

# Direction opérationnelle :

## Approche « Chez soi avant tout »

---

**PUBLIÉ POUR :** PDG des hôpitaux de l'Ontario, PDG de Santé à domicile Ontario, PDG et directeurs généraux des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario et des Services de santé mentale communautaires, des fournisseurs de services de santé

**PUBLIÉ PAR :** Susan deRyk, Directrice régionale, Centre et Ouest  
Scott Ovenden, Directeur régional, Toronto et Est  
Brian Ktytor, Directeur régional, Nord-ouest et Nord-est

**DATE DE PUBLICATION :** Le 14 août 2024

---

Nous veillons à ce que les patients de tout l'Ontario bénéficient des soins appropriés, au bon moment et au bon endroit et à ce que cela demeure d'une importance primordiale. Nous vous remercions, ainsi que les membres de votre équipe, pour le travail que vous accomplissez au quotidien pour les Ontariennes et Ontariens en offrant chaque jour des soins avec compassion et dans le respect de la dignité à des milliers de personnes dans tout le système de soins provincial.

Il est essentiel que nous poursuivions nos efforts axés sur la réduction du nombre de patients hospitalisés et désignés comme nécessitant un autre niveau de soins (ANS), en particulier compte tenu de la demande croissante de services de soins de longue durée (SLD) et du pic saisonnier des maladies respiratoires prévu cet automne. Par conséquent, nous menons un effort panprovincial visant à améliorer le flux de patients désignés ANS et à réduire les volumes de patients désignés ANS de 10 % d'ici la fin de septembre 2024.

Dans l'ensemble de la province, il y a plus de 5 000 personnes désignées ANS qui attendent dans des lits d'hôpitaux, dont environ 46 % attendent d'être admises en services de SLD. Au total, 50 % des adultes plus âgés se retrouvent en situation de perte d'autonomie fonctionnelle et de dépendance accrue en cas d'hospitalisation prolongée. Pour optimiser les résultats des patients et la capacité du système, il est impératif de nous écarter de l'approche ayant recours aux services de soins de longue durée en priorité.

L'approche « Chez soi avant tout » est une approche selon laquelle tout est mis en œuvre pour s'assurer que les ressources adéquates sont en place afin d'aider les patients à rester à leur domicile lorsque cela est possible, et en dernier ressort, à retourner à leur domicile à leur sortie quel que soit le service de soins dans lequel ils étaient hospitalisés (soins de courte durée, réadaptation, soins continus complexes, soins de santé mentale).

Ce document de direction opérationnelle vise à indiquer aux secteurs les mesures et approches précises qui permettront d'améliorer l'efficacité en matière de gestion des flux de patients et du système dans son ensemble, en mettant l'accent sur le soutien offert aux patients à domicile et le retour des patients à leur domicile avec les soutiens appropriés. Ce document d'orientation repose sur les principaux éléments, qu'il met en lumière, tirés de la [Norme de qualité sur les transitions entre l'hôpital et le domicile](#)<sup>(QS)</sup> et du document [The Alternate Level of Care \(ALC\) Leading Practices Guide: Preventing Hospitalization and Extended Stays for Older Adults](#)<sup>(ALC LP)</sup> qui sont en faveur de la mise en œuvre de l'approche « Chez soi avant tout ».

Les équipes régionales de Santé Ontario continueront de travailler en étroite collaboration avec vos équipes pour établir des stratégies visant à combler les lacunes en fonction de votre situation locale et pour vous aider dans la mise en œuvre de ces directives en prévention du pic qui devrait survenir cet automne/hiver et de la saison des maladies respiratoires.

Merci pour tout ce que vous accomplissez afin d'offrir des soins aux personnes de l'Ontario.

### **Principes directeurs de l'approche « Chez soi avant tout » :**

1. Les patients ont le droit de choisir de vivre à leur domicile, malgré les risques que cela comporte, avec le bon niveau de services de soutien. On reconnaît que les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés pour leurs soins présentent un risque d'aggravation de leur état s'ils restent en milieu hospitalier (infection nosocomiale, perte de l'autonomie fonctionnelle, etc.).
2. Les décisions importantes, comme le fait d'intégrer des services de SLD, devraient être prises par les patients à leur domicile, là où ils ont le plus de confort et où ils sont mieux à même de prendre des décisions sur les prochaines étapes de leurs parcours de soins dans un environnement familial.
3. Les soins offerts à l'hôpital doivent permettre aux patients de retourner chez eux et les aider en ce sens. Les plans de soins des patients devraient comprendre une mobilisation rapide pour éviter au maximum la perte d'autonomie fonctionnelle qui pourrait les empêcher de rentrer chez eux.
4. En aidant les patients à retourner chez eux, on permet également aux aidants de participer aux soins en partenariat avec les fournisseurs de services, ce qui peut permettre d'améliorer l'état de santé du patient. Les difficultés, les obstacles et les préoccupations que rencontrent les patients et les aidants sont pris en compte tout au long du processus de planification du congé.
5. Des services et soutiens sont disponibles en milieu communautaire pour permettre aux patients de rentrer chez eux, notamment les services de soins primaires et les organismes qui favorisent l'accès aux pratiques de guérison autochtones pour offrir des soins adaptés à la culture des patients.
6. Fondée sur le document [Direction opérationnelle : Priorités pour le printemps et l'été 2024](#), l'approche « Chez soi avant tout » se concentre sur la planification collaborative du congé de façon axée sur le patient et visant à s'assurer que tous les services et soutiens disponibles en milieu communautaire ont été envisagés et utilisés avant d'envisager une orientation vers des services de SLD. Les services de SLD ne sont pas une solution appropriée pour les patients ayant besoin d'un logement abordable et ne devraient pas être considérés comme une destination de congé accéléré.

## Direction opérationnelle

### A. Direction pour les hôpitaux de soins de courte durée

1. Tous les adultes plus âgés (65 ans ou plus) se rendant au service d'urgence (SU) sont dépistés en vue d'une identification précoce des personnes présentant un risque de résultats néfastes et de désignation ANS, puis un plan de suivi est élaboré, au besoin <sup>ALC LP B.1.</sup>
  - Des outils comme les documents [Identification systématique des Aîné\(e\) à risque \(ISAR\)](#), [Blaylock](#), [Échelle de fragilité clinique](#), etc. peuvent être utilisés. La conformité en matière d'utilisation des outils de dépistage fait l'objet d'une vérification trimestrielle par l'équipe de direction du SU ou une équipe chargée de la qualité/l'expérience du patient.
2. Les patients sont évalués par une équipe interprofessionnelle (comprenant le patient lui-même, sa famille, ses aidants, son mandataire spécial, le cas échéant, un coordonnateur de soins de Santé à domicile Ontario, des spécialistes en gériatrie comme le personnel infirmier en médecine d'urgence gériatrique, des professionnels paramédicaux, etc.) pour éclairer les décisions relatives à l'admission et déterminer les services communautaires appropriés pour les patients qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés en services de soins actifs. Il faut faire en sorte que des services après les heures normales et les fins de semaine soient offerts <sup>ALC LP B.3/QS 2</sup>. Les admissions doivent seulement être envisagées une fois que toutes les ressources en milieu communautaire ont été épuisées.
  - Concernant les patients au SU qui sont déjà inscrits à un programme Hospital to Home (H2H), ou les clients qui reçoivent déjà des soins à domicile de la part de Santé à domicile Ontario, échanger avec le coordonnateur de soins concerné (coordonnateur de H2H ou de Santé à domicile Ontario) pour vérifier que des services de soutien supplémentaires peuvent être organisés afin d'aider le patient à rentrer chez lui.

### B. Direction pour les hôpitaux de soins de courte durée et de soins en phase post aiguë :

1. Dans les 48 heures suivant l'admission :
  - Commencer et terminer une évaluation exhaustive du patient réalisée par une équipe interprofessionnelle pour les adultes plus âgés (65 ans ou plus ou les personnes considérées comme fragiles) qui sont identifiés comme présentant un risque, y compris une évaluation de dépistage des cas de fragilité, de delirium et de démence, car cela peut avoir une incidence sur la date estimée du congé. Élaborer un plan pour les services de suivi, au besoin <sup>ALC LP C.4.b/QS 2</sup>.
  - Désigner un planificateur de congé hospitalier pour chaque patient identifié comme présentant un risque, afin que celui-ci assure la planification de la transition, et donner ses coordonnées au patient et à l'aidant, puis soumettre les demandes d'orientation à Santé à domicile Ontario <sup>ALC LP C.11/QS 6</sup>.
    - Le plus tôt possible, communiquer aux patients et aux familles des messages uniformes concernant les options disponibles et établir les attentes concernant la planification du congé. Expliquer que l'objectif est de s'assurer que les services nécessaires sont en place pour un retour à domicile, tout en répondant aux préoccupations associées.
  - Déterminer la date estimée du congé, la documenter dans le dossier du patient et la communiquer au patient/à sa famille/aux aidants/au mandataire spécial **dans les 48 heures**

**suivant l'admission en service de soins de courte durée et dans les 4 jours suivant l'admission en service de soins en phase post aiguë**<sup>ALC LP C.8/QS 3-4</sup>

2. Lancer le plan de retour à domicile avec les services de soutien appropriés en fonction de la date estimée du congé, notamment pour les patients qui attendent des SLD à leur domicile. Veiller à ce que le coordonnateur de soins de Santé à domicile Ontario ou l'équipe de planification du congé de l'hôpital organise les services de soutien en milieu communautaire avant la sortie du patient. Cela peut comprendre ce qui suit : SCS, lits de soins transitoires, programmes H2H, programmes de soutien comportemental, soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, surveillance des soins à distance (RCM), etc.<sup>ALC LP C.12/QS 3-4</sup>
  - Profiter de l'expertise des coordonnateurs de soins de Santé à domicile Ontario et échanger avec les partenaires des Équipes Santé Ontario (ÉSO) pour trouver les partenaires communautaires offrant les services adaptés en milieu communautaire. *Remarque : Les niveaux de maturité des ÉSO varient. Les responsables des ÉSO peuvent servir d'agents de liaison entre l'hôpital et le secteur des SCS, en fonction du contexte local.*
  - Pour les patients ayant besoin d'être hospitalisés et qui sont déjà inscrits à un programme H2H, ou les clients admis qui reçoivent déjà des soins à domicile de la part de Santé à domicile Ontario, échanger avec le coordonnateur de soins concerné (coordonnateur de H2H ou de Santé à domicile Ontario) pour s'assurer que des services de soutien supplémentaires peuvent être organisés afin d'aider le patient à rentrer chez lui.
3. Lorsqu'il existe des obstacles ou des préoccupations liées à la sécurité qui ne peuvent être résolus, une consultation plus poussée est nécessaire par le biais de réunions sur les mises en congé complexes auxquelles participent des représentants de l'hôpital, de Santé à domicile Ontario et des SCS, où les cas peuvent être renvoyés à l'échelon supérieur de la direction du programme. Des réunions des services régionaux pour la résolution des cas complexes, ou des rencontres du même type, peuvent être organisées au besoin. Un patient ne doit pas être désigné ANS nécessitant des services de SLD tant que toutes les ressources communautaires n'ont pas été épuisées et qu'on n'est pas certains que le patient ne peut pas retourner chez lui en sécurité<sup>ALC LP A.13</sup>.
4. La direction de l'hôpital, en collaboration avec la direction de Santé à domicile Ontario, approuve la désignation ANS nécessitant des services de SLD et examine/approuve toutes les demandes d'orientation vers des services de SLD avant leur soumission, en utilisant le document LTC Escalation Template (modèle de renvoi à l'échelon supérieur – SLD, voir l'annexe 1) pour confirmer que toutes les autres solutions ont été étudiées. Avant d'attribuer la désignation ANS<sup>ALC LP C.4a-f</sup> :
  - Un dépistage pour l'identification précoce et la stratification des risques est réalisé dès que possible.
  - Une évaluation exhaustive est ensuite réalisée par une équipe interprofessionnelle.
  - Une évaluation exhaustive gériatrique est réalisée.
  - Les objectifs en matière de capacités fonctionnelles et le potentiel de rétablissement sont établis.
  - Les obstacles à la transition sont déterminés.
  - Les demandes d'orientation vers des programmes/services de soins à domicile et en milieu communautaire sont présentées.

5. Les planificateurs de congé hospitalier échangent avec le patient/la famille/l'aidant/le mandataire spécial et fournissent un plan de transition écrit, deux jours avant la sortie du patient et s'assurent que les patients disposent des renseignements et services dont ils ont besoin pour gérer leurs besoins à domicile<sup>ALC LP C.19</sup>.
6. Mener un examen hebdomadaire avec Santé à domicile Ontario de tous les dossiers de patients désignés en ANS vers des services de soins de longue durée en gardant à l'esprit l'approche « Chez soi avant tout » pour déterminer s'il existe des voies potentielles de retour à domicile pendant que les patients attendent d'être admis en services de SLD<sup>ALC LP C.14-15</sup>.
7. Après le congé<sup>QS 8</sup> :
  - Transmettre un compte-rendu sur le congé aux fournisseurs de soins primaires et de soins à domicile et/ou en milieu communautaire dans les 48 heures suivant la sortie du patient (échanger avec le coordonnateur de soins de Santé à domicile Ontario).
  - Un suivi doit être prévu par l'équipe hospitalière auprès d'un fournisseur de soins primaires dans les 7 jours suivant le congé. Faire appel aux cliniques de consultations externes pour les patients qui ne sont pas rattachés à un fournisseur de soins primaires.
8. L'équipe de direction de l'hôpital doit échanger régulièrement avec la direction de Santé à domicile Ontario et des SCS pour renforcer les partenariats.

### **C. Direction pour Santé à domicile Ontario :**

1. Les cas des clients en milieu communautaire sont régulièrement évalués (tous les 3 mois) pour déterminer les risques et la perte de l'autonomie fonctionnelle. Renforcer les services offerts et/ou orienter vers les SCS, au besoin.
2. Déterminer la bonne coordination du soutien aux soins pour les patients dans chaque hôpital.
3. Les coordonnateurs de soins aident à la planification du congé en prenant les mesures suivantes :
  - Échanger avec le patient/la famille/l'aidant/le mandataire spécial dans les deux jours ouvrables suivant la réception de la demande d'orientation.
  - Optimiser l'assiduité et la participation aux réunions sur les cas des patients de l'unité et prendre part à la planification précoce du congé avec les équipes interprofessionnelles de planification du congé.
  - Collaborer avec le planificateur de congé hospitalier pour déterminer le plan de transition le plus adapté et évaluer l'admissibilité des patients aux services de SLD dès que possible une fois que le patient est dans un état stable, s'il y a lieu. Les services de SLD ne doivent pas être envisagés tant que toutes les ressources communautaires n'ont pas été épuisées et qu'on n'est pas certains que le patient ne peut pas retourner chez lui en sécurité.
    - Pour les patients dont les scores MAPLe sont bas (1, 2 ou 3), les services professionnels de soins à domicile ou des services communautaires adaptés sont déterminés, et les demandes d'orientations vers les SCS sont soumises en collaboration avec le planificateur de congé hospitalier. Pour les patients dont le score MAPLe est de 3, envisager également les unités de transition jusqu'à ce que le patient soit en mesure de rentrer chez lui.
    - Pour les patients qui ont besoin de SLD (avec des scores MAPLe/de crise élevés et qui ne sont pas en mesure de rentrer chez eux), collaborer avec le patient/l'aidant/le

mandataire spécial pour remplir une demande de services de SLD et assurer un suivi hebdomadaire. Les motifs des retards dans le processus de demande de services de SLD sont déterminés et font l'objet de communications avec l'hôpital.

- Pour les patients qui ont besoin de SLD, mais qui sont en mesure d'attendre à leur domicile, élaborer un plan de transition vers le domicile (y compris les soutiens/services de Santé à domicile Ontario, des SCS ou de H2H) et remplir une demande de services de SLD (définir les choix, soumettre les demandes) dès que possible une fois que le patient est rentré chez lui.
- Collaborer avec le planificateur de congé hospitalier pour veiller à ce que le plan et les services de soutien à domicile ou en milieu communautaire soient mis en place *avant* la sortie du patient. Collaborer avec le patient et l'aidant pour répondre de façon proactive à toutes les préoccupations.
4. Les gestionnaires participent aux réunions sur les cas complexes de congé et de désignation ANS pour collaborer avec l'équipe hospitalière afin de trouver les options de congé possibles et définir/désigner les patients ayant besoin de SLD qui ne peuvent pas rentrer chez eux en sécurité.
  5. Le ou les directeurs examinent et approuvent les désignations de crise et les demandes d'orientation vers des services de SLD avant leur soumission.
    - Communiquer chaque semaine sur les mises à jour concernant les listes d'attente des services de SLD avec les partenaires hospitaliers.

#### **D. Direction pour les organismes communautaires de services de soutien et de santé mentale et lutte contre les dépendances :**

1. Veiller à ce que les pratiques organisationnelles reflètent les principes du maintien des clients à domicile.
  - Réaliser le dépistage pour l'identification précoce des personnes présentant un risque de déclin de l'état de santé en l'absence de soutiens appropriés en milieu communautaire. Profiter d'outils comme le [Formulaire d'évaluation de la santé en milieu communautaire \(SMC\) interRAI](#).
  - Si une perte de l'autonomie fonctionnelle est observée, soumettre la demande d'orientation à Santé à domicile Ontario aux fins d'évaluation.
  - Réévaluer régulièrement les cas de clients pour identifier les risques.
2. Élaborer des fiches d'information énonçant les services offerts, les critères d'admissibilité et les voies d'orientation et les diffuser auprès des partenaires du système, y compris les ÉSO, les hôpitaux et Santé à domicile Ontario.
  - S'assurer que les listes publiques des SCS sont à jour.
  - Veiller à ce que les planificateurs de congé hospitalier et les coordonnateurs de soins de Santé à domicile Ontario connaissent les soutiens et services offerts.
3. Examiner les capacités actuelles en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé et la demande actuelle/prévue pour répondre aux besoins de services de soutien en milieu communautaire. Adopter des modèles de soins novateurs, au besoin.

4. Mettre en œuvre un outil de déclaration des capacités selon les directives de votre région de Santé Ontario.
5. Renforcer et officialiser les partenariats avec des hôpitaux de soins de courte durée/de soins en phase postaiguë partenaires et Santé à domicile Ontario.
6. Désigner un représentant de votre organisme pour qu'il participe aux réunions de l'hôpital sur les cas de congé complexes. Envisager une participation régulière aux réunions de l'hôpital à l'appui de la planification du congé, si cela est réalisable dans le contexte local.
7. Prolonger les heures de services de soins, si cela est possible, au-delà des heures de travail normales (soirs de semaine et fins de semaine) pour veiller à ce que les services soient disponibles pour les patients qui en ont besoin et afin d'éviter les visites au SU après les heures normales.

## Éléments de mise en œuvre :

1. Gouvernance et responsabilisation :
  - a. Tous les organismes doivent désigner un directeur général pour superviser et diriger la mise en œuvre de la direction opérationnelle sur l'approche « Chez soi avant tout ».
  - b. Les hôpitaux doivent désigner un médecin champion engagé pour appuyer la mise en œuvre de l'approche « Chez soi avant tout », la communication de messages à ce sujet et la surveillance de cette mise en œuvre.
  - c. Désigner une équipe chargée de la mise en œuvre, idéalement une équipe interdisciplinaire (qui devrait être composée de responsables cliniques ayant une expertise en gériatrie, de personnel chargé de l'amélioration de la qualité et de personnes spécialisées dans les transitions et le flux des patients dans le cadre de leur portefeuille de base) qui prendrait la tête des opérations pour défendre la direction opérationnelle en travaillant dans tout l'organisme.
  - d. Établir un cadre d'évaluation en partenariat avec votre région de Santé Ontario.
    - i. Élaborer et mettre en place un processus de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre de l'approche « Chez soi avant tout » au sein de votre organisme, conformément au cadre provincial de surveillance du rendement (*en cours d'élaboration*).
  - e. Intégrer l'approche « Chez soi avant tout » et ses mesures et sa surveillance aux comités organisationnels (réunions de division, comités directeurs, réunions du personnel, etc.).
2. Mise en place des structures et soutiens :
  - a. Mener une évaluation organisationnelle par rapport à la direction opérationnelle et établir les priorités et élaborer un plan d'action pour combler les lacunes futures pour une mise en œuvre, une surveillance et une évaluation continues.
  - b. Envisager d'inclure l'approche « Chez soi avant tout » au plan stratégique de l'organisme, à son plan opérationnel, à ses objectifs et/ou au Plan d'amélioration de la qualité (PAQ).
  - c. Mettre en œuvre un plan interne complet de communication et d'information (à la fois ayant une portée vaste et ciblée) pour s'assurer que le personnel comprend l'approche « Chez soi avant tout » et sa raison d'être, notamment :

- i. au moment du lancement de l'initiative;
  - ii. lors de l'intégration de nouveaux membres du personnel (notamment les médecins pour les hôpitaux), les hôpitaux devraient envisager d'avoir recours à un comité consultatif médical ou à une structure similaire pour assurer la mobilisation des médecins, ainsi que leur information et leur sensibilisation;
  - iii. dans le cadre d'un stage de perfectionnement annuel.
- a. Fournir des ressources et outils éducatifs aux membres du personnel (y compris les médecins) et aux patients/familles, expliquant l'approche « Chez soi avant tout », y compris l'événement de lancement, les scripts (terminologie, messages uniformes), les documents papier (brochures, livrets, bulletins d'information, fiches d'information, foire aux questions, etc.), les écrans de veille, les affiches (y compris au SU), les webinaires et des renseignements et ressources sur le site Web de l'organisme.
  - b. Veiller à ce que les documents d'orientation (politiques, normes, procédures, lignes directrices, cheminements cliniques, etc.) reflètent l'approche « Chez soi avant tout ».



## **Annexe 1 : Exemple de modèle de renvoi à l'échelon supérieur – SLD**

### **Renseignements sur le patient**

Initiales du patient :

Date d'admission :

Carte Santé :

N° client système CHRIS (si connu) :

Identifiant hôpital :

N° d'unité/de lit :

Âge :

Score de l'outil d'évaluation (p. ex., Blaylock) :

### **Diagnostic à l'admission :**

### **Résumé des besoins du patient :**

### **Le patient a-t-il besoin des éléments suivants?**

- Appareil de levage
- Assistance de deux personnes
- Système de localisation en temps réel
- Aide à l'alimentation
- Sonde d'alimentation
- Dysphagie
- Dispositif de contention (déambulation)
- Dispositif de contention (comportement)
- Appareil d'aspiration
- Trachéostomie

**Lieu à l'admission (domicile, foyer pour personnes âgées, logement avec assistance, etc.) :**

**Services de soins à domicile (y compris Santé à domicile Ontario) en place avant l'admission :**

**Options de congé (veuillez expliquer les raisons pour lesquelles toutes les options ont été écartées à l'exception des SLD) :**

Obstacles au retour à domicile :

Soutiens disponibles? Si non, pourquoi?

Un foyer pour personnes âgées/logement avec assistance est-il approprié? Si non, pourquoi?

Un lit de soins transitoires est-il approprié? Si non, pourquoi?

Le patient a-t-il besoin d'un lieu sécurisé?

Présente-t-il des troubles du comportement? Si oui, veuillez expliquer.

Détails du dossier patient de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

### **Le patient est-il apte?**

**Si la prise de décisions a été confiée à un tiers, veuillez indiquer qui.**

**Si le patient n'est pas apte, qui est son mandataire spécial ou le titulaire de sa procuration?**

**Services de convalescence** **\*\*avant de demander des services de convalescence, on doit s'assurer que le congé à domicile n'est pas viable\*\***

*\*\*Veuillez préciser les obstacles au retour à domicile et les soutiens disponibles à la section correspondante à la première page.*

L'un de ses éléments ralentit-il l'obtention d'un lit en programme de services de convalescence disponible? (Dans le cas contraire, veuillez indiquer le délai d'attente prévu pour le lit.)

**Plan de congé en programme de services de convalescence/lit de soins transitoires/services de SLD**

Veuillez fournir les renseignements détaillés, p. ex., choix, logement, services locaux ou hors région, mobilisation du Tuteur et curateur public, etc.).

**Si disponibles :**

Caractéristiques de l'évaluation RAI de Santé à domicile Ontario :

Date d'évaluation RAI-HC :

Groupe de soins de soutien personnels :

Score à l'évaluation du risque de crise :

**Examiné par le gestionnaire de Santé à domicile Ontario :**

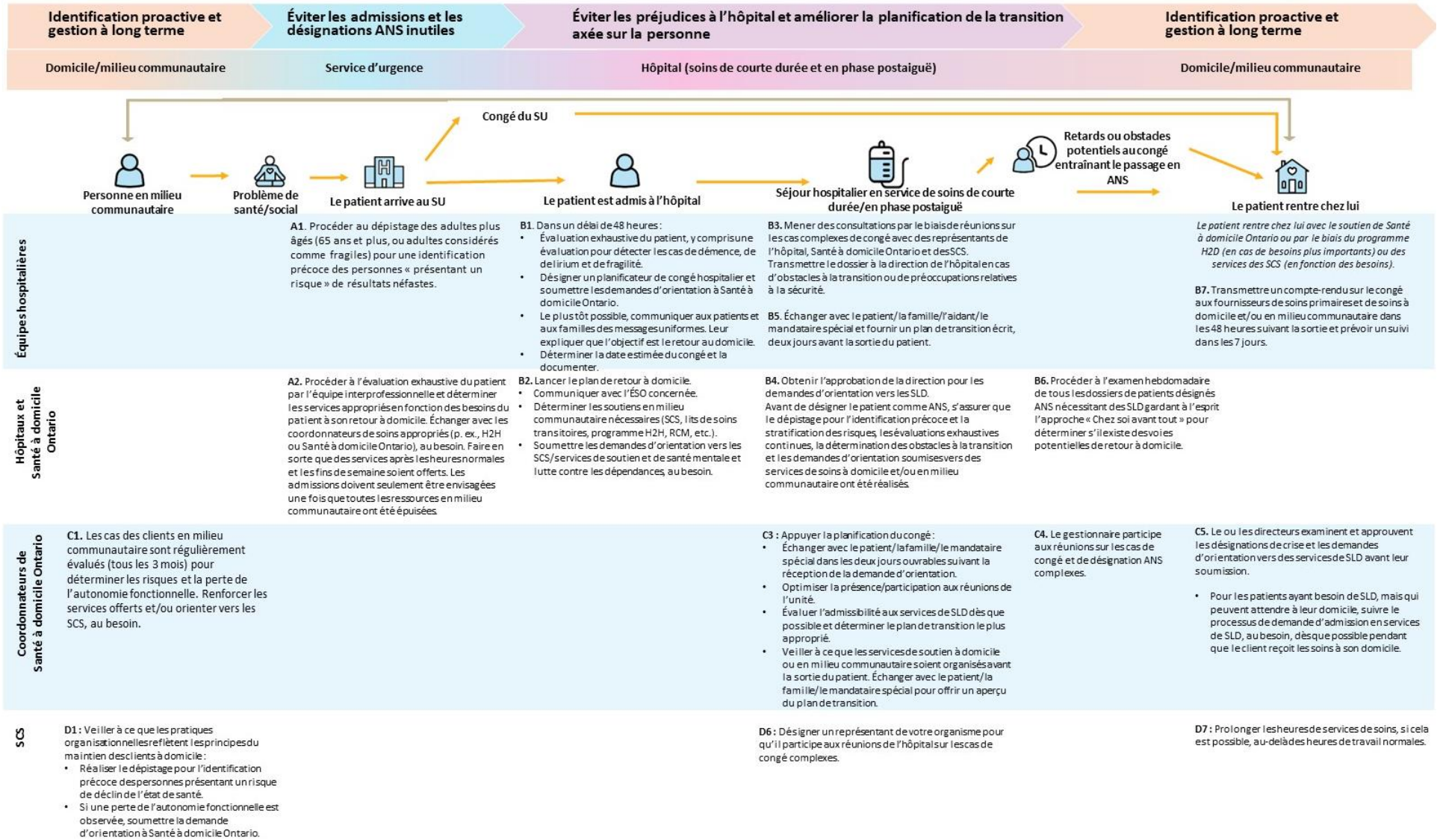
**Le retour à domicile est-il viable? (Oui/Non) :**

**Raison pour laquelle le retour à domicile n'est pas viable :**

Date de présentation :

Présenté par :

## ANNEXE 2 : Parcours du patient – Direction opérationnelle sur l’approche « Chez soi avant tout »



Description du texte : Le tableau est un organigramme avec chaque étape du parcours du patient reliée par des flèches. Chaque étape comprend des renseignements sur la direction opérationnelle pour chaque secteur qui correspond à chaque étape, ainsi que l'objectif et l'emplacement, le cas échéant. Ici, l'organigramme est décrit comme des étapes dans lesquelles les prochaines étapes possibles sont répertoriées en dessous.

## 1. Personne en milieu communautaire

Identification proactive et gestion à long terme  
Maison/Communauté

Coordonnateurs des soins de SO@D : C1. Les cas de clients en milieu communautaire sont évalués régulièrement (tous les 3 mois) pour déterminer les risques et la perte de l'autonomie fonctionnelle. Renforcer les services offerts et/ou orienter vers les SCS, au besoin.

SCS : D1. Veiller à ce que les pratiques organisationnelles reflètent le principe de maintien des clients à domicile.

- Réaliser le dépistage pour l'identification précoce des personnes présentant un risque de déclin
- Si une perte d'autonomie fonctionnelle est observée, soumettre la demande d'orientation à Santé à domicile Ontario

- a. Consulter la section « Problème de santé/social »
- b. Consulter la section « Le patient rentre chez lui »

## 2. Problèmes de santé/sociaux

- a. Consulter la section « Le patient arrive aux SU »

## 3. Le patient arrive aux SU

Éviter les admissions inutiles et la désignation ANS

Service d'urgence

Équipes hospitalières : A1. Procéder au dépistage des adultes plus âgés (65 ans et plus, ou adultes considérés comme fragiles) pour une identification précoce des personnes « présentant un risque » de résultats néfastes.

Hôpitaux et SO@D : A2. Procéder à l'évaluation exhaustive du patient par l'équipe interprofessionnelle et déterminer les services appropriés en fonction des besoins du retour à domicile. Échanger avec les coordonnateurs de soins appropriés (p. ex., H2H ou Santé à domicile Ontario), au besoin. Faire en sorte que des services après les heures normales et les fins de semaine soient offerts. Les admissions doivent seulement être envisagées une fois que toutes les ressources en milieu communautaire ont été épuisées.

- a. Consulter la section « Sortie du SU »
- b. Consulter la section « Le patient est admis à l'hôpital »

## 4. Sortie du SU

- a. Consulter la section « Le patient rentre chez lui »

## 5. Le patient est admis à l'hôpital

Éviter les préjugés à l'hôpital et améliorer la planification de la transition centrée sur la personne.

Hôpital (service de soins de courte durée et phase post-aiguë)

Équipes hospitalières : B1. Dans un délai de 48 heures :

- Évaluation exhaustive du patient, y compris une évaluation pour détecter les cas de démence, de delirium et de fragilité.
- Désigner un planificateur de congé hospitalier et soumettre les demandes d'orientation à Santé à domicile Ontario.
- Le plus tôt possible, communiquer aux patients et aux familles des messages uniformes. Expliquer que l'objectif est le retour au domicile.
- Déterminer la date estimée du congé et la documenter.

Hôpitaux et SO@D : B2. Lancer le plan de retour à domicile :

- Communiquer avec l'ÉSO concernée.
- Déterminer les soutiens en milieu communautaire nécessaires (SCS, lits de soins transitoires, programmes H2H, RCM, etc.).
- Soumettre les demandes d'orientation vers les SCS/services de soutien et de santé mentale et lutte contre les dépendances, au besoin.

- a. Consulter la section « Séjour hospitalier en service de soins de courte durée/en phase post-aiguë »

## 6. Séjour en milieu hospitalier en service de soins de courte durée/en phase post-aiguë

Éviter de commettre des préjudices et améliorer la planification de la transition centrée sur la personne.

Hôpital (service de soins de courte durée et phase post-aiguë)

Équipes hospitalières : B3. Mener des consultations par le biais de réunions sur les cas complexes de congé avec des représentants de l'hôpital, Santé à domicile Ontario et des SCS. Transmettre le dossier à la direction de l'hôpital en cas d'obstacle à la transition ou de préoccupations relatives à la sécurité. B5. Échanger avec le patient/la famille/l'aidant/le mandataire spécial et fournir un plan de transition écrit, 2 jours avant la sortie du patient.

Hôpitaux et SO@D : B4. Obtenir l'approbation de la direction pour les demandes d'orientation vers les SLD. Avant de désigner le patient comme ANS, s'assurer que le dépistage pour l'identification précoce et la stratification des risques, les évaluations exhaustives continues, la détermination des obstacles à la transition et les demandes d'orientation soumises aux coordonnateurs des services de SO@D et/ou en milieu communautaire : C3 : Appuyer la planification du congé

- Échanger avec le patient/la famille/le mandataire spécial dans les 2 jours ouvrables suivant la réception de la demande d'orientation.
- Optimiser la présence/participation aux réunions de l'unité.
- Évaluer l'admissibilité aux services de SLD dès que possible et déterminer le plan de transition le plus approprié.

- Veiller à ce que les services de soutien à domicile ou en milieu communautaire soient organisés avant la sortie du patient. Échanger avec le patient/la famille/le mandataire spécial pour offrir un aperçu du plan de transition.

SCS : D6 : Désigner un représentant de votre organisme pour qu'il participe aux réunions de l'hôpital sur les cas de retour à domicile complexes.

a. Consulter la section « Retards ou obstacles potentiels au retour à domicile entraînant le passage en ANS »

#### **7. Retards ou obstacles potentiels au retour à domicile entraînant le passage en ANS**

Hôpitaux et SO@D : B6. Procéder à l'examen hebdomadaire de tous les dossiers de patients désignés ANS nécessitant des SLD gardant à l'esprit l'approche « Chez soi avant tout » pour déterminer s'il existe des voies potentielles de retour à domicile.

Coordonnateurs des soins de SO@D : C4. Le gestionnaire participe aux réunions sur les cas de retour à domicile et de désignation ANS complexes.

a. Consulter la section « Le patient rentre chez lui »

#### **8. Les patients retournent à leur domicile**

Identification proactive et gestion à long terme

Maison/Communauté

Équipes hospitalières : *Le patient rentre chez lui avec le soutien de SO@D ou par le biais du programme H2H (en cas de besoins plus importants) ou des services de SCS (en fonction des besoins).* B7.

Transmettre un compte-rendu sur le retour à domicile aux fournisseurs de soins primaires et de soins à domicile et/ou en milieu communautaire dans les 48 heures suivant la sortie et prévoir un suivi dans les 7 jours.

Coordonnateurs des soins de SO@D : C5. Le ou les directeurs examinent et approuvent les désignations de crise et les demandes d'orientation vers des services de SLD avant leur soumission.

- Pour les patients ayant besoin de SLD, mais qui peuvent attendre à leur domicile, suivre le processus de demande d'admission en services de SLD, au besoin, dès que possible, pendant que le client reçoit les soins à son domicile.

SCS : D7 : Prolonger les heures de services de soins, si cela est possible, au-delà des heures de travail normales.

Vous avez besoin de ces renseignements dans un format accessible? 1 877-280-8538, ATS 1 800-855-0511, [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca).

Document available in English at [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca)