

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 B – Options
d'opérationnalisation des pratiques
jugées les plus efficaces et les mieux
applicables

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 Partie A se concentrait sur les publications scientifiques récentes et les publications grises. La présente 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. Un produit de courtage de connaissances 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 : Mmes Geneviève Fugère et Mylène Gauthier (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue) ; Mme Marie-Claude Castonguay et Dr Simon Delisle (CISSS du Bas-Saint-Laurent) ; Mme Liliane Bernier (CISSS de Chaudière-Appalaches)
- 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. et 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 B : Options d'opérationnalisation des pratiques jugées les plus efficaces et les mieux applicables. Avril 2019, Consortium InterS4, 28 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

RAPPEL DU CONTEXTE ET DU MANDAT	4
Une préoccupation commune priorisée par les quatre CISSS membres	4
Le mandat et l’envergure du produit de courtage	4
Le processus de travail pour répondre à la préoccupation.....	5
RÉSUMÉ DES TRAVAUX ET DES CONCLUSIONS DE LA PARTIE A	5
PROCESSUS DE SÉLECTION DES PRATIQUES À PRÉCONISER.....	6
PRATIQUES DE LIAISON À PRÉCONISER ET OPTIONS D’OPÉRATIONNALISATION.....	8
Étape 1 : Établir une trajectoire de service	8
Étape 2 : Baliser les rôles et les règles de fonctionnement général	9
Étape 3 : Suite à une admission, repérer le risque et évaluer	12
Étape 4 : Planifier le congé et préparer le suivi post-congé.....	14
Étape 5 : Procéder à la transition	18
Étape 6 : Offrir un suivi post congé	19
CONCLUSION DE LA PARTIE B ET DES TRAVAUX	21
ANNEXE 1 : PROCESSUS DE TRAVAIL POUR RÉPONDRE À LA PRÉOCCUPATION	22
ANNEXE 2 : FIGURES SYNTHÈSES DES ÉCRITS CONSULTÉS DANS LA PARTIE A DES TRAVAUX	23
Synthèse graphique 1 : Description des composantes nécessaires pour des pratiques de liaison efficaces concernant des usagers hospitalisés ayant des besoins complexes	23
Synthèse graphique 2 : Description des pratiques les plus efficaces pour chacune des activités principales de la trajectoire de services par types de publications	24
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28

RAPPEL DU CONTEXTE ET DU 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 :

- Le sujet est prioritaire pour les directions générales.
- La fréquence et la gravité du problème sont d'importance.
- Le problème peut avoir un impact négatif sur les services offerts à la population et sur la performance des établissements.
- Les particularités de la réalité en région influencent l'application des pratiques.
- L'amélioration des services requiert des connaissances.

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 de courtage

Le tableau qui suit détaille les différents aspects du mandat sur lesquels porteront les travaux. Il décrit l'intention décisionnelle ainsi que les balises qui en délimitent l'envergure. Ce mandat exprime à la fois les besoins des décideurs, à la fois les connaissances souhaitées dans le délai imparti pour livrer les produits attendus de courtage.

MANDAT DE COURTAGE	
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

MANDAT DE COURTAGE

- Littérature grise de 2013-2018, disponible sur GOOGLE
- Avis des acteurs clés du Comité consultatif nommés par les établissements

Le produit de courtage de connaissances 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 du 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.

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.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX ET DES CONCLUSIONS DE LA PARTIE A

La Partie A des travaux s'est concentrée sur la recension narrative, le résumé puis la synthèse d'écrits scientifiques et gris. Elle a pu répondre en partie à la préoccupation commune des établissements membres du Consortium en identifiant les meilleures pratiques tirées de méta-analyses, de revues systématiques, d'essais randomisés contrôlés, de recommandations d'experts et de pratiques privilégiées par des organisations de santé, publiées dans les cinq dernières années.

Il en résulte un ouvrage qui décrit les pratiques jugées les meilleures ainsi qu'une synthèse exposant les principales composantes de liaison. La synthèse est reproduite à l'Annexe 2 sous la forme de figures. Ces composantes comprennent, pour des usagers présentant 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 ou au domicile.
 - 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.

PROCESSUS DE SÉLECTION DES PRATIQUES À PRÉCONISER

La partie A des travaux peut à elle seule alimenter un groupe de travail intéressé par l'amélioration des pratiques de liaison. La partie B permet en plus de pousser plus loin les recommandations vers leur opérationnalisation et leur application dans le contexte spécifique des services de santé en région.

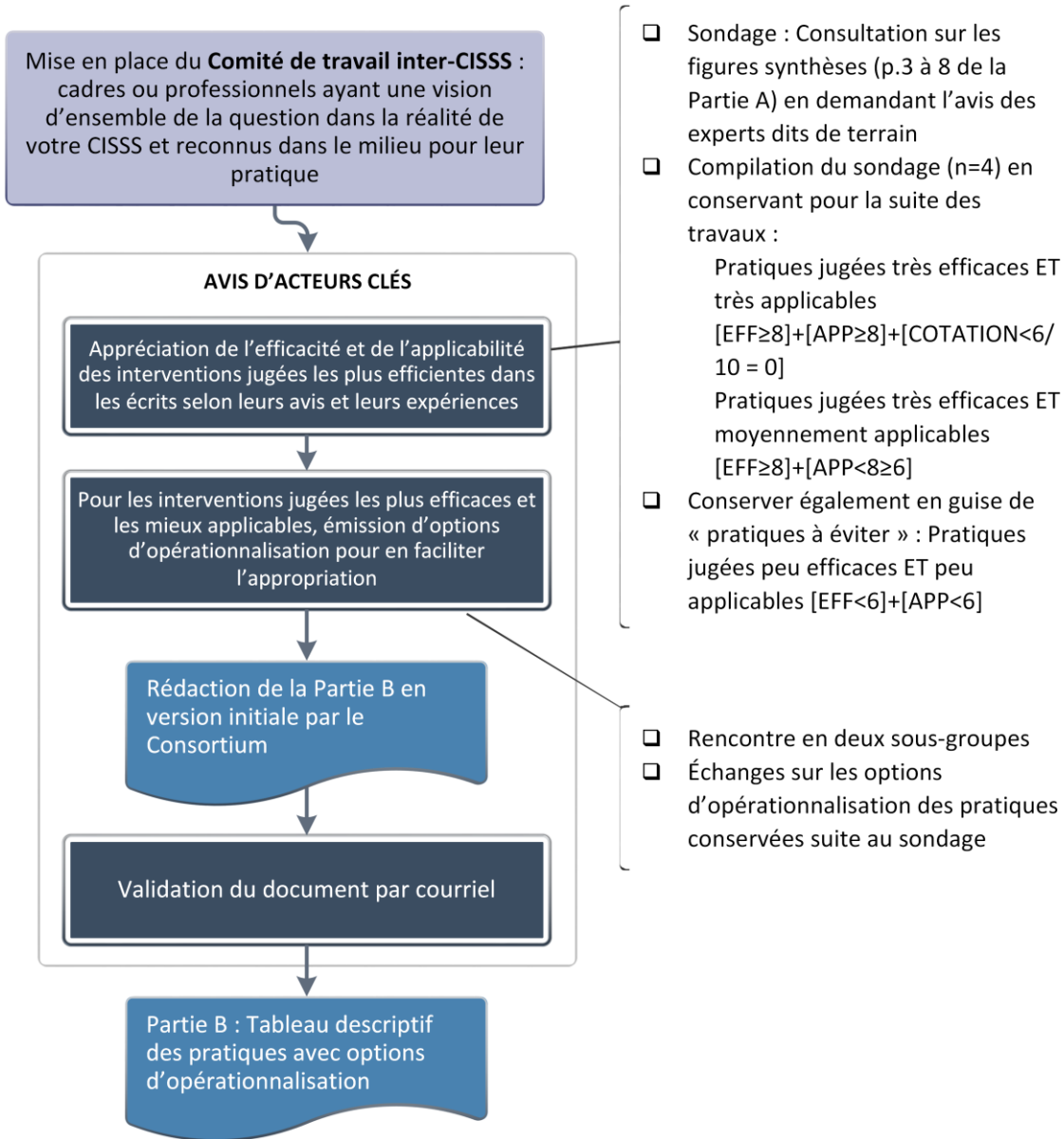
Pour parvenir à émettre des manières d'opérationnaliser les pratiques, cinq acteurs clés ont été consultés :

Nom	Titre	Établissement
Mme Geneviève Fugère	Directrice adjointe à la direction des soins infirmiers, volet hospitalier	CISSS Abitibi-Témiscamingue
Mme Mylène Gauthier	Coordonnatrice par intérim des services transversaux et des services socio-généralux, Direction des services multidisciplinaires	CISSS Abitibi-Témiscamingue
Mme Marie-Claude Castonguay	Chargée de projet NSA	CISSS Bas-Saint-Laurent
Dr Simon Delisle	Directeur des services professionnels adjoint des services de première ligne Directeur médical des services préhospitaliers d'urgence	CISSS Bas-Saint-Laurent
Mme Liliane Bernier	Directrice adjointe, volet gestion des opérations en santé physique	CISSS Chaudière-Appalaches

Les acteurs clés avaient pour mandat de :

1. Apprécier l'efficacité des pratiques identifiées dans les écrits au regard d'une implantation dans le contexte régional, à partir de leurs avis et de leurs propres expériences.
2. Apprécier l'applicabilité dans le contexte régional des pratiques identifiées dans les écrits, toujours à partir de leurs avis et de leurs propres expériences.
3. Décrire les pratiques implantées dans leur établissement qu'ils jugent efficaces.
4. Exprimer des options d'opérationnalisation qu'ils estiment avantageuses pour faciliter la mise en place des pratiques et pour optimiser le potentiel de succès du changement.

La méthode privilégiée a suivi les étapes indiquées dans la figure suivante. Ces choix ont été motivés par la disponibilité des acteurs clés, le temps imparti de réalisation et l'impression pour les membres de recevoir une connaissance suffisante pour répondre à leur besoin.



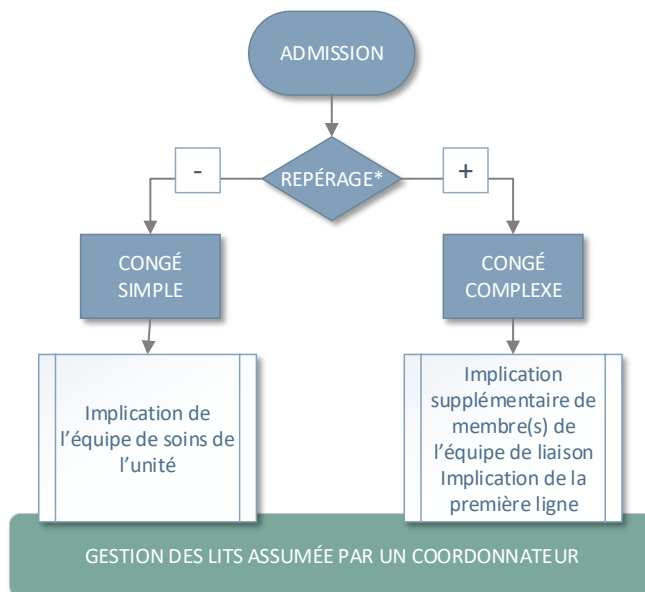
PRATIQUES DE LIAISON À PRÉCONISER ET OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION

Étape 1 : Établir une trajectoire de service

La Partie A expose la trame de base d'une trajectoire ainsi que des exemples de trajectoires provenant d'organisations au sujet des usagers présentant des besoins complexes. Les écrits consultés expriment ...

L'importance d'établir une trajectoire de services claire qui établisse les rôles des différents acteurs et les attentes envers eux. Cette trajectoire comporterait quatre principaux moments : le repérage des usagers à risque ayant des besoins complexes et l'évaluation ; la planification du congé ; la transition en soi ; et le suivi post-congé. Les prochaines étapes du document détailleront les pratiques au regard de ces principaux moments.

Une autre importante idée y est à peine couverte vu la centration des efforts sur la clientèle ayant des besoins complexes. Elle évoque l'importance de distinguer dès l'admission l'état de l'utilisateur, en « besoin simple » et « besoin complexe », puis de proposer une offre de service conséquente au besoin. Il est apparu pertinent de laisser ici une trace de cette idée car nécessaire à la réalisation de la trajectoire. La figure suivante synthétise les distinctions essentielles [3-5].



* Exemples de Critères de complexité

- Plusieurs membres de l'équipe multidisciplinaire tenus d'effectuer des évaluations complètes afin de faciliter une transition sécuritaire, appropriée et en temps opportun
- Nécessite coordination entre les services de soins primaires et hospitaliers
- Peut requérir des visites à domicile ou dans des installations
- Peut requérir des fournitures ou équipements spécialisés
- Identification de difficultés potentielles lors du congé
- Clientèle vulnérable
- Condition complexe ou multiples problèmes chroniques
- Condition bénéficiant d'une coordination accrue des soins
- Condition bénéficiant d'un meilleur soutien lors des transitions
- Grand utilisateur de services de santé

Étape 2 : Baliser les rôles et les règles de fonctionnement général

PRATIQUES À PRÉCONISER ¹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{2,3} POUR LE BALISAGE DES RÔLES ET DES RÈGLES
CONFIGURATION DE L'ÉQUIPE DE LIAISON	
Identifier un coordonnateur responsable de la liaison	<ul style="list-style-type: none"> † Identifier une personne ayant le rôle de coordonnateur responsable de la gestion des lits et de la liaison <ul style="list-style-type: none"> † Confier le rôle de coordination à un gestionnaire † Confier le rôle de coordination à une personne ayant un bagage en sciences infirmières ou en travail social ☞ Préciser le temps attendu à être consacré à la coordination vu le caractère « personne-dépendant » du rôle <ul style="list-style-type: none"> ☞ Rôle à temps complet ou partiel selon la taille de l'installation ☞ Rôle pouvant être assumé par un chef de service si le besoin s'avère à temps partiel ☞ Préciser clairement son mandat, ses rôles et ses responsabilités, au regard des rôles des autres personnes impliquées dans la gestion du congé ☞ Préconiser un travail de concertation entre le coordonnateur et les membres de l'équipe de soins ☞ Préconiser un maillage étroit entre le coordonnateur et le chef d'équipe du CLSC pour organiser efficacement les services ambulatoires ou au domicile ☞ Accorder un certain pouvoir au coordonnateur et établir la manière hiérarchique de procéder en cas de difficulté associée au congé d'un usager
Affecter un(des) intervenant(s) en tant que membre(s) de l'équipe de liaison	<ul style="list-style-type: none"> † Choisir le(s) membre(s) de l'équipe de liaison sur la base de leur crédibilité, de leurs compétences et de leurs expériences cliniques, incluant la connaissance du milieu hospitalier, des services ambulatoires incluant les GMF et des services à domicile † Préconiser un intervenant sénior reconnu pour ses bonnes pratiques † Configurations possibles

¹ Les pratiques sont jugées « à préconiser » parce qu'elles répondent à ces trois critères : efficacité reconnue dans les écrits consultés (voir Partie A) ; efficacité reconnue par les experts de terrain consultés ; et potentiel d'applicabilité de fort à moyen dans le contexte des établissements en région selon ces mêmes experts.

² Les « options d'opérationnalisation » rapportent des considérations et des préférences exprimées par les experts de terrain au sujet de la mise en place des pratiques préconisées.

³ Légende des icônes – L'option d'opérationnalisation concerne : † = les individus ; ☞ = l'organisation du travail ; ☞ = les calendriers et le temps ; ✖ = les outils.


PRATIQUES À PRÉCONISER ¹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{2,3} POUR LE BALISAGE DES RÔLES ET DES RÈGLES
	<ul style="list-style-type: none"> † Affecter une infirmière ou un travailleur social au rôle de liaison pour la gestion des congés complexes † Choisir un travailleur social provenant du CLSC, ce qui revêt des avantages mais qui nécessite le maillage avec quelqu'un qui connaisse étroitement la dynamique hospitalière † Mettre en place une équipe de liaison sous la forme d'un tandem « infirmière-travailleur social » qui relève d'un gestionnaire responsable de la gestion des lits (le coordonnateur) afin : d'avoir une meilleure vue d'ensemble de l'occupation des lits dans tout l'hôpital ; et d'assurer une plus grande neutralité des décisions, donc d'équité⁴ pour les usagers – configuration jugée très efficace mais difficilement applicable dans les plus petites installations <p>☞ Concentrer leurs efforts auprès d'usagers pour qui le congé s'avère complexe</p>
Établir les rôles respectifs entre l'équipe de liaison et l'équipe de soins	<p>☞ Attribuer les différents rôles retrouvés dans le présent document</p> <p>☞ Pour l'équipe de liaison, favoriser l'attribution de la gestion des congés complexes et le soutien à l'équipe de soins dans pareils cas</p>
Déterminer des balises claires de fonctionnement au sein de l'établissement, incluant les volets interne et externe de la trajectoire	<p>☞ Préciser et harmoniser les attentes et les cibles pour tout l'établissement (ex. : DMS, moment défini du congé rapidement suite à l'admission), incluant l'intra- et l'extrahospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Établir des cibles de DMS par pathologie ou par état de santé, un repère utile pour se questionner sur les services offerts en cas de dépassement ☞ Éviter de définir une DMS par programme ✘ Utiliser un logiciel de gestion des lits, idéalement avec alertes en cas de dépassement de la durée prévue de séjour ✘ Adopter un outil commun pour les clientèles vulnérables (ex. : profil nominatif pour des usagers à risque repéré, complété par le travailleur social et l'agente administrative) <p>☞ Favoriser un travail interdisciplinaire avec les intervenants impliqués</p> <p>☞ Optimiser les rôles des professionnels de l'équipe dans les limites réglementaires</p> <p>☞ Prévoir des mécanismes spécifiques de liaison entre l'hôpital et les services ambulatoires ou à domicile pour des cas très difficiles</p> <p>☞ Adapter le modèle à la taille et aux ressources de chaque installation</p>

⁴ Équité en droit de la santé : « Juste répartition des ressources ou des traitements entre des individus ou des groupes différents de manière à rendre à chacun ce qui lui est dû ou ce à quoi il a droit » ([Termium Plus](#), accédé le 28 février 2019, citant l'INESSS).

PRATIQUES À PRÉCONISER ¹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{2,3} POUR LE BALISAGE DES RÔLES ET DES RÈGLES
	<ul style="list-style-type: none"> ☐☐ Mettre en place des directives pour une gestion optimale des lits, incluant <ul style="list-style-type: none"> ☐☐ Consolidation du rôle de l'assistante du supérieur immédiat (ASI) au regard du respect de la DMS attendue en la déléstant de tâches non spécifiques à ses fonctions ☐☐ Rôle reconnu du coordonnateur en cas de dépassement de la DMS attendue ☐☐ En cas de dépassement de la DMS attendue, possibilité prévue que le coordonnateur aborde l'ASI pour la soutenir dans l'identification des causes et la résolution des problèmes ☐☐ Rencontres par le coordonnateur des équipes de soins en cas de dépassement des délais attendus ou de manque de lits
RÔLE DU COORDONNATEUR POUR L'ENSEMBLE DE LA TRAJECTOIRE	
Assurer la continuité des services à l'interne ainsi qu'entre l'interne et l'externe	<ul style="list-style-type: none"> ☐☐ Coordonner tant les transitions à l'interne qu'entre l'interne et l'externe (services ambulatoires incluant les GMF et services à domicile) ☐☐ Mettre en place les différents moyens énumérés pour permettre d'assumer efficacement le rôle ☐☐ S'assurer que les rôles des membres de l'équipe liés à la planification du congé soient exécutés ☐☐ S'assurer que le congé se planifie avec la participation des gestionnaires de cas ☐☐ Rencontrer les membres de l'équipe de soins en cas de dépassement de la DMS prévue ou de manque de lits ☐☐ Maintenir une vigie par rapport au travail des différents professionnels de l'unité et, en cas de difficulté, aborder à ce propos la direction concernée ☐☐ Participer à la détermination du plan de congé pour des usagers ayant des besoins complexes
FORMATION ET INFORMATION SUR LE CONGÉ	
Développer auprès du coordonnateur et de l'équipe de liaison les compétences propres aux fonctions de coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Formation donnée sur : la structure de l'établissement ; la trajectoire (services avant, pendant et après l'hospitalisation) ; les rôles des acteurs concernés ; la gestion des niveaux de soins ; la gestion des cas vulnérables et complexes ✘ Formation qui inclut le développement des savoir-faire et savoir-être
Informers tous les membres de l'équipe sur les transitions pour les usagers présentant des besoins complexes	<ul style="list-style-type: none"> ☐☐ Explications et coaching donnés par le coordonnateur sur la base de processus clairement définis ☐☐ Favoriser des séances qui soient communes aux membres de l'équipe



PRATIQUES À PRÉCONISER ¹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{2,3} POUR LE BALISAGE DES RÔLES ET DES RÈGLES
	<ul style="list-style-type: none">  S'assurer d'informer et de faire régulièrement des rappels aux membres de l'équipe sur le protocole de planification du congé















Étape 3 : Suite à une admission, repérer le risque et évaluer

PRATIQUES À PRÉCONISER ⁵	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{6,7} POUR REPÉRER ET ÉVALUER
REPÉRAGE DE LA COMPLEXITÉ DU CONGÉ	
Déterminer les critères de complexité nécessitant une gestion particulière du congé	<ul style="list-style-type: none"> † Adopter un critère concernant la consommation de services en identifiant les « grands consommateurs » par le nombre de visites à l'hôpital ✘ Utiliser un outil commun de repérage de la vulnérabilité, pour toute la trajectoire de services, idéalement un outil standardisé <ul style="list-style-type: none"> ✘ Questionnaire PRISMA-7 jugé adéquat, utilisable par exemple à l'urgence et à l'unité, en versions administrée ou auto-administrée ✘ Utiliser un outil de dépistage de la complexité <ul style="list-style-type: none"> ✘ « Grille de dépistage de la complexité », un outil standardisé, jugée adéquate ✘ Utiliser également un outil de dépistage des risques associés au retour à domicile <ul style="list-style-type: none"> ✘ « Compromission du retour à domicile depuis l'urgence », un outil à cinq questions jugé adéquat  S'assurer de mettre en place le suivi en cas de repérage positif

⁵ Les pratiques sont jugées « à préconiser » parce qu'elles répondent à ces trois critères : efficacité reconnue dans les écrits consultés (voir Partie A) ; efficacité reconnue par les experts de terrain consultés ; et potentiel d'applicabilité de fort à moyen dans le contexte des établissements en région selon ces mêmes experts.








⁶ Les « options d'opérationnalisation » rapportent des considérations exprimées par les experts de terrain sur la mise en place des pratiques préconisées.

⁷ Légende des icônes – L'option d'opérationnalisation concerne : † = les individus ;  = l'organisation du travail ;  = les calendriers et le temps ; ✘ = les outils.

PRATIQUES À PRÉCONISER ⁵	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{6,7} POUR REPÉRER ET ÉVALUER
<p>Identifier le responsable et le processus pour le repérage des usagers à risque ayant des besoins complexes</p>	<ul style="list-style-type: none">  Définir clairement la responsabilité du repérage  Favoriser la reconnaissance de la vulnérabilité en première ligne et l'accès à cette information aux équipes soignantes de toute la trajectoire de service <ul style="list-style-type: none"> † Rôle principalement de l'intervenant pivot ou du gestionnaire de cas  S'assurer que le repérage soit fait dès l'admission <ul style="list-style-type: none"> † Rôle assuré par les infirmières de l'unité  Vérifier si l'utilisateur est connu du SAD et considéré comme vulnérable  Si l'utilisateur n'est pas connu, administrer l'outil de repérage  Mettre en place une alerte informatisée (<i>pop-up</i>) signalant les usagers vulnérables connus  Contacter dès l'admission l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas  Pour un usager non connu du CLSC, une fois le repérage positif constaté à l'hôpital, affecter rapidement depuis la première ligne un intervenant pivot ou un gestionnaire de cas † Repérer également le besoin d'impliquer d'autres professionnels, un rôle assuré par les infirmières de l'unité ou les médecins
ÉVALUATION SUITE À UN REPÉRAGE POSITIF	
<p>Accéder à l'évaluation faite dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none">  Rendre disponible à l'hôpital les informations contenues dans i-CLSC et RSIPA <ul style="list-style-type: none"> † Intérêt d'abord pour l'équipe de liaison au regard de la planification du congé † Intérêt ensuite pour l'équipe de soins relativement au plan d'intervention  Problème de quantité d'informations qui nécessite la rédaction d'une synthèse
<p>Procéder à une évaluation complète, incluant le fardeau, les besoins, les connaissances et les moyens disponibles des proches aidants</p>	<ul style="list-style-type: none">  L'évaluation complète de l'utilisateur devrait être faite par l'intervenant pivot de l'utilisateur en première ligne, une pratique plus efficace et plus sécuritaire pour l'utilisateur.  Les professionnels sur l'unité de soins devraient mettre à jour le profil de l'utilisateur suite à l'épisode de soins, une mise à jour qui serait alors complétée par l'intervenant pivot si l'utilisateur n'était au préalable pas connu du CLSC.  L'intervenant pivot ou le travailleur social des services à domicile et un intervenant du GMF participent au plan de congé et évalue les besoins post-congé.  Les spécialistes sont disponibles pour répondre aux demandes de consultations.

PRATIQUES À PRÉCONISER ⁵	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{6,7} POUR REPÉRER ET ÉVALUER
<i>PRATIQUE À ÉVITER⁸</i>	
<i>Rôle du coordonnateur ou de l'équipe de liaison</i>	 <i>Réaliser l'évaluation complète de l'utilisateur</i>





Étape 4 : Planifier le congé et préparer le suivi post-congé

PRATIQUES À PRÉCONISER ⁹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{10,11} POUR LA PLANIFICATION DU CONGÉ
RÔLE DU COORDONNATEUR	
Coordonner la planification des transitions	<ul style="list-style-type: none">  Coordonner tant les transitions à l'interne qu'entre l'interne et l'externe  S'assurer que tous les partenaires disposent des informations à jour pertinentes pour amorcer ou poursuivre leur suivi  Tenir des rencontres de gestion des lits pour : faire régulièrement un état de situation en impliquant les personnes concernées de tous les départements ; mettre en place les actions pertinentes et facilitantes au congé  Tenir une rencontre quotidienne et courte (15-30 minutes) de gestion des lits, en matinée  Tenir au besoin une rencontre supplémentaire en après-midi  Planifier une rencontre hebdomadaire pour les cas plus complexes afin de sortir des impasses liées au congé et ainsi respecter le temps prévu de séjour  Utiliser un système d'informations qui puisse intégrer les informations utiles à la gestion des lits et au congé (ex. : MEDGPS¹², i-CLSC, RSIPA et MEDIPT)

⁸ Les pratiques sont jugées « à éviter » parce que, même si elles étaient rapportées dans les écrits comme des pratiques efficaces (voir Partie A), les experts de terrain ont estimé que ces pratiques seraient peu efficaces et peu applicables dans la réalité qu'ils connaissent.

⁹ Les pratiques sont jugées « à préconiser » parce qu'elles répondent à ces trois critères : efficacité reconnue dans les écrits consultés (voir Partie A) ; efficacité reconnue par les experts de terrain consultés ; et potentiel d'applicabilité de fort à moyen dans le contexte des établissements en région selon ces mêmes experts.

¹⁰ Les « options d'opérationnalisation » rapportent des considérations exprimées par les experts de terrain sur la mise en place des pratiques préconisées.

¹¹ Légende des icônes – L'option d'opérationnalisation concerne :  = les individus et leurs rôles ;  = l'organisation du travail ;  = les calendriers et le temps ;  = les outils.

¹² « Med-GPS permet une réduction de l'utilisation des civières en améliorant la gestion des soins alternatifs et des services d'urgence » [Logibec](#), accédé le 22 février 2019













PRATIQUES À PRÉCONISER ⁹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{10,11} POUR LA PLANIFICATION DU CONGÉ
Participer à la détermination du plan de congé	<ul style="list-style-type: none"> † Se préoccuper du congé dès l'admission de l'utilisateur ☞ Réaliser conjointement le plan de congé avec l'équipe de l'unité pour des congés simples
RÔLE DE L'ÉQUIPE DE LIAISON	
Rédiger le plan de congé avec l'équipe de soins, le patient ou ses proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> † Si l'équipe comprend deux professionnels, préciser qui est responsable de la rédaction en fonction du profil de l'utilisateur <ul style="list-style-type: none"> † Profil psychosocial ou besoin d'adaptations : travailleur social † Profil santé physique : infirmière † Favoriser la présence et la participation de l'utilisateur et de ses proches aidants
Prendre contact avec les services ambulatoires, dont le médecin de famille, ou les services au domicile	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Vérifier si l'utilisateur est déjà pris en charge en première ligne ☞ Solliciter l'intervenant pivot du CLSC et le GMF pour préparer le suivi post-congé ☞ Consolider les services ambulatoires ou au domicile à être offerts pendant le séjour
Discuter avec les intervenants de la première ligne des besoins en équipements et en soutien dès que possible	<ul style="list-style-type: none"> † Échanges avec le guichet du SAD ou les intervenants directement † Si l'équipe comprend deux professionnels, ils travaillent ensemble ou séparément selon le besoin de l'utilisateur ☞ Pour un transfert vers une unité de réadaptation, contact direct avec les professionnels de réadaptation ☞ Pour un transfert depuis une unité de réadaptation, les liens et contacts se font directement entre professionnels de réadaptation sans recourir à l'équipe de liaison ☞ Aborder rapidement les adaptations du domicile
PLAN DE CONGÉ	
Déterminer le plan de congé en équipe multidisciplinaire, impliquant les intervenants à l'interne et en ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Établir un processus clair pour déterminer et suivre le plan de congé ☞ Définir des balises sur les délais attendus et les actions à poser : le modèle AVC s'avère un modèle à copier moyennant une adaptation selon les problèmes de santé ☞ Réunir les personnes pour définir et mettre en place le plan de congé <ul style="list-style-type: none"> † Fonction du coordonnateur ou d'un membre de l'équipe de liaison pour des usagers présentant des besoins complexes de réunir les personnes concernées

PRATIQUES À PRÉCONISER ⁹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{10,11} POUR LA PLANIFICATION DU CONGÉ
	<ul style="list-style-type: none"> † Fonction de l'ASI pour les cas plus légers ou pour les cas complexes en absence d'une équipe de liaison pour réunir les personnes concernées † Possibilité également que l'ASI soit porteuse de la planification du congé, l'équipe de liaison assumant différentes fonctions et soutenant l'ASI † Personnes concernées qui doivent participer au plan de congé <ul style="list-style-type: none"> † Infirmières, médecins et autres professionnels de l'hôpital impliqués auprès de l'utilisateur † Intervenant pivot ou travailleur social des services à domicile qui évalue les besoins au congé, organise et assure la mise en place des services en ambulatoire pour un congé sécuritaire et satisfaisant † Intervenant du GMF † Usager et ses proches aidants † Membre(s) de l'équipe de liaison † Parvenir à un consensus clair sur le plan de congé † Consolider les services ambulatoires ou au domicile à être offerts pendant le séjour † Planification du congé sous la responsabilité de l'ASI ou d'un membre de l'équipe de liaison <ul style="list-style-type: none"> 📅 Planification amorcée au jour 1 🗉 Contact de l'intervenant pivot au jour 1 et, minimalement, rappel à l'intervenant pivot vers la fin du séjour 🗉 Envoi des informations pour assurer la continuité 📅 Établir rapidement un objectif de sortie et une durée prévue de séjour, connus par l'utilisateur et ses proches aidants : date prévue de congé dans les 48h post-admission, voire dans les 24h, avec ajustements possibles aux besoins
<p>Impliquer l'utilisateur et ses proches aidants à la détermination du plan de congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> 🗉 Planifier une discussion quotidienne de cas, à heure fixe, avec l'équipe, l'utilisateur et les proches aidants, en évitant de le faire seulement en situation de crise † Favoriser la plus grande implication possible de l'utilisateur et de ses proches aidants, minimalement une information complète sur le plan de congé † Inviter l'utilisateur ou ses proches aidants à énoncer leurs objectifs de récupération et leurs objectifs de retour à domicile <ul style="list-style-type: none"> † Fait par l'intervenant pivot ou par l'équipe † Si ce n'est pas fait par l'intervenant pivot, lui remettre les objectifs à poursuivre † Aborder avec l'utilisateur et ses proches aidants la manière dont l'utilisateur gèrera son état après le congé <ul style="list-style-type: none"> † Rôle de l'intervenant le plus près de l'utilisateur, souvent infirmière

PRATIQUES À PRÉCONISER ⁹	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{10,11} POUR LA PLANIFICATION DU CONGÉ
	<ul style="list-style-type: none"> † Rôle possible de l'équipe de liaison en cas de difficulté, pour des situations complexes
Donner de l'enseignement à l'utilisateur et à ses proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Donner de l'enseignement sur : la maladie ; l'autogestion des symptômes ; et la médication † Rôle assumé par l'infirmière et les autres professionnels impliqués † Rôle pouvant également être assumé en partenariat avec l'équipe de liaison, selon le besoin de l'utilisateur (ex. : enseignement par l'infirmière de liaison pour congé prévu au domicile avec un équipement particulier)
MÉDICATION	
Évaluer systématiquement la pertinence des médicaments et le repérage des médicaments potentiellement inappropriés, suivi d'ajustements des prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Optimiser la participation des pharmaciens, bien que le manque de ressources rende difficile leur implication, avec des rôles comme : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Analyser les alertes pour des médicaments potentiellement inappropriés ciblés et, le cas échéant, développer un plan avec le MD pour réduire le médicament à risque (ex. : la déprescription d'antipsychotiques) ☞ Faire des vérifications en identifiant les aberrations, suite ou non à des alertes ☞ Revoir la médication dans le rapport de congé et s'assurer de la transmission du rapport au pharmacien communautaire et au médecin de famille ✂ Mettre en place une alerte informatisée pour des médicaments potentiellement inappropriés ciblés
PRATIQUE À ÉVITER¹³	
<i>Rôle du coordonnateur</i>	☞ Rédiger le plan de congé





¹³ Les pratiques sont jugées « à éviter » parce que, même si elles étaient rapportées dans les écrits comme des pratiques efficaces (voir Partie A), les experts de terrain ont estimé que ces pratiques seraient peu efficaces et peu applicables dans la réalité qu'ils connaissent.



Étape 5 : Procéder à la transition

PRATIQUES À PRÉCONISER ¹⁴ OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{15,16} POUR LA TRANSITION	
RÔLE SPÉCIFIQUE DU COORDONNATEUR PENDANT LA TRANSITION	
S'assurer qu'un résumé du séjour soit disponible et que le congé se fasse au moment prévu	<ul style="list-style-type: none">  S'assurer que les informations pertinentes aient circulé entre les installations  S'assurer que tous les services ambulatoires ou au domicile soient mis en place  S'assurer que le transport soit prévu au moment du congé
RÉSUMÉ DE SÉJOUR	
Rédiger et envoyer un résumé de séjour dans un format standardisé	<ul style="list-style-type: none">  Le résumé du séjour comprend minimalement : diagnostic au congé, médication, plan de congé, soins requis à domicile, autres informations pertinentes.  Le résumé pourrait comprendre également : profil antérieur et actuel de l'usager ; raison d'admission.  Utiliser les notes de congé et la feuille sommaire en guise de résumé de séjour ou les formulaires à remplir de toute manière pour les services ambulatoires ou au domicile (ex. : services courants, réadaptation)  Envoyer un résumé du séjour au médecin de famille et aux autres membres de l'équipe ambulatoire dans un délai idéalement de 24h  Agent administratif assure envoi physique moyennant que le dossier soit complet
Remettre une copie du plan de congé à l'usager et à ses proches aidants	<ul style="list-style-type: none">  Faire un dépliant qui parle du congé, dans lequel des feuilles supplémentaires peuvent être insérées pendant le séjour, en évitant que l'usager se retrouve avec des feuilles volantes, incluant <ul style="list-style-type: none">  Des informations sur : préparation au congé ; moment du congé ; transport ; qui rejoindre  Des espaces pour écrire les rendez-vous et des informations personnelles  Remettre le dépliant dès l'admission, un rôle assuré par l'infirmière de l'unité




¹⁴ Les pratiques sont jugées « à préconiser » parce qu'elles répondent à ces trois critères : efficacité reconnue dans les écrits consultés (voir Partie A) ; efficacité reconnue par les experts de terrain consultés ; et potentiel d'applicabilité de fort à moyen dans le contexte des établissements en région selon ces mêmes experts.

¹⁵ Les « options d'opérationnalisation » rapportent des considérations exprimées par les experts de terrain sur la mise en place des pratiques préconisées.

¹⁶ Légende des icônes – L'option d'opérationnalisation concerne :  = les individus et leurs rôles ;  = l'organisation du travail ;  = les calendriers et le temps ;  = les outils.

PRATIQUES À PRÉCONISER ¹⁴	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{15,16} POUR LA TRANSITION
<i>PRATIQUES À ÉVITER¹⁷</i>	
<i>Rôle du coordonnateur ou de l'équipe de liaison</i>	 Rédiger le résumé de séjour  Effectuer une visite à domicile si nécessaire avec l'infirmière des services à domicile





Étape 6 : Offrir un suivi post congé

PRATIQUES À PRÉCONISER ¹⁸	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{19,20} POUR LE SUIVI POST-CONGÉ
LIENS ENTRE L'INTERNE ET L'EXTERNE	
Transmettre la fonction de coordination des services à un coordonnateur ou un gestionnaire de cas en soins primaires	 Identifier rapidement pendant l'hospitalisation qui prendra la relève suite au congé  Assurer un premier suivi dans les 8 jours post-congé, téléphonique ou sur place, bien qu'un premier contact téléphonique dans les 24 à 48h soit à favoriser
Demeurer disponible pour un temps déterminé suite au congé de l'hôpital	 Établir et baliser la disponibilité des membres de l'équipe de liaison suite au congé pour éviter un bris de service entre l'hôpital et l'ambulatorio

¹⁷ Les pratiques sont jugées « à éviter » parce que, même si elles étaient rapportées dans les écrits comme des pratiques efficaces (voir Partie A), les experts de terrain ont estimé que ces pratiques seraient peu efficaces et peu applicables dans la réalité qu'ils connaissent.

¹⁸ Les pratiques sont jugées « à préconiser » parce qu'elles répondent à ces trois critères : efficacité reconnue dans les écrits consultés (voir Partie A) ; efficacité reconnue par les experts de terrain consultés ; et potentiel d'applicabilité de fort à moyen dans le contexte des établissements en région selon ces mêmes experts.

¹⁹ Les « options d'opérationnalisation » rapportent des considérations exprimées par les experts de terrain sur la mise en place des pratiques préconisées.

²⁰ Légende des icônes – L'option d'opérationnalisation concerne :  = les individus et leurs rôles ;  = l'organisation du travail ;  = les calendriers et le temps ;  = les outils.

PRATIQUES À PRÉCONISER ¹⁸	OPTIONS D'OPÉRATIONNALISATION JUGÉES AVANTAGEUSES ^{19,20} POUR LE SUIVI POST-CONGÉ
	<ul style="list-style-type: none"> 📞 Disponibilité téléphonique pendant quelques jours suite au congé ↑ Pour des usagers ciblés : usagers inconnus du CLSC ; usagers en santé mentale ✂ Préciser cette disponibilité dans le « Résumé de séjour » remis à l'usager
ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES	
📞	Poursuivre l'évaluation au domicile entre 1 et 5 jours post-congé, au plus tard dans les 8 jours post-congé, ce qui serait favorable pour donner plus rapidement le congé et pour compléter l'évaluation dans l'environnement de la personne
📞	Envisager l'achèvement de l'évaluation au domicile ou en externe par une équipe mi-interne, mi-externe, tout particulièrement en réadaptation
📞	Ajuster le plan d'intervention en soins primaires et la fréquence des interventions en fonction des besoins observés lors de l'hospitalisation
📞	Faire des suivis téléphoniques et des visites à domicile selon les besoins
↑	S'assurer que les rôles des membres de l'équipe soient optimisés
↑	Offrir un suivi multidisciplinaire post-congé en fonction des besoins
📞	Envisager que le suivi multidisciplinaire soit assuré à court terme par une équipe de soutien au congé
<i>PRATIQUES À ÉVITER²¹</i>	
<i>Rôle du coordonnateur ou de l'équipe de liaison</i>	<ul style="list-style-type: none"> 📞 <i>Faire des suivis téléphoniques et des visites à domicile selon les besoins</i> 📞 <i>Poursuivre l'enseignement et le soutien à l'autogestion</i> 📞 <i>Assurer la gestion de l'accompagnement aux rendez-vous</i>
<i>Rôle de l'infirmière en première ligne</i>	<ul style="list-style-type: none"> 📞 <i>Gérer l'accompagnement aux rendez-vous</i>

²¹ Les pratiques sont jugées « à éviter » parce que, même si elles étaient rapportées dans les écrits comme des pratiques efficaces (voir Partie A), les experts de terrain ont estimé que ces pratiques seraient peu efficaces et peu applicables dans la réalité qu'ils connaissent.

CONCLUSION DE LA PARTIE B ET DES TRAVAUX

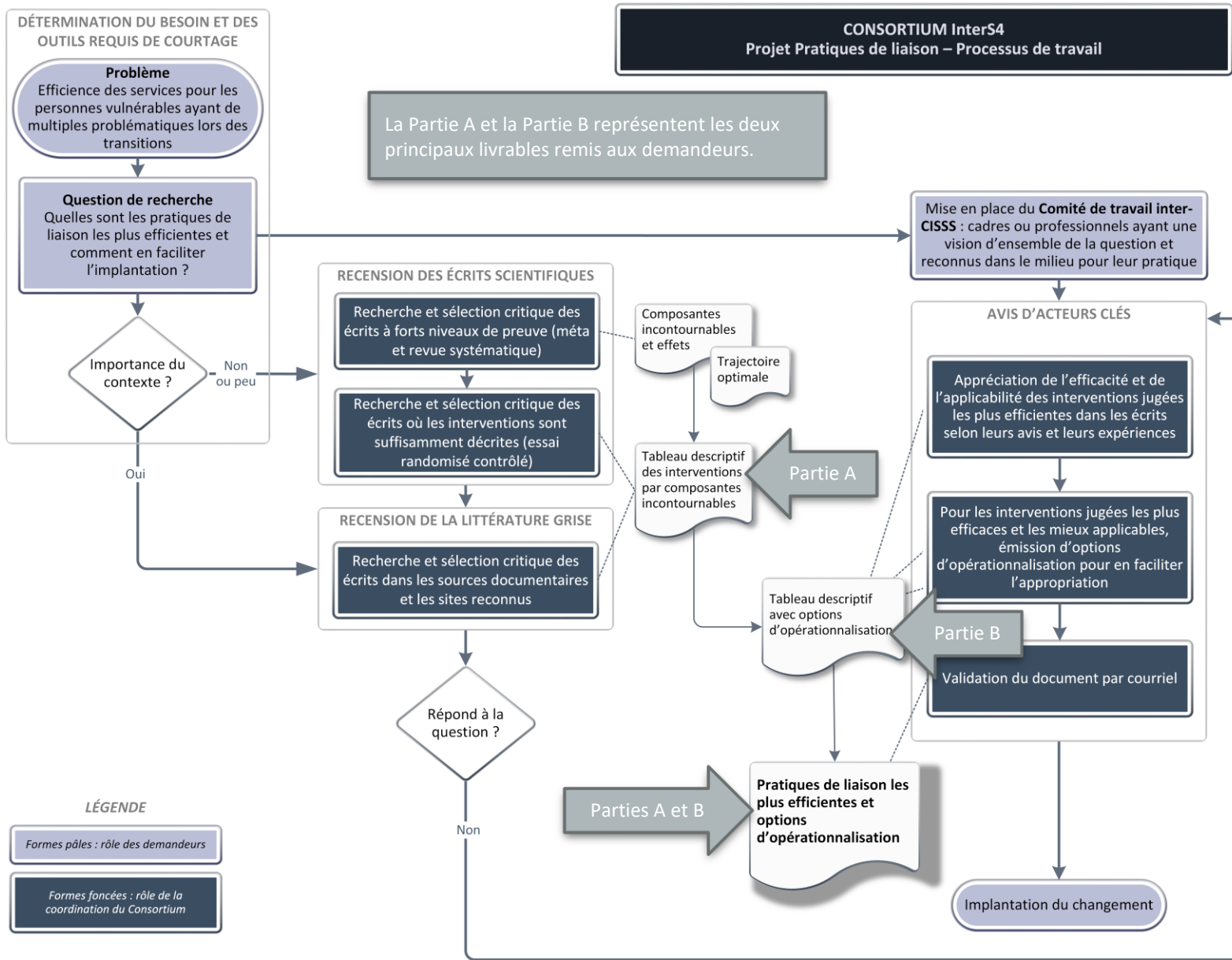
Les connaissances résumées cherchent à répondre aux préoccupations des établissements membres du Consortium au sujet des meilleures pratiques de liaison applicables à leur réalité pour des personnes vulnérables. La Partie B des travaux rapporte les pratiques jugées les plus efficaces et les mieux applicables en proposant des options d'opérationnalisation.

Les pratiques retenues comme étant les plus avantageuses proviennent de la synthèse des écrits scientifiques et de l'avis d'experts, fruit des travaux de la Partie A. Des acteurs clés provenant de différents établissements en ont d'abord apprécié l'efficacité et l'applicabilité à la lumière de leur expérience et de leur connaissance de la réalité. Ils ont ensuite émis des options d'opérationnalisation de ces pratiques.

Il résulte de la synthèse des écrits et de la consultation des acteurs clés une série de connaissances pertinentes. La partie A des travaux peut à elle seule alimenter un groupe de travail intéressé par l'amélioration des pratiques de liaison. Elle rapporte en effet les principales composantes de liaison qui devraient se retrouver dans la trajectoire de services et décrit les pratiques jugées les meilleures. La partie B renforce le potentiel d'appropriation des meilleures pratiques dans le contexte spécifique des services de santé en région grâce à l'identification de pratiques à la fois efficaces, à la fois applicables, ainsi que des options pour les opérationnaliser.

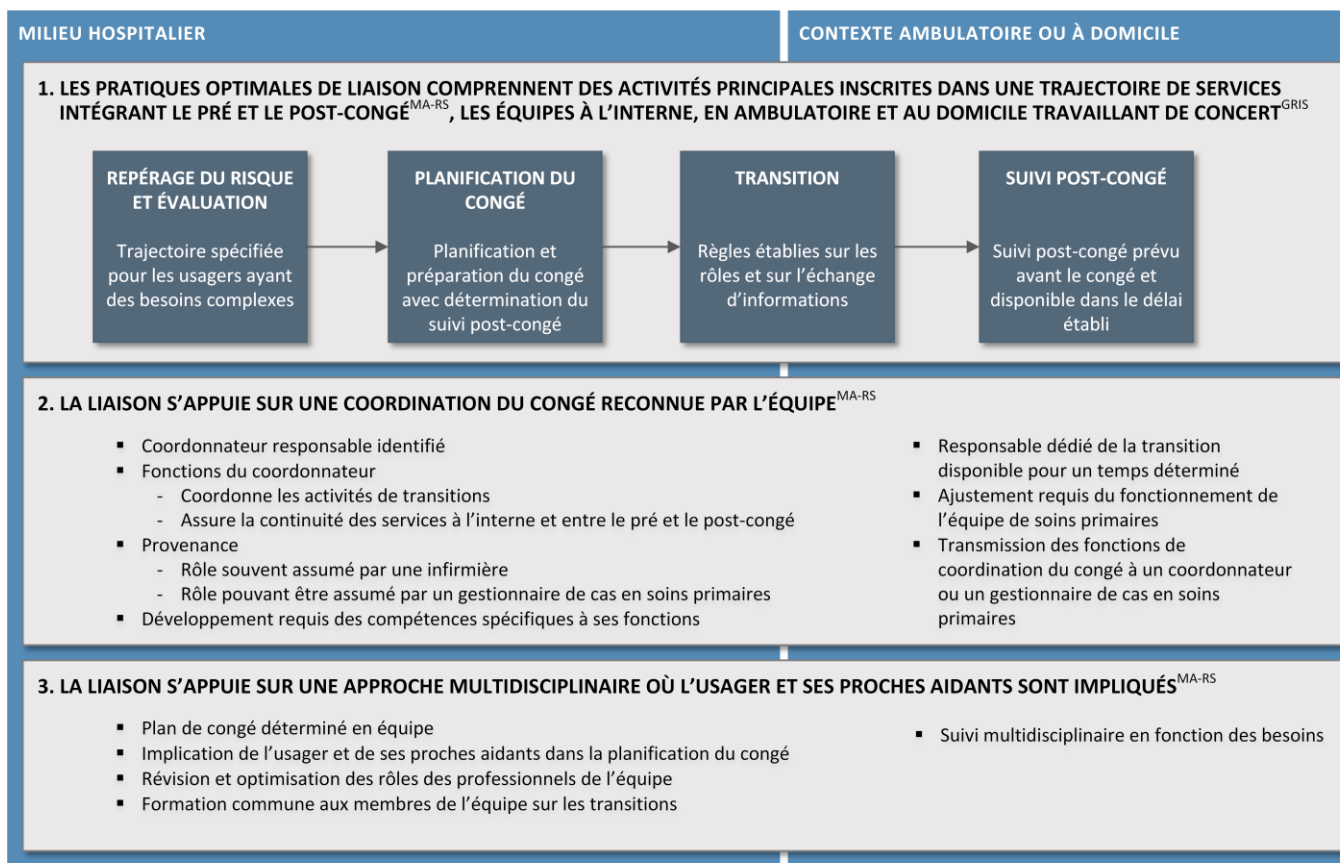
Les connaissances acquises pourront inspirer les membres de comités de travail sur l'amélioration des pratiques de liaison pour des clientèles vulnérables. Elles répondent donc aux attentes et au mandat confié par le demandeur, en accroissant les chances que les changements envisagés puissent se concrétiser et répondent avec efficacité aux besoins des usagers vulnérables.

ANNEXE 1 : PROCESSUS DE TRAVAIL POUR RÉPONDRE À LA PRÉOCCUPATION



ANNEXE 2 : FIGURES SYNTHÈSES DES ÉCRITS CONSULTÉS DANS LA PARTIE A DES TRAVAUX

Synthèse graphique 1 : Description des composantes nécessaires pour des pratiques de liaison efficaces concernant des usagers hospitalisés ayant des besoins complexes²²

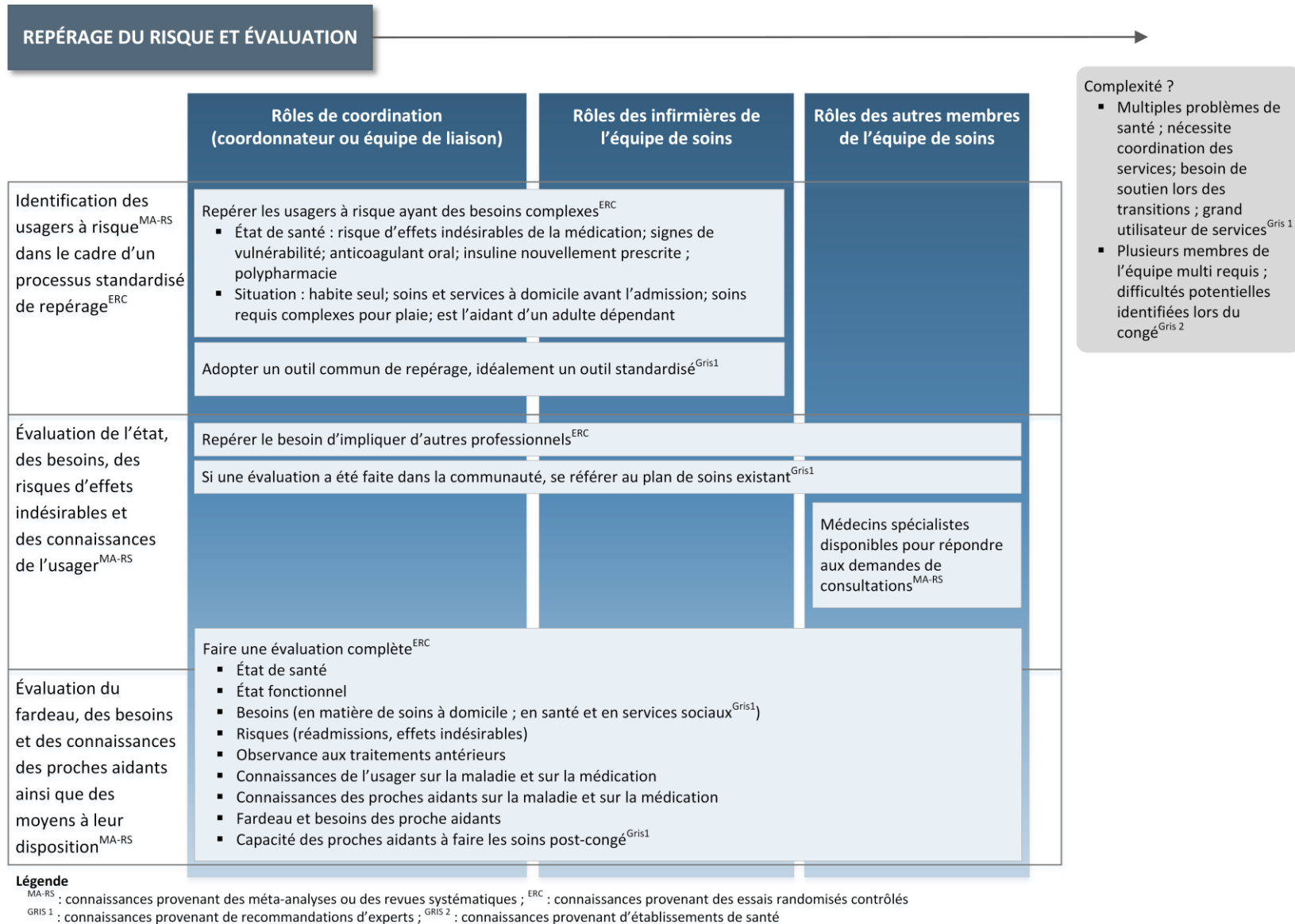


Légende

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

²² Les synthèses graphiques sont produites dans le cadre du mandat formulé par les demandeurs et de l'envergure prévue des travaux de recension narrative.

Synthèse graphique 2 : Description des pratiques les plus efficaces pour chacune des activités principales de la trajectoire de services par types de publications



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} , 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} , bien qu'un premier contact téléphonique dans les 24 à 48h semble avantageux ^{ERC}			
	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
^{GRIS1} : connaissances provenant de recommandations d'experts ; ^{GRIS2} : connaissances provenant d'établissements de santé

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. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Avril 2009. p. 181.
3. George Eliot Hospital - NHS Trust, *Discharges Policy*. 2017: United Kingdom. p. 82.
4. West Suffolk - NHS Foundation Trust, *Discharge Planning Operational Policy*. 2017: United Kingdom. p. 63.
5. Health Quality Ontario, *Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning: Helping Health Links Improve Transitions and Coordination of Care*. 2015: Ontario. p. 24.