

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean souhaite faciliter et harmoniser les pratiques liées au suivi des épisodes d’hospitalisation en vue d’améliorer la capacité organisationnelle à gérer les lits par une gestion précoce du congé. Pour ce faire, il a introduit des rencontres multidisciplinaires de gestion du congé et amorcé le déploiement d’un tableau de bord informatisé dont les données se trouvent au centre des mêlées quotidiennes des équipes de soins des unités visées. Dans le but de valider l’à-propos des nouvelles pratiques associées à l’implantation de cet outil, l’établissement a identifié quelques questions pour lesquelles il souhaite obtenir de plus amples connaissances.

Le présent document résume l’essentiel des connaissances tirée d’une recension d’écrits scientifiques et gris provenant d’organisations diversifiées s’intéressant aux indicateurs de performance, à la gestion des épisodes de soins en hospitalisation et aux outils d’aide à la décision clinique.

TABLEAUX DE BORD 24/7

Pour une planification efficiente du congé d’hospitalisation

Une publication de l’équipe du Consortium InterS4, en collaboration avec le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

MISE À JOUR DU 11 MAI 2022

Le **Consortium InterS4** regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, ainsi que le Centre universitaire intégré (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en collaboration avec les Universités du Québec à Chicoutimi (UQAC), à Rimouski (UQAR) et en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des établissements 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 **Courtage de connaissances** est un outil du transfert de connaissance « qui vise, via un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, acteurs de terrain, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. Les actions de cet intermédiaire peuvent être multiples et variées selon le contexte, mais visent toutes à créer du lien et de la communication, à valoriser les connaissances et les compétences de chacun (sans critère de priorisation ou de hiérarchisation) et à améliorer les pratiques. » (Munerol, Cambon et al. 2013)

Auteurs

Monique Bourget, Réd. A., B. Arch. M.A., Consortium InterS4

Emmanuelle Jean, Ph. D., coordonnatrice d'InterS4

Collaboratrice

Mme Josée Côté, conseillère-cadre en amélioration continue, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Demandeur

CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Jean Morneau (chef de service, Direction de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation)

Intention de la synthèse des écrits

Le présent ouvrage cherche à répondre aux préoccupations du demandeur sur les meilleures pratiques applicables à son contexte. Il se centre sur des publications scientifiques et des écrits gris récents. La présentation s'attache à résumer les conclusions des études consultées en vue d'inspirer les membres du comité responsable de la planification du changement. 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

Bourget, M. et Jean, E., *Tableaux de bord 24/7 – Pour une planification efficiente du congé d'hospitalisation*. 6 mai 2022, Consortium InterS4, <https://consortiuminters4.uqar.ca/>, 27 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.

MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre d'un vaste projet de restructuration de la coordination des opérations organisationnelles, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS) souhaite faciliter et harmoniser les pratiques liées au suivi des épisodes d'hospitalisation en vue d'améliorer la capacité organisationnelle à gérer les lits par une gestion précoce du congé qui :

- S'appuie sur un suivi quotidien et bref (15 minutes) de la part de l'équipe de soins;
- Avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire, favorise le repérage hâtif des situations ou des conditions susceptibles de compromettre le succès du retour du patient dans son milieu de vie;
- Permette la planification et la mise en œuvre de toutes les actions de prévention requises pour répondre aux risques identifiés;
- Au-delà de la collecte des données, développe, chez les membres de l'équipe de soins, le réflexe d'envisager l'épisode de soins dans sa globalité et, à la lumière des indicateurs, d'intervenir promptement (même quart ou prochain quart de travail) afin de garder le cap sur l'optimisation du séjour (durée et amélioration de la condition).

Pour atteindre ces objectifs, l'établissement a retenu la piste de la création d'un tableau de bord 24/7 où sont consignées des données liées à l'épisode d'hospitalisation qui ne sont pas déjà incluses au dossier patient. Il propose (menus déroulants, pour l'essentiel, avec quelques zones limitées de texte à saisir) des actions (évaluation fonctionnelle; examens diagnostiques; etc.) adaptées aux constats révélés par les indicateurs retenus (âge; date prévue de congé; date anticipée du congé; caractéristiques du milieu de vie; etc.).

Le nouvel outil, qui a été bâti sur la structure d'un outil informatisé existant utilisé par le CIUSSS, était déjà en déploiement au moment de l'amorce du mandat de courtage de connaissances. La stratégie d'appropriation des nouvelles pratiques associées à la mise en œuvre de cet outil mise sur le leadership du gestionnaire en place, qui peut notamment s'appuyer sur un standard d'animation et des capsules de formation. Il est à noter que le Consortium InterS4 n'a consulté ni les outils ni les stratégies d'appropriation mis de l'avant par le CIUSSS dans le cadre de la réalisation du mandat.

À la lumière de ce qui précède, les conclusions contenues au présent document constituent moins des d'intrants à la structuration des nouvelles pratiques que des repères d'intérêt à considérer lors de l'évaluation post-implantation du nouvel outil.

Les questions préliminaires soulevées par l'énoncé du mandat peuvent être résumées comme suit :

- Quels sont les **indicateurs** à suivre dans un tableau de bord pour favoriser un congé précoce des patients hospitalisés dans les unités de médecine générale?
- Comment (meilleurs indicateurs et meilleures pratiques) est réalisée la **gestion** (bien que l'épisode de soins se définisse nécessairement par l'enchaînement de différents gestes cliniques, c'est bel et bien la « gestion » de cet enchaînement que l'on souhaite mesurer ici) **de l'épisode de soins**?
- Quelles **interfaces** sont les plus efficaces, sur le plan **visuel**, pour soutenir la décision et l'action (notamment dans le contexte des mêlées quotidiennes visant la réévaluation et, le cas échéant, la réorientation de l'épisode de soins) fondées sur les indicateurs?

MESSAGES CLÉS

Indicateurs

Parmi l'ensemble des variables associées à un épisode d'hospitalisation, certaines détiennent un fort potentiel comme **PRÉDICTEURS D'UNE DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS) OPTIMISÉE ET DE LA RÉUSSITE** (absence de réadmission) **D'UN CONGÉ D'HOSPITALISATION PRÉCOCE**. Les variables ayant le plus d'incidence de la prise de décision visant le congé d'hospitalisation sont :

- Les **VARIABLES DÉMOGRAPHIQUES**, avec des facteurs d'influence comme :
 - L'**ÂGE**, l'avancement en âge se situant généralement en corrélation avec une DMS plus longue;
 - Le **GENRE**, les hommes affichant régulièrement une DMS plus longue pour un même diagnostic;
- Les **VARIABLES LIÉES AUX COMORBIDITÉS OU au diagnostic**, avec des facteurs d'influence comme :
 - Le « **SCORE COMPOSITE** » (somme des comorbidités + pharmacologie/dépendance);
 - La **FRÉQUENCE DU DIAGNOSTIC** (hospitalisations répétées en santé mentale, par exemple);
- Les **VARIABLES LIÉES À L'HOSPITALISATION** elle-même, avec des facteurs d'influence comme :
 - L'**ORIGINE DE L'ADMISSION** (élective ou urgente);
 - Le **TYPE DE LIT** (soins aigus, post-chirurgicaux ou généraux);
 - Le nombre, la nature et le délai associés aux **TRANSFERTS INTERSERVICES** (depuis l'urgence; vers l'imagerie médicale; vers le bloc opératoire; etc.);
 - Les **COMPLICATIONS** (chutes ou infections, par exemple) liées au séjour;
- Les **VARIABLES LIÉES AU STATUT FONCTIONNEL** général, avec des facteurs d'influence comme :
 - La **CAPACITÉ DE DÉAMBULATION** ainsi que les **CAPACITÉS PSYCHOSOCIALES ET COGNITIVES**;
 - L'intensité du **SOUTIEN INFIRMIER REQUIS** le soir et la nuit (deux interventions ou moins pour du soutien à des activités comme s'asseoir ou se lever de la toilette, embarquer et sortir du lit, utiliser des culottes d'incontinence et d'autres).

Avec le **VIELLISSEMENT DE LA POPULATION**, il est prévisible que les **VARIABLES DÉMOGRAPHIQUES** et celles liées au **STATUT FONCTIONNEL** occupent bientôt une **PLACE PRÉPONDÉRANTE** dans le processus décisionnel du congé d'hospitalisation.

Gestion de l'épisode de soins

Apport d'une dynamique organisationnelle d'amélioration continue

Les **VARIABLES LES PLUS CONTRIBUTIVES** au congé précoce du patient émergent d'actions pertinentes d'**AMÉLIORATION CONTINUE**, et ce, à tous les niveaux de gouverne.

Au niveau **STRATÉGIQUE**, l'efficacité des **STRUCTURES** (programmes; rôles et responsabilités; évaluation de programme; etc.) **ET** des **PROCESSUS** (cogestion; décision partagée; etc.) doit être considérée. En effet, l'essentiel des services signifiants pour l'état de santé du patient est déployé hors de l'épisode d'hospitalisation par des humains à l'écoute de ses besoins. Par exemple :

- « **L'AVANT** » **ET** « **L'APRÈS** » épisode d'hospitalisation sont des **PRÉDICTEURS FIABLES DU « PENDANT »**;

- La **QUALITÉ ET la CONTINUITÉ DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS** et la **COORDINATION DES SERVICES INTERPROFESSIONNELS** sont les facteurs les plus déterminants dans la matérialisation d'un congé précoce réussi;
- Une réduction d'un peu plus de 40 % de la DMS serait possible en recourant à une **APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE** favorisant une prise en charge simultanée des **ENJEUX** associés aux attributs :
 - **CLINIQUES** (état physique et mental);
 - **SOCIAUX** (qualité de l'apport potentiel de proches aidants; niveau de participation sociale et communautaire);
 - **ENVIRONNEMENTAUX** (ajustements requis aux aménagements du milieu de vie)

Au niveau **TACTIQUE**, il convient de prendre en charge les **VARIABLES CLINIQUES ET LOGISTIQUES** pour favoriser, plutôt que la guérison hospitalière, la **STABILISATION DE LA CONDITION** accompagnée d'un **SUIVI EXTERNE** post-hospitalisation pertinent. Par exemple :

- Les « **ANGLES MORTS** » DE LA DMS, dont la **VARIABLE MODIFIABLE DES DIFFÉRENTS TRANSFERTS** (nombre et types de transferts intrahospitaliers; délai entre la requête et l'exécution de ces transferts; délai entre la requête et l'exécution du congé), ont une influence beaucoup plus notable (importance relative de plus de **40 %**) sur la **DMS** que le facteur plus difficilement modifiable de la sévérité de la condition du patient (importance relative de moins de 5 %) sur la DMS;
- Le **CONTOURNEMENT DE** certaines **VARIABLES NON MODIFIABLES** (par exemple, une évaluation gériatrique appropriée au cours de l'hospitalisation pour contourner la variable non modifiable de l'âge) peut avoir une influence significative sur la DMS et sur d'autres indicateurs de santé liés au congé;
- Les **STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ**, telles l'inclusion du patient et de ses proches à la dynamique décisionnelle et à la synergie de l'équipe de soins dès l'admission, la préparation d'un plan d'action et d'outils de vulgarisation post-hospitalisation et la revue de la médication, qui permettent de **LEVER NOMBRE DE BARRIÈRES D'APPRÉHENSION** du patient et de ses proches **FACE AU CONGÉ**.

Au niveau **OPÉRATIONNEL**, l'amélioration de l'efficacité communicationnelle entre les différentes parties prenantes a des impacts positifs sur la DMS, **NOTAMMENT À L'APPROCHE DU CONGÉ** :

- Un **ACCOMPAGNEMENT SOUTENU ET PERSONNALISÉ** au congé du patient est de nature à générer une qualité de communication favorable (bienveillance et vulgarisation) à une **PARTICIPATION ACTIVE ET À L'AUTONOMISATION DU PATIENT ET DE SES PROCHES**;
- La communication agit également comme clé d'une **COORDINATION OPTIMALE DE LA TRAJECTOIRE** de soins et du suivi clinique par les différents intervenants en santé, en lien avec « l'avant », « l'après » et le « pendant » l'épisode d'hospitalisation;
- Un **ACCÈS FLUIDE ET FIABLE AUX DONNÉES PATIENT**, l'**INTEROPÉRABILITÉ** des systèmes d'information et un recours judicieux aux stratégies de **TÉLÉSANTÉ**, parce qu'omniprésents dans les différentes stratégies envisageables de réduction de la DMS, ont une influence non négligeable sur cette dernière.

Gestion par tableaux de bord

Les **TABLEAUX DE BORD** peuvent appuyer efficacement la décision visant le congé d'hospitalisation, **À CERTAINES CONDITIONS** :

- Avant d'introduire un nouvel outil d'aide à la décision clinique – incluant les tableaux de bord – dans les pratiques d'une équipe de soins, il vaut la peine d'**INVESTIR DANS L'OPTIMISATION ET L'INTERDÉPENDANCE D'OUTILS EXISTANTS** bien maîtrisés.
- Le choix d'introduire un nouvel outil doit s'appuyer sur un **CONSENSUS ORGANISATIONNEL CLAIR** quant à sa **FINALITÉ ET** quant au **RETOUR** espéré **SUR L'INVESTISSEMENT** dans le temps.

- Le nouvel outil doit, **DE FAÇON MANIFESTE ET VISIBLE POUR LES UTILISATEURS, S'APPUYER SUR LES MEILLEURES PRATIQUES ET DES DONNÉES PROBANTES** pour nourrir la confiance dans son utilisation. Plus encore, la capacité du nouvel outil à développer des processus analytiques pouvant véritablement soutenir la décision clinique dépend de la fiabilité et de la capacité apprenante de la bibliothèque du système et des saisies successives qui y sont effectuées.
- L'élaboration du nouvel outil doit prendre acte des **MEILLEURES PRATIQUES** sur les plans de la **CONCEPTION** – incluant la **COCONSTRUCTION** avec les différents utilisateurs potentiels – et du **DESIGN** pour optimiser son potentiel d'adoption et d'adaptation aux **FLUX DE TRAVAIL** des intervenants en santé et des autres utilisateurs potentiels.
- Le monitoring du déploiement et d'évaluation continue du nouvel outil passe idéalement par une **JOURNALISATION DOCUMENTÉE ET RÉFÉRENCÉE DES AMÉLIORATIONS ET MISES À JOUR** apportées.
- Au-delà des performances attendues ou réelles de l'outil préconisé, l'**INTERVENTION HUMAINE** (professionnels de la santé et usagers) doit demeurer le **VÉRITABLE MOTEUR ET L'ULTIME REMPART** des systèmes d'aide à la décision clinique tels les tableaux de bord.

Interfaces visuelles

Le **DESIGN DES INTERFACES** figure parmi les facteurs les plus facilement contrôlables des interactions entre humains et ordinateurs. Les principaux attributs à privilégier dans la conception des tableaux de bord et autres outils d'aide à la décision sont :

- Les attributs **VISUELS** de l'interface :
 - Présentation (police; couleurs; contrastes; etc.);
 - Disposition et positionnement stratégiques des éléments;
 - Équilibre entre les informations textuelles et visuelles.
- Les attributs **INFORMATIONNELS** du système :
 - Standardisation terminologique et concision textuelle;
 - Dimension « conseil » bien documentée et évolutive;
 - Cohérence scientifique (sources multiples pour une même recommandation) et informationnelle (accessibilité universelle du vocabulaire et de l'affichage).
- Les attributs **INTERACTIFS** du système :
 - Rapidité;
 - Adéquation (optimisation des clics et saisies; facilité à extraire des données; navigation optimale dans les zones plus fréquemment utilisées ; interactivité des fonctions corollaires; etc.) ;
 - Pertinence (interopérabilité; maniabilité; dialogue système/intervenant; interactivité de fonctions corollaires; etc.);
 - Rétroaction (recommandations documentées; alertes; etc.);
 - Droit au retour en arrière dans le système;
 - Flexibilité du design (règles d'accès; capacité d'évolution; etc.).

STRATÉGIE DE RECHERCHE

La stratégie de recherche a été établie sur la base des questions préliminaires soulevées par l'énoncé de mandat, à savoir :

- Quels sont les **indicateurs** à suivre dans un tableau de bord pour favoriser le congé précoce des patients hospitalisés dans les unités de médecine générale?
- Comment (meilleurs indicateurs et meilleures pratiques) est réalisée la **gestion** (bien que l'épisode de soins se définisse nécessairement par l'enchaînement de différents gestes cliniques, c'est bel et bien la « gestion » de cet enchaînement que l'on souhaite mesurer ici) **de l'épisode de soins**?
- Quelles **interfaces** sont les plus efficaces, sur le plan **visuel**, pour soutenir la décision et l'action (notamment dans le contexte des mêlées quotidiennes visant la réévaluation et, le cas échéant, la réorientation de l'épisode de soins) fondées sur les indicateurs?

Le tableau qui suit résume la stratégie de recherche spécifique au mandat.

Tableau 1 – Stratégie de recherche spécifique au mandat

Type	Bases de données	Termes de recherche					Critères	
		Concept 1	AND OR	Concept 2	AND OR	Concept 3	Inclusions	Exclusions
Recherche générale	Littérature scientifique	+ Ebsco (Academic Search Complete, CINALH with Full Text, MEDLINE with Full Text, eBook Collection)	(hospitalization) OR (length of stay) OR (LOS) OR (hospital LOS)	(dashboard) OR (indicators) OR (predictors) OR (factors)	(interface design) OR (CDSS interface) OR (CDSS design)	+ Publications entre 2015 et 2022 (les plus récentes, jusqu'à saturation des données)	+ Publications d'avant 2015	
	Littérature grise	+ Google scholar + Google (littérature grise) + Communautés de pratique	(discharge planning) OR (multidisciplinary discharge planning)	(healthcare analytics) OR (analytics platform)		+ Rédigé en français et en anglais + Recension des écrits réalisée en 2021 par le Consortium InterS4 sur les systèmes d'aide à la décision clinique + Publications témoignant de pratiques issues de pays ou d'états comparables au Québec		

RÉFÉRENCES

Abuzied, Y., et al. (2021). "Reducing the length of stay by enhancing the patient discharge process: using quality improvement tools to optimize Hospital efficiency." Global Journal on Quality and Safety in Healthcare **4**(1): 44-49.

Agency for Healthcare Research and Quality (2011). "Care Transitions from Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning Training." IDEAL Discharge planning Tool 4: 32.

Baek, H., et al. (2018). "Analysis of length of hospital stay using electronic health records: A statistical and data mining approach." PloS one **13**(4): e0195901.

Baniasadi, T., et al. (2020). "Optimized Patients' Length of Hospital Stay with Interventions Based on Health Information Technology: A Review Study." dHealth: 69-76.

Casteli, C. P. M., et al. (2020). "Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: a systematic review of."

CHUS, C. d. I. E. (2021). "Salle de pilotage et outils pour le suivi de la performance dans Smartsheet." 19 pp.

Health Catalyst Editors (2021). "How Data Can Reduce Length of Stay and Keep the Revenue Stream Flowing." Health Catalyst.

Holstege, M., et al. (2016). "Structured scoring of supporting nursing tasks to enhance early discharge in geriatric rehabilitation: The BACK-HOME quasi-experimental study." International Journal of Nursing Studies **64**: 13-18.

Ibrahim, H., et al. (2022). "Multi-Disciplinary Discharge Coordination Team to Overcome Discharge Barriers and Address the Risk of Delayed Discharges." Risk management and healthcare policy **15**: 141.

Innis, J., et al. (2017). "Measuring health literate discharge practices." International Journal of Health Care Quality Assurance.

Kennedy, E. E., et al. (2022). "Systematic review of prediction models for postacute care destination decision-making." Journal of the American Medical Informatics Association **29**(1): 176-186.

Khosravizadeh, O., et al. (2016). "Factors affecting length of stay in teaching hospitals of a middle-income country." Electronic physician **8**(10): 3042.

Melvin, S. (2019). "Steps to Improving Length of Stay : Strategic, Tactical, and Technical." Hospital IQ.

Miah, M. S. J. M., et al. (2020). "Meta-design knowledge for clinical decision support systems." Australasian Journal of Information Systems **24**: 1-26.

Miller, K., et al. (2018). "Interface, information, interaction: a narrative review of design and functional requirements for clinical decision support." Journal of the American Medical Informatics Association **25**(5): 585-592.

Munerol, L., et al. (2013). "Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature." Sante Publique **25**(5): 587-597.

Peres, I. T., et al. (2021). "Prediction of intensive care units length of stay: a concise review." Revista Brasileira de terapia intensiva **33**: 183-187.

Ross, S. M. (2018). "5 Hospital Discharge Planning Tools to Improve Care Management." Comprehensive Medication Management.

Tipton, K., et al. (2021). "Interventions To Decrease Hospital Length of Stay."

Van Grootven, B., et al. (2018). "Quality indicators for in-hospital geriatric co-management programmes: a systematic literature review and international Delphi study." BMJ Open **8**(3): e020617.

ANNEXE A – BILAN DÉTAILLÉ DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Tableau 2 – Bilan détaillé de la recension des écrits

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
Écrits portant sur les indicateurs des épisodes d'hospitalisation et leurs facteurs d'influence			
(Kennedy, Bowles et al. 2022) Revue systématique	Bilan d'études portant sur le développement et la validation de modèles prédictifs en soins post-hospitalisation chez les adultes	<p>Les différents modèles prédictifs en soins post-hospitalisation chez les adultes étudiés dans cette revue systématique font ressortir les indicateurs suivants comme étant les plus significatifs (présence dans trois modèles ou plus) dans la prise de décision visant le congé d'hospitalisation, par ordre d'importance :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Variables démographiques, avec l'âge et le genre comme facteurs les plus influents; + Variables liées aux comorbidités ou au diagnostic, avec le score composite (somme des comorbidités + pharmacologie/dépendance) comme facteur le plus influent; + Variables liées à l'hospitalisation elle-même, avec le poids comme facteur le plus influent; + Variables liées au statut fonctionnel général, avec la capacité de déambulation comme facteur le plus influent. <p>Par la suite, les auteurs ont croisé les différents indicateurs recensés dans les différents modèles (les quatre catégories de variables décrites ci-dessus comportent un total de 29 indicateurs, avec une moyenne de 10 indicateurs par modèle) avec les indicateurs vérifiables par grandes catégories de populations cliniques. Le schéma qui suit illustre les résultats.</p>	<p>Bien que reflétant la réalité du système américain de santé et de services sociaux, cette publication soulève des conclusions facilement adaptables à la réalité du Québec [Courtière].</p> <p>La calibration effectuée par les auteurs tend à démontrer que les indicateurs émergeant des modèles se vérifient bel et bien dans le processus de prise de décision visant le congé d'hospitalisation chez la plupart des populations cliniques. Seules celles touchées par des AVC ou des chirurgies cardiaques présenteraient ainsi des indicateurs différents des indicateurs prévisibles dans les modèles. Cette situation s'expliquerait partiellement par le fait que les assureurs déterminent souvent leurs propres trajectoires de soins pour ces catégories de diagnostics et que celles-ci ne s'alignent pas toujours avec les trajectoires issues des pratiques des établissements [Auteurs].</p> <p>On constate également une tendance à inclure aux modèles prédictifs une vision holistique du patient qui inclut à la fois sa santé physique et mentale. Cette tendance se vérifie notamment dans le diabète, l'hypertension et la maladie cardiaque, des conditions chroniques qui sont connues pour leurs impacts sur la santé globale des patients [Auteurs].</p> <p>Enfin, avec le vieillissement de la population, certains chercheurs sont d'avis que les variables démographiques et celles liées au statut</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]																																																				
		<table border="1"> <caption>Data for Figure 3: Model discrimination (AUC) grouped by clinical population</caption> <thead> <tr> <th>Clinical Population</th> <th>Good (AUC ≥ 0.80)</th> <th>Fair (AUC 0.70-0.79)</th> <th>Poor (AUC < 0.70)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>General medical/surgical</td><td>3.0</td><td>1.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>General Medicine</td><td>1.0</td><td>0.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Stroke</td><td>1.0</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>Falls</td><td>2.0</td><td>0.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Cardiac Surgery</td><td>3.0</td><td>0.0</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>General Cardiac</td><td>1.0</td><td>0.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Gastrointestinal Surgery</td><td>2.0</td><td>1.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Gynecologic Surgery</td><td>2.0</td><td>0.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Total Joint Arthroplasty</td><td>3.0</td><td>4.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Spinal Surgery</td><td>2.0</td><td>1.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Liver Transplant</td><td>1.0</td><td>0.0</td><td>0.0</td></tr> <tr><td>Fracture</td><td>1.0</td><td>0.0</td><td>0.0</td></tr> </tbody> </table> <p>Figure 3. Model discrimination (AUC) grouped by clinical population.</p>	Clinical Population	Good (AUC ≥ 0.80)	Fair (AUC 0.70-0.79)	Poor (AUC < 0.70)	General medical/surgical	3.0	1.0	0.0	General Medicine	1.0	0.0	0.0	Stroke	1.0	1.0	1.0	Falls	2.0	0.0	0.0	Cardiac Surgery	3.0	0.0	2.0	General Cardiac	1.0	0.0	0.0	Gastrointestinal Surgery	2.0	1.0	0.0	Gynecologic Surgery	2.0	0.0	0.0	Total Joint Arthroplasty	3.0	4.0	0.0	Spinal Surgery	2.0	1.0	0.0	Liver Transplant	1.0	0.0	0.0	Fracture	1.0	0.0	0.0	<p>fonctionnel sont appelées à prendre une place prépondérante dans les modèles prédictifs dans la prise de décision visant le congé d'hospitalisation [Auteurs].</p>
Clinical Population	Good (AUC ≥ 0.80)	Fair (AUC 0.70-0.79)	Poor (AUC < 0.70)																																																				
General medical/surgical	3.0	1.0	0.0																																																				
General Medicine	1.0	0.0	0.0																																																				
Stroke	1.0	1.0	1.0																																																				
Falls	2.0	0.0	0.0																																																				
Cardiac Surgery	3.0	0.0	2.0																																																				
General Cardiac	1.0	0.0	0.0																																																				
Gastrointestinal Surgery	2.0	1.0	0.0																																																				
Gynecologic Surgery	2.0	0.0	0.0																																																				
Total Joint Arthroplasty	3.0	4.0	0.0																																																				
Spinal Surgery	2.0	1.0	0.0																																																				
Liver Transplant	1.0	0.0	0.0																																																				
Fracture	1.0	0.0	0.0																																																				
(Baek, Cho et al. 2018) Étude de dossiers patient	Analyse des liens entre les données contenues au dossier patient informatisé et la DMS	<p>L'analyse réalisée amène à conclure que les durées de séjour les plus longues sont généralement associées aux conditions requérant une réadaptation intensive, notamment pour les incidents cardiovasculaires. Elle conclut par ailleurs que les facteurs influençant le plus la DMS sont, par ordre d'importance :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le nombre et le type de transferts entre départements de l'hôpital; + Le délai de transfert entre la requête et son exécution; + Le délai de congé entre la requête et son exécution; + La fréquence des chirurgies; + La fréquence du diagnostic (hospitalisations dont la cause est reliée à un même diagnostic comme, par exemple, les hospitalisations successives reliées à un incident cardiovasculaire ou à un problème de santé mentale); + La sévérité de la condition du patient; + Le type de lit (soins aigus, postchirurgicaux ou généraux) + Le type d'assurance (selon l'agent payeur). <p>Les trois facteurs apparaissant en gras dans cette liste sont ceux que la publication estime possible d'améliorer par une gestion clinique et logistique optimisée.</p> <p>En lien avec ce qui précède, l'analyse réalisée permet également de constater que :</p> <ul style="list-style-type: none"> + La DMS augmente en moyenne de 17 jours chez les patients requérant des transferts interservices, notamment lorsqu'une réadaptation est requise. Par contre, lorsque les programmes de réadaptation sont efficaces, la DMS est généralement inférieure; + En santé mentale, les caractéristiques individuelles des patients jouent un rôle important dans la DMS pour un même diagnostic. C'est dans une compréhension 	<p>Bien que cette publication porte sur des pratiques d'un pays non comparable (Corée du Sud) au Québec, l'intérêt de ses conclusions justifie sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière].</p> <p>L'intérêt de cette publication réside dans la construction d'un modèle prédictif de la DMS en fonction des variables les plus significatives du dossier patient informatisé analysées dans le cadre de l'étude [Auteurs] :</p> <ul style="list-style-type: none"> + La présence d'une DMS de base associée à toute hospitalisation (2,72); + La fréquence des chirurgies chez un même patient qui est proportionnelle à sa durée de séjour (DMS de 2,70, avec une importance relative de 28,44 %); + La fréquence de diagnostic chez un même patient qui est généralement proportionnelle à sa durée de séjour (DMS de 2,46, avec une importance relative de 24,13 %); + Le nombre et le type de transferts entre départements de l'hôpital (DMS de 11,65, avec une importance relative de 41,40 %); 																																																				

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>améliorée de ces caractéristiques que se trouveraient les clés d'amélioration de la DMS pour cette clientèle;</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le recours excessif (ou la gestion déficiente) aux antibiotiques apparaît aussi comme un facteur faisant augmenter la DMS; + Dans certains cas (hospitalisation pédiatrique pour crise asthmatique et cystectomie, par exemple), d'autres indicateurs entrent en ligne de compte comme l'âge, le genre, la présence d'obésité ou de maladie chronique, etc. De telles conditions offrent peu de prise à une gestion optimisée de la DMS une fois le patient à l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> + La sévérité de la condition du patient (DMS de 1,02, avec une importance relative de 4,77 %); + Le type d'assurance (DMS de -0,80, avec une importance relative de 1,26 %). <p>En revanche, les limites méthodologiques méritent aussi d'être soulignées [Auteurs] :</p> <ul style="list-style-type: none"> + L'étude ne portait que sur un unique hôpital; + Comme l'analyse ne portait que sur les données consignées au dossier patient informatisé, les caractéristiques individuelles des patients n'ont pu être considérées; + Lorsqu'un congé est octroyé le vendredi (ça arrive régulièrement), il n'est pas rare que le congé effectif ait lieu le lundi, ce qui fausse les données. Même chose pour certains moments de l'année où le personnel est réduit. <p>Enfin, en marge des actions favorisant l'optimisation des épisodes d'hospitalisation, on évoque la continuité de l'offre de services comme clé d'amélioration de toutes les interventions hospitalières [Auteurs].</p>
<p>(Holstege, Bakkers et al. 2016)</p> <p>Étude quasi expérimentale avec cohorte de référence</p>	<p>Évaluation de l'impact de la consignation de données patient en gériatrie le soir et la nuit dans les rencontres multidisciplinaires menant au congé de patients gériatriques en réadaptation</p>	<p>L'étude vise à valider l'hypothèse selon laquelle l'évaluation systématique de l'intensité du soutien infirmier requis en soirée et la nuit dès le début de l'épisode d'hospitalisation pourrait favoriser un congé hâtif et réussi. Ce soutien infirmier ciblait plus particulièrement les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Prendre ses médicaments; + Manger et boire; + Transférer de la chambre à la toilette; + S'asseoir ou se lever de la toilette; + Se déshabiller en vue de la toilette quotidienne; + Voir à son hygiène personnelle; + Utiliser des culottes d'incontinence (nuit également); + Transférer à la chambre; + Embarquer et sortir du lit (nuit également); + Se déshabiller pour la nuit; + Se positionner dans le lit (nuit également); 	<p>Cette étude fait émerger l'intensité du soutien infirmier requis dès le début de l'épisode d'hospitalisation comme indicateur clé des réflexions multidisciplinaires menant au déclenchement de la planification du congé d'hospitalisation. L'étude permet également de constater que les principales barrières à un congé hâtif et réussi ont beaucoup moins à voir avec la condition clinique du patient lors de son hospitalisation qu'avec ses attributs cliniques (état physique et mental), sociaux (qualité de l'apport de proches aidants; niveau de participation sociale à la communauté) et environnementaux (ajustements requis au milieu de vie), d'où la pertinence et l'efficience d'une</p>

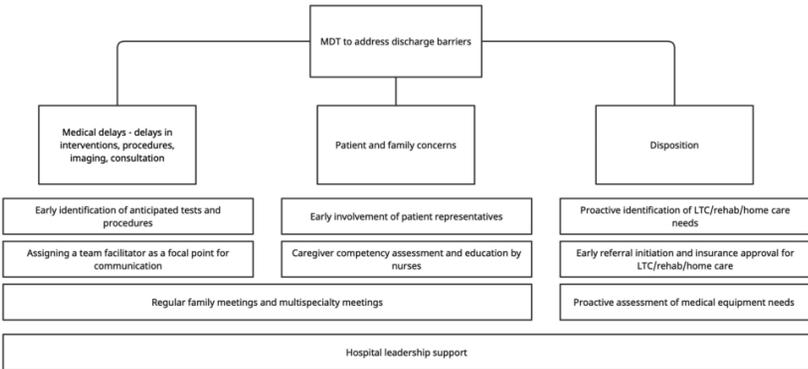
Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>+ Changer de position dans le lit (nuit également).</p> <p>Dans le cadre de la réalisation de l'étude, lorsqu'un patient avait besoin d'un maximum de deux interventions de soutien en soirée et aucune la nuit, on estimait qu'un congé d'hospitalisation était envisageable, à certaines conditions (accès à un programme de réadaptation ambulatoire et présence instruite de proches pour prendre le relais en soirée et la nuit). Le score des différents patients de l'étude était présenté et discuté lors de rencontres multidisciplinaires hebdomadaires. Selon l'issue de ces discussions, soit le processus de planification du congé s'amorçait avec une cible de deux semaines pour le retour à la maison, soit on consignait au dossier les raisons (cliniques, sociales ou environnementales) pour lesquelles le congé n'était pas possible ou désirable.</p>	<p>approche multidisciplinaire dans la planification du congé d'hospitalisation [Courtière].</p>
(Van Grootven, McNicoll et al. 2018) Revue systématique	<p>Sur la base d'un Delphi à deux tours, atteinte d'un consensus sur la structure la plus pertinente et la plus porteuse (<i>feasible</i>) pour établir des processus et des indicateurs de performance (<i>outcomes</i>) pour l'évaluation de programmes en cogestion destinés à la clientèle gériatrique hospitalisée en Europe de l'Ouest et aux États-Unis</p>	<p>Les 33 participants (essentiellement des gériatres) au sondage Delphi devaient coter les indicateurs proposés sur une échelle de 9 points pour les dimensions de « pertinence » et de « disponibilité effective » (<i>feasibility</i>). À l'obtention d'un score médian de 7 ou plus, les indicateurs étaient présumés pertinents et atteignables. Des indicateurs ont été évalués pour les structures, les processus et les données directement liées à la condition du patient.</p> <p>Parmi les différents indicateurs ayant fait consensus, les experts jugent ceux qui suivent comme étant les plus significatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les structures (8 indicateurs retenus au total) : <ul style="list-style-type: none"> o Les programmes gériatriques en cogestion incluent au moins un professionnel de la santé (gériatre; médecin de famille; infirmière clinicienne; physiothérapeute; ergothérapeute; travailleur social) expert en gériatrie; o Au moins un des membres experts de l'équipe est disponible sur une base quotidienne; o Les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe sont définis en lien avec la trajectoire de soins et sont supportés par les données probantes; o Un outil d'évaluation est disponible pour inclure ou non les patients au programme; o Un programme d'évaluation continue est disponible pour les membres de l'équipe qui y participent au moins sur une base annuelle; o La performance du programme fait l'objet d'une évaluation par l'équipe au moins sur une base annuelle en vue de l'améliorer en continu; + Les processus (7 indicateurs retenus au total) : <ul style="list-style-type: none"> o La cogestion démarre dans les 24 heures de l'hospitalisation et une évaluation gériatrique est effectuée à l'intérieur de ce délai; 	<p>Bien que cette publication porte sur des pratiques de pays non parfaitement comparables (États-Unis et pays de l'Europe de l'Ouest) au Québec, l'intérêt de ses conclusions justifie sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière].</p> <p>Une bonne évaluation gériatrique (<i>comprehensive geriatric assessment</i>), qui se trouve au cœur d'une cogestion gériatrique efficace, se définit comme un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire visant à déterminer les capacités médicales, psychologiques et fonctionnelles d'une personne âgée vulnérable (<i>frail</i>), lequel doit être suivi de la mise en œuvre coordonnée et intégrée d'un plan de traitement et de suivi [Auteurs].</p> <p>Le trait distinctif de cette publication réside dans la réflexion menée sur les indicateurs associés aux structures et aux processus. En effet, pour atteindre des cibles de performance intéressantes directement liées aux patients, il faut, au préalable, atteindre des cibles de performance minimale dans le déploiement des programmes destinés aux clientèles visées [Courtière].</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Le pourcentage des patients ayant été évalués, avec un accent particulier sur des conditions telles le delirium, le statut fonctionnel, les chutes, les ulcères de pression, l'utilisation de médicaments, les comorbidités, la nutrition, la douleur, la planification des soins avancés ainsi que la planification du congé et la communication des renseignements essentiels associés; ○ Sans être de véritables indicateurs, la décision partagée et la communication au quotidien entre l'équipe de soins et le patient et à l'intérieur de l'équipe de soins se dégagent comme des tendances fortes; + Les données directement liées à la condition du patient (16 indicateurs retenus au total) : <ul style="list-style-type: none"> ○ La DMS en hospitalisation; ○ Le délai préchirurgical (<i>time to surgery</i>); ○ La satisfaction du patient quant aux soins hospitaliers reçus; ○ Le pourcentage de patients admis en centre de longue durée après leur congé; ○ Le pourcentage de patients ayant développé un delirium; ○ Le pourcentage de patients ayant développé des ulcères de pression. 	
(Peres, Hamacher et al. 2021) Revue de littérature	Exploration des possibilités de construire un modèle prédictif de la DMS aux soins intensifs	<p>Parce qu'il est centré sur le patient, l'indicateur de la DMS demeure, malgré ses limitations, un témoin fiable de l'efficience et de la qualité des soins hospitaliers. Une de ces limitations réside dans son utilisation <i>a posteriori</i>. Le recours à un modèle prédictif de la DMS apparaît donc comme une avenue d'intérêt pour optimiser le coût et les résultats d'un séjour en hospitalisation. La quantité et la variété des données patient générées par un séjour aux soins intensifs semblent particulièrement propices à un tel développement statistique et technologique.</p> <p>Malgré le potentiel évident de cette piste, les auteurs concluent à l'absence actuelle d'un modèle prédictif universel et à la difficulté d'en développer un, notamment en raison de la présence d'un trop grand nombre de covariables contenues dans les bases de données des soins intensifs. En effet, il existe une relation non linéaire entre la DMS aux soins intensifs et la sévérité de la condition du patient. Bien que les patients hospitalisés aux soins intensifs aient logiquement une DMS plus élevée, ces patients ont, plus que dans toute autre unité d'hospitalisation, de fortes chances de décéder rapidement, induisant un biais statistique à la DMS de l'ensemble du groupe.</p>	<p>Concluant à la nécessité de poursuivre les réflexions, la publication souligne la pertinence [Auteurs] :</p> <ul style="list-style-type: none"> + D'inclure certains facteurs de risque (comorbidités; interventions évasives réalisées; marqueurs de laboratoire; événement ayant mené à la présence aux soins intensifs; etc.) dans la construction des modèles prédictifs; + De privilégier les bases de données massives, dont les tendances sont, par définition, plus significatives pour construire un tel modèle; + D'articuler les outils prédictifs dans des interfaces attractives (caractère intuitif du fonctionnement et parenté avec d'autres outils existants) pour les utilisateurs cibles et qui opèrent en temps réel.
(Casteli, Mbemba et al. 2020) Revue systématique de revues	Présentation d'un portrait des indicateurs de performance définis dans le cadre de différents projets	Dans le contexte du vieillissement de la population et de la prévalence accrue des maladies chroniques, les coûts liés à l'hospitalisation grimpent en flèche et il convient d'explorer des options sécuritaires à l'hospitalisation conventionnelle pour certaines clientèles. La fréquentation accrue des urgences et l'allongement conséquent de la	À première vue, cette publication semble fonctionner dans un univers parallèle à celui du mandat. Pourtant, et au-delà du plaidoyer favorable à l'hospitalisation à la maison qui se

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	pilotes d'hospitalisation à la maison	<p>DMS à l'urgence (avec toutes les conséquences désastreuses que cela peut comporter pour les personnes âgées, notamment) au cours des dernières années témoignent de la performance sous-optimale de la prestation de l'offre de services hospitalière.</p> <p>Soumise aux mêmes exigences de performance que l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à la maison est définie comme suit par les auteurs : « offre de services résidentielle d'hospitalisation pour des patients avec des conditions cliniques complexes qui, autrement, seraient admis pour des épisodes aigus requérant un monitoring 24/7 et un suivi offert uniquement en milieu hospitalier ».</p> <p>La publication dresse un portrait des indicateurs recensés dans le cadre de cette pratique selon trois grandes catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acquisition, déploiement et rétention des ressources infirmières <ul style="list-style-type: none"> ○ Pérennité économique (coût des ressources; utilisation des lits d'hôpital; nouvelles consultations à l'urgence; consommation des services; coût par case-mix et jours-patient) 2. Transformation des ressources infirmières en ressources pertinentes de soins infirmiers <ul style="list-style-type: none"> ○ Processus nursing (gestion des problèmes et symptômes) ○ Place centrale du patient dans le processus nursing (continuité; apport des proches) ○ Satisfaction professionnelle 3. Production de changement dans la condition des patients <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion des risques et sécurité (erreurs de médication et conséquences; infections pulmonaires; plaies de pression; complications urinaires; complications intestinales; infections intraveineuses) ○ Confort et qualité de vie du patient en lien avec ses soins (gestion des symptômes) ○ Statut fonctionnel du patient (capacités physiques; capacités psychosociales et cognitives; capacités fonctionnelles; état nutritionnel) ○ Satisfaction des patients et du personnel soignant (plaintes) ○ Contribution de l'interdisciplinarité (mortalité hospitalière; réadmission; DMS; temps de survie) <p>Globalement, l'hospitalisation à la maison génère de nombreux indicateurs positifs, notamment au chapitre du coût des ressources et de la satisfaction des patients. Peu d'indicateurs négatifs sont recensés et touchent généralement le développement d'infections et les insatisfactions du personnel soignant.</p> <p>On a également évalué les facilitateurs et obstacles à l'émergence d'indicateurs positifs, le tout sous quatre angles :</p>	<p>dégage de cette revue systématique, nombre des indicateurs recensés ici semblent porteurs en lien avec l'objectif poursuivi par le mandat.</p> <p>Parmi les points d'intérêt de cette publication figure également la présence d'un bon nombre de collaborateurs québécois parmi les auteurs .</p> <p>S'il est clair qu'une certaine pérennité financière (<i>economic sustainability</i>) est au rendez-vous dans le cadre d'un tel modèle en lien avec les indicateurs « purs » d'hospitalisation et divers indicateurs sociétaux, l'ensemble des coûts assumés pour le « bon » fonctionnement d'un tel modèle est vraisemblablement plus élevé (coûts directs en ressources diverses du réseau et coûts indirects reliés au relais assumé par les proches aidants) que dans un environnement hospitalier, d'où la difficulté d'en cerner précisément l'efficience. La « continuité de l'offre de services », plus que la « continuité de la présence physique » semble être le facteur le plus déterminant dans les initiatives à succès [Courtière].</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ol style="list-style-type: none"> Facteurs liés aux caractéristiques intrinsèques à l'hospitalisation à la maison (condition architecturale des lieux; disponibilité effective et hétérogénéité de l'offre de soins; autonomisation du patient) Facteurs individuels (adhésion au concept de l'hospitalisation à la maison par le patient; autonomie du patient; caractéristiques sociodémographiques du patient) Facteurs externes liés à l'environnement humain (qualité des interactions entre le patient et le personnel soignant) Facteurs externes liés à l'environnement organisationnel (continuité et stabilité de la structure de postes; compétence et multidisciplinarité de l'équipe; ressources informationnelles; soutien technique) 	
Écrits portant sur la gestion des épisodes d'hospitalisation			
(Innis, Barnsley et al. 2017) Résultats d'un sondage	Identification des facteurs de littératie du congé d'hospitalisation dans les pratiques d'hôpitaux ontariens	<p>Face aux enjeux financiers et de santé associés aux réadmissions en hospitalisation et constatant une tendance à la hausse des réadmissions dans les hôpitaux ontariens, les auteurs se sont intéressés aux facteurs les plus susceptibles de contribuer à la réduction des réadmissions et se sont plus particulièrement arrêtés au processus du congé de l'hôpital. Sur la base des dix indicateurs du projet <i>Re-Engineered Discharge</i> (RED) mis en œuvre au tournant du siècle à Boston par une équipe de cliniciens et de chercheurs pour mieux comprendre les dimensions du congé associés à des réadmissions, ils ont bâti un sondage visant à évaluer l'influence de la littératie en santé sur le succès du congé d'hospitalisation en Ontario.</p> <p>Les résultats du sondage ont mis en relief cinq facteurs de littératie du congé d'hospitalisation dans les unités de médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> + La qualité de la coordination de la trajectoire de soins, incluant les rendez-vous et examens de suivi post-hospitalisation; + Le recours à un plan d'action écrit destiné au patient et à ses proches; + L'éducation des patients et de ses proches, incluant des stratégies de vulgarisation; + Une revue de la médication; + Le recours à un sommaire de congé standardisé pouvant être transmis au médecin de famille. 	<p>Les résultats de ce sondage amènent à la conclusion qu'un accompagnement soutenu et personnalisé au congé d'hospitalisation se situe au cœur du succès du retour du patient dans son milieu de vie. La qualité de la communication émerge ainsi comme fil conducteur des cinq facteurs retenus. La communication agit en effet comme [Courtière] :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Clé pour la participation active et l'autonomisation du patient et de ses proches; + Clé de coordination de la trajectoire de soins et du suivi médical; + En conséquence, clé d'une gestion optimisée du congé et des réadmissions.
(Ross 2018) Blogue	Présentation de cinq outils de planification du congé d'hospitalisation	<p>Un court résumé des outils est présenté et des liens mènent vers les outils concrets qui peuvent être téléchargés. Les outils proposés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Un guide visant l'engagement du patient et de ses proches dans la qualité et la sécurité des soins hospitaliers, dont la stratégie IDEAL; + Une grille d'évaluation de l'opportunité et des conditions du congé d'hospitalisation; 	<p>Bien que reflétant la réalité du système américain de santé et de services sociaux, ce blogue et les outils auxquels il réfère soulèvent des conclusions facilement adaptables à la réalité du Québec [Courtière].</p>

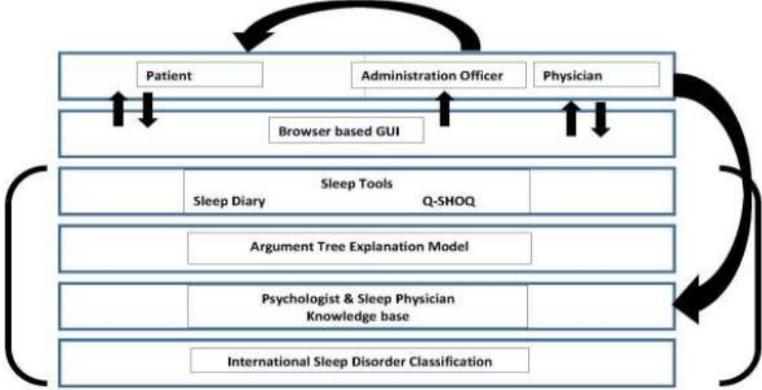
Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> + Un guide de congé hospitalier dans le secteur privé visant à améliorer les transitions post-soins intensifs et à réduire les réadmissions; + Un guide de préparation au congé structuré en pense-bête; + Un guide de planification du congé qui explique les étapes, les rôles de chacun, les questions à poser, etc. 	Tous ces outils renvoient à la nécessité d'inclure rapidement et concrètement le patient et ses proches à la dynamique décisionnelle de l'équipe de soins afin de favoriser un congé réussi (précoce et exempt de réadmission) [Courtière].
(Agency for Healthcare Research and Quality 2011) Outil de mise en œuvre d'une stratégie de congé d'hospitalisation	Proposition de clés pour favoriser un congé d'hospitalisation précoce sur la base d'un partenariat entre le patient, ses proches et l'équipe de soins	<p>Cette approche, qui réfère au premier outil proposé dans la publication présentée ci-dessus, vise une intégration du patient et de ses proches comme conseillers cliniques (<i>advisors</i>) qui non seulement sont appelés à intervenir dans le dossier du patient visé, mais également dans la perspective plus large d'élaboration ou de mise à jour de politiques ou procédures d'hospitalisation.</p> <p>La planification du congé d'hospitalisation couverte par le concept IDEAL renvoie à cinq clés de réussite d'un congé précoce et exempt de réadmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> + <i>I</i>, pour inclure le patient et les proches comme des partenaires à part entière des décisions menant au congé; + <i>D</i>, pour discuter avec le patient et ses proches des cinq sphères (non explicitées dans le document) de prévention des problèmes lors du retour à la maison; + <i>E</i>, pour éduquer le patient et ses proches tout au long de l'épisode d'hospitalisation; + <i>A</i>, pour évaluer (<i>assess</i>) l'efficacité communicationnelle des médecins et infirmières dans la vulgarisation du diagnostic, de la condition du patient et des prochaines étapes dans leur plan de soins, le tout en favorisant notamment les techniques de reformulation (<i>teach back</i>) par le patient; + <i>L</i>, pour écouter (<i>listen</i>) et respecter les objectifs du patient et de ses proches, leurs préférences, leurs observations et leurs préoccupations. 	<p>Malgré son ancienneté (2011), ce document comporte des conclusions qui demeurent d'actualité justifiant sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière].</p> <p>De l'admission à l'unité de soins jusqu'à la poursuite de la trajectoire de soins dans le milieu de vie du patient, l'outil propose, étape par étape, des interventions simples et concrètes pour favoriser un engagement optimal du patient et de ses proches et, du même coup, une synergie profitable avec l'équipe de soins. L'outil définit également les rôles de chacun des membres de cette équipe élargie [Courtière].</p> <p>Les principales limites du concept résident dans [Auteurs] :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le temps additionnel requis pour apprivoiser la démarche; + Les difficultés occasionnelles (patient sans proche connu ou proche non disponible à l'hôpital) à recruter un proche pour soutenir le patient à son retour à la maison; + Les imprévus pouvant survenir à la suite d'un congé; + Les capacités du patient (littératie et capacités cognitives).
(Ibrahim, Harhara et al. 2022) Description de pratique	Description de la constitution et du déploiement d'une équipe d'intervention multidisciplinaire dans la prise en charge des barrières au congé chez les	Différentes initiatives ont été mises de l'avant par des hôpitaux souhaitant réduire le congé tardif en hospitalisation. On cite notamment le recours à des critères de congé communs à des diagnostics communs, ainsi que l'utilisation de tableaux de bord et d'applications informatisées, le tout avec des taux de succès variables. Les auteurs avancent que la raison de ce succès mitigé repose dans le fait que l'octroi du congé est une responsabilité historiquement dévolue au médecin. Or, les atteintes systémiques induites par une hospitalisation prolongée peuvent difficilement trouver	<p>Bien que cette publication porte sur des pratiques de pays non comparables (Émirats Arabes unis), l'intérêt de ses conclusions justifie sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière].</p> <p>Une approche multidisciplinaire permet de réduire significativement la DMS. La pratique mise de l'avant (voir schéma ci-contre) a en effet</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	patients vivant une longue hospitalisation	<p>résolution par l'unique intervention du médecin, d'où l'intérêt d'explorer une approche multidisciplinaire pour planifier le congé.</p> <p>Sur une base hebdomadaire, l'équipe a procédé à des rencontres de planification des congés à l'aide de quelques données essentielles liées à chacun des patients, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> + La date estimée du congé; + La destination anticipée à la sortie (retour à la maison; résidence pour personnes âgées; réadaptation intensive; centre de soins de longue durée) + Les besoins prévisibles en soins infirmiers ou en équipement; + Les besoins perçus d'éducation des patients et de leurs proches; + Les conclusions des rencontres avec les proches; + Les conclusions des rencontres multidisciplinaires; + Les procédures ou examens en attente d'exécution; + Les obstacles potentiels au congé; + Un plan d'action permettant une prise en charge appropriée des enjeux en vue d'octroyer le congé dans les meilleurs délais. <p>Le plan d'action vise à s'attaquer aux sources de délais (voir schéma ci-dessous) sur lesquels les hôpitaux ont de la prise, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> + La résistance des patients et des proches au congé; + Les délais entre la prescription de tests ou de procédures et leur exécution; + Les délais de prise en charge des patients par les établissements de longue durée, lorsque nécessaire au moment du congé.  <p>MDT: multi-disciplinary team LTC: long-term care</p> <p>Figure 1 Multidisciplinary discharge coordination team intervention to address discharge barriers.</p>	généralisé une baisse de près de 42 % de la DMS, et ce, sans augmentation des réadmissions [Auteurs].

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
Écrits portant sur les facteurs influençant la durée moyenne de séjour en hospitalisation			
(Tipton, Leas et al. 2021) Brefpage technique reposant sur une revue de revues systématiques	Recension des interventions les plus efficaces pour diminuer la DMS	Huit stratégies favorisent la réduction de la DMS : <ul style="list-style-type: none"> + La planification du congé; + L'évaluation gériatrique; + La gestion pharmacologique; + Les trajectoires de soins; + Les soins multi ou interdisciplinaires; + La gestion de cas; + Les services externes (<i>hospitalist services</i>); + La télésanté. 	Ces stratégies trouvent toutefois un écho limité auprès des clientèles vulnérables ou aux conditions complexes ou à haut risque [Auteurs].
(Khosravizadeh, Vatankhah et al. 2016) Étude transversale de dossiers patient	Identification des facteurs influençant la DMS	La durée de séjour demeure l'indicateur le plus simple et le plus important des indicateurs hospitaliers pour mesurer l'efficacité de la gestion hospitalière, le contrôle qualité, la pertinence des soins hospitaliers et la gestion des lits. L'étude, portant sur des hôpitaux iraniens, signale par ailleurs que la DMS est généralement plus longue dans les hôpitaux universitaires (<i>teaching hospitals</i>) que dans les hôpitaux régionaux des milieux plus pauvres. La publication arrive à la conclusion que les indicateurs les plus significatifs dans la durée de séjour des patients hospitalisés sont : <ul style="list-style-type: none"> + L'âge; + Le statut d'emploi; + La situation familiale; + L'historique des hospitalisations; + La condition du patient lors de son congé; + La méthode de paiement; + Le type de traitement reçu. En revanche, les indicateurs suivants n'auraient pas d'influence sur la durée de séjour : <ul style="list-style-type: none"> + Le genre; + Le lieu de résidence; + Le type d'admission (élective ou urgente). 	Bien que cette publication porte sur des pratiques d'un pays non comparable (Iran) au Québec, l'intérêt de ses conclusions justifie sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière]. La publication arrive à la conclusion qu'en raison de la consommation significative des ressources requises pour faire fonctionner un système de santé, nombre de facteurs cliniques et non cliniques influencent la durée de séjour. Ces facteurs étant associés à la prestation de services, la publication avance qu'une gestion plus serrée de ces facteurs est de nature à réduire les durées de séjour et les séjours non appropriés et, ainsi, réduire les pertes financières associées [Auteurs].
(Abuzied, Maymani et al. 2021) Analyse de données	Identification des facteurs influençant le délai de congé hospitalier à des fins d'amélioration continue	La mise en place de processus d'amélioration continue déployés par une équipe multidisciplinaire et mettant directement à contribution le personnel est la clé pour améliorer la DMS. Le processus d'amélioration continue privilégié dans le cadre de l'étude combinait des stratégies FOCUS (<i>find, organize, clarify, understand, select</i>) et PSDA (<i>plan, do, study, act</i>) dans le but d'améliorer le processus de congé de l'hôpital et incluant des	Bien que cette publication porte sur des pratiques d'un pays non comparable (Arabie Saoudite) au Québec, l'intérêt de ses conclusions justifie sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière]. Le processus de congé hospitalier est plus complexe qu'il n'y paraît, souvent influencé par

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>cibles mesurables de performance annuelle sur une période de trois ans. Malgré une augmentation soutenue des clientèles au cours de la période, les taux de réadmission et de décès ont chuté de façon significative, suggérant un apport positif de l'amélioration de ce processus.</p>	<p>des facteurs non cliniques et requérant une fine coordination entre les médecins, les infirmières, les différents auxiliaires, le patient lui-même et ses proches ainsi que le département des finances de l'hôpital. Outre cette composante centrale du congé, certaines interventions demeurent à la portée des équipes de soins et peuvent significativement améliorer la DMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Une communication fluide entre les différentes parties prenantes; + La planification du congé dès le moment de l'admission; + Un accent porté à la stabilisation de la condition accompagné d'un suivi externe post-hospitalisation plutôt qu'à la recherche de la guérison <i>intra muros</i>.
Écrits portant sur les tableaux de bord en hospitalisation			
<p>(Baniasadi, Hassaniazad et al. 2020) Revue systématique</p>	<p>Démonstration d'un lien favorable entre les technologies de l'information et des communications (TIC) et la DMS par l'optimisation des processus et de la prestation des services</p>	<p>La publication dresse un portrait des capacités de divers systèmes informatisés contenant des données patient susceptibles de favoriser une gestion optimisée de la DMS. Elle met en relief l'idée que les données les plus pertinentes servent à prendre des décisions visant la revue de processus qui, à son tour, peut générer l'amélioration des résultats patient. Ainsi, même la meilleure analyse des données ne suffit pas si on n'est pas disposé à changer des pratiques pour améliorer les résultats.</p> <p>Les auteurs arrivent à la conclusion que la valeur accordée aux TIC par le personnel soignant est centrale à l'efficacité de quelque plateforme technologique que ce soit, de telle sorte que la priorité devrait aller à mettre en place des stratégies favorisant l'adoption et la maîtrise des TIC.</p> <div data-bbox="688 1143 1465 1398" style="text-align: center;"> <p>The diagram consists of three main boxes connected by arrows from left to right. The first box, 'Clinical & Pan-clinical Services Supported by Technology', lists: Telemedicine, EHR, CDSS, CPOE, HIS, PACS, Dashboards, Robotics, Wearable devices, RFID, and Etc. The second box, 'Improving Service Delivery Processes', lists: Communication, Integrity, Work flow, Time save, Safety, and Care quality. The third box, 'Shorter & Optimized LOS', lists: Admission, Stay, Transfer, and Discharge. An illustration of a hospital building is placed between the second and third boxes.</p> </div> <p>Figure 1. Technology support services and optimize LOS</p>	<p>Bien que cette publication porte sur des pratiques d'un pays non comparable (Iran) au Québec, l'intérêt de ses conclusions justifie sa consignation à la présente recension des écrits [Courtière].</p> <p>Il est permis d'arriver à la conclusion que la finalité d'un tableau de bord sur l'hospitalisation en médecine doit demeurer l'amélioration des processus et non le congé du patient qui, cela dit, peut arriver plus rapidement si les processus prennent acte des données défavorables colligées [Courtière].</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
(Health Catalyst Editors 2021) Éditorial d'entreprise	Démonstration de l'utilité des interventions fondées sur les données pour diminuer la DMS et le taux de réadmission en hospitalisation	<p>Les données disponibles dans le dossier patient sont nombreuses et variées et généralement sous-exploitées dans une perspective d'optimisation des processus. La publication avance qu'une meilleure utilisation des données du dossier patient offre des clés pour améliorer les indicateurs liés à l'hospitalisation en vue :</p> <ul style="list-style-type: none"> + De procéder à une revue des processus favorisant une standardisation des pratiques et des indicateurs; + D'éliminer les barrières au congé de l'hôpital; + D'offrir un soutien externe post-hospitalisation aux patients dont les indicateurs laissent craindre une réadmission à court terme. 	<i>Health Catalyst</i> est une publication Web mettant de l'avant les produits de l'entreprise Health Catalyst en gestion de données et tableaux de bord (<i>analytics technology</i>). Malgré le caractère mercantile de la publication, les principes qui y figurent demeurent d'intérêt dans le cadre de la présente recension des écrits [Courtière].
(Melvin 2019) Blogue d'entreprise	Recension de quelques clés essentielles à l'amélioration de la DMS	<p>La publication s'intéresse à la DMS sous ses angles :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Stratégique : Repérer les variations cliniques les plus significatives qui offrent une prise à l'amorce d'une démarche d'amélioration continue. On pense par exemple aux jours d'hospitalisation évitables par DRG en lien avec les cibles reconnues, par unité de soins et par médecin traitant; + Tactique : Repérer, au quotidien, les micropopulations présentant les meilleurs potentiels pour un congé ou un mouvement intrahospitalier le jour même. On pense aux patients dont les indicateurs les approchent de leur congé, des patients en observation ou touchés par des virus respiratoires bénins à faible risque de détérioration; + Technique : Favoriser un accès fluide et fiable aux données patient. On pense à la qualité des systèmes eux-mêmes et aussi à leur interopérabilité. 	<i>Hospital IQ</i> est une publication Web mettant de l'avant les produits de l'entreprise Hospital IQ en solutions technologiques de gestion hospitalière. Malgré le caractère mercantile de la publication, les principes qui y figurent demeurent d'intérêt dans le cadre de la présente recension des écrits [Courtière].
Écrits portant sur les caractéristiques des interfaces visuelles des systèmes d'aide à la décision clinique			
(Miah, Blake et al. 2020) Analyse conceptuelle	Description de la connaissance métadesign d'un système d'aide à la décision clinique	<p>À partir d'un cas de figure portant sur la résolution d'un problème de sommeil, la publication présente une architecture type et six principes de design des systèmes d'aide à la décision applicables à divers contextes.</p> <p>L'architecture type, illustrée ci-dessous, peut être résumée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les deux premières strates visent les utilisateurs du système et leurs interactions avec ce dernier. Les utilisateurs du système sont aussi parties prenantes à la décision clinique. Ils utilisent les interfaces disponibles pour interroger et nourrir le système en lien avec leurs préoccupations générales et spécifiques respectives; + Les deux dernières strates visent les meilleures pratiques et les données probantes d'où sont tirés les diagnostics et les propositions de traitement; + Entre les utilisateurs et les données probantes, les deux strates centrales s'attardent à lier les requêtes adressées au système aux meilleures pratiques et aux données probantes, en vue de développer des processus analytiques décisionnels pouvant suggérer des actions ou des outils pour traiter un problème 	<p>L'intérêt de cette analyse réside dans le fait qu'elle part du soutien à la décision clinique visant la résolution d'un problème de sommeil qui [Auteurs] :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Est un problème de santé aux contours flous et aux causes physiologiques et psychologiques multiples et souvent combinées; + En raison de ce qui précède, fait appel à des pratiques d'intérêt et à des données probantes nombreuses et variées qui ajoutent à la complexité de la tâche de l'outil d'aide à la décision clinique; + Implique la participation active et explicite du patient à la construction de la décision clinique.

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p>de santé donné. Les auteurs soulignent qu'au-delà des mérites mécaniques et scientifiques de cette architecture type, le jugement et la logique, nécessairement humains et externes au système d'aide à la décision, sont requis et, ultimement, doivent prévaloir.</p>  <p>L'architecture type décrite ci-dessus est par ailleurs être soutenue par six principes de design applicables à un ensemble de contextes :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Pour permettre une prise de décision fonctionnelle, le système d'aide à la décision clinique devrait apporter un bénéfice direct à l'ensemble des parties prenantes (patient, médecin, dossier patient), ce qui implique de prévoir des interfaces adaptées aux « besoins » de ces différentes parties prenantes; + Le système d'aide à la décision clinique doit reposer sur une terminologie et une ontologie partagées par ses différents utilisateurs et parties prenantes; + La coconstruction des systèmes d'aide à la décision est une condition centrale à leur succès et à leur justification; + Le recours aux systèmes d'aide à la décision clinique doit pouvoir se fondre de façon fluide dans les flux de travail et le processus décisionnel « régulier » des intervenants en santé; + Le système d'aide à la décision clinique doit être collé sur la réalité de la pratique et fournir une information de qualité pour l'ensemble de ses utilisateurs; + Le système d'aide à la décision clinique doit manifestement (le système doit offrir des preuves visibles) s'appuyer sur des données probantes pour nourrir la confiance dans son utilisation. 	
<p>(Miller, Mosby et al. 2018) Revue narrative</p>	<p>Identification, compilation et recommandations pour le design des outils d'aide à la décision soutenant une offre</p>	<p>La revue narrative réalisée dans le cadre de cette publication définit, décrit et qualifie les différents attributs de ces systèmes à considérer pour optimiser le design, l'organisation, la gestion, la présentation et l'utilisation des informations sur les plans de la mise en page, des contenus et des fonctions.</p>	<p>Le succès des outils d'aide à la décision dépend d'abord et avant tout de facteurs humains liés aux principes d'interactions entre humains et ordinateurs. Le design des interfaces figure parmi</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
	<p>de services de qualité qui soit efficiente, efficace et livrée au bon moment</p>	<p>Les résultats et l'efficacité des outils d'aide à la décision clinique ont été examinés sous deux angles : l'apport concret de leur utilisation auprès dans l'amélioration des flux de travail des intervenants en santé; l'apport concret de leur utilisation sur certains indicateurs clés de résultats (mortalité; gestion des risques; indicateurs de ressources comme la DMS). Trois grandes catégories de critères de design ont émergé de la revue narrative :</p> <p><u>Les attributs visuels de l'interface :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> + Présentation : <ul style="list-style-type: none"> o Simplicité générale; o Taille de police appropriée; o Recours à des couleurs signifiantes; o Contraste approprié entre le texte et le fond d'écran; o Cohérence visuelle; o Optimisation de l'espace d'affichage; o Prédominance d'icônes de bonne taille. + Disposition et positionnement : <ul style="list-style-type: none"> o Emplacements de choix pour l'information prioritaire; o Lecture de gauche à droite; o Localisation des informations stratégiques formant un tout cohérent (comme les mots d'une phrase). + Disponibilité de multiples couches informationnelles : <ul style="list-style-type: none"> o Création d'un bon équilibre entre l'information textuelle et l'information visuelle. <p><u>Les attributs des informations contenues au système :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> + Netteté et précision : <ul style="list-style-type: none"> o Terminologie standardisée; o Utilisation d'un niveau de langue concis et efficace. + Dimension « conseil » : <ul style="list-style-type: none"> o Dimension appréciative soutenue par une dimension « conseil » (recommandation); o Justification des recommandations; o Formulation d'options de recommandations; o Renvoi à des ressources additionnelles de renseignements; o Fonction par défaut de recommandation basée sur les données probantes; o Actualisation des recommandations en continu. + Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> o Multiplicité de sources soutenant une recommandation; o Standardisation de l'affichage pour l'ensemble des intervenants en santé. 	<p>les facteurs humains les plus facilement contrôlables, pour peu qu'on s'attarde aux principes objectivés connus et éprouvés en cette matière [Auteurs].</p>

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<p><u>Les attributs interactifs du système :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> + Rapidité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rétroaction en temps opportun; ○ Temps requis minimal par transaction. + Adéquation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Optimisation des clics, saisies, choix de menus et options; ○ Optimisation des informations à obtenir ou à saisir; ○ Réduction de la taille de l'interface pour faciliter la navigation et les interactions; ○ Extraction automatisée des données du dossier patient informatisé; ○ Navigation optimale dans les zones plus régulièrement sollicitées par l'interrogation du système; ○ Interactivité des fonctions corollaires; ○ Disponibilité d'un chemin d'accès pour les informations spécifiques; ○ Dimension apprenante du système pour reconnaître une suite d'actions récurrentes; ○ Inclusion de fonctions soutenant le dialogue entre le système et l'intervenant en santé. + Rétroaction : <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutien automatique à la décision intégré au flux de travail des cliniciens; ○ Alertes automatisées (mais signifiantes, pour éviter la lassitude); ○ Exigence de documentation de toute décision déviant des options de recommandation. + Droit au retour en arrière : <ul style="list-style-type: none"> ○ Possibilité de modifier les requêtes; ○ Possibilité de réinitialiser les requêtes. + Flexibilité du design : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise à contribution du patient dans la conception; ○ Capacité d'adaptation et de rétroaction du design; ○ Inclusion d'une fonction de disponibilité d'information additionnelle à l'information demandée; ○ Inclusion de fonctions soutenant la sensibilisation des intervenants en santé à la gestion des alertes et à la documentation des alertes ignorées ou bloquées; ○ Introduction de règles d'accès des utilisateurs à divers niveaux de renseignements. 	
(CHUS 2021) Présentation PPT	Démonstration visant la création de rapports <i>Smartsheet</i>	Il s'agit d'un tutoriel s'intéressant davantage à la mécanique de création de rapports qu'à leur contenu.	La méthodologie proposée semble s'appuyer sur les forces d'Office 365 qui n'est pas déployé de

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
			façon égale dans le réseau. Visiblement, en Estrie, on est allé très loin [Courtière]!
Résumé d'une recension d'écrits réalisée en 2021 par le Consortium InterS4 sur les systèmes d'aide à la décision clinique			
Variés (voir commentaire de la Courtière)	Évaluation de la pertinence du recours à des systèmes d'aide à la décision clinique dans une perspective de prévention et de gestion des maladies chroniques	<p>En amont de la conception et de la mise en œuvre, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Clarifier les objectifs poursuivis (accéder à des données; croiser des données; soutenir la décision clinique; etc.) ainsi que les motivations des différentes parties prenantes (usagers et proches aidants; professionnels de la santé; milieu communautaire; fournisseurs; etc.). + Baliser la nature et la portée du système souhaité : <ul style="list-style-type: none"> o Capacité à reproduire le processus cognitif et réflexif humain; o Capacité à générer des recommandations qui incluent une dimension longitudinale; o Niveau de réalisme contextuel en lien avec la dynamique de consultation intermittente; o Niveau de biais conceptuel associé aux résultats recherchés; o Disponibilité de liens avec des standards et protocoles cliniques établis; o Disponibilité de liens avec des données non structurées. + Exploiter les potentiels et limitations des différentes dynamiques à l'œuvre dans l'environnement organisationnel (orientations nationales; gestion du changement; etc.) et informationnel (convivialité; interopérabilité; agilité; etc.) qui accueillera le système. + Documenter et analyser les différentes facettes du retour prévisible sur l'investissement : <ul style="list-style-type: none"> o Envergure des coûts (technologies; appropriation; entretien; actualisation; développement); o Défis professionnels (disponibilité des ressources; interdisciplinarité); o Qualité de la réponse aux besoins des usagers (amélioration des indicateurs de santé et de bien-être); o Évolution de la qualité et de l'efficience des processus décisionnels. <p>Au moment de la conception et de la mise en œuvre, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Privilégier une conception des systèmes d'aide à la décision clinique favorisant une appropriation rapide, dynamique et durable des pratiques associées à l'utilisation des systèmes d'aide à la décision clinique : 	Aux fins du présent mandat de courtage de connaissances, le bilan détaillé de la recension des écrits réalisée en 2021 ¹ sur les systèmes d'aide à la décision clinique présenté ci-contre s'arrête uniquement aux messages clés de cette recension [Courtière].

¹ Sur demande, des références complètes sur cette recension des écrits pourront être rendues disponibles.

Référence Niveau de preuve	Intentions de la publication	Faits saillants	Conclusions et commentaires [Auteurs] ou [Courtière]
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Capacité apprenante inhérente au système (caractère intuitif; nouvelles tâches informatisées se situant en prolongement naturel des tâches existantes; etc.); ○ Capacité mémorielle créée par les dispositifs du système (empreinte mentale laissée par la tâche initiale en vue de sa reproduction ultérieure); ○ Souplesse d'adaptation aux nécessaires ajustements de parcours (fluidité des processus; bonification des interfaces; etc.); + Concevoir des systèmes d'aide à la décision favorisant une personnalisation des soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nécessaire accès aux données du dossier médical électronique (DMÉ) comme pilier conceptuel et opérationnel du système; ○ Algorithmes prenant en charge des variables cliniques (médication; résultats de laboratoire; références croisées de multimorbidités; etc.) et sociodémographiques (éducation; revenus; etc.); ○ Interopérabilité des systèmes optimisant l'extraction, la visualisation et l'interprétation des diverses données nécessaires à la décision clinique; ○ Présence d'interfaces facilitant un accès fluide aux données produites par les usagers et leur réinvestissement dans le processus de décision clinique; ○ Accessibilité optimale (convivialité des dispositifs; vulgarisation des données; etc.) des dispositifs dédiés aux usagers (composante d'autosoins avec fonction de rappel); ○ Introduction de l'approche des systèmes apprenants. + Assurer la fiabilité, l'intégrité et la traçabilité des données initiales et actualisées à l'aide de références facilement accessibles. + Favoriser l'agilité et le caractère non prescriptif du système, notamment par l'introduction de l'approche réflexive. + Viser une harmonisation des pratiques se nourrissant d'outils pertinents (guides de pratique; arbres décisionnels; outils de monitoring et de rappel des suivis; etc.) d'aide à la décision et fondée à la fois sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les spécificités locales de pratiques et de contextes; ○ L'atteinte des cibles les plus élevées des normes reconnues. + Faire de l'intervention humaine (professionnels de la santé et usagers) le véritable moteur et l'ultime rempart des systèmes d'aide à la décision clinique. + Soutenir la gestion du changement associée à la mise en œuvre en vue de susciter l'adhésion et l'engagement chez l'ensemble des parties prenantes. <p>En suivi de mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Évaluer et actualiser le système en continu, en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes. + Procéder à une journalisation documentée et référencée des améliorations et mises à jour. 	

INTER S4

CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX