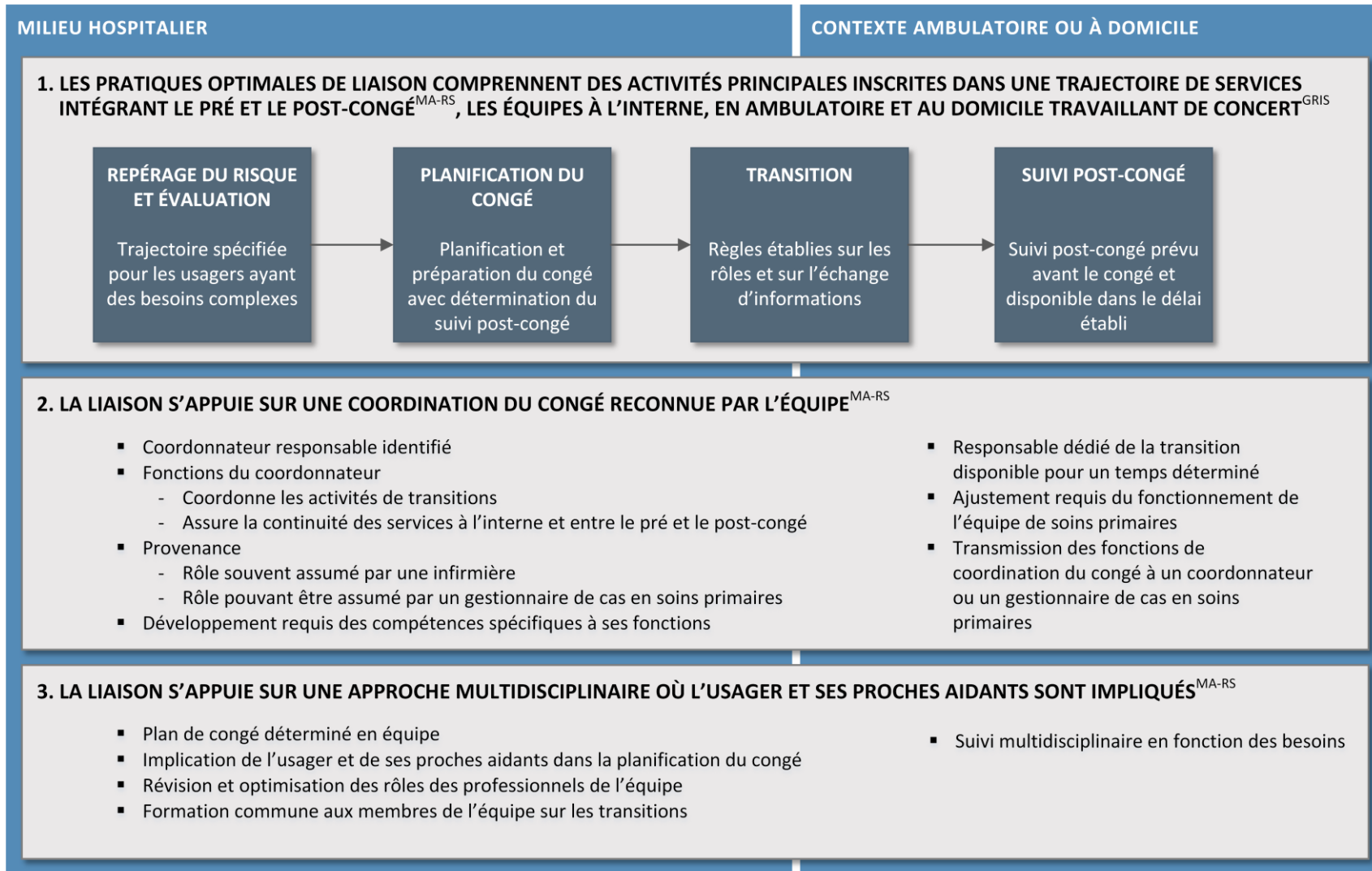
Deux principales synthèses résument les pratiques jugées les plus efficaces et les mieux applicables dans le contexte de la demande formulée par les membres du Comité de coordination du Consortium. Elles exposent ainsi l'essentiel de la recension narrative.

La réalisation de cette synthèse s'appuie sur deux principales sources :

1. Des connaissances provenant des meilleurs niveaux de preuve scientifique : méta-analyses, revues systématiques et essais randomisés contrôlés.
2. Des écrits gris pertinents qui relatent les recommandations d'experts ou rapportent des procédures organisationnelles.

Le lecteur retrouvera dans les chapitres suivants les informations nécessaires pour comprendre le contexte dans lequel la synthèse a été produite. Il pourra alors mieux apprécier la valeur des conclusions et le potentiel d'utilisation des connaissances dans sa propre organisation.

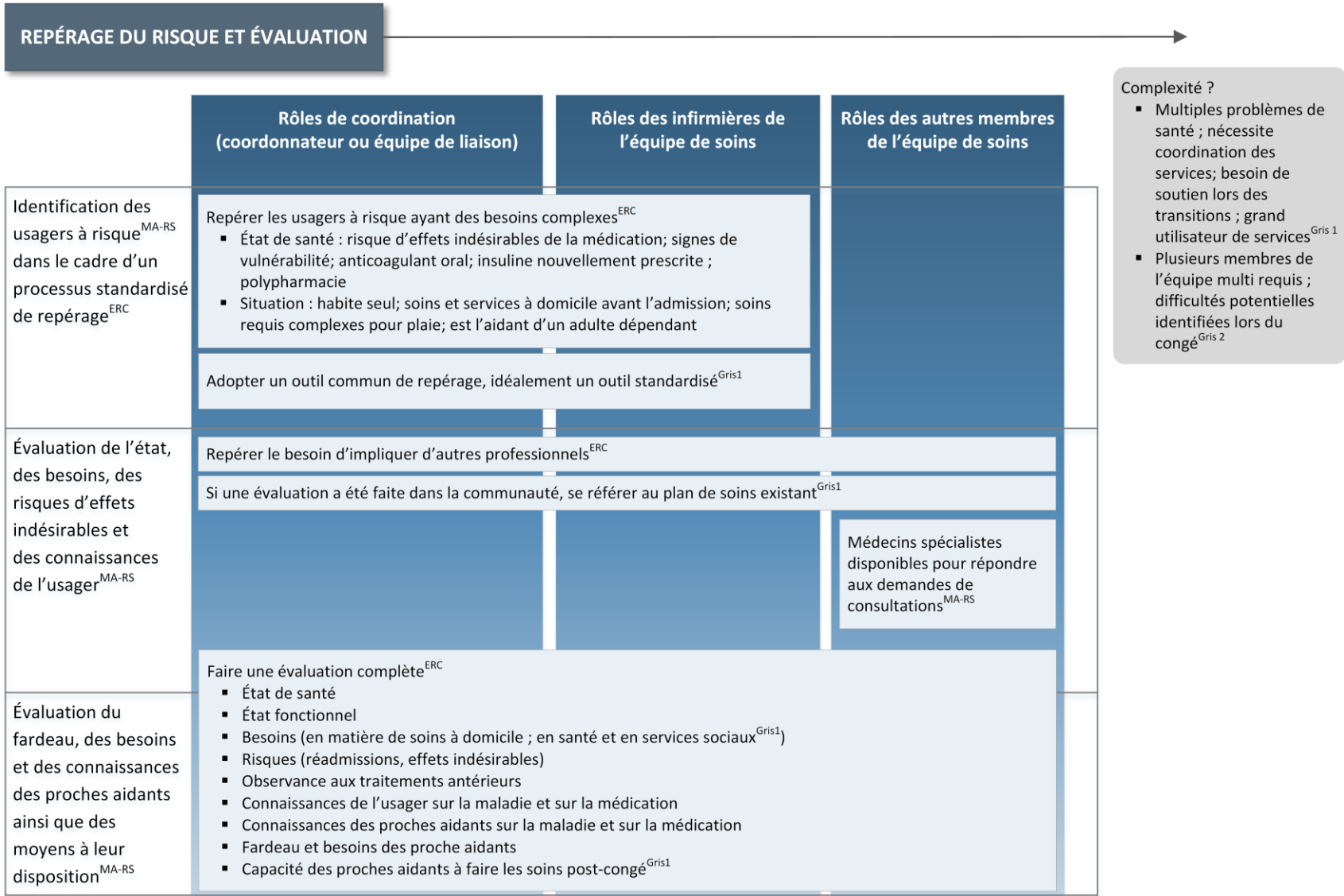
La première synthèse graphique décrit les composantes de base nécessaires pour des pratiques efficaces de liaison concernant des usagers hospitalisés ayant des besoins complexes. Elle est produite dans le cadre du mandat formulé par les demandeurs et de l'envergure prévue des travaux de recension, indiqués dans les prochains chapitres.



Légende

^{MA-RS} : connaissances provenant des méta-analyses ou des revues systématiques ; ^{GRIS} : connaissances provenant de recommandations d'experts

La seconde synthèse graphique révèle en quatre figures les pratiques les plus efficaces pour chacune des activités principales de la trajectoire de services. Sa réalisation est faite dans le cadre du mandat formulé par les demandeurs et de l'envergure prévue des travaux, indiqués dans les prochains chapitres.



Complexité ?

- Multiples problèmes de santé ; nécessite coordination des services; besoin de soutien lors des transitions ; grand utilisateur de services^{Gris 1}
- Plusieurs membres de l'équipe multi requis ; difficultés potentielles identifiées lors du congé^{Gris 2}

Légende
^{MA-RS} : connaissances provenant des méta-analyses ou des revues systématiques ; ^{ERC} : connaissances provenant des essais randomisés contrôlés
^{Gris 1} : connaissances provenant de recommandations d'experts ; ^{Gris 2} : connaissances provenant d'établissements de santé

PLANIFICATION DU CONGÉ

	Rôles de coordination (coordonnateur ou équipe de liaison)	Rôles des infirmières de l'équipe de soins	Rôles des autres membres de l'équipe de soins	Rôles de l'utilisateur et de ses proches aidants	Rôles des autres services
	<p>Rôle assumé par une infirmière^{MA-RS} ou par un travailleur social provenant de la communauté^{ERC}</p> <p>Intervenant unique en santé ou en services sociaux, selon les besoins, provenant de l'hôpital ou des services dans la communauté^{Gris1}</p> <p>S'assurer que les rôles de chacun des membres de l'équipe soient réalisés^{ERC} et s'impliquer dans toutes les décisions relatives au congé^{Gris1}</p> <p>Visiter régulièrement le patient avec l'équipe de soins^{ERC}</p>				<p>Développer chez le coordonnateur les compétences spécifiques à sa fonction^{MA-RS}</p> <p>Informé et faire des rappels aux membres de l'équipe sur le protocole de planification du congé^{Gris1}</p>
Rédaction d'un plan de congé ^{MA-RS} dont la procédure et la formule sont standardisées ^{ERC}	<p>Participer à la détermination du plan de congé^{ERC}</p> <p>Identifier la date prévue de congé et en faire part à l'utilisateur dans les 48h post-admission^{Gris1}, voire dans les 24h^{Gris2}</p> <p>Rédiger le plan de congé avec l'équipe, le patient ou ses proches aidants^{ERC}</p>			Établir ses objectifs de récupération et de retour à domicile ^{MA-RS}	
Communication avec les prestataires de soins en ambulatoire ^{MA-RS}	<p>Prendre contact avec les services ambulatoires et le MD de famille^{ERC}</p> <p>Discuter avec les intervenants dans la communauté des besoins en équipements et en soutien dès que possible, incluant les adaptations du domicile^{Gris1}</p>		Travailleur social des services ambulatoires ^{ERC} <ul style="list-style-type: none"> Participer au plan de congé Évaluer les besoins post-congé 		
Enseignement et soutien à l'autogestion dispensés à l'utilisateur et à ses proches aidants ^{MA-RS}	<p>Offrir de l'enseignement à l'utilisateur au sujet de : maladie ; autogestion des symptômes et de la médication^{ERC}</p> <p>Discuter avec la personne sur la manière dont elle gèrera son état après le congé^{Gris1}</p>			Enseignement reçu sur : maladie; médication; autogestion; entraînement des proches aidants sur la prestation des soins ^{Gris1}	Rendre disponible sur le Web un outil de soutien à l'enseignement et à l'autogestion pour MPOC ^{ERC}
Révision de la médication ou ajustement en fonction des besoins ^{MA-RS}		<p>Inf et MD - Réaliser un bilan comparatif des médicaments^{MA-RS}</p> <p>Inf et MD - Évaluer systématiquement la pertinence des médicaments, repérer les médicaments potentiellement inappropriés et procéder aux ajustements^{ERC}</p>	Pharmacien ^{ERC} <ul style="list-style-type: none"> Analyser les alertes pour des médicaments potentiellement inappropriés ciblés Pour les alertes pertinentes, développer un plan avec le MD pour réduire le médicament à risque 		Mettre en place des alertes informatisées pour des médicaments potentiellement inappropriés ciblés ^{ERC}

Plan de congé comprend^{Gris1} : Informations au sujet de l'état de la personne ; médicaments ; coordonnées après le congé ; arrangements pour poursuivre le soutien social ; arrangements pour poursuivre le soutien en santé ; informations sur d'autres services utiles dans la communauté

Légende

^{MA-RS} : connaissances provenant des méta-analyses ou des revues systématiques ; ^{ERC} : connaissances provenant des essais randomisés contrôlés
^{Gris1} : connaissances provenant de recommandations d'experts ; ^{Gris2} : connaissances provenant d'établissements de santé

TRANSITION

	Rôles de coordination (coordonnateur ou équipe de liaison)	Rôles des infirmières de l'équipe de soins	Rôles des autres membres de l'équipe de soins	Rôles des autres services
	<p>Effectuer une visite à domicile si nécessaire avec l'infirmière des services ambulatoires^{ERC}</p> <p>Responsable dédié pour la transition disponible pour un temps déterminé^{MA-RS}</p>			<p>Formation commune aux membres de l'équipe sur la transition^{MA-RS}</p>
Règles établies sur le processus et les contenus des informations partagées ^{MA-RS}	<p>Résumé du séjour sous la forme d'un rapport standardisé, assuré par les services de planification du congé^{MA-RS}</p>			<p>Rendre accessible un dossier informatisé aux membres de l'équipe en pré et en post-congé^{MA-RS}, en offrant^{ERC}</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation et soutien aux utilisateurs Soutien à la mise en place 24h/24 Soutien à l'utilisation disponible ensuite tous les jours
	<p>Résumé du séjour comprend^{ERC}</p> <ul style="list-style-type: none"> Dx au congé Médication Plan de congé Soins requis à domicile Autres informations pertinentes 			
	<p>Résumé de séjour disponible au moment de la transition, envoyé au médecin de famille et aux autres membres de l'équipe ambulatoire^{MA-RS}, un délai de 24h apparaissant acceptable pour l'envoi au MD de famille^{Gris 1}</p>			<p>Pharmacien^{ERC}</p> <ul style="list-style-type: none"> Revoir la médication dans le rapport de congé Transmettre le rapport au pharmacien communautaire et au médecin de famille
	<p>Remettre à l'usager et à ses proches aidants une copie du plan de congé incluant^{Gris 1} : feuille d'instructions avec des conseils sur quand les activités habituelles peuvent être reprises ; liste révisée des médicaments ; dates des rendez-vous de suivi ; nom et numéro de téléphone de la personne impliquée dans son plan de transition qui peut être contactée après le congé ; quand changer les pansements ; ce qui peut ou non être consommé ; équipements et fournitures nécessaires et comment se les procurer</p>			

Légende

^{MA-RS} : connaissances provenant des méta-analyses ou des revues systématiques ; ^{ERC} : connaissances provenant des essais randomisés contrôlés
^{Gris 1} : connaissances provenant de recommandations d'experts ; ^{Gris 2} : connaissances provenant d'établissements de santé

SUIVI POST-CONGÉ

	Rôles de coordination (coordonnateur ou équipe de liaison)	Rôles des infirmières de l'équipe de soins	Rôles des autres membres de l'équipe de soins	Rôles de l'utilisateur et de ses proches aidants
	Responsable dédié pour la transition disponible pour un temps déterminé ^{MA-RS, ERC} pouvant aller jusqu'à 30 jours mais généralement entre 5 et 10 jours post-congé ^{ERC}	Ajustement requis du fonctionnement de l'équipe de soins primaires en fonction des besoins observés lors de l'hospitalisation ^{MA-RS}		
	Disponibilité du responsable par cellulaire quelques jours ^{ERC}	Réviser et s'assurer que les rôles des professionnels de l'équipe soient optimisés ^{MA-RS}		
	Finaliser le suivi par un résumé à l'équipe dans la communauté et le médecin de famille ^{ERC} après une visite à domicile si requis ^{ERC}			
Offrir le suivi prévu dans le plan de congé et l'ajuster aux besoins ^{MA-RS}	Prévoir une durée de suivi en moyenne de 6 mois par une équipe multidisciplinaire vu la complexité des besoins ^{MA-RS}			
	Relève possible du coordonnateur du congé par un membre de l'équipe ambulatoire dans le cadre d'un suivi multidisciplinaire ^{ERC} , par exemple un travailleur social pour une durée de 30 jours post-congé ^{ERC}	Assurer un suivi multidisciplinaire grâce à une équipe de soutien au congé ^{ERC} <ul style="list-style-type: none"> Programme allant jusqu'à 6 semaines Inf, MD, erg, pht, aide soignant ; usager et proches aidants Discussion de cas hebdomadaire autour d'un plan d'intervention aux objectifs : observables ; et significatifs pour l'utilisateur Aide soignant : visites régulières jusqu'à 4x/jour, 7j/7 Exercices fonctionnels, autogestion de la médication, ... 		
	Premier suivi au moins dans les 8 jours post-congé, téléphonique ou sur place ^{MA-RS, ERC} , bien qu'un premier contact téléphonique dans les 24 à 48h semble avantageux			
	Assistance téléphonique disponible pour les usagers et les proches aidants ^{MA-RS}			
	Suivis téléphoniques et visites à domicile utilisés selon les besoins ^{MA-RS} , un suivi téléphonique seul étant insuffisant ^{ERC}			
	Poursuivre l'évaluation au domicile entre 1 et 5 jours post-congé ^{MA-RS} , au plus tard dans les 8 jours post-congé ^{ERC}			
	Poursuivre l'enseignement et le soutien à l'autogestion ^{MA-RS}			
	Gestion de l'accompagnement aux rendez-vous ^{MA-RS}			
	Faciliter l'accès aux cliniques ambulatoires ^{MA-RS}	Gestion des médicaments ^{MA-RS}		
	Employer un système interactif de télésoins avec alertes en cas de difficulté pour soutenir la transition chez une clientèle MPOC ^{ERC}		Nutritionniste ^{ERC} <ul style="list-style-type: none"> 3 visites à domicile sur une période de 12 semaines 1^{re} visite avec équipe de liaison Objectif : mettre en place plan nutritionnel 	

Légende

^{MA-RS} : connaissances provenant des méta-analyses ou des revues systématiques ; ^{ERC} : connaissances provenant des essais randomisés contrôlés
^{GRIS 1} : connaissances provenant de recommandations d'experts ; ^{GRIS 2} : connaissances provenant d'établissements de santé

MISE EN CONTEXTE ET MANDAT

Une préoccupation commune priorisée par les quatre CISSS membres

Les établissements membres du Consortium partagent des préoccupations et des enjeux communs associés à leurs mandats respectifs et à leurs réalités. Ils ont choisi de manière consensuelle de se pencher sur l'efficacité des pratiques de liaison pour les clientèles vulnérables à partir des critères suivants :

- Priorité pour la direction générale.
- Sujet pour lequel des connaissances sont requises.
- Fréquence et gravité importantes du problème.
- Impact significatif négatif sur la performance de l'établissement.
- Aspect spécifique aux services de proximité en région important.

Le choix d'aborder conjointement une même préoccupation permet de mutualiser les efforts de captation des meilleures pratiques dans les écrits. Cela permet également de réunir des acteurs clés qui, par leur expertise en matière de réalité régionale, pourront apprécier les pratiques recensées et émettre leurs avis sur la manière de les appliquer dans leur contexte.

Le mandat et l'envergure du produit attendu de courtage

Le tableau qui suit détaille les différents aspects du mandat sur lesquels porteront les travaux. Il décrit également les balises qui en délimitent l'envergure. Ce mandat comme ces balises expriment à la fois les besoins des décideurs, à la fois les connaissances souhaitées dans le délai imparti.

Motif qui incite à soumettre le mandat	<ul style="list-style-type: none">▪ Préoccupation d'efficacité pour les services aux personnes vulnérables ayant de multiples problématiques lors des transitions
Clientèle concernée	<ul style="list-style-type: none">▪ Personnes vulnérables ayant de multiples problématiques
Milieus visés	<ul style="list-style-type: none">▪ Liaison au sein du centre hospitalier▪ Liaison entre le centre hospitalier et les services ambulatoires
Activités ou interventions visées	<ul style="list-style-type: none">▪ Gestion de fin des soins aigus▪ Coordination inter-direction et responsabilités▪ Trajectoire de services incluant : moment pour initier la liaison ; rôles respectifs des principaux acteurs▪ Direction ou programme d'où provient la personne responsable de la liaison
Sources privilégiées	<ul style="list-style-type: none">▪ Écrits scientifiques, littérature grise et avis d'acteurs clés
Connaissances couvertes dans la recension narrative	<ul style="list-style-type: none">▪ Littérature scientifique disponible dans les bases de données spécialisées<ul style="list-style-type: none">– Méta-analyses et revues systématiques 2015-2018– Essais randomisés contrôlés 2013-2018▪ Littérature grise de 2013-2018, disponible sur GOOGLE▪ Avis des acteurs clés du Comité consultatif nommés par les établissements

L'utilité et l'intention décisionnelle ayant inspiré le mandat

Le processus privilégié décrit dans la prochaine section a pour but d'outiller les établissements sur les pratiques les plus avantageuses et les mieux applicables dans le contexte régional. La valeur ajoutée devrait pouvoir s'apprécier tant de point de vue de l'utilisateur, de ses proches aidants que du réseau.

La manière de faire devrait en outre faciliter l'appropriation des connaissances et, par conséquent, soutenir la gestion du changement. Elle encourage dès la phase initiale d'identification du besoin l'amorce d'une démarche d'amélioration continue pour répondre à l'objectif et à l'intention décisionnelle que voici.

Objectif	<ul style="list-style-type: none">▪ Accroître l'efficacité du réseau, la continuité des services offerts et la meilleure récupération possible de la clientèle
Intention décisionnelle	<ul style="list-style-type: none">▪ Optimiser les pratiques actuelles sur la base des meilleures pratiques▪ Spécifiquement pour le Consortium : établir et tester les manières de faire entre les membres

Le processus de travail pour répondre à la préoccupation

Pour répondre efficacement au mandat énoncé dans les limites du temps imparti, la manière privilégiée adoptée par les membres comporte quatre principales étapes dans un processus intégré de travail :

- Détermination du besoin et des outils requis de courtage.
- Recension narrative, résumé et synthèse des écrits scientifiques aux plus forts niveaux de preuve.
- Recension narrative, résumé et synthèse sommaire de la littérature grise.
- Avis d'acteurs clés sur l'efficacité et l'applicabilité des connaissances provenant des écrits.

Le processus est indiqué à l'Annexe 1. Il contient des précisions sur les activités réalisées ainsi que sur les questions qui reflètent le raisonnement ayant incité au choix de ces activités.

LES COMPOSANTES DE LIAISON LES PLUS EFFICACES COMME ASSISE AUX TRAVAUX

Les méta-analyses et les revues systématiques revêtent les meilleurs niveaux de preuve. Elles exposent les pratiques potentiellement les plus efficaces après avoir été soumises aux procédés de la recherche scientifique.

Bien que les demandeurs souhaitent une description appliquée des meilleures pratiques, il est apparu avantageux de couvrir ce type de publications scientifiques pour établir une assise solide. Les descriptions souhaitées viennent dans les prochains chapitres s'appuyer sur la trame de base qui ressort des méta-analyses et des revues systématiques.

La trame de base comprend, pour des usagers ayant des besoins complexes :

1. Une trajectoire intégrée de services qui prend en compte les phases pré et post-congé et qui se définit par quatre activités principales :

- a. Le repérage du risque et l'évaluation des usagers à risque.
 - b. La planification du congé.
 - c. La transition en soi de l'hôpital vers les services ambulatoires.
 - d. Un suivi établi post-congé.
2. Une coordination du congé reconnue par l'équipe.
 3. Une approche multidisciplinaire où l'utilisateur et ses proches aidants sont impliqués.

L'essentiel des publications se retrouve dans la figure versée au début du document en guise de résumé pour l'ensemble des écrits consultés. Le lecteur retrouvera une synthèse de chacune des publications à l'Annexe 2.

UNE DESCRIPTION DES MEILLEURES PRATIQUES TIRÉES D'ESSAIS RANDOMISÉS CONTRÔLÉS

Puisque les demandeurs souhaitent connaître les meilleures pratiques récentes tout en étant en mesure d'en voir l'application, le tableau suivant résume les essais randomisés contrôlés (ERC) consultés des cinq dernières années.

Le lecteur retrouvera des différences avec le résumé de la figure précédente. Elles résultent des points de vue propres qu'adoptent les différents types d'études. Les ERC cherchent à établir la valeur supérieure d'une intervention tandis que les méta-analyses ou les revues systématiques visent à faire ressortir de différentes études les tendances les plus fortes.

Le chapitre s'amorce par une figure qui regroupe les meilleures pratiques (ou interventions au sens de la recherche). Ces pratiques sont ensuite toutes décrites dans le tableau sis juste après. Elles ont été jugées « meilleures » par les courtiers de connaissances et dignes d'être rapportées dans la figure synthèse selon ces critères :

- La pratique démontre des effets supérieurs.
- Si la configuration d'une pratique semble éloignée de ce qui peut être appliqué en région dans le contexte québécois, l'ampleur des effets fait contreponds.

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
Trajectoire intégrée pré et post-congé				
<p><i>Le projet de prévention des réadmissions de l'hôpital Alice Springs : un essai randomisé contrôlé [2]</i></p> <p>Australie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes • Au moins 4 admissions en 12 mois ou 8 admissions en 24 mois • Inclut les admissions en chirurgie seulement si conséquence d'une maladie chronique (p.ex. infection du pied causée par diabète) 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble de soins de transition <ul style="list-style-type: none"> – Multidimensionnel et personnalisé – Mené par une équipe dédiée : médecin conseil, infirmière, intervenant spécialisé en coordination des soins pour les populations aborigènes, pharmacien <p><u>À l'admission</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation semi-structurée et complète basée sur les besoins (incluant les enjeux potentiels de réadmissions) • Évaluation fonctionnelle et tests (marche 6 minutes et test assis-debout) • Éducation du patient et instructions pour la médication • Plan de congé <p><u>Durant l'hospitalisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Éducation du patient sur sa condition de santé par une infirmière ou un médecin conseil, pour les patients et proches aidants • Orientation vers des professionnels de la santé (p.ex. physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, orthophoniste, travailleur social, pharmacien) • Discussion de cas entre le personnel médical et le personnel infirmier, pour développer un plan de gestion de suivi clair, incluant les objectifs post-congé • Développement d'un plan de congé écrit avec l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Non disponible pour le moment</i> • Évaluation prévue à 12 mois post-congé <ul style="list-style-type: none"> – Décès – Visites aux urgences – Jours en vie en post-congé 	<ul style="list-style-type: none"> • Alice Spring Hospital (centre de référence régional) • 186 lits pour hospitalisation • Milieu rural (50 000 h.) • 50 municipalités rurales situées entre 80 et 1000 km de l'hôpital

¹ ERC : Essais randomisés contrôlés.

² Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur. De plus, les flèches sont complétées par un qualificatif si l'effet est statistiquement « significatif » selon les auteurs, ce qui correspond à la qualification la plus probante.

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<p>médicale, le patient, le prestataire de soins primaires et les proches aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raisons de l'admission et principaux diagnostics au congé - Détails des services auxiliaires impliqués - Résumé de la médication (allergies, nouveaux médicaments, médicaments pris et arrêtés, changement de dose) - Suivi recommandé en ambulatoire - Rendez-vous de suivis • Envoi par courriel d'une copie du plan de congé au patient et à l'intervenant dédié au centre de soins primaires au moment du congé hospitalier • Coordination du suivi <ul style="list-style-type: none"> - Prise de rendez-vous pour les suivis cliniques, incluant les soins primaires - Analyse des barrières qui empêchent la présence aux rendez-vous - Confirmation du lieu et du transport vers le rendez-vous - Coordination de l'orientation vers les différentes ressources professionnelles • Révision des médicaments <ul style="list-style-type: none"> - Révision complète, bilan comparatif et éducation réalisés par pharmaciens - Vérification de la médication au congé hospitalier avec l'équipe médicale - Renseignements sur les médicaments au chevet du patient - Provision de médicaments pour 7 jours - Plan pour obtenir les médicaments par la suite <p><u>En post-congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liaison continue avec le patient, les proches aidants, les prestataires de soins primaires (incluant les arrangements pour le suivi, pour les délais des résumés de congé complets) • Communication avec le prestataire de soins primaires <ul style="list-style-type: none"> - Copie du plan de congé envoyé par courriel aux prestataires 		

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<p>de soins primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appel téléphonique au prestataire pour discuter du plan • Suivi téléphonique – 48/72h post congé <ul style="list-style-type: none"> - Appel au patient pour insister sur le plan de congé, revoir la médication, s'assurer du suivi par le prestataire de soins primaires, apporter du soutien • Révision des services en soins primaires dans les 7 jours post congé <ul style="list-style-type: none"> - Révision réalisée par l'équipe d'intervention - Revue du plan de congé - Compléter la préparation en ambulatoire - Renouveler les ordonnances - Provision de médicaments • Support au patient si consultations en ambulatoire ou pour favoriser la participation aux services ambulatoires ou pour consolider sa compréhension de la gestion du plan et confirmer/ajuster ses attentes <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services associés au plan de congé, assurés par l'hôpital • Éducation du patient sur sa condition • Orientation vers des professionnels de la santé 		
<p><i>Essai randomisé contrôlé d'une gestion des sans-abris à l'hôpital, menée par un médecin généraliste [3]</i></p> <p>Royaume-Uni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes • Sans-abris : pas de place où demeurer suite au congé de l'hôpital, incluant demeurer chez un ami ou dans une auberge ; ou qui est devenu 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôles infirmière et MD généraliste <ul style="list-style-type: none"> - Infirmière temps plein - MD généraliste : 4 demi-journées/ semaine - Développement du service par MD généraliste et infirmière dédiés, avec honoraires contractuels de l'hôpital - Visite du service 1x/ jour par MD généraliste ou l'infirmière avec autres professionnels invités - Scanne les admissions pour trouver des patients sans-abris (jusqu'à établissement du service) 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Qualité de vie ↘ Proportion de patients qui retournent dans la rue → DMS → Utilisation services hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Royal London Hospital et Royal County Hospital • Les résultats doivent être interprétés avec prudence vu certaines faiblesses : recrutement

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
	sans-abri pendant le séjour hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière <ul style="list-style-type: none"> – Évaluation qui fait état des problèmes du patient – Rapport : information sur conditions médicales, historique de santé mentale, problèmes de drogues/ alcool, économies et revenus, historique de 5 ans en matière de logement, besoins de santé – Accès au fonds de charité de l'hôpital pour achats pour patients (p.ex. vêtements, souliers, billets d'autobus) • Visite régulière de l'infirmière de rue <ul style="list-style-type: none"> – Fournit support – Établit des liens avec travailleurs clés dans la communauté • Approche d'équipe multi-organismes <ul style="list-style-type: none"> – Équipe formée de : responsables de logements sociaux, TS, intervenants en drogues et alcool, psychiatre de liaison, travailleurs de rue, employés clés d'auberges, employés du service et du service de sans-abri – Aide avec la gestion du service d'intervention – Élaboration d'un plan de soin spécial pour les congés hospitaliers problématiques – Soutien la coordination des soins – Aide au plan de congé orienté sur le patient et la communauté – Rencontre hebdomadaire • Médecin généraliste <ul style="list-style-type: none"> – Visite 3x/semaine – Revue des objectifs, plan de santé – Explication des constats médicaux – Planification du plan de congé avec le patient – Fournit conseils légaux et médicaux en collaboration possible avec autres professionnels du service de santé, logements sociaux, travailleurs sociaux (p.ex. prouver la vulnérabilité d'un patient au responsable des logements sociaux, résumer au TS la combinaison de différents problèmes qui résulte en 	→ Réadmissions dans la première année	<p>faible, difficulté à maintenir le contact à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu applicable en région vu l'important volume de clientèle dans cette métropole

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<p>besoins de soins de santé)</p> <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visite unique par l’infirmière de rue • Remise d’une brochure d’informations sur les services locaux. <p><i>Détails de l’intervention dans la référence [4]</i></p>		
<p><i>Évaluation économique potentielle d’un outil de communication électronique pour le congé hospitalier : une analyse d’un essai randomisé contrôlé [5]</i></p> <p>Alberta, Canada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes • Patients admis à l’unité médicale d’enseignement • Présence de comorbidités et profil médical complexe 	<p>Mise en place de l’outil de communication au congé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement par le service de santé de l’Alberta en collaboration avec une équipe multidisciplinaire de l’Université de Calgary, avec consultation auprès d’un groupe d’intervenants cliniques, d’usagers et de proches aidants • Formation des MD <ul style="list-style-type: none"> – Formation donnée par des spécialistes de l’information dans le secteur de la santé – Soutien à la mise en place disponible 24h/24 – Documentation écrite d’introduction et guide vidéo pour les utilisateurs – Présentation officielle aux équipes de MD – Soutien à l’utilisation, disponible tous les jours • Production d’un résumé structuré et complet du congé <ul style="list-style-type: none"> – Raison de l’admission – Détails sur le séjour en hôpital et traitements reçus – Soins de suivi requis • Téléchargement instantané des résumés de congé dans le système d’échange d’information de santé provincial <ul style="list-style-type: none"> – <i>Netcare</i> : répertoire accessible à tous les prestataires communautaires qui pourraient potentiellement être impliqués dans les soins post-congé • Transmission d’une copie papier au patient au moment du congé, incluant des commentaires pour les prestataires communautaires 	<p>→ Résultats cliniques</p> <p>↘ Coûts immédiats associés à la production des rapports de congé au moment du congé : 13.33\$C comparé à 22.28\$C</p> <p>→ Coûts (comparé aux soins habituels)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre tertiaire • Outil présentement utilisé au Canada, en développement à l’international • Les auteurs observent : valeur ajoutée de l’outil grâce aux retombées immédiates (satisfaction des patients et professionnels, qualité de la planification) ; coûts « contexte-spécifiques » influencés par nombre de patients, infrastructures

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<i>Détails de l'intervention à la référence [6]</i>		existantes et outil en soi.
Coordination du congé				
<p><i>La coordination du congé prévient l'hospitalisation des patients avec une maladie pulmonaire obstructive chronique : un essai randomisé contrôlé [7]</i></p> <p>Slovénie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MPOC • Patients admis à l'hôpital pour une exacerbation des symptômes • Âge moyen 72 ans • Diminution de la fonction pulmonaire de 2 à 4 (Classification <i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)</i>) 	<p>Intervention</p> <p>Gestion par un coordonnateur du congé hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Durant l'hospitalisation, le coordonnateur</u> <ul style="list-style-type: none"> – Évalue la situation du patient et ses besoins au domicile – S'assure que l'intervention à l'hôpital soit ajustée en fonction de l'évaluation – Effectue des visites selon les problèmes du patient et ses besoins – Discute avec le MD traitant et l'infirmière – S'assure de l'éducation du patient au sujet de la MPOC et des soins auto-administrés (connaissances et techniques) pour qu'il soit apte à gérer sa maladie – Implique les proches aidants dans l'éducation et dans la gestion de la maladie – Discute du plan de congé avec le patient pour stimuler sa participation et celle de ses proches aidants – Évalue les besoins en matière de soins à domicile – Prend contact avec : soins communautaires, infirmière de soins à domicile, MD généraliste, travailleur social, physiothérapeute et autres prestataires de soins au besoin – Assure une continuité et une coordination de soins à travers les différents niveaux de soins de santé • <u>En post-congé, le coordonnateur</u> <ul style="list-style-type: none"> – Appelle le patient 48h après le congé pour vérifier son adaptation à son environnement et s'enquérir de besoins additionnels qui devraient être comblés avant la visite prochaine au domicile – Fournit avec l'équipe de soins primaires les services requis 	<ul style="list-style-type: none"> → Qualité de vie reliée à la santé → Mortalité pour toutes autres causes ↘ Significative des hospitalisations à 6 mois post-congé, associées à la MPOC ou pour toutes autres causes 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre tertiaire (population 700 000 h.) • Les auteurs remarquent : diminution des hospitalisations pour toutes causes influencée par la diminution des hospitalisations associées à la MPOC

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<p>jusqu'à l'atteinte des buts</p> <ul style="list-style-type: none"> – Réalise une évaluation finale lors d'une visite à domicile entre 7 et 10 jours post-congé <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éducation du patient, informations verbales et écrites sur la maladie • Utilisation supervisée d'un inhalateur • Inhalothérapie, au besoin • Discussion entre l'équipe médicale et le patient et aidants <p><i>Détails de l'intervention à la référence [8]</i></p>		
<p><i>Une intervention pilote de congé hospitalier améliore la satisfaction des patients et des professionnels [9]</i></p> <p>Suisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées : âge moyen ≈ 75 ans • Patients de la communauté • Risque élevé d'effets indésirables de la médication • Signes de vulnérabilité • Présentent au moins un de ces critères <ul style="list-style-type: none"> – Anticoagulant oral – Insuline nouvellement prescrite – Polypharma- 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière gestionnaire de cas (IGC) <ul style="list-style-type: none"> – Maîtrise en sciences infirmières – Deux infirmières expérimentées, présentes du lundi au vendredi – Formée sur le terrain – Supervisée par le leader du projet : MD interne en gériatrie – Réalise une évaluation complète et structurée de <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravité des symptômes ▪ Observance antérieure de thérapies prescrites ▪ Soins dispensés par les proches aidants ▪ Statut fonctionnel basé sur l'index Barthel ▪ Évaluation de la cognition basée sur une adaptation allemande du mini-examen d'état mental et du dessin de l'horloge ▪ Comorbidité appréciée avec l'index <i>Charlson Comorbidity</i> – Échanges avec l'équipe du service au sujet du plan de congé – Participe aux tournées auprès des patients avec l'équipe – Communique avec le MD traitant par téléphone, selon les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> → Décès → Effets indésirables à la médication ↗ Significative satisfaction (échelle de Likert) chez les patients à 5 jours post-congé ↗ Significative satisfaction chez les proches aidants à 30 jours post-congé → Qualité de vie associée à la santé ↘ Possible de la charge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital universitaire • Les auteurs soulignent que : la signification statistique des résultats n'était pas attendue vu le petit échantillon ; l'↗ des réadmissions peut être influencée par les réadmissions planifiées (p.ex. chimiothérapie).

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
	<p>cie ou nouveau diagnostic qui requiert 4 médicaments ou plus à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se retrouvent dans au moins une de ces situations <ul style="list-style-type: none"> – Habite seul – Reçoit soins infirmiers à domicile avant l'admission – Requier des soins pour une plaie complexe – Est l'aidant familial d'un adulte dépendant 	<ul style="list-style-type: none"> – Effectue une visite à domicile précoce, seulement si jugée nécessaire, quelques fois accompagnée de l'infirmière communautaire • Planification du congé <ul style="list-style-type: none"> – Plan de congé réalisé par l'IGC en collaboration avec l'équipe de MD – Éléments standardisés suivants mis en place par l'IGC <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducation sur les stratégies d'autogestion et d'observance de la médication ▪ Planification des rendez-vous de suivi avec le MD traitant et autres services au besoin ▪ Préparation d'un fax de congé standardisé incluant : diagnostic de congé ; médication ; plan de suivi ; soins à domicile ; supplément d'informations pertinentes au besoin ▪ Envoie du fax la journée du congé par l'IGC au MD traitant et à l'organisation communautaire, plus spécifiquement aux infirmières qui assurent les visites • Suivi post-congé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contact téléphonique avec le patient dans les 24h post-congé, pour évaluer l'autogestion, rappeler les stratégies et pour faire le suivi des rendez-vous ▪ Disponibilité sur pagette 24h/7 jours ▪ Durée du suivi de 5 jours post-congé ▪ Finaliser le suivi par une visite à domicile et par une lettre envoyée au MD traitant ▪ Utilisation d'un logiciel propre à la gestion de cas (<i>e-case</i>), adapté au projet de recherche pour la collecte de données et pour la correspondance <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun contact avec l'IGC • Résumé du congé hospitalier par MD traitant 	<p>des aidants, après 30 jours post-congé</p> <ul style="list-style-type: none"> → DMS → Réadmissions → Consultations en urgence ↗ Significative réadmissions entre 6 et 30 jours post-congé ↘ Significative des informations ou des prescriptions manquantes dans le plan de congé 	

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
Approche multidisciplinaire				
Gestion multidisciplinaire de la planification du congé				
<i>Identification et gestion par une équipe interprofessionnel le des personnes âgées vulnérables [10]</i> États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> – Âge moyen ≈ 81 ans Admission par l'urgence ou directement par un MD Répond à au moins 1 critère dans l'Outil d'identification du risque «Spices» <ul style="list-style-type: none"> – Intégrité de la peau – Problèmes alimentaires – Incontinence – Confusion – Histoire de chute – Trouble du sommeil 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Notification par courriel des nouvelles admissions jugées à risque <ul style="list-style-type: none"> – Envoyée aux membres de l'équipe de soins sur l'unité où le patient est admis – Sur réception, réalisation d'une évaluation complète gériatrique standardisée dans un délai de 24h Dossier médical électronique personnalisé <ul style="list-style-type: none"> – Format standardisé – Rassemble toutes les informations de chaque professionnel traitant – Permet l'ajout d'informations additionnelles et de recommandations de l'équipe interprofessionnelle de l'unité de soins Évaluation complète gériatrique (ECG) <ul style="list-style-type: none"> – Combinée à des évaluations supplémentaires pour optimiser l'identification des facteurs de risque communs chez les personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infirmière : informations sur les fonctions cognitives, l'identification de délirium ou le risque de délirium, l'autonomie ; liste de vérification de repérage pour déterminer les besoins de soins spécialisés (p.ex. physiothérapie, ergothérapie, nutritionniste) ▪ Pharmacien : formation sur la liste de médicaments contre-indiqués et à utiliser avec prudence chez les personnes âgées (<i>Beers</i>) ; identifie les médicaments déjà utilisés et non-appropriés chez les personnes âgées ▪ Travailleur social : développe une liste de facteurs sociaux et environnementaux ; évalue le soutien du patient, les 	<ul style="list-style-type: none"> Significative de la fréquence des complications au cours des 6 mois du programme Significative des transferts aux soins intensifs au cours des 6 mois du programme DMS : une journée Réadmissions à 30 jours <ul style="list-style-type: none"> – Pour toutes causes confondues – Pour les patients ayant été orientés vers des lits de soins subaigus au congé des soins aigus 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital universitaire 886 lits Approche combinant repérage des usagers vulnérables et collaboration interdisciplinaire jugée avantageuse par les auteurs

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<p>trajectoires sociales et fonctionnelles, l'adaptation des aidants, les hospitalisations récentes, les éléments de planification préalable des soins et les besoins potentiels de soins palliatifs/ fin de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussion des résultats des évaluations supplémentaires au sein de l'équipe, avec MD conseil comme médiateur <ul style="list-style-type: none"> ▪ À jour 2 de l'admission ▪ Formulation de recommandations • Mise en place des recommandations <ul style="list-style-type: none"> - Application assurée par chaque professionnel (p.ex. assurer que tous les pharmaciens de l'équipe soient au courant d'un ajustement des doses prescrites) - Communication des recommandations qui nécessitent une prescription au MD traitant - Transfert de l'information souvent assuré par l'équipe de travailleurs sociaux (p.ex. les bénéfices potentiels des soins palliatifs sont transmis au MD traitant, famille, patient) <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun processus de travail basé sur une ECG • Registre des patients jugés à risque tenu par une infirmière (sans action supplémentaire) 		
Rôle du gériatre en pré et post-congé				
<i>Rentabilité d'une intervention médicale spécialisée en gériatrie chez les personnes âgées vulnérables ayant obtenu leur congé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients de 70 ans et plus • À risque de problèmes de santé dans le futur : défini par un score d'au moins 2/6 à 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • MD spécialisé en gériatrie • Rôles <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation pré-congé - Fournit et coordonne la prestation de soins immédiats additionnels ou un suivi en ambulatoire, si jugé nécessaire, par exemple <ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision du diagnostic et des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> → Résultats cliniques → Qualité de vie ↘ Coût associé à l'hospitalisation ↗ Significative du coût pour les 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 hôpitaux de Nottingham (population 675 000 et 1,1 M) • Unité contient 12 gériatres (résidents ou

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<i>d'une unité médicale aigüe : une évaluation économique par un essai randomisé contrôlé à deux centres (AMIGOS) [11]</i> Royaume-Uni	l'ISAR (<i>Identification of Seniors At Risk</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Ayant obtenu leur congé de l'unité médicale aigüe dans les 72h suivant l'arrivée à l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation supplémentaire à domicile ou en clinique ambulatoire ▪ Recommandation d'une admission en soins subaigus plutôt qu'un congé ▪ Liaison avec les soins primaires, intermédiaires et avec les services spécialisés locaux – Rapport d'intervention <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation initiale, lieu, durée ▪ Délai prévu entre l'évaluation initiale et la prochaine visite ▪ Nombre et durée des suivis, par visites à domicile ou appels téléphoniques ▪ Nombre de visites en ambulatoires prévus ▪ Autres commentaires ou interventions pertinentes Soins standards (pour groupes témoin et d'intervention) <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation et traitement par <ul style="list-style-type: none"> – MD consultant et équipe médicale sur place – Équipe multidisciplinaire formée de physiothérapeute, ergothérapeute et infirmière, au besoin • Suivi des soins par MD généraliste <i>Détails de l'intervention à la référence [12]</i>	usagers admis et ayant reçu leur congé le même jour <ul style="list-style-type: none"> ↗ Coût pour les soins ambulatoires ↗ Rentabilité de l'intervention en soins ambulatoires ↗ Coûts totaux de l'intervention à 3 mois post-congé 	qualifiés) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention jugée non rentable par les auteurs, l'intervention standard apparaissant économiquement préférable • Les auteurs estiment que l'intervention pourrait toutefois être préservée pour des usagers à haut risque (ISAR≥4).
Rôle du pharmacien en pré et post-congé				
<i>Transfert de soins : un essai randomisé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes : âge moyen 66 ans • Utilisation 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de congé vérifié par le pharmacien de l'hôpital • Envoi électronique du rapport au médecin de famille 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Significative du nombre total de différences³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Royal Sussex County Hospital • Hôpital

³ « Nombre de différences » entre : la liste de médicaments présente dans le rapport de congé et ce qui apparaît dans le dossier du MD généraliste (nom du médicament, dose, fréquence, voie d'administration).

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<i>contrôlé qui évalue les effets de la transmission des détails de la médication au pharmacien communautaire lors du congé hospitalier [13]</i> Royaume-Uni	régulière d'au moins 4 médicaments avant l'admission <ul style="list-style-type: none"> Renouvellement des ordonnances auprès du même pharmacien communautaire Changement dans la médication durant le séjour hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> Envoi du rapport au pharmacien communautaire Soins standards <ul style="list-style-type: none"> Envoi électronique du rapport de congé au médecin de famille 	retrouvées dans l'ensemble des prescriptions des participants <ul style="list-style-type: none"> Significative du nombre de participants avec au moins une différence au niveau des prescriptions entre l'avis de congé et <ul style="list-style-type: none"> Le dossier médical du MD généraliste La description en soi du régime médicamenteux Nombre total de différences majeures qui causent un effet indésirable 	universitaire de 785 lits <ul style="list-style-type: none"> Les auteurs estiment que l'intervention est efficace et nécessite peu d'investissement
<i>Réduction de l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les</i>	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées hospitalisées <ul style="list-style-type: none"> Âge moyen 81 ans Au moins une condition 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Système d'alerte informatisée <ul style="list-style-type: none"> Alertes vues par les pharmaciens Alertes générées durant l'hospitalisation Pour certains médicaments ciblés Pour les modifications de médicaments effectuées dans une 	<ul style="list-style-type: none"> Significative arrêt ou du changement de dosage du MPI à 48h post-alerte et au congé 	<ul style="list-style-type: none"> CHUS (677 lits) Absence d'évaluation des résultats cliniques et des effets

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<i>personnes âgées hospitalisées : un essai randomisé contrôlé pragmatique [14]</i> Québec, Canada	gériatrique associée à un médicament pouvant induire ou aggraver la condition (p.ex. délirium aigu, histoire de chutes, hypoglycémie)	fenêtre de 48h (à l'exception du critère délirium aigu) – Seulement les jours de la semaine • Rôles du pharmacien – Analyse les alertes, basée sur son expérience clinique – Évaluation de la pertinence clinique de chacune des alertes – Pour les alertes pertinentes, développement d'un plan gériatrique pharmaco-thérapeutique qui sera discuté avec le MD traitant pour réduire l'utilisation du MPI. Soins standards • Aucune analyse des alertes par le pharmacien	↘ Différence pour l'arrêt ou la réduction du dosage entre les deux groupes de 48h au congé ↘ Réadmissions 30 jours post-congé ↘ Taux de décès à l'hôpital	indésirables
<i>Réduire les erreurs de médication dans les résumés de congé hospitalier : un essai randomisé contrôlé [15]</i> Australie	• Âge moyen 74 ans • Patients admis à l'unité générale de médecine • Patients ayant obtenu leur congé pendant les heures de travail du pharmacien (8h-17h, 7 jours/7)	Intervention • Résumé du congé hospitalier avec un plan de gestion des médicaments réalisé par un pharmacien • Type d'erreurs relevées : omission d'un ou plusieurs médicaments, erreur de la dose, erreur de la fréquence, mauvais médicaments ou médicaments non-nécessaires, erreur de la voie d'administration Soins standards • Résumé de congé standard rempli par le médecin traitant	↘ Erreurs de médicaments ↘ Erreurs de médicaments de niveaux extrêmes (association possible avec morbidité et mortalité)	• The Alfred Hospital, hôpital métropolitain • Les auteurs soulignent que : intervention implantée dans la majorité des unités ; pour être optimale, les pharmaciens doivent être intégrés dans l'équipe de l'unité.
<i>Impacts de l'engagement du pharmacien dans les soins de transition chez les patients à risque</i>	• Patients ayant obtenu leur congé hospitalier vers le domicile • Âge moyen : 56 ans	Intervention <u>Admission</u> • Bilan comparatif en personne par un pharmacien ou un étudiant en pharmacie <u>Pré-congé</u>	→ Effets indésirables ou erreurs de médicaments à 30 jours	• Centre tertiaire de 894 lits • Les auteurs précisent que ce rôle n'est pas tenu

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p><i>par un bilan comparatif des médicaments, une éducation sur les médicaments et des rappels post-congé [16]</i> États-Unis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avec plus de 3 prescriptions au congé OU avec au moins 1 médicament à risque élevé au congé (p.ex. anticoagulant, antiplaquettaire, agent hypoglycémique, immunosuppresseur, anti-infectieux) Doit participer à au moins 1 appel post-congé OU s'est rendu à l'urgence dans les 30 jours post-congé OU est réadmis dans les 30 jours post-congé 	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un plan de soins pharmaceutiques spécifique au patient par le pharmacien, discuté avec le MD Traitement des écarts et erreurs de médication pour donner les bonnes instructions au patient <p><u>Congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Conseil donné au patient au sujet des médicaments, par le pharmacien ou étudiant <p><u>Post-congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Appels téléphoniques par le pharmacien <ul style="list-style-type: none"> Aux jours 3, 14 et 30 Évaluation de la présence d'effets secondaires et erreurs de médicaments Questions au sujet des effets secondaires, de nouveaux symptômes, et tout changement au niveau de la thérapie Éducation au patient Confirmation de la médication par le patient, incluant les médicaments, les indications, les doses, les voies d'administration et la fréquence Clarifier le plan de congé fournit par le pharmacien, résoudre des questions ou des problèmes associés aux médicaments, identifier et surmonter des barrières à l'adhésion, assistance pour l'obtention des médicaments <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins usuels par un pharmacien clinique, incluant : <ul style="list-style-type: none"> Bilan comparatif par le MD traitant Conseils médicaux et physiques par le MD ou infirmier lors du congé. 	<ul style="list-style-type: none"> Significative de la combinaison réadmission + visites à l'urgence à 30 jours post-congé Significative des visites à l'urgence à 30 jours Nombre total de prescriptions pour le groupe témoin > groupe intervention à 30 jours 	<p>nécessairement par le pharmacien et peut varier entre les différentes institutions</p>
<p><i>La diminution des médicaments potentiellement inappropriés</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> 75 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> Âge médian 85 ans 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Équipe de consultation interne en gériatrie (ÉCIG) : infirmières, gériatres, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, psychologues. 	<ul style="list-style-type: none"> Significative du nombre de MPI au congé en faveur de 	<ul style="list-style-type: none"> Cliniques universitaires Saint-Luc 975 lits

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p>(MPI) utilisant le critère STOPP chez les patients âgés et vulnérables : un essai randomisé contrôlé [17]</p> <p>Belgique</p>	<ul style="list-style-type: none"> Risque de vulnérabilité évalué par un score $\geq 2/6$ à l'ISAR (<i>Identification of Seniors At Risk</i>) <ul style="list-style-type: none"> Besoin d'aide avec les activités quotidiennes, Augmentation des besoins associés à la maladie Problèmes de mémoire Vision significativement altérée Hospitalisation dans les 6 derniers mois Utilisation quotidienne de 3 médicaments ou plus 	<p><u>Rôles de l'ÉCIG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Effectuer une évaluation gériatrique complète aux patients présentant un score $\geq 2/6$ à l'ISAR (sur demande d'un MD non-gériatre) Supervisé par un gériatre Gestion du patient: processus établi incluant tournées multidisciplinaires Évaluation initiale par une infirmière, oriente le patient vers autres professionnels de l'équipe selon besoin Recension systématique de tous les médicaments du patient <ul style="list-style-type: none"> À l'admission, par le gériatre Utilisant le critère 64 STOPP pour MPI Recommandations orales et écrites pour le MD de service durant le séjour concernant la cessation de MPI Repérage de syndromes gériatriques (incluant chutes (2 ou plus dans les derniers 6 mois), polypharmacie (5 ou + médicaments quotidiens), trouble cognitif (p.ex. démence et MMSE < 24/30), malnutrition (indice de masse corporelle < 21kg/m² ou circonférence du bras < 23 cm), demeure seul et dépendance fonctionnelle dans les activités quotidiennes (score Katz $\geq 9/24$)) Recommandations transmises oralement à l'équipe et inscrites au dossier médical informatisé Rapport de l'ÉCIG envoyé au MD généraliste lors du congé <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins usuels par l'équipe de consultation interne en gériatrie. Révision de la médication par le gériatre avec approche implicite (sans outil explicite) 	<p>l'intervention</p> <p>→ Proportion de patients ayant un ou des MPI au congé</p> <p>↘ Benzodiazépines</p> <p>↗ Significative proportion de patients qui présente au moins une amélioration dans leur traitement médicamenteux</p> <p>• À 1 an post-congé, majorité des MPI cessé non repris</p>	<ul style="list-style-type: none"> Selon les auteurs : partage de connaissances en pharmacogériatrie dans une unité non-gériatrique est utile ; manque d'efficacité de l'intervention réside dans le rôle consultatif de l'ÉCIG
Suivi post-congé				
Équipe de	• Personnes âgées	Intervention	↗ État fonctionnel	• Hôpital tertiaire

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p>soutien au congé</p> <p><i>Des équipes de soutien au congé hospitalier pour les personnes âgées en soins intensifs : un essai randomisé contrôlé [18]</i></p> <p>Nouvelle-Zélande</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen ≈ 79 ans • Ne nécessite pas de traitements aigus et continus à l'hôpital • Potentiel de récupération partielle ou complète en 6 semaines • Capable de se tenir debout et de faire un transfert avec 1 personne ou sans aide • Maladie ou blessure aiguë récente • Limitation du niveau fonctionnel • À risque de : ne pas se rétablir à son plein potentiel ; ne pas pouvoir demeurer à domicile malgré le support communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe <ul style="list-style-type: none"> - Aide-soignante qualifiée (niveau 3, <i>New Zealand Qualifications Authority</i>) - Infirmière autorisée en pratique avancée - Physiothérapeute et ergothérapeute - Consultant en gériatrie responsable de la discussion de cas - Médecin généraliste responsable des soins cliniques directs • Collaboration étroite entre l'équipe, le MD généraliste, infirmière praticienne, équipe spécialiste et les services hospitaliers. • Visites par les aides-soignantes <ul style="list-style-type: none"> - Jusqu'à 4x/jour - 7 jours/semaine - Programme de réduction progressive du soutien • Discussion de cas hebdomadaire • Utilisation des principes de réadaptation fonctionnelle pour maximiser le rétablissement • Exercices fonctionnels associés aux activités de la vie quotidienne (p.ex. augmentation progressive de la distance marchée ; se lever d'une chaise et d'un lit ; transporter des sacs d'épicerie ; ranger dans les armoires) • Poursuite des visites par l'équipe jusqu'à l'atteinte de l'indépendance du patient ; ou jusqu'à un état stable qui nécessite une infirmière communautaire et un soutien à domicile • Durée de 6 semaines sauf si l'équipe décide d'allonger pour maximiser le rétablissement • Basé sur des objectifs atteignables et significatifs, reportés dans un plan de soins <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congé hospitalier vers le domicile • Services communautaires si nécessaire 	<p>observable surtout dans : bain, habillage du bas du corps et utilisation des toilettes</p> <p>↘ Significative DMS: 15,7 jours comparé à 21,6 jours</p> <p>↘ Significative DMS pour les réadmissions dans les 6 mois: 7,1 jours comparé à 12,5 jours</p> <p>↘ Coûts (occupation jours-lits)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • de 600 lits • Les auteurs estiment que l'intervention peut apporter une contribution rentable.

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p>Suivi téléphonique</p> <p><i>Est-ce que le suivi téléphonique post-congé améliore la transition de soins? Un essai randomisé en grappes [19]</i></p> <p>Ontario, Canada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adultes <ul style="list-style-type: none"> Âge moyen 64 ans Patients du service de médecine interne 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Procédure établie lors du congé Envoi électronique au patient d'une copie du résumé de congé et d'instructions spécifiques Vérification des instructions du plan de congé par le prestataire et par le patient et/ ou l'aidant Appels téléphoniques post-congé <ul style="list-style-type: none"> Par une infirmière praticienne (au début de l'intervention pilote) puis par un membre de l'équipe (p.ex. intervenant pivot) Par l'intervenant pivot : dans les 3 jours suivant le congé Objectifs : Assurer continuité et une meilleure connaissance des patients Tentatives effectuées (au moins 5) à différentes heures du jour et différentes journées de la semaine Message vocal laissé, si non-réponse Utilisation d'un script téléphonique standardisé (p.ex. statut post-congé, compréhension des instructions, renforcement des instructions) Avertissement de l'équipe de soins cliniques si un nouveau problème de santé apparaît Méthode « teach back » pour éduquer le patient sur les instructions, la médication et les recommandations de suivi <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de suivi téléphonique post-congé 	<ul style="list-style-type: none"> → Adhésion au plan de traitement ↗ Faible au CTM-3 (qualité des soins de transitions associée aux services rendus par l'hôpital) → Réadmissions → Visites à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Mount Sinai Hospital 446 lits Utilisation d'une seule composante du support au congé associée à : faible effet sur la qualité des soins de transition ; aucun effet sur l'utilisation des services hospitaliers Intensification des composantes ou utilisation d'une combinaison de composantes nécessaire pour observer des effets supérieurs
<p>Suivi téléphonique et visites à domicile</p> <p><i>Un essai</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> Âge moyen 76 ans Comorbidités ou maladies chroniques 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 groupes d'intervention <ul style="list-style-type: none"> Appels téléphoniques Visites à domicile Coordination par infirmière gestionnaire de cas (IGC) Intervention hebdomadaire pendant 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Significative auto-efficacité des patients pour les deux groupes intervention ↗ Qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Centre hospitalier régional de Hong Kong 1700 lits Les auteurs

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p><i>randomisé contrôlé d'un programme de gestion de cas mené par une infirmière chez les personnes âgées avec comorbidités ayant obtenu leur congé [20]</i></p> <p>Chine</p>	<ul style="list-style-type: none"> Admis pour : maladie respiratoire chronique ou cardiaque, diabète de type 2, maladie rénale MMSE < 20 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des barrières par l'IGC Développement d'objectifs pour s'assurer que les patients sont capables d'effectuer des activités liées au maintien de la santé (p.ex. nutrition, surveillance des symptômes, respect de la médication) <p><u>Pré-congé pour les 2 groupes d'intervention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation complète par l'IGC À l'aide du système <i>Omaha</i> <p><u>Groupe – visite à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1^{re} visite <ul style="list-style-type: none"> Par IGC, accompagnée d'étudiants 72h suivant le congé 2^e semaine <ul style="list-style-type: none"> Visite à domicile par les étudiants (instructions données au préalable par IGC sur des particularités quant au suivi) Appel téléphonique par l'IGC, pour évaluer les interventions et les conseils donnés durant la visite à domicile 3^e semaine <ul style="list-style-type: none"> Visite à domicile par les étudiants Pour confirmer l'aptitude des patients à gérer leurs besoins et santé suite au congé 4^e semaine <ul style="list-style-type: none"> Appel téléphonique finale par l'IGC Pour s'assurer du respect du suivi par les patients, pour motiver et soutenir Conclusion <p><u>Groupe – appel téléphonique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1^e appel <ul style="list-style-type: none"> Par l'IGC Basé sur les besoins identifiés par le système <i>Omaha</i>, en pré-congé 2^e et 3^e semaines <ul style="list-style-type: none"> Appels effectués par les étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> Significative réadmissions dans les 84 jours post-congé pour les deux groupes intervention Pour l'intervention <i>Appel téléphonique</i>, ↗ significative des fonctions physiques dans le temps (comparé à l'intervention <i>visite à domicile</i>) 	<p>estiment que les interventions menées par une infirmière en pratiques avancées plutôt que par une infirmière de soins généraux, axées sur une éducation individuelle avec une approche cognitivo-comportementale, produisent des résultats cliniques positifs.</p>

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> - Échange sur les objectifs développés par l'IGC et les patients - Si problèmes, les étudiants font appel à l'IGC pour assistance • Appel final <ul style="list-style-type: none"> - Par l'IGC - Pour motiver, soutenir le patient dans son autogestion <p><u>Infirmières en gestion de cas (n=2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmières en pratiques avancées • Plus de 15 ans d'expérience en soins infirmiers (<i>Medical nursing</i>) et de planification du congé • Formation de 12h sur : la transition de soins ; système <i>Omaha</i> ; visites à domicile ; service infirmier téléphonique ; responsabilisation du patient et gestion des maladies chroniques chez les personnes âgées <p><u>Étudiants séniors en soins infirmiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement selon leurs compétences • Assiste l'IGC • Formation de 6h : soins de transitions ; communication avec les personnes âgées ; éducation ; gestion des maladies chroniques <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appels téléphoniques par les assistants de recherche • 2x dans les 4 semaines post • Échanges sur sujets généraux : température, programmes télé, loisirs, sans contenu relatif à l'autogestion. • Durée environ 5 minutes • Orientation du patients vers des professionnels de santé, si des questions en relation avec leur santé sont posées 		
<i>Évaluation économique des bénéfices différentiels des visites à domicile</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients avec maladie chronique ayant obtenu son congé 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-congé <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation pré-congé réalisée par une infirmière gestionnaire de cas (IGC) - Coordination facilitée par l'IGC 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Significative des réadmissions ↘ Significative des réadmissions à 28 jours avec 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier régional de Hong Kong • 1700 lits

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p><i>et des appels téléphoniques ainsi que des appels téléphoniques seulement dans le support du congé de transition [21]</i> Chine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Premier diagnostic associé à une condition respiratoire, diabétique, cardiaque ou rénale • MMSE < 20 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-congé <ul style="list-style-type: none"> – IGC utilise des protocoles pour assurer une prestation de soins constante – IGC est accompagnée d'étudiants formés qui fournissent une partie des interventions – IGC effectue une évaluation et une intervention basées sur le Système Omaha (qui adresse les besoins du patient aux niveaux environnemental, psychosocial, psychologique, comportemental relié à la santé). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque semaine, pendant 4 semaines ▪ Soit par des visites à domicile et des appels téléphoniques ; ou par des appels téléphoniques seulement • Visite à domicile <ul style="list-style-type: none"> – Semaine 1 : visite à domicile de l'IGC, accompagnée d'étudiants en soins infirmiers – Semaine 2 : appel téléphonique par l'IGC – Semaine 3 : visite à domicile par les étudiants – Semaine 4 : appel téléphonique de clôture par l'IGC • Appels téléphoniques <ul style="list-style-type: none"> – Semaine 1 : appel téléphonique par l'IGC – Semaine 2 : appel téléphonique par l'IGC ou par les étudiants supervisés par l'IGC – Semaine 3 : appel téléphonique par les étudiants – Semaine 4 : appel téléphonique de clôture par l'IGC <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appels téléphoniques placebo • Pour tous les participants (témoin et intervention) : <ul style="list-style-type: none"> – Soins de santé de base – Instructions sur la médication – Disposition pour le suivi en post-congé <p><i>Détails de l'intervention à la référence [22]</i></p>	<p>l'intervention <i>domicile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ Coûts moyens de réadmissions ↗ Probabilité que l'intervention <i>appels</i> ait une meilleure rentabilité au regard d'un gain supérieur sur la qualité de vie <ul style="list-style-type: none"> • Sur une longue période, rentabilité de l'intervention <i>appels</i> > intervention <i>domicile</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Combinaison visites à domicile et appels téléphoniques pourrait être plus efficace qu'appels seulement

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
Rôles professionnels				
<p><i>L'impact à long terme d'une intervention faite par un travailleur social communautaire en post-congé sur les coûts de soins de santé dans un système « filet de sécurité » [23]</i> États-Unis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Âge moyen 66 ans • Dispose d'un prestataire de soins primaires dans le centre hospitalier à l'étude • Admission pour observation ou dans un service de médecine générale • Post-congé en milieu communautaire (p.ex. domicile, logement assisté, refuge, rue) • Au moins 1 facteur de risque de réadmission <ul style="list-style-type: none"> – Patients 60 ans et plus – DMS ≥ 3 jours – Diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire obstructive 	<p>Intervention <u>Intervenant pivot : travailleur social en santé communautaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Basé à l'hôpital • Formation approfondie et supervision continue • 30-35 patients/ intervenant pivot à temps complet • Patients identifiés électroniquement de façon automatique • Utilisation de plan de travail standardisé • Rédaction d'une note brève dans le dossier médical électronique du patient <ul style="list-style-type: none"> – Résumé de chaque appel – Envoyée aux infirmières en soins primaires <p><u>Pré-congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visite d'introduction avec le patient et le proche-aidant <ul style="list-style-type: none"> – Description du rôle de l'intervenant pivot – Évaluation des besoins post-congé • Aide le patient à communiquer ses préoccupations aux prestataires de soins primaires • Signalement des symptômes préoccupants • Signalement du congé au prestataire de soins primaires • Vérification des personnes à contacter en post-congé • Assurer le suivi en ambulatoire au temps opportun <ul style="list-style-type: none"> – Sélection des meilleures plages horaires pour les appels téléphoniques <p><u>Post-congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi pendant 30 jours post-congé • Appels téléphoniques hebdomadaires • Coache le patient dans l'autogestion des soins • Aide à la gestion des rendez-vous • Identifie les obstacles à la prise ou à l'obtention de la médication • Identifie des symptômes préoccupants 	<p>→ Nombre de réadmissions → Nombre de visites à l'urgence</p> <p>Chez les 60 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ Significative des réadmissions à 30 jours ↗ Significative des consultations externes dans les 30 jours post ↗ Rendez-vous en soins primaires dans les 7 jours post ↘ Significative coûts à 180 jours post-congé <p>Chez les 60 ans et moins</p> <ul style="list-style-type: none"> ↗ Significative des réadmissions à 30 jours ↗ Consultations externes dans les 30 jours suivant le congé 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambridge Hospital et Whidden Hospital • Les auteurs expliquent que les consultations externes et les rendez-vous en soins primaires plus fréquents chez les patients > 60 ans pourraient jouer un rôle important dans la prévention des réadmissions. • Ils avancent que l'expérience positive et le travail de soutien par le TS, qui est basé à l'hôpital, aurait pu encourager les patients plus jeunes à choisir un hôpital à l'étude pour y

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
	chronique – Admis en médecine générale, chirurgie, ou psychiatrie dans les 6 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> Facilite la communication avec le reste de l'équipe de soins primaires Assure l'organisation du transport Revoit les besoins à domicile Aide le patient à se retrouver dans le système de soins de santé <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins usuels en hôpital et en ambulatoire Traitement du patient et plan de congé discutés lors des tournées multidisciplinaires quotidiennes Révision des instructions écrites du congé par l'infirmière de l'étage avec le patient <ul style="list-style-type: none"> Mise à jour de la liste de médicaments Prendre rendez-vous de suivis Éducation Gestionnaire de cas pour l'organisation des soins en post-congé, incluant <ul style="list-style-type: none"> Appel téléphonique dans les 2 jours suivants le congé par une infirmière de soins primaires Visites de l'infirmière Assurer le respect de la médication Confirmer rendez-vous Assurer transport Identifier problèmes potentiels Soins à domicile Provisions de médicaments à long terme <p><i>Détails de l'intervention à la référence [24]</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendez-vous en soins primaires dans les 7 jours suivant le congé ➔ Coûts à 180 jours post-congé 	chercher leurs soins médicaux.
<i>Effets d'une intervention de planification du congé améliorée chez les</i>	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées 65 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> Âge moyen 74 ans 	<p>Intervention</p> <p><u>Contacts téléphoniques par un travailleur social pour la coordination des services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Rattaché à l'hôpital Révision du dossier médical électronique du patient : trouver 	<ul style="list-style-type: none"> Durée moyenne de l'intervention 5,8 jours avec en moyenne 5,4 contacts 	<ul style="list-style-type: none"> Les auteurs estiment que : les TS possèdent les compétences pour occuper ce

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<i>personnes âgées hospitalisées : un essai randomisé contrôlé [25]</i> États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Congé hospitalier vers le domicile • 7 médicaments ou plus • Dossier électronique avec au moins un de ces critères <ul style="list-style-type: none"> – Demeure seul – Sans système de soutien post-congé – À risque élevé de chute – Au moins une admission dans les derniers 12 mois – Besoins psychosociaux importants mais non-médicaux 	<p>des informations médicales et psychosociales pertinentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des différents risques et besoins à l'aide de questions standardisées et adaptées • Confirmation du plan de congé • Identification de problèmes potentiels qui nécessitent des évaluations supplémentaires • Premier appel téléphonique avec patients et proches aidants dans les 2 jours ouvrables suivant le congé <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer l'adaptation et les besoins – Identifier le meilleur répondant pour la planification des soins et les barrières de communication avec le patient. – Après 1^{re} appel : suivi avec les prestataires de soins primaires si requis • S'assure que le patient a reçu les médicaments prescrits lors du congé, a pris ses rendez-vous de suivi avec le MD, a un transport prévu. • Évaluation de nouveaux besoins apparus après le congé (p.ex. livraison de repas, anxiété) • Fermeture du dossier lorsque le plan en place remplit les besoins (santé et psychosocial) <ul style="list-style-type: none"> – Patients et proches aidants possèdent information pour recontacter avec le TS <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins usuels sans contact post-congé par un employé de l'hôpital 	<p>téléphoniques</p> <p>À 30 jours</p> <p>→ Stress du patient et du proche aidant</p> <p>→ Santé et douleur (autoévalué)</p> <p>↗ Significative possibilité de communiquer avec MD</p> <p>↗ Significative possibilité d'avoir des rendez-vous de suivi</p> <p>→ Réadmissions</p>	<p>rôle vu leur capacité à occuper transversalement les différents silos de services ; chez la majorité des patients, les problèmes médicaux sont apparus en post-congé, ce qui a grandement diminué les effets de l'intervention durant l'hospitalisation.</p>
<i>Est-ce que l'ajout d'un nutritionniste dans l'équipe de liaison après le congé de patients</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> – Âge moyen 85 ans • Patients hospitalisés en gériatrie ou en 	<p>Intervention</p> <p><u>Équipe de liaison lors du congé (pour tous)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute : l'un d'entre eux suit le patient à domicile le jour du congé <p><u>Agenda de visite de l'équipe de liaison lors du congé (pour tous)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Installer au besoin différents équipements d'assistance (p.ex. 	<p>↗ Significative statut nutritionnel (p.ex. poids, apport énergétique et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Herlev Hospital • 736 lits • Les auteurs remarquent le faible taux de participation qui

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p><i>en gériatrie améliore les résultats nutritionnels : un essai randomisé contrôlé [26]</i> Danemark</p>	<p>chirurgie orthopédique avec congé prévu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrition <ul style="list-style-type: none"> – Présente un niveau « à risque », selon la réglementation utilisée dans les hôpitaux danois – Reçoit un apport de suppléments oraux pendant le séjour en hôpital 	<p>siège de toilette surélevé, aides à la marche)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réviser avec le patient le rapport de congé, la liste de médicaments, prescriptions et utilisation de médicaments • Contacter, au besoin, le service hospitalier de congé, les soins à domicile et le MD généraliste • Écrire une note sous « équipe de liaison lors du congé » dans le Journal Électronique du Patient (système commun pour tous les hôpitaux à Copenhague) et transférer aux soins à domicile et au MD généraliste • Au besoin, ajouter des visites à domicile ou des contacts par téléphone <p><u>Nutritionniste (intervention)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se joint à l'équipe de liaison • 3 visites à domicile pendant la durée de l'intervention (12 semaines) <ul style="list-style-type: none"> – 1^{re} visite : jour du congé, avec l'équipe de liaison – 2^e et 3^e visites sans l'équipe de liaison <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aux semaines 3 et 8 post-congé ▪ Mettre en place un plan nutritionnel – Au besoin, entre les visites, faire un suivi téléphonique pour conseiller et stimuler l'engagement dans le plan – Au besoin, participation des soins à domicile et du personnel infirmier communautaire à toutes les visites – Après 3 visites : remise de la documentation de l'intervention par le nutritionniste à l'équipe de liaison et transfert aux soins à domicile, au personnel infirmier communautaire et au MD généraliste • Responsabilités <ul style="list-style-type: none"> – Au besoin, en pré-congé, débute une prescription de suppléments nutritionnels oraux – Développement d'un plan nutritionnel individuel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basé sur une évaluation à domicile de l'individu au sujet des apports nutritionnels, niveau d'activité et poids 	<p>protéique)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Possible amélioration des activités de la vie quotidienne ➤ Possible qualité de vie ➤ Décès à 6 mois ➤ Significative nombre total de ré-hospitalisations à 6 mois ➤ Possible du nombre total de ré-hospitalisations après 12 semaines 	<p>influence la signification statistique des résultats.</p>

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conforme aux exigences nutritionnelles estimées et aux objectifs de réadaptation ▪ Prenant en considération les informations partagées par toute l'équipe de liaison - Estimation de l'énergie totale et du besoin protéique : évaluation du taux métabolique basal, par Schoefield et une méthode factorielle, incluant le niveau d'activité et un facteur de gain possible de poids pour un IMC < 18,5 - Entrevue standardisée sur l'historique alimentaire à chaque visite pour évaluer l'apport alimentaire - Aide à l'atteinte des exigences en apport de protéines et à la détermination de l'énergie totale ▪ Au besoin, changement dans les repas livrés à domicile pour un menu élevé en protéines (payés par l'individu) ▪ Prise d'un petit volume de suppléments nutritionnels oraux commerciaux, avec un apport élevé en protéine, vitamine D, calcium et autres minéraux (remboursement de 60% par l'assurance santé) <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équipe de liaison sans nutritionniste 		
<p><i>Des visites à domicile pré-congé par un ergothérapeute en soins hospitaliers aigus : un essai randomisé contrôlé [27]</i></p> <p>Australie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients 70 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen 81 ans • Retour attendu en communauté lors du congé • Pas de problème cognitif important (< 5 erreurs au <i>Short</i> 	<p>Intervention</p> <p><u>Pré-congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 consultation en hôpital pour le patient, avec protocoles basés sur un manuel • Évaluation consistant en une auto-évaluation instrumentale de l'horaire des activités de la vie quotidienne • Établissement d'objectifs centrés sur le patient • Visite à domicile avec le patient et un membre de la famille, si disponible <p><u>Post-congé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visite à domicile dans la première semaine 	<ul style="list-style-type: none"> → Activités de la vie quotidienne → Statut fonctionnel → Nombre de réadmissions à 90 jours → Visites à l'urgence à 90 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 hôpitaux à Melbourne, Victoria, Sydney • Hôpitaux métropolitains et de banlieue • Les auteurs indiquent que l'intervention est plus coûteuse que les

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
	<i>Portable Mental Status Questionnaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Appels téléphoniques aux semaines 2 et 4 pour un soutien au suivi (recommandations et objectifs), pour le patient et la famille <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 consultation en hôpital pour le patient, avec protocoles basés sur un manuel • 1 session de formation pour l'ergo • Entrevue structurée basée sur l'Évaluation de l'environnement communautaire et à domicile • Visite à domicile, si nécessaire <ul style="list-style-type: none"> – Informations additionnelles (p.ex. installation de rail) par un thérapeute associé à la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Significative du nombre de recommandations effectuées par l'ergothérapeute 	consultations en hôpital et n'est pas recommandée pour une utilisation de routine chez les patients hospitalisés.
Télé médecine <i>Le système de transition de soins assisté par ordinateur E-Coach : un essai randomisé pragmatique [28]</i> États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Âge moyen 63 ans • Admis pour <ul style="list-style-type: none"> – Insuffisance cardiaque congestive (ICC) – Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) • Pronostic estimé à plus de 6 mois • En voie d'obtenir leur congé vers le domicile 	<p><u>Intervention Infirmière en transition de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-congé • Rencontre avec le patient • Évaluation du patient et des objectifs de l'aidant • Discussion de certaines problématiques associées à ses objectifs (p.ex. autogestion de la médication, utilisation d'un dossier centré sur le patient, suivi des soins primaires et des spécialistes, reconnaissances des signaux avant-coureur et des symptômes) • Transfert de compétences aux patients par une supervision en continu via E-Coach • Responsable de la formation sur le système interactif de réponse vocale <p><u>Système interactif de réponse vocale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Post-congé • Transition de soins assistée • Appels structurés pour une durée maximale < 5 minutes • Appels programmés pour 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Réadmission à 30 jours chez tous les patients ➤ Réadmissions à 30 jours pour patients avec MPOC ➤ Significative DMS chez les patients MPOC 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital universitaire urbain, qui dessert des populations rurales et urbaines défavorisées • Les effets du système interactif de réponse vocale semblent être maladie-spécifique, particulièrement tôt suivant le congé. Plus le patient est

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} appel formatif pour déterminer le meilleur moment de la journée pour appeler - 1x/ jour pendant 7 jours - Ensuite 1x/ jour OU 1x/3 jours selon les préférences du patient - Nombre total d'appels programmés : 28 • Questions différentes pour ICC et MPOC (p.ex. respectivement : combien de poids avez-vous pris ? / faites-vous de la fièvre?) • Éducation et motivation personnalisées, basées sur les réponses données lors des appels • Alertes déclenchées selon les réponses données par le patient lors des appels (p.ex. symptômes sévères, lacune dans la gestion des médicaments, suivi du patient, incompréhension du plan de traitement) <ul style="list-style-type: none"> - Alertes basées sur la littérature, p.ex. questions sur la médication, détérioration des symptômes, suivi clinique insuffisant • Rassembler des informations sur les patients à risque de générer des alertes • Alertes transmises à l'infirmière via le portail web • Contact du patient par l'infirmière pour offrir soutien additionnel (p.ex. autogestion par des appels téléphoniques de coaching, au besoin, jusqu'à 60 jours post-congé) <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congé hospitalier standardisé • Activités de congé hospitalier par les infirmières sur le plancher • Identifier et donner des instructions sur le congé, au sujet le niveau d'activité, diète, suivi, suivi de la maladie, marche à suivre si aggravation des symptômes, médications post-congé • Soutien additionnel, au besoin, par TS ou par leur orientation vers des services en maison de soins • Aucun appel téléphonique ou coaching 		<p>malade, moins son hospitalisation peut être évitée ce qui explique les différents effets entre les clientèles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérant le grand nombre d'alertes déclenchées, les auteurs soulignent le besoin de soins et suivi post-congé chez la clientèle complexe. • Combinaison optimale : un système interactif de réponse vocale et des contacts en personne avec le clinicien en gestion des soins

Source des ERC ¹ Pays	Clientèle	Description	Effets ² (usager et réseau)	Commentaires
<p>Autogestion MPOC</p> <p><i>Est-ce qu'un programme d'autogestion pour maladies pulmonaires obstructives chroniques au moment du congé de l'hôpital réduit les réadmissions ? Un essai randomisé contrôlé [29]</i></p> <p>Royaume-Uni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MPOC • Individu avec dyspnée, grade 2-5 selon le Conseil de recherches médicales • Patients admis pour exacerbation des symptômes 	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information éducative écrite • Programme d'exercices à domicile <ul style="list-style-type: none"> – Programme d'aérobic axé sur une marche quotidienne – Entraînement de résistance 3x/ semaine, qui utilise des poids libres pour les membres inférieurs et supérieurs • Présentation du manuel et des exercices par un physiothérapeute <ul style="list-style-type: none"> – Session individuelle de 30-45 minutes – Utilisation de techniques d'entretien axées sur la motivation (faciliter un changement de comportement, l'établissement d'objectifs, résolution de problèmes) – Conseils et informations sur : comment progresser ; utilité du manuel pour le futur ; comment renforcer des changements longue durée dans le mode de vie • Appels téléphoniques structurés <ul style="list-style-type: none"> – Pour renforcer les compétences, aider à identifier et à gérer l'aggravation de la condition, promouvoir un style de vie actif, encourager, tout en s'adaptant aux besoins du patient – 72h suivant le congé, ensuite à 2, 4, 6, 8, 10 semaines post-congé • Persistance de l'intervention même si le patient est réadmis durant la période de l'étude (3 mois) <p>Soins standards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour tous les participants • Rendez-vous de suivi avec l'équipe communautaire dédiée aux MPOC • OU suivi téléphonique suite à un examen à l'hôpital fait par une infirmière spécialisée en maladies pulmonaires en plus d'un examen en ambulatoire par un consultant 	<ul style="list-style-type: none"> → Décès à 3 mois post-congé ↗ Qualité de vie ↗ Qualité de vie reliée à la santé respiratoire → Réadmissions associées à un problème respiratoire à 3 mois post-congé ↗ Délai avant la première réadmission ↘ DMS lors de réadmissions 	<ul style="list-style-type: none"> • University Hospitals Coventry and Warwickshire • University Hospitals of Leicester NHS Trusts

DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES ET DES PROCÉDURES ORGANISATIONNELLES

Les éléments spécifiques aux trajectoires de soins et services

Considérant l'importance du contexte dans l'organisation des services et le souhait exprimé par les demandeurs de *voir* des pratiques concrètes, la recension narrative des écrits est complétée par une exploration de la littérature grise, toujours centrée sur les transitions pour une clientèle présentant des besoins complexes. Face au nombre considérable de publications et aux rares évaluations formelles retrouvées, six publications sont retenues. Trois décrivent les procédures privilégiées par des établissements de santé, trois autres expriment les recommandations d'experts.

Le tableau qui suit expose les contenus des publications. Ils sont regroupés en éléments spécifiques de la trajectoire à partir des principales activités émises déjà dans les figures synthèses. La trame de fond colorée de gris foncé représente des connaissances provenant d'établissement de santé, tandis que celle colorée de gris pâle rapporte des connaissances provenant de recommandations d'experts.

Repérage et évaluation	
1.1 Définition de complexité	
G.E. Hosp. ⁴ [30]	<ul style="list-style-type: none">▪ Plusieurs membres de l'équipe multidisciplinaire tenus d'effectuer des évaluations complètes afin de faciliter une transition sécuritaire, appropriée et en temps opportun▪ Clientèle vulnérable▪ Nécessite coordination entre les services de soins primaires et secondaires▪ Peut requérir des visites à domicile ou dans des installations▪ Peut requérir des fournitures ou équipements spécialisés
W. Suffolk ⁵ [31]	<ul style="list-style-type: none">▪ Identification de difficultés potentielles lors du congé
H. Quality Ont. ⁶ [32]	<ul style="list-style-type: none">▪ Condition complexe ou multiples problèmes chroniques▪ Condition bénéficie d'une coordination accrue des soins▪ Condition bénéficie d'un meilleur soutien lors des transitions▪ Grand utilisateur de services de santé

⁴ George Eliot Hospital (UK) – Hôpital de 286 lits couvrant une population de 300 000h. sur un territoire non métropolitain et rural. Objectif du document : décrire les procédures

⁵ West Suffolk (UK) – Hôpital de 430 lits couvrant une population de 280 000h. sur un territoire rural. Objectif du document : décrire les procédures

⁶ Health Quality Ontario – Organisme gouvernemental responsable de la qualité des soins. Objectif du document : procurer un guide pour les équipes de liaison sur les personnes ayant des besoins complexes

1.2 Repérage ⁷	
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outil standardisé d'évaluation des risques utilisés pour établir un niveau de risque ▪ Adopter un outil commun de repérage des risques de réadmission
Local Gov. Ass. ⁸ [34]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérage du besoin de soins à domicile
1.3 Évaluation	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation multidisciplinaire ▪ Évaluation spécifique du congé par l'infirmière responsable du congé à partir d'une grille de critères
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins en service social et en soins infirmiers ▪ Appréciation des options de congé ▪ Si besoins et options de congé non clairs : évaluation multidisciplinaire et rencontre pour préciser
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluations complètes et plans de soins individualisés élaborés pour les patients complexes à l'admission ▪ Besoins de soins identifiés ▪ Évaluation de : état clinique et interventions prescrites; statut social et réseau de soutien; état cognitif et psychologique; état fonctionnel; facteurs environnementaux; capacité d'adaptation et qualité de vie; objectifs et préférences en matière de soins de santé; valeurs et croyances culturelles; langue de communication ▪ Évaluation également de : capacité à comprendre les informations se rapportant à sa santé ; capacité de la personne et de ses proches à faire les soins post-congé ; risque de réadmission (ex. : Indice LACE⁹ qui combine durée de séjour, provenance de l'admission, comorbidités et visites à l'urgence : ▪ Identifier les ressources requises pour soutenir la planification du congé
Local Gov. Ass.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation intégrée faite par l'hôpital et les services dans la communauté ▪ Évaluation unique plutôt que plusieurs évaluations, remplie par les acteurs concernés ▪ Besoins de soins à domicile post-congé évalués dans un délai de 24h suite au repérage du besoin ▪ Évaluation pour les besoins complexes complétée après le congé de l'hôpital

⁷ Au sujet du repérage du risque, le lecteur pourrait également prendre connaissance de la mesure d'activation du patient dans : 33. Mitchell, S.E., et al., *Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization*. Journal of general internal medicine, 2014. **29**(2): p. 349-355. L'outil catégorise les patients selon le fardeau de la maladie et la capacité à l'autogestion en quatre niveaux : Niveau 1 : patient tend à être surpassé et non-préparé pour jouer un rôle actif dans sa propre santé ; Niveau 2 : patient manque de connaissances et de confiance pour son autogestion ; Niveau 3 : patient commence à agir, mais manque de confiance et de compétences pour parvenir à des changements de comportements ; Niveau 4 : patient adopte plusieurs comportements favorisant le soutien de sa santé mais ne semble pas pouvoir les maintenir compte tenu des agents de stress externes. Vu les associations significatives avec les réadmissions et les visites à l'urgence dans les 30 jours, les auteurs estiment que l'outil permet de : cibler les niveaux plus bas pour leur donner davantage de temps durant le séjour, les aider à préparer la période post-congé et leur donner le soutien nécessaire après ; aider à élaborer le plan de congé selon le niveau ; et aider les hôpitaux à gérer leurs ressources.

⁸ Local Government Association (UK) – Association nationale subventionnée par des fonds publics. Objectif du document : exposer les pratiques recommandées par les acteurs clés, incluant le *Department of Health*

⁹ Versions disponibles à : http://hsprn.ca/lace2/lace_app_desktop.html ; http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf

NICE ¹⁰ [35]	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des besoins en santé et en services sociaux Si des évaluations ont été faites dans la communauté, se référer au plan de soins existant Pour les personnes âgées ayant des besoins complexes, débiter une évaluation gériatrique complète Dès que possible, établir les membres de l'équipe requis pour répondre aux besoins
Planification du congé	
2.1 Coordination et gestion du plan de congé	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> Infirmière de liaison : fournir un soutien approprié au personnel de l'unité ; faire progresser efficacement le processus d'orientation ; établir les liaisons avec les services internes et externes selon les besoins ; évaluer auprès du patient les aspects spécifiques au congé Coordonner les congés complexes Soutenir l'amorce de la planification du congé dans les 24h post-admission Soutenir le personnel des unités dans l'évaluation des incapacités des patients à prendre des décisions relatives à leur congé Soutenir les rencontres multidisciplinaires utiles à déterminer, monitorer et réviser le plan de congé de même qu'à projeter une date de congé Soutenir le personnel des unités dans les références aux services appropriés Faire la liaison avec les services de 1^{re} ligne
Hamp. Hosp. ¹¹ [36]	<ul style="list-style-type: none"> Coordonnateur du congé : infirmière nommée de l'unité ; ou travailleur social nommé par l'autorité locale Gérer le plan de congé Assurer le suivi du processus de congé Expliquer le processus de congé Informers
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Coordonnateur de la transition clairement identifié et dont les rôles sont reconnus par tous les acteurs Plan de congé : informations essentielles sur les problèmes de santé, les médicaments et les instructions à donner au patient ; rédigé dans un format facile à lire ; avis des patients et proches aidants dans l'élaboration du plan ; inclure une référence au CLSC si requis
Local Gov. Ass.	<ul style="list-style-type: none"> Processus établi et commun de coordination entre l'hôpital et les services dans la communauté
NICE	<ul style="list-style-type: none"> Intervenant unique responsable de la coordination Intervenant en santé ou en services sociaux, selon les besoins du patient Personne responsable nommée, provenant de l'hôpital ou de la communauté Remplaçant nommé connu Point central pour les intervenants de la santé et des services sociaux, ainsi que pour la personne et ses proches aidants pendant la planification du congé Impliqué dans toutes les décisions relatives au congé Développer avec les équipes à l'interne, de la communauté et les usagers un plan de congé et

¹⁰ NICE (UK) – Institut national d'excellence en santé. Objectif du document : émettre des recommandations de bonne pratiques sur les transitions pour clientèles adultes

¹¹ Hampshire Hospitals (UK) – Trois hôpitaux dont un centre tertiaire qui couvre une population totale de 570 000h. sur un territoire urbain et rural. Objectif du document : décrire les procédures.

	<p>s'assure de l'accord des parties</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que les suivis sont prêts lors du congé : intervenants identifiés et rôles des proches aidants spécifiés ▪ Discuter avec les intervenants dans la communauté des besoins en équipements et en soutien dès que possible lorsque débute la planification du congé, incluant les adaptations du domicile ▪ S'assurer que les équipements sont disponibles ou en place lors du congé ▪ Coordonnateur du congé ou un membre significatif de l'équipe multi : discuter avec la personne sur la manière dont elle gérera son état après le congé ; lui offrir soutien et éducation, incluant du coaching si requis ; faire de même avec les proches aidants <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de congé : informations au sujet de l'état de la personne ; médicaments ; coordonnées après le congé ; arrangements pour poursuivre le soutien social ; arrangements pour poursuivre le soutien en santé ; informations sur d'autres services utiles dans la communauté
<h2>2.2 Rôles particuliers des membres de l'équipe</h2>	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaire de l'unité s'assure avec l'équipe médicale du bon déroulement de la planification du congé ▪ Infirmière de l'unité s'assure que toutes les informations pertinentes pour la planification du congé soient notées et communiquées ; fait les références requises et remplit les formulaires établis dans la trajectoire de services ▪ Personnel médical : exprimer au patient/proches la date prévue de congé dans les 24h suivant l'admission (rôle détaillé, p.12 du document de l'auteur) ▪ Ergothérapeute : répondre à une référence dans un délai de 1 jour ouvrable ; procéder à l'évaluation dans un délai de 2 jours si requis ; procéder à l'évaluation au domicile dans un délai de 4 jours si requis (rôle détaillé, p.16 du document de l'auteur) ▪ Physiothérapeute, nutritionniste, orthophoniste : (rôle détaillé, p.16-19 du document de l'auteur) ▪ Pharmacien : vérifier les médicaments prescrits sur le sommaire de congé et résoudre les anomalies avec le prescripteur (rôle détaillé, p.19 du document de l'auteur)
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe affectée aux congés jugés complexes ▪ Réunion de l'équipe multi met en évidence les patients qui ont des problèmes de congé complexes. ▪ Résultats de la réunion documentés de manière appropriée dans les dossiers infirmiers des patients, dans les notes ou en utilisant la documentation combinée de l'équipe multi. ▪ Équipe spécialisée de planification du congé joue un rôle essentiel dans la sortie de l'hôpital et doit être informée le plus rapidement possible de la complexité d'un patient. ▪ Responsabilité du personnel médical de spécifier quand un patient est médicalement apte à sortir ▪ Date prévue du congé documentée dans les notes médicales et connue de l'équipe ▪ Cependant, date réelle de sortie dépendante également d'autres facteurs déterminés par l'équipe multi
Hamp. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir le processus reporté plus loin (page 51 du présent document)
NICE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe de l'hôpital travaille avec l'équipe de la communauté ▪ Coordonnateur du congé ou un membre significatif de l'équipe multi : discuter avec la personne sur la manière dont elle gérera son état après le congé ; lui offrir soutien et éducation, incluant du coaching si requis ; faire de même avec les proches aidants ▪ Membre de l'équipe multi discute avec les proches aidants des aspects émotifs et pratiques de procurer les soins

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer d'entraîner les proches aidants à la prestation de soins
2.3 Usagers et proche aidants	
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proches aidants impliqués dans les modalités de congé ▪ Proches aidants peuvent bénéficier d'une rencontre préalable avec le médecin responsable des soins de leurs proches.
Hamp. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser le choix de la personne au sujet de son orientation post-congé en lui offrant des choix ▪ Soutenir la personne dans la prise de décision
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usagers et proches aidants participent en tant que partenaires au processus de planification de la transition ▪ S'assurer de connaître leurs souhaits ▪ Proches aidants reçoivent de l'information et des outils pour faciliter la transition ▪ S'assurer que les usagers et leurs aidants comprennent les informations médicales et les précautions relatives à leur état de santé ▪ S'assurer que les informations transmises par les différents intervenants soient cohérentes
Local Gov. Ass.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impliqués dans la planification du congé dès l'admission ▪ Protocole de choix établi au sujet de l'orientation au congé
NICE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impliquer la personne et ses proches aidants dans la planification du congé ▪ Informer la personne de ses diagnostics et de sa médication ▪ Informer la personne des changements concernant son plan de congé ▪ Éduquer la personne et ses proches aidants ▪ Soutenir la personne dans l'autogestion de sa santé ▪ Membre de l'équipe multi discute avec les proches aidants des aspects émotifs et pratiques de procurer les soins
2.4 Actions organisationnelles	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de la planification du congé dans les 24h post-admission ▪ Exprimer au patient et proches la date prévue de congé dans les 24h suivant l'admission ▪ Informer patient et proches de la date finale du congé avec un délai minimal de 24h avant le congé ▪ Réponse des autres membres de l'équipe multi à une référence : délai de 1 jour ouvrable pour erg et pht ; 2 jours ouvrables pour orthophoniste ; <i>non précisé pour les autres</i> ▪ Congé se fait entre 8h et 20h, sauf exceptions balisées (voir p.30-31 du document de l'auteur)
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification rapide de la date de sortie ▪ Référence à des services particuliers dès que le besoin est identifié ▪ Si des modifications sont apportées au plan de congé par un membre de l'équipe multi, le patient et l'infirmière qui coordonne la sortie du patient doivent en être informés dès que possible. ▪ Le congé ne surviendra généralement qu'après une évaluation complète des besoins individuels. Tout ce qui est raisonnablement possible sera fait pour assurer les soins nécessaires dans la communauté. ▪ Dans la mesure du possible, une rencontre a lieu entre les membres de l'équipe multi et le personnel de la première ligne pour planifier le congé ▪ Sauf exception et sauf si le congé est planifié d'avance, l'équipe ne planifie pas de congés les week-ends, les jours fériés et après 17h pour les patients vulnérables ou en fin de vie
Hamp. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus en six étapes incluant la gestion du refus du patient de quitter les soins aigus pour se rendre vers le lieu prescrit de destination ▪ Début de la planification du congé aussi vite que possible

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communications écrites balisées remises au patient à certaines étapes du processus ▪ Communications types dans le document ▪ <i>Voir la trajectoire détaillée, p. 51 du présent document</i>
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification pré-transition incorporée comme une norme de soins pour les patients complexes admis dans un établissement de santé ▪ Évaluation des besoins et repérage des risques dès que possible suite à l'admission ▪ Plan de soins de transition individualisés élaborés à l'admission pour les patients ayant des besoins complexes ▪ Protocoles établis pour assurer le bilan comparatif des médicaments aux points clés de la transition ▪ Fournisseur de soins primaires rapidement informé de l'admission ▪ Rendez-vous de suivi avec les soins primaires fixé avant le congé
Local Gov. Ass.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Date prévue du congé dans les 48h post-admission ▪ Trajectoire du patient établie et monitorée qui permet d'ajuster l'offre de services aux besoins ▪ Besoins de soins à domicile post-congé évalués dans un délai de 24h suite au repérage du besoin ▪ Évaluation et organisation des soins 7 j/semaine ▪ Services diagnostiques, pharmacie et transport disponibles 7 j/semaine ▪ Protocole de choix de l'usager ou de ses proches, établi au sujet de l'orientation au congé
NICE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation dès l'admission avec amorce de la planification du congé ▪ Encourager les gens à suivre leur routine quotidienne autant que possible pendant le séjour hospitalier
2.5 Médication	
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsqu'un pilulier est requis, la liaison avec le fournisseur de soins peut être appropriée ▪ Des restrictions sur les médicaments s'appliquent lors de la libération d'un prisonnier.
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des protocoles sont établis pour assurer le bilan comparatif des médicaments aux points clés de la transition ▪ Établir le Meilleur schéma thérapeutique possible¹² et ajuster la médication ; l'inscrire dans le plan de congé ▪ Bilan comparatif des médicaments complété au cours de la transition, avec l'usager, les proches aidants, le pharmacien communautaire et, si possible, les membres de l'équipe de soins primaires
2.6 Formation	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les membres de l'équipe doivent être au courant de : <ul style="list-style-type: none"> – Critères de complexité – Évaluation de la capacité mentale – Comment accéder et compléter la liste de contrôle électronique du congé – Comment remplir les informations dans le dossier électronique

¹² Consulter à ce sujet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/topic/pages/best-possible-medication-history.aspx>

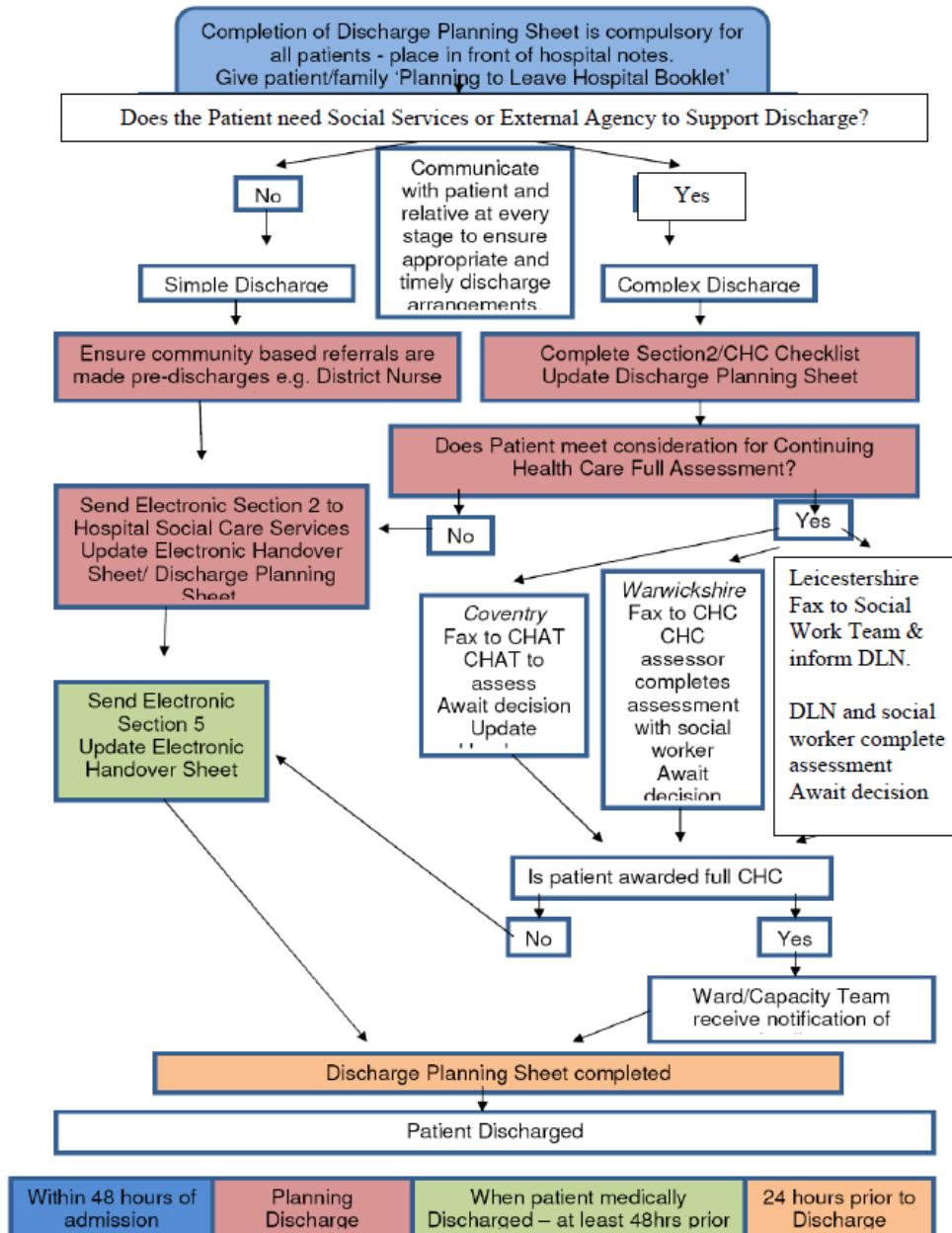
Hamp. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiariser tous les membres de l'équipe avec la politique et les procédures de congé ▪ Fréquence de la formation ou du rappel : annuel ▪ Formation donnée par l'équipe de congé complexe
NICE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que les intervenants reçoivent régulièrement des instructions ou des rappels sur le protocole de planification du congé, incluant : <ul style="list-style-type: none"> – Travail entre les équipes multi de l'hôpital et de la communauté, y compris avec les usagers des services et leurs aidants – Faire connaître les services de SSS dans la communauté, de protection sociale et les organismes communautaires utiles suite au congé – Comment obtenir des informations sur la situation sociale et familiale de la personne – Apprendre à évaluer l'environnement familial de la personne (visites à domicile) – Comment avoir des discussions avec les gens sur les soins de fin de vie – Examen des médicaments en partenariat avec la personne, y compris l'optimisation et l'observance du traitement – Aider les personnes à gérer efficacement les risques – Comment organiser, mener ou contribuer aux évaluations d'éligibilité aux soins de santé et aux services sociaux.
2.7 Congé pour des clientèles particulières	
G.E. Hosp.	<p>Fast track</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fast track pour une clientèle présentant une détérioration rapide de l'état de santé, possiblement en phase terminale ; niveau accru de dépendance ▪ Trajectoires particulière établie <ul style="list-style-type: none"> – Problème de santé mentale (voir détails p.32, du document de l'auteur) – Trouble d'apprentissage (voir détails p.33-34, du document de l'auteur) – Sans abri (voir détails p.35-36, du document de l'auteur)
NICE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de fin de vie (voir détails p.13, du document de l'auteur)
Transition	
3.1 Informations au patient	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie du résumé de congé et des médicaments ▪ Médicaments prescrits avec instructions verbales ; et médicaments à retourner de ses précédentes prescriptions ▪ Conseils et informations sur l'après congé, numéros à contacter et instructions spécifiques aux besoins du patient ▪ Détails sur les rendez-vous de suivi si déjà organisés avant la sortie ▪ Équipement, pansements ou aides à la mobilité ▪ Certificat médical
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les patients renvoyés avec un équipement tel qu'un tube de gastrostomie endoscopique ou un cathéter à demeure devront être informés de son utilisation et de sa gestion. ▪ Les informations doivent être fournies avant la sortie avec les numéros de contact et les noms en cas de difficultés.

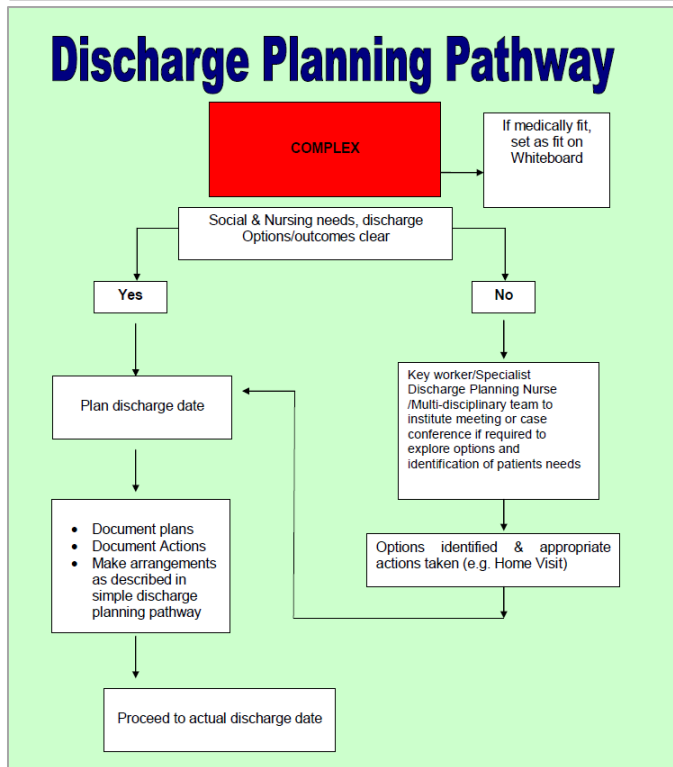
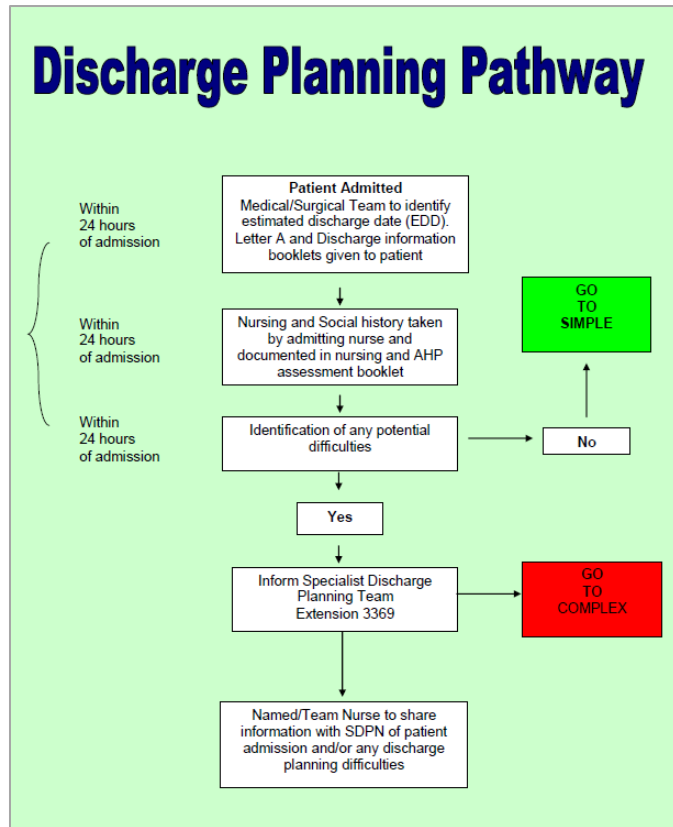
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Les proches aidants reçoivent de l'information et des ressources pour faciliter leur transition Copie du plan de congé remise à la personne et ses proches incluant : feuille d'instructions avec des conseils sur quand les activités habituelles peuvent être reprises ; liste révisée des médicaments ; dates des rendez-vous de suivi ; nom et numéro de téléphone de la personne impliquée dans son plan de transition qui peut être contactée après le congé Informations également sur : quand changer les pansements ; ce qui peut ou non être consommé ; équipements et fournitures nécessaires et comment se les procurer Confirmer la compréhension qu'à le patient des informations transmises Procurer une mise à jour des prescriptions et l'expliquer au patient, en incluant : utilité du médicament ; dosage ; quand le prendre ; comment le prendre ; comment en obtenir Faciliter la prise correcte des médicaments grâce à des listes ou des symboles
NICE	<ul style="list-style-type: none"> Un membre de l'équipe multi procure de l'information et du soutien aux proches aidants en utilisant de l'information écrite, des rencontres en face à face, des appels ou un entraînement pratique Pour des usagers en fin de soins de fin de vie et des usagers avec des besoins complexes, coordonnateur du congé informe la personne et ses aidants sur la personne à contacter pour des problèmes de médicaments ou d'équipement dans les 24h post-congé
3.2 Communications et références	
G.E. Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> Sommaire électronique du congé accessible aux professionnels : MD de famille ; infirmière de 1^{re} ligne ; ...
W. Suffolk	<ul style="list-style-type: none"> Communication efficace et rapide entre l'hôpital et la communauté
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Confirmer, depuis l'hôpital, l'activation des services du CLSC Procurer les informations utiles aux intervenants de soins primaires lors de la transition
NICE	<ul style="list-style-type: none"> Développer et utiliser des protocoles de communication Disposer d'un dossier électronique accessible aux membres de l'équipe à l'interne et à ceux de la communauté MD responsable s'assure que le résumé du séjour est disponible dans les 24h post-congé pour le MD de famille, avec copie au patient le jour du congé
Suivi post-congé	
H. Quality Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Les patients complexes reçoivent un appel de suivi dans les 48 heures suivant leur sortie de l'hôpital, fait par un intervenant de l'hôpital ou de la communauté
NICE	<ul style="list-style-type: none"> Équipe multi revoit avec les proches aidants l'entraînement reçu à l'hôpital pour la prestation de soins et les soutient régulièrement : au minimum aux six mois Contact téléphonique ou visite à domicile dans les 24 à 72h post-congé par un MD ou une infirmière communautaire pour les personnes à risque de réadmission Suivi pour des soins de fin de vie dans les 24h post-congé
Défis pour l'implantation	
NICE	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la compréhension des soins centrés sur la personne Faire en sorte que les professionnels de la santé et des services sociaux communiquent efficacement Co-produire un plan de soins avec tous les principaux acteurs Changer la façon dont les intervenants de l'hôpital et des services ambulatoire/communautaires travaillent ensemble pour assurer un soutien coordonné et centré sur la personne

Des exemples de trajectoire

Les publications consultées présentent parfois des trajectoires. Ces matériaux peuvent être inspirants pour nourrir la réflexion dans le cadre de tels travaux, par exemple en y repérant une trajectoire préférée ou en amalgamant des parties de sources différentes pour amorcer les travaux. Les prochaines pages se limitent à reproduire des exemples.

George Eliot Hospital, 2017 [30, reproduction de la p.74]





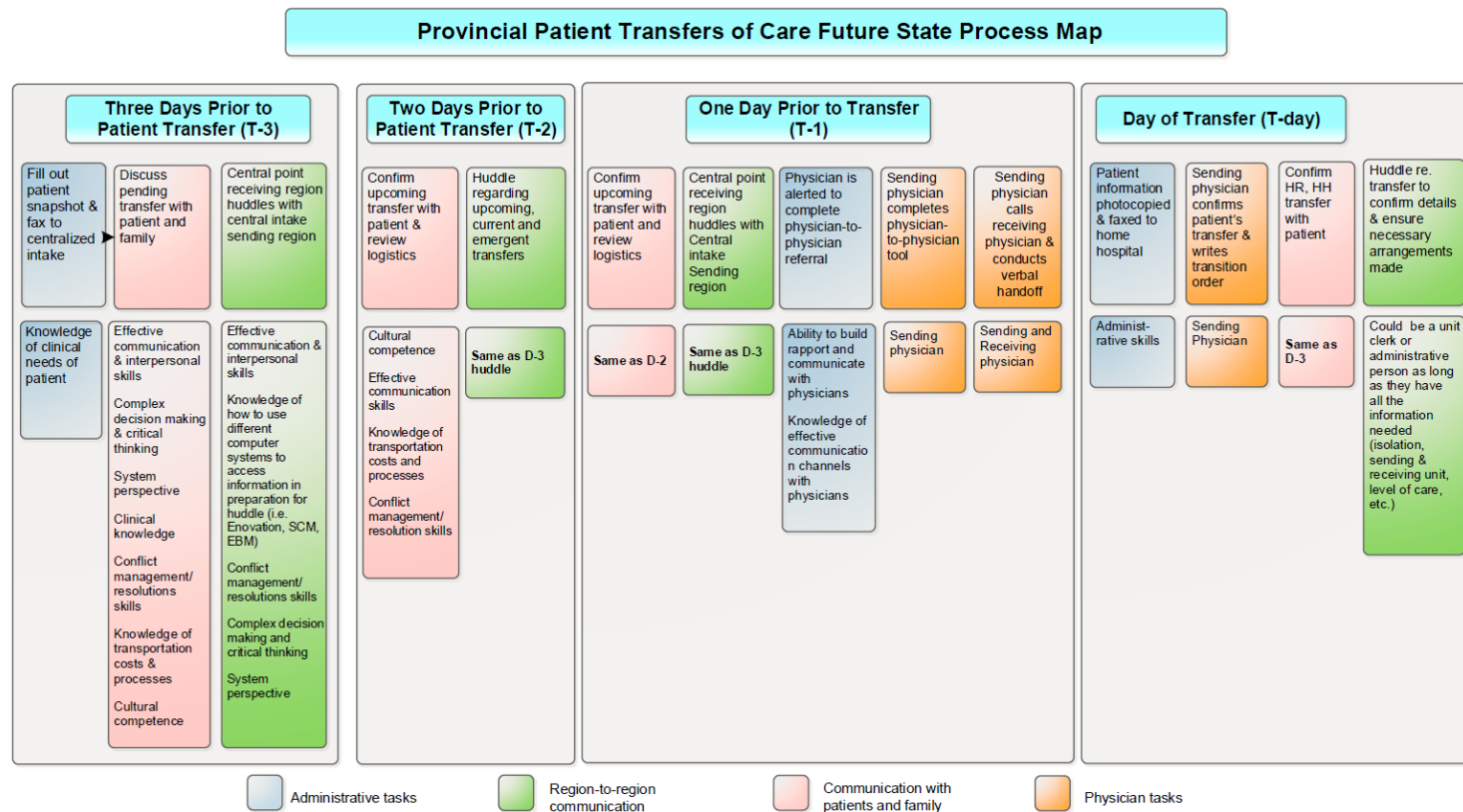
Hampshire Hospitals, 2016 [36, traduction libre des p.7-8]

Le processus s'attache à la complexité dans le contexte du refus des options d'orientation au congé.

Processus de congé complexe en six étapes et actions		Quand
Étape 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter de la planification du congé avec la personne ou son représentant avant, si possible, ou peu après l'admission. ▪ Identifier un membre de l'équipe multidisciplinaire responsable de coordonner le congé : plus santé ou plus services sociaux selon le besoin. ▪ Donner les informations habituelles (fiche A) à la personne ou son représentant. ▪ Imprimer et compléter l'outil de vérification du choix et conserver dans le dossier. 	Information fournie à l'admission
Étape 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référer l'individu aux services selon les besoins (ex. : autre hôpital, services sociaux) une fois le patient prêt à être évalué pour ses besoins au congé. ▪ Donner la lettre 1 qui explique l'évaluation et le processus du congé. ▪ Compléter l'outil de vérification du choix et conserver au dossier. 	Évaluer les besoins aussitôt que possible après l'admission
Étape 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter du plan de congé avec la personne ou son représentant régulièrement. ▪ S'assurer que les évaluations des besoins de soins sont complétées. ▪ Expliquer à la personne ou son représentant qu'ils auront besoin d'accepter une option disponible de congé, que ce soit une solution transitoire ou permanente. ▪ Offrir au moins une option à la personne ou son représentant, une ou des options entendues par tous les acteurs responsables des services internes et ambulatoires ▪ Donner la lettre 2 qui explique l'option de congé lorsque la personne n'aura plus besoin de soins aigus. ▪ Compléter l'outil de vérification du choix et conserver au dossier. 	Offrir au moins une option d'orientation au congé et préparer le congé avant la date prévue du congé
Étape 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si une personne ou son représentant est réticent à accepter la ou les options offertes, discuter des préoccupations et les encourager à reconsidérer leur réticence. ▪ Confirmer et justifier le transfert vers une option alternative ou provisoire si leur option préférée n'est pas disponible. ▪ Activer la révision du choix dans le dossier électronique. ▪ Convenir avec le responsable de l'unité et le responsable des congés complexes d'une date urgente (dans les 24 heures) pour une rencontre formelle si le plan de congé n'est toujours pas accepté ou si les préoccupations persistent. ▪ Informer le gestionnaire de cas. ▪ Compléter l'outil de vérification du choix et conserver au dossier. 	Réduction des soins disponibles dans les cinq jours de la date prévue du congé
Étape 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer à donner de l'information et à encourager pour soutenir la personne ou son représentant. ▪ Tenir une rencontre formelle avec la personne ou son représentant, supportée par le responsable des congés complexes et le gestionnaire de cas. Elle se tiendra même si la personne ou son représentant refuse d'y participer. ▪ Donner la lettre 3 décrivant ce qui a été discuté, le suivi sur les arrangements faits et les raisons du transfert aux soins alternatifs ou intérimaires. ▪ Responsable de l'équipe de congé complexe informe le de la situation de l'étape 5. ▪ Compléter l'outil de vérification du choix et conserver au dossier. 	Rencontre formelle dans les 24h suivie d'une lettre à la personne ou son représentant

Étape 6	<ul style="list-style-type: none"> Si les modalités de transfert ne sont pas acceptées, le responsable de l'équipe de congé complexe se rend chez le gestionnaire de l'unité. Ils rencontrent le cadre supérieur responsable des congés de l'hôpital et consultent le Trust Legal team au regard des aspects légaux. Donner la lettre 4 à la personne ou son représentant pour expliquer que le congé dont l'option a été privilégiée se poursuivra conformément aux politiques. 	Consultation juridique Cinq jours suivant la rencontre formelle
Congé forcé	<ul style="list-style-type: none"> Si les arrangements du congé ne sont pas acceptés, les cadres supérieurs en réfèrent aux cliniciens seniors et aux procédures judiciaires formelles. 	Aussitôt que possible après l'étape 6

Emergency Department Waits and Patient Flow Initiative, 2016 [37, reproduction de la p.90]



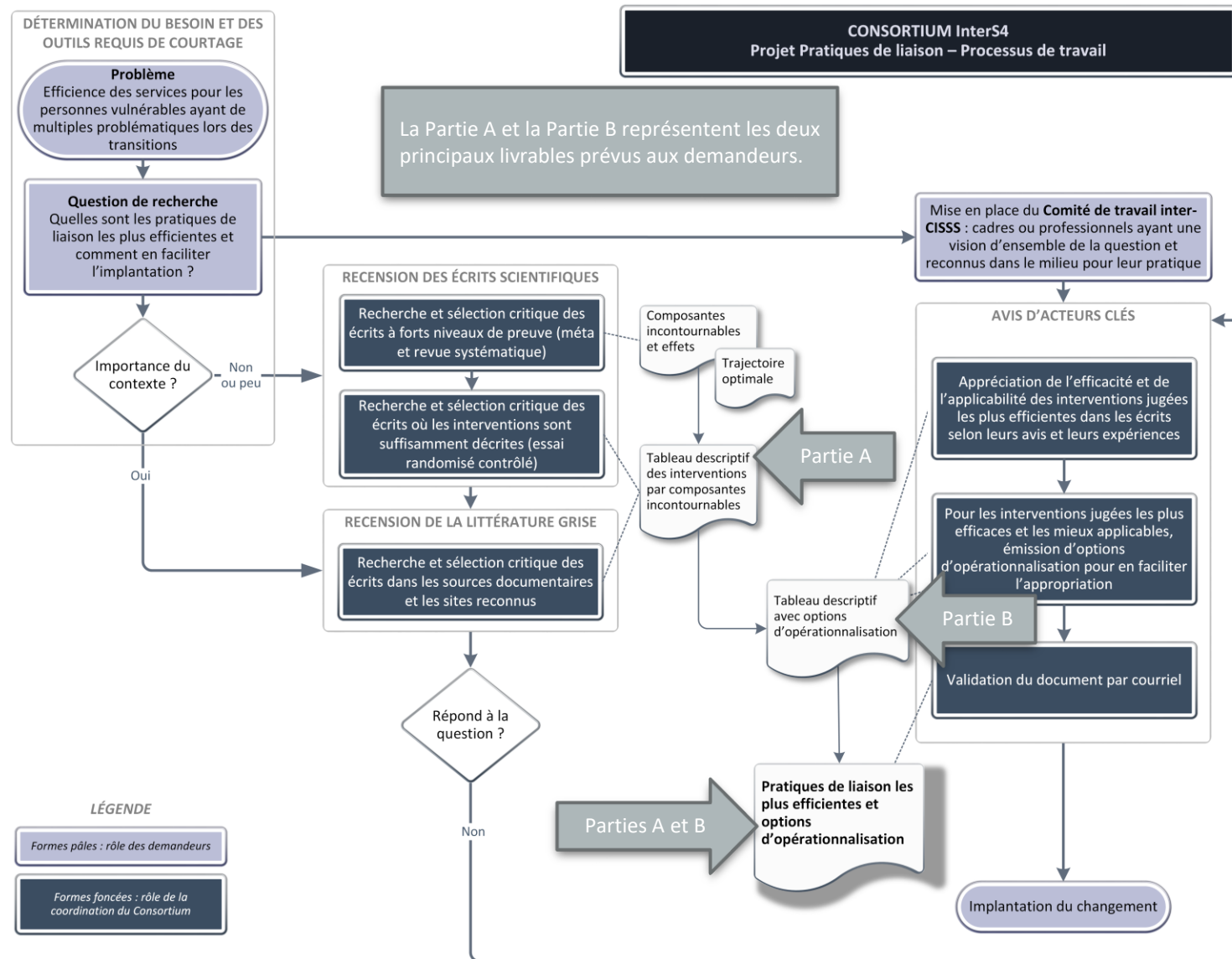
CONCLUSION DE LA PARTIE A

Les écrits consultés et résumés répondent en partie à une importante préoccupation commune aux établissements membres du Consortium. Le Comité de coordination du Consortium, demandeur du présent mandat, cherche à connaître les meilleures pratiques, soit celles livrées dans les précédentes pages. Elles rapportent en effet les résultats des méta-analyses, revues systématiques, essais randomisés contrôlés, recommandations d'experts et pratiques privilégiées par des organisations de santé publiés dans les cinq dernières années.

Le résumé couvre les principales composantes de liaison qui devraient se retrouver dans la trajectoire de services. Il décrit également les pratiques jugées les meilleures.

Par contre, bien que cette première partie puisse alimenter un groupe de travail souhaitant améliorer ses pratiques, elle apparaît incomplète sans une appréciation par des acteurs clés au fait de la réalité des services en région. Leurs avis permettront d'identifier les pratiques qui semblent les plus efficaces et les mieux applicables, tandis que leurs recommandations contribueront à en faciliter une pleine implantation. La partie B servira cette intention et complétera le mandat confié par le demandeur.

ANNEXE 1 : PROCESSUS DE TRAVAIL POUR RÉPONDRE À LA PRÉOCCUPATION



ANNEXE 2 : TABLEAU SYNTHÈSE DES MÉTA-ANALYSES ET DES REVUES SYSTÉMATIQUES¹³

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
<i>Interventions de soins de transition pour réduire les réadmissions chez les patients avec maladies pulmonaires obstructives chroniques : une méta-analyse d'ERC [38]</i> ①	<ul style="list-style-type: none"> • 18 ans et plus • Âge moyen > 65 ans • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) 	Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation pré-congé <ul style="list-style-type: none"> – État du patient – Besoins à domicile • Intervention de transition assurée entre 6 et 18 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Significative des réadmissions en lien avec la MPOC à 6 et 18 mois ↘ Significative des réadmissions pour toutes autres causes à 18 mois ↗ Efficacité si durée des interventions entre 6 et 18 mois
		Coordination de congé	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable dédié <ul style="list-style-type: none"> – Transfert du patient – Soins individualisés par téléphone ou visites – Joignable au téléphone par les patients 	
<i>Impact des services de soins transitoires chez les patients âgés avec maladies chroniques : une revue systématique [39]</i> ②	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> – 65 ans et plus – Âge moyen 74 ans • Au moins une maladie chronique, incluant : <ul style="list-style-type: none"> – Insuffisance cardiaque – Maladies respiratoires 	Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi post-congé structuré et pré-organisé (p.ex. visites à domicile, appels téléphoniques) 	Effets en comparaison avec les soins usuels : pas de suivi structuré <ul style="list-style-type: none"> ↘ Significative du taux de mortalité à 3, 6, 12 et 18 mois post-congé ↘ Significative du taux de visites à l'urgence à 3 mois post-congé¹⁷ ↘ Significative des réadmissions à 3, 6, 12 et 18 mois post-congé
		Coordination du congé	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle clé de l'infirmière • Processus de coordination multidisciplinaire (p.ex. rapports écrits envoyés au MD généraliste ou spécialiste) 	
		Suivi post-congé	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins un suivi (à domicile ou téléphonique) à l'intérieur de 30 jours post-congé • Contact téléphonique • Visite à domicile 	

¹³ La recension narrative couvre les méta-analyses et les revues systématiques de 2015 à 2018, disponibles dans les bases de données spécialisées.

¹⁴ MA-RS : Méta-Analyse ou Revue Systématique.

¹⁵ La numérotation correspond aux types de publication selon cette légende : ① = méta-analyse ; ② = revue systématique.

¹⁶ Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur. De plus, les flèches sont complétées par un qualificatif si l'effet est statistiquement « significatif » selon les auteurs, ce qui correspond à la qualification la plus probante.

¹⁷ À interpréter avec prudence puisque cette conclusion repose sur peu d'études selon les auteurs.

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer - Autres 		<ul style="list-style-type: none"> • Assistance téléphonique au besoin • Éducation (entrevue de motivation ou de coaching en individuel, brochures, vidéos) • Gestion de la médication • En moyenne <ul style="list-style-type: none"> - Début du suivi : 8 jours post-congé - Durée du suivi : 6 mois - 7 contacts par téléphone ou visites à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Significative du nombre moyen de réadmission/patient à 24 mois post-congé ↘ Significative du nombre de jours de réadmission à 3, 6, 12 et 18 mois post-congé
		Approche multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration des membres en équipe multidisciplinaire pour discuter du plan de santé • Spécialistes disponibles pour consultation clinique 	
<i>Le rôle des hôpitaux pour assurer la continuité des soins : une revue systématique de la coordination des soins et du suivi chez les adultes avec des conditions chroniques [40]</i> ②	Adultes avec maladie chronique <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque • Diabète type 2 • Arthrite rhumatoïde • Maladie cardio-vasculaire • AVC • MPOC • État chronique général 	Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions en différentes étapes • Début à l'hôpital • Identification des patients à risque pendant le séjour hospitalier • Suivi pendant le séjour et suite au congé 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Taux de réadmission ↘ Coûts
		Coordination du congé	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi coordonné par un « coach de transition » (ex. : infirmière spécialisée ou gestionnaire de cas) 	
		Suivi post-congé	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi clinique structuré • Gestion de cas • Support pour l'autogestion du patient • Éducation du patient • Moyens diversifiés pour soutenir l'intervention (ex. : autogestion de la médication ; dossiers centralisés ; indicateur de la condition du patient « <i>red flag</i> » ; programme d'éducation ; accès aux cliniques ambulatoires post-congé) 	
<i>Interventions en soins de transition : pertinence pour les soins infirmiers communautaires [41]</i>	Toute clientèle	Coordination du congé	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion et coordination des soins menées par une infirmière • Transition dirigée par du personnel infirmier ou par une équipe multidisciplinaire • Infirmière doit posséder 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Satisfaction patient ↗ Résultats liés à la santé ↘ Réadmissions ↘ Décès

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
②			<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension profonde des systèmes de santé et social - Excellente capacité relationnelle - Connaissances cliniques - Connaissances des ressources communautaires 	
		Suivi post-congé	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile • Support téléphonique 	
		Approche multidisciplinaire	Pour les soins infirmiers <ul style="list-style-type: none"> • Développement des compétences de leadership en coordination de soins et en gestion des transitions • Peut inclure l'introduction de <i>Advanced Practice Nurses</i> en soins primaires 	
<i>Effets de la continuité de soins sur la qualité de vie des personnes âgées avec des maladies chroniques : une méta-analyse [42]</i> ①	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus - Âge moyen 74,4 ans • Patients avec maladie chronique <ul style="list-style-type: none"> - AVC - Maladies cardiovasculaires, respiratoires, endocriniennes - Luxations 	Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> • Communication, coordination, échanges d'informations personnalisées entre patient et équipe de soins • Plan de congé et coordination de la transition de soins • Consultations médicales • Programmes de réadaptation • Résumé détaillé des traitements assurés par les services de planification de congé 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendance positive pour un programme de continuité de soins, qui inclut mais ne se limite pas à <ul style="list-style-type: none"> - Orientation éducative systématique par une infirmière - Suivi des services - Intégration des ressources d'une équipe interdisciplinaire - Orientation vers les services requis ↗ Significative des capacités physiques ↗ Significative de l'état physique ↘ Limitations causées par problème physique ↗ Significative de la santé générale ↗ Significative de la vitalité (associée à la qualité de vie) ↗ Significative des fonctions sociales ↗ Effets en combinant des services de planification de congé + gestion de cas ↗ Qualité de vie sur les plans physiques et mentaux, lorsque
		Coordination du congé	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des informations nécessaires au dossier du patient lors des transferts 	
		Suivi post-congé	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile • Entretiens et suivis téléphoniques 	
		Approche multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaires de cas peuvent être : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens 	

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
				MD, physio, inf, nutritionniste, travailleur social et autres professionnels – Participent aux visites à domicile et entretiens téléphoniques – Fournissent un résumé des traitements – Élaborent une planification efficace aux aidants
<i>Interventions pour améliorer la sécurité du patient lors de la transition de soins [43]</i> ②	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées > 65 ans Maladie chronique ou vulnérable 	Toutes composantes		↗ Prévention des effets indésirables
		Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> Début précoce des interventions, maintien durant l'hospitalisation et en post-congé Combinaison de la planification et de la préparation du congé hospitalier (principalement durant l'admission en hôpital) et soutien en post-congé 	↘ Possible du risque de réadmission
		Coordination du congé	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel de la santé qui agit comme gestionnaire clinique ou leader (ex. : souvent infirmière ; infirmière en pratiques avancées de plus en plus fréquemment) Organisation des échanges et transferts d'informations Évaluation complète du patient et de l'aidant en termes de connaissances et d'éducation Évaluation du fardeau de l'aidant et des moyens à sa disposition Plan de congé individualisé, développé en collaboration avec l'aidant, l'usager, le MD et les autres professionnels Rapport médical standardisé et résumé du congé, pouvant contenir une description explicative des changements de la médication et une liste de vérification 	<ul style="list-style-type: none"> Avec infirmière en pratiques avancées ↘ Possible des réadmissions ↗ Possible de la période entre congé et réadmission ↘ Possible coût Avec un rapport médical et résumé du congé ↘ Possible des erreurs de prescription

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
		Implication des usagers et de ses proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ● Implication dans le processus de congé 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Possible de la satisfaction ↗ Possible de l'état de la préparation ↗ Possible de l'acceptation du rôle de l'aidant
		Approche multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Suivi qui répond à des besoins complexes ● Approche multi-interventions ● Éducation et formation axées sur la transition de soins pour les professionnels ● Intervention du pharmacien, incluant un bilan comparatif des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Possible des effets positifs ↘ Possible des réadmissions à 160-180 jours post-congé ↗ Possible des habiletés en transition de soins chez les jeunes professionnels formés ↗ Possible de la prévention des erreurs de prescription et des problèmes médicaux ↘ Taux d'effets indésirables associés aux médicaments 30 jours post-congé, lorsque <ul style="list-style-type: none"> – Revue des médicaments – Service d'aide pour le congé – Suivi téléphonique
<i>Interventions en soins de transition initiées par l'hôpital comme stratégie de sécurité pour le patient</i> ¹⁸ [44] ②	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultes ● Représentation importante de personnes âgées 	Trajectoire pré-post congé (interventions pré-congé)	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation du risque d'effets indésirables ● Engagement du patient (éducation patient et aidant) ● Création d'un dossier individuel (personnalisé, langage simple, infos cliniques et éducatives pour le patient en post-congé) ● Communication facilitée avec les prestataires de soins en ambulatoire ● Équipe multidisciplinaire de planification du congé 	<ul style="list-style-type: none"> → Prévention des effets indésirables post-congé ↘ Possible du taux de réadmissions ou de visites à l'urgence¹⁹ ↘ Possible du taux de réadmission à 30 jours lorsque <ul style="list-style-type: none"> – Utilisation d'une intervention transitoire

¹⁸ Soulignons que près de la moitié des 47 études consultées sont américaines.

¹⁹ Les résultats doivent être interprétés avec prudence selon les auteurs vu les faiblesses notées : conclusions souvent faibles ; contexte ou stratégie d'implantation non décrits ; coûts ignorés.

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
			<ul style="list-style-type: none"> • Prestataire de transition dédié (contact avec le patient en personne ou téléphone pré et post-congé), souvent une infirmière • Bilan comparatif des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> – Utilisation d'un prestataire dédié qui contacte patient pré/post congé
		Trajectoire pré-post congé (interventions post-congé)	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi du patient (inclut suivi téléphonique, ligne d'assistance, visites à domicile) • Suivi clinique facilité (inclut prestataire de suivi ambulatoire) • Bilan comparatif des médicaments 	
		Trajectoire pré-post congé (interventions transitoires)	<ul style="list-style-type: none"> • Combinaison d'au moins une intervention pré-congé et au moins une intervention post-congé 	
<i>Interventions en soins de transition dirigées par une infirmière praticienne : une revue intégrative²⁰ [45]</i> ^②	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> – Âge moyen 73,9 ans • Comorbidités présentes (non exclusivement) 	Toutes composantes	<ul style="list-style-type: none"> • Rôles de l'infirmière (IP et IPS) • Infirmière de liaison • Toutes interventions dirigées par IP, non exclusivement 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Réadmissions ↘ Réadmissions lorsqu'il y a suivi pendant 2 mois post-congé par une IP (téléphone, visite à domicile)
		Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention multidisciplinaire • Infirmières en pratiques avancées (IPA) <ul style="list-style-type: none"> – Assurer des soins continus aux patients vulnérables, à haut risque, en transition à travers les services de soins et parmi les professionnels – Évaluer les patients avec comorbidités à l'hôpital et à domicile post-congé – Visiter chaque jour le patient pendant l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Satisfaction ↗ Santé ↘ Réadmissions durant 3 mois d'intervention (retarde et évite) ↘ Coût

²⁰ Grande hétérogénéité dans les études consultées, notent les auteurs, ce qui tend à réduire la puissance des conclusions.

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
		Trajectoire pré-post congé	Trajectoire assurée par une IP (non spécialisée) <ul style="list-style-type: none"> Évaluer à l'hôpital et à domicile Évaluer à domicile entre 1 et 5 jours post-congé Visiter chaque jour ou régulièrement le patient à l'hôpital Visiter le patient à domicile Disponible de 30 à 60 jours post-congé Assurer bilan comparatif des médicaments Responsable de : évaluation physique ; gestion de la maladie ; gestion de l'accompagnement aux rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réadmissions entre 7% et 48%
		Suivi post-congé	<ul style="list-style-type: none"> Suivi téléphonique par IPS pendant 4 à 6 semaines post-congé Aucun contact avec IPS pré-congé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Symptômes ➤ État fonctionnel ➤ Satisfaction ➤ sentiment d'efficacité personnelle
<i>Efficacité des stratégies d'amélioration de la qualité pour la coordination des soins en vue de réduire l'utilisation des services de soins de santé : une revue systématique et une méta-analyse [46]</i> ① ②	<ul style="list-style-type: none"> Adultes (18 ans et plus) Utilisateurs fréquents du système de santé 	Trajectoire pré-post congé	<ul style="list-style-type: none"> Système d'information informatisé Entrée et récupération de données dans les points de services 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Significative des admissions à l'hôpital à 12 mois²¹ ➤ Significative des admissions à l'hôpital avec une maladie chronique, autre que maladie mentale ➤ Significative des visites à l'urgence pour les personnes âgées ➤ Significative des admissions à l'hôpital si interventions suivantes – Changements apportés au fonctionnement de l'équipe de soins primaires (révision et
		Coordination du congé	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostics, traitements et gestion continus (p.ex. organisation des références vers spécialistes, suivi de résultats, éducation, rappels) Coordination assurée par un autre professionnel que ceux provenant des soins primaires Système d'envoi de rétroactions à l'équipe clinique sur les directives ou sur le support organisationnel pour faciliter les autres mécanismes de coordination 	

²¹ Les auteurs rapportent que les patients présentant une maladie mentale disposaient déjà de certaines stratégies de coordination dans le groupe témoin. Ainsi, bien que les différences quant aux bénéfices entre le groupe expérimental et le groupe témoin soient significatives, ils seraient sous-évalués.

Source des MA-RS ¹⁴ Type de publication ¹⁵	Clientèle	Composante	Description	Effets ¹⁶ (usager et réseau)
		Suivi post-congé	<ul style="list-style-type: none"> Éducation du patient Promotion de l'autogestion Établissement d'objectifs pour responsabiliser le patient dans la gestion de sa maladie Accès à de l'équipement et des ressources Visites de routine du patient par le personnel (autre que MD soins primaires) 	<ul style="list-style-type: none"> bonification des rôles ; approche multi ; ...) – Gestion de cas – Éducation du patient – Promotion de l'autogestion
		Approche multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> Changements apportés au fonctionnement de l'équipe de soins primaires avec un souci multidisciplinaire Révision et extension des rôles des professionnels de l'équipe 	
<i>Planification du congé hospitalier : une revue [47]</i> ②	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées avec problème de santé Comorbidités Problèmes chirurgicaux Problèmes mentaux 	<ul style="list-style-type: none"> Trajectoire pré-post congé 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation avant admission (si possible) Recherche de cas à l'admission Évaluation du patient et préparation du congé, basée sur les besoins individuels (p.ex. évaluation multidisciplinaire intégrant patients et leurs familles et la communication entre les professionnels à l'hôpital) Rédaction et application du plan de congé Suivi avec vérification de la réalisation du plan de congé 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Possible satisfaction chez les patients et les professionnels de la santé (niveau de preuve faible) ↘ DMS de 0,73 jour (niveau de preuve modéré) ↘ Réadmissions à 3 mois après congé chez les personnes âgées (niveau de preuve modéré) → Proportion de patients envoyés à domicile, en maison de soins ou en résidents (niveau de preuve faible) ↘ Taux de réadmission est associée à une ↘ coûts à court terme (niveau de preuve très faible)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Raymond, L., et al., *Coffre à outils sur le transfert de connaissances, une approche proactive*, Laboratoire de recherche sur la dynamique du transfert de connaissances, Editor. 2009, Université de Sherbrooke. p. 46.
2. Diplock, G., et al., *The Alice Springs Hospital Readmission Prevention Project (ASHRAPP): a randomised control trial*. BMC health services research, 2017. **17**(1): p. 153.
3. Hewett, N., et al., *Randomised controlled trial of GP-led in-hospital management of homeless people ('Pathway')*. Clinical Medicine, 2016. **16**(3): p. 223-229.
4. Hewett, N., A. Halligan, and T. Boyce, *A general practitioner and nurse led approach to improving hospital care for homeless people*. BMJ, 2012. **345**(e5999): p. 1-6.
5. Sevick, L.K., et al., *Prospective economic evaluation of an electronic discharge communication tool: analysis of a randomised controlled trial*. BMJ open, 2017. **7**(12): p. e019139.
6. Santana, M.J., et al., *A randomised controlled trial assessing the efficacy of an electronic discharge communication tool for preventing death or hospital readmission*. BMJ Qual Saf, 2017: p. bmjqs-2017-006635.
7. Lainscak, M., et al., *Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: a randomized controlled trial*. Journal of the American Medical Directors Association, 2013. **14**(6): p. 450. e1-450. e6.
8. Farkas, J., et al., *Effectiveness of discharge-coordinator intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease: study protocol of a randomized controlled clinical trial*. Respiratory medicine, 2011. **105**: p. S26-S30.
9. Lindpaintner, L.S., et al., *Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals*. European journal of internal medicine, 2013. **24**(8): p. 756-762.
10. Borenstein, J.E., et al., *Identification and team-based interprofessional management of hospitalized vulnerable older adults*. Nursing outlook, 2016. **64**(2): p. 137-145.
11. Tanajewski, L., et al., *Cost-effectiveness of a specialist geriatric medical intervention for frail older people discharged from acute medical units: economic evaluation in a two-centre randomised controlled trial (AMIGOS)*. PloS one, 2015. **10**(5): p. e0121340.
12. Edmans, J., et al., *Specialist geriatric medical assessment for patients discharged from hospital acute assessment units: randomised controlled trial*. Bmj, 2013. **347**: p. f5874.
13. Hockly, M., S. Williams, and M. Allen, *Transfer of care—a randomised control trial investigating the effect of sending the details of patients' discharge medication to their community pharmacist on discharge from hospital*. International Journal of Pharmacy Practice, 2018. **26**(2): p. 174-182.
14. Cossette, B., et al., *Reduction in targeted potentially inappropriate medication use in elderly inpatients: a pragmatic randomized controlled trial*. European journal of clinical pharmacology, 2017. **73**(10): p. 1237-1245.
15. Tong, E.Y., et al., *Reducing medication errors in hospital discharge summaries: a randomised controlled trial*. Med J Aust, 2017. **206**(1): p. 36-9.
16. Phatak, A., et al., *Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study)*. Journal of hospital medicine, 2016. **11**(1): p. 39-44.
17. Dalleur, O., et al., *Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study*. Drugs & aging, 2014. **31**(4): p. 291-298.

18. Parsons, M., et al., *Supported Discharge Teams for older people in hospital acute care: a randomised controlled trial*. Age & Ageing, 2018. **47**(2): p. 288-294.
19. Soong, C., et al., *Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster-randomized trial*. PLoS One, 2014. **9**(11): p. e112230.
20. Chow, S.K.Y. and F.K.Y. Wong, *A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities*. Journal of advanced nursing, 2014. **70**(10): p. 2257-2271.
21. Wong, F.K.Y., et al., *Economic evaluation of the differential benefits of home visits with telephone calls and telephone calls only in transitional discharge support*. Age and ageing, 2014. **44**(1): p. 143-147.
22. Wong, F.K.Y., et al., *Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: a randomised controlled trial*. Age and ageing, 2013. **43**(1): p. 91-97.
23. Galbraith, A.A., et al., *Long-Term Impact of a Postdischarge Community Health Worker Intervention on Health Care Costs in a Safety-Net System*. Health services research, 2017. **52**(6): p. 2061-2078.
24. Balaban, R.B., et al., *A patient navigator intervention to reduce hospital readmissions among high-risk safety-net patients: a randomized controlled trial*. Journal of general internal medicine, 2015. **30**(7): p. 907-915.
25. Altfeld, S.J., et al., *Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: a randomized trial*. The Gerontologist, 2012. **53**(3): p. 430-440.
26. Beck, A., et al., *Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial*. Clinical rehabilitation, 2015. **29**(11): p. 1117-1128.
27. Clemson, L., et al., *Occupational therapy pre-discharge home visits in acute hospital care: a randomized trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 2016. **64**(10): p. 2019-2026.
28. Ritchie, C.S., et al., *The E-Coach technology-assisted care transition system: a pragmatic randomized trial*. Translational behavioral medicine, 2016. **6**(3): p. 428-437.
29. Johnson-Warrington, V., et al., *Can a supported self-management program for COPD upon hospital discharge reduce readmissions? A randomized controlled trial*. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2016. **11**: p. 1161.
30. George Eliot Hospital - NHS Trust, *Discharges Policy*. 2017: United Kingdom. p. 82.
31. West Suffolk - NHS Foundation Trust, *Discharge Planning Operational Policy*. 2017: United Kingdom. p. 63.
32. Health Quality Ontario, *Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning: Helping Health Links Improve Transitions and Coordination of Care*. 2015: Ontario. p. 24.
33. Mitchell, S.E., et al., *Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization*. Journal of general internal medicine, 2014. **29**(2): p. 349-355.
34. Mitchell, S., *High impact change model - Managing transfers of care between hospital and home, in Managing transfers of care using the High Impact Change Model*. 2017, Local Government association & Department of health: Westminster. p. 12-26.
35. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs - NICE guideline : full version*. Novembre 2015. p. 347.
36. Hampshire Hospital - NHS Foundation Trust, *Managing Complex Discharge Policy*. 2016: United Kingdom. p. 40.

37. Emergency Department Waits and Patient Flow Initiative, *Patient flow toolkit*. 2016, Saskatchewan Health Quality Council & Government of Saskatchewan. p. 109.
38. Liu, M., et al., *Transitional care interventions to reduce readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Chinese Nursing Research, 2017. **4**(2): p. 84-91.
39. Le Berre, M., et al., *Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review*. J Am Geriatr Soc, 2017.
40. De Regge, M., et al., *The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions*. BMC health services research, 2017. **17**(1): p. 550.
41. Coffey, A., et al., *Transitional care interventions: Relevance for nursing in the community*. Public Health Nursing, 2017. **34**(5): p. 454-460.
42. Chen, H.-M., Y.-H. Tu, and C.-M. Chen, *Effect of continuity of care on quality of life in older adults with chronic diseases: a meta-analysis*. Clinical nursing research, 2017. **26**(3): p. 266-284.
43. Laugaland, K., K. Aase, and P. Barach, *Interventions to improve patient safety in transitional care—a review of the evidence*. Work, 2012. **41**(Supplement 1): p. 2915-2924.
44. Rennke, S., et al., *Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review*. Annals of internal medicine, 2013. **158**(5_Part_2): p. 433-440.
45. Mora, K., et al., *Nurse practitioner-led transitional care interventions: An integrative review*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2017. **29**(12): p. 773-790.
46. Tricco, A.C., et al., *Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis*. Canadian Medical Association Journal, 2014: p. cmaj. 140289.
47. Gonçalves-Bradley, D.C., et al., *Discharge planning from hospital*. The Cochrane Library, 2016.