

Le présent document a été produit par Services ontariens des soins aux malades en phase critique (SOSMPC)

Le **Guide du retour des patients** est le résultat d'une collaboration entre SOSMPC et le Comité consultatif provincial sur le retour des patients. Le comité consultatif a été mis sur pied en juillet 2013 afin de fournir des conseils spécialisés sur des enjeux liés au retour et sur la mise au point d'outils que les hôpitaux peuvent utiliser pour améliorer et surveiller les processus de retour des patients. En outre, le comité a formulé des observations sur l'élaboration d'un cadre pour le retour en temps opportun des patients en Ontario.

Pour obtenir de l'information sur les procédures de retour des patients, veuillez contacter :

Services ontariens des soins aux malades en phase critique

Adresse courriel : ccsadmin@uhn.ca

Téléphone : 1 416-340-4800

Site Web : www.criticalcareontario.ca

Services ontariens des soins aux malades en phase critique
est financé par le gouvernement de l'Ontario

Remerciements

Nous remercions le Comité consultatif provincial sur le retour des patients de son soutien et de ses conseils dans le cadre de l'élaboration des présentes lignes directrices.

Dr Bernard Lawless

Président

Responsable provincial, Soins intensifs et traumatisme
Services ontariens des soins aux malades
en phase critique

Shannon Burrows

Gestionnaire de la qualité et des risques
West Parry Health Centre

Joanne Dempsey

Gestionnaire

Relations avec les clients et formation
à l'échelle provinciale
CitiCall Ontario

Norm Gale

Président

Ontario Association of Paramedic Chiefs

Colleen Howson

Gestionnaire, Roulement et accès des patients
Peterborough Regional Health Centre

Richard Jackson

Directeur, Direction des services de santé d'urgence
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Carrie Jeffreys

Responsable de la planification et de l'intégration
RLISS du Sud-Ouest

Dr Peter Kraus

Responsable des soins aux malades en
phase critique du RLISS
RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant

Linda Kostrzewa

Directrice

Services ontariens des soins aux malades
en phase critique

Donna Ladouceur

Directrice principale, Service à la clientèle
Centre d'accès aux soins communautaires
du Sud-Ouest

Dr Derek Manchuk

Responsable des soins aux malades en phase
critique du RLISS
RLISS du Nord-Est

Lori Phillip

Infirmière médicale associée
Hamilton Health Sciences

Zia Poonjiaji

Gestionnaire de cas
St. Michael's Hospital

Paul Raftis

Chef

Services médicaux d'urgence de Toronto

Dr Michael Sharpe

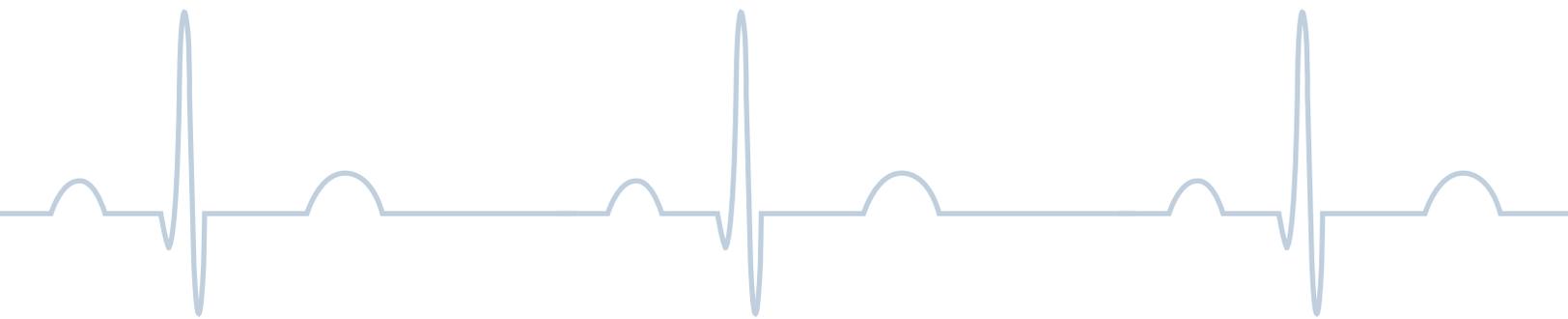
Responsable des soins aux malades en phase
critique du RLISS
RLISS du Sud-Ouest

Kim Storey

Directrice, Urgence et soins intensifs
Hôpital Royal Victoria

Julius Ueckermann

Vice-président, Logistique
Ornge



Introduction

Chaque jour en Ontario, de nombreux patients sont retournés à leur hôpital où ils pourront recevoir des soins appropriés, plus près de leur domicile, et ce, grâce à la bonne volonté et à la collaboration de dévoués professionnels de la santé. Toutefois, des processus et des procédures normalisés pourraient profiter à cette démarche qui comporte en réalité des lacunes et des défis.

Les principes et procédures dans le présent document soutiennent la Politique provinciale concernant les malades en phase critique et s'appuient sur plusieurs des ententes actuelles en matière de retour des patients qui sont en vigueur dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Le Comité consultatif provincial sur le retour des patients a fourni des indications et des conseils précieux qui ont été intégrés au document.

Élaboration du présent document

Le présent document a été créé pour soutenir la mise en œuvre efficace du volet retour des patients de la Politique provinciale concernant les malades en phase critique et l'harmonisation avec l'outil de retour du système provincial de ressources hospitalières (SPRH) de CritiCall Ontario. Il a été conçu à la suite d'un sondage provincial effectué en août 2012. Le sondage a été distribué aux quatorze directeurs généraux des RLISS afin de savoir dans quelle mesure il existe déjà des ententes de retour des patients dans la province et les RLISS, et d'en obtenir copies. Soulignons qu'il y a plusieurs ententes de retour solides et bien implantées dans la province. Ces ententes ont été examinées et des éléments cohérents ont été intégrés au présent document.

En juillet 2013, une revue de la littérature a été effectuée, laquelle comprenait des politiques et procédures de retour des patients du Canada et du Royaume-Uni. Les résultats de cette analyse ont reconfirmé le contenu du présent guide et l'algorithme s'y rattachant.

Un Comité consultatif provincial sur le retour des patients a été mis sur pied en juillet 2013 afin de fournir des conseils spécialisés sur des enjeux liés au retour des patients à l'hôpital orienteur ou local, ainsi que sur l'élaboration d'outils que les hôpitaux peuvent utiliser pour consolider ou améliorer le processus de retour. En outre, le comité consultatif a surveillé l'élaboration d'un cadre de travail pour le retour des patients en Ontario.

Le document a ensuite reçu l'approbation finale de SOSMPC.

Objectif et cadre du présent document

L'objectif du présent document est d'orienter le retour en temps opportun des patients, entre les hôpitaux de soins actifs en Ontario, qu'ils aient auparavant ou non été désignés comme des malades en phase critique. Selon les lignes directrices de la Politique provinciale concernant les malades en phase critique, les patients doivent être retournés à l'hôpital orienteur et (ou) à l'hôpital le plus près de leur domicile dans les 48 heures lorsqu'ils sont considérés comme stables sur le plan médical et aptes au transfert. Le présent document doit servir de guide pour favoriser un accès efficace et efficient aux services hospitaliers et au niveau de soins le plus approprié pour les patients qui sont prêts pour le retour. En ce qui concerne les états cliniques qui

font déjà l'objet de protocoles d'entente, de politiques et (ou) d'ententes de retour (p. ex., Ontario Stroke Network, programme STEMI, RLISS), il faut respecter les processus et les calendriers établis.¹ De nombreux scénarios de transfert des patients entre les installations sont possibles et le présent guide ne vise pas à fixer une norme pour chacun. Dans le contexte du présent guide et compte tenu des obligations découlant de la Politique provinciale concernant les malades en phase critique, les patients visés comprennent tous ceux qui sont transférés dans un autre hôpital afin d'y recevoir des soins d'un niveau plus élevé ou dans une sous-spécialité. Lorsqu'un patient est transféré en raison des pressions du débordement vers un centre offrant un niveau de soins semblable, il devrait être retourné à l'hôpital d'origine en cours de schéma thérapeutique au moment jugé approprié sur le plan clinique par le médecin traitant et le médecin-conseil.

1. Principes directeurs

- 1.1 Les principales priorités pour le retour des patients sont un accès en temps opportun à un niveau de soins approprié, la sécurité du patient et la qualité des soins.
- 1.2 Afin que la transition des soins au patient soit appropriée, tous les retours se feront après que les médecins ont eu une conversation directe.
- 1.3 Les patients seront retournés à leur hôpital dans les 48 heures lorsqu'ils seront considérés comme stables sur le plan médical et aptes au transfert. Le patient sera retourné à « son » hôpital pourvu que l'établissement puisse lui fournir les services cliniques nécessaires. Dans le cas contraire, le patient devrait être aiguillé vers l'hôpital le plus près de son domicile pouvant offrir les services requis. L'hôpital d'accueil doit avoir les services et les compétences permettant au patient de poursuivre son plan de traitement.
- 1.4 Le retour peut avoir lieu sept jours par semaine et non pas seulement du lundi au vendredi.
- 1.5 Les hôpitaux traiteront les demandes de retour et établiront les priorités à l'aide de leurs plans de gestion de la capacité de pointe pour les soins aux malades en phase critique et (ou) des politiques et protocoles internes déjà en place concernant l'accès aux lits et leur gestion.
- 1.6 Les hôpitaux utiliseront l'outil de retour du patient du système provincial de ressources hospitalières (SPRH) de CritiCall Ontario (veuillez noter que cet outil n'exempte pas les hôpitaux de confirmer verbalement les demandes de retour acceptées et les modalités de transfert).²
- 1.7 On ne peut empêcher un transfert en invoquant des problèmes d'approvisionnement pharmaceutique ou de matériel destiné aux soins du patient. L'hôpital d'origine fournira une quantité suffisante pour répondre aux besoins du patient jusqu'à ce que l'hôpital d'accueil puisse s'en procurer.
- 1.8 On ne peut empêcher un transfert en raison d'un manque perçu de compétences ou d'expertise. Les hôpitaux d'origine et d'accueil devraient s'assurer que le plan de traitement est élaboré et diffusé afin de faire en sorte que l'éventail complet des compétences est déployé pour gérer le patient.

- 1.9 Chaque RLISS devrait dresser un inventaire des hôpitaux et des services que chacun peut fournir.
- 1.10 Si le médecin le plus responsable (MPR) de l'hôpital d'accueil n'est pas de garde au moment du transfert du patient, ce n'est pas une raison pour l'empêcher - les hôpitaux doivent mettre au point des procédures et (ou) protocoles internes afin qu'un MPR, le cas échéant, puisse être désigné de façon appropriée et en temps opportun.

REMARQUE : CritiCall Ontario jouera un rôle actif lorsqu'il s'agira de rapatrier les malades en phase critique dont il a dû faciliter le transfert hors du pays en vertu du programme d'autorisation préalable du MSSLD pour les soins de santé à l'extérieur du pays.³

2. Définitions

Retour du patient – Processus consistant à transférer le patient à son hôpital de soins actifs ou à l'hôpital de soins actifs le plus « près » de son domicile lorsqu'il est considéré comme stable sur le plan médical et (ou) apte au transfert. Le choix de l'hôpital de soins actifs qui accueillera le patient est déterminé par des facteurs géographiques et la capacité du patient d'y recevoir les soins continus nécessaires.

Hôpital d'accueil – Hôpital vers lequel le patient est transféré

Hôpital d'origine – Hôpital où le patient reçoit actuellement des services.⁴

MPR - Médecin le plus responsable

PE – Protocole d'entente

SPRH – Système provincial de ressources hospitalières

3. Lignes directrices

- 3.1 Le MPR dans l'hôpital d'origine détermine quand le patient ne nécessite plus de soins spécialisés et est prêt pour le retour. Le MPR (ou un délégué) détermine dans quel hôpital le patient est retourné, conformément au paragraphe 1.3 ci-dessus.
- 3.2 Le MPR (ou un délégué) informe le patient, sa famille et (ou) son mandataire que le patient est prêt pour le retour ainsi que du plan de soins à suivre après son congé.
- 3.3 Le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) est contacté afin d'examiner la possibilité que le patient retourne chez lui, si c'est indiqué.
- 3.4 Si le patient nécessite toujours des soins hospitaliers, l'hôpital d'origine saisit les renseignements sur le patient dans l'outil de retour du SPRH de CritiCall Ontario.

- 3.5 Si aucun lit approprié n'est disponible dans l'hôpital d'accueil ciblé, l'hôpital d'origine redirige la demande de retour vers un autre hôpital pertinent en utilisant l'outil de retour du SPRH.
- 3.6 Lorsqu'un lit approprié est garanti et que le patient est accepté, le MPR de l'hôpital d'accueil est identifié avec l'outil de retour du SPRH. Le MPR de l'hôpital d'origine informe le MPR de l'hôpital d'accueil de la passation du cas clinique. Tous les retours se feront après qu'il y a eu conversation directe entre les deux médecins.
- 3.7 Lorsque le MPR de l'hôpital d'accueil ciblé aura accepté le patient, les gestionnaires de lit/coordonnateurs du roulement des patients qualifiés des hôpitaux d'origine et d'accueil organiseront le transfert du patient dans les délais impartis de 48 heures.
- 3.8 Tout au long du processus de retour, l'hôpital d'origine et l'hôpital d'accueil surveilleront l'état d'avancement du processus de manière électronique à l'aide de l'outil de retour du SPRH.
- 3.9 L'hôpital d'origine sera responsable d'organiser le transfert du patient, y compris de la décision du type de transport le plus approprié, de contacter le transporteur et de trouver, au besoin, le personnel qualifié pour accompagner le patient.
- 3.10 La documentation pertinente accompagnera le patient au moment du transfert dont, notamment : le plan de transfert décrivant le plan de soins continus; un résumé à la sortie comprenant le nom du patient, son âge, ses antécédents, le diagnostic, les examens pertinents, le résumé du traitement et l'hôpital d'accueil ciblé, y compris son MPR.
- 3.11 Si l'état du patient change avant le retour, le médecin de l'hôpital d'origine doit contacter le MPR de l'hôpital d'accueil et le mettre à jour pour déterminer si le retour est toujours indiqué.⁵ (Si le retour du patient n'est plus indiqué, l'outil de retour du SPRH est mis à jour et le « billet » est annulé.)
- 3.12 Transfert de responsabilité de l'infirmière de l'hôpital d'origine à l'infirmière de l'hôpital d'accueil.
- 3.13 L'hôpital d'origine informera l'hôpital d'accueil lorsque le patient aura quitté l'hôpital.
- 3.14 L'hôpital d'origine informera la famille et (ou) le mandataire lorsque le patient aura quitté l'hôpital ainsi que de l'heure d'arrivée prévue à l'hôpital d'accueil.
- 3.15 Les patients dont le retour ne peut être organisé dans un délai de 48 heures feront l'objet d'une discussion entre les vice-présidents des soins cliniques ou la plus haute autorité administrative pertinente dans les hôpitaux respectifs. Les hôpitaux doivent avoir établi des procédures pour composer avec ces types de situations.⁶ Au besoin, on demandera aux médecins-chefs de participer à la décision pour faciliter un retour en temps opportun.

4. Établissement de rapports

- 4.1 CritiCall Ontario produira deux rapports mensuels pour les hôpitaux, les RLISS et les groupes de spécialité : un rapport sommaire et un rapport détaillé.
- 4.2 L'information contenue dans ces rapports mensuels comprendra :
 - le volume de patients retournés par hôpital et par RLISS. Le rapport détaillé fournira aussi des données relatives aux demandes de retour par spécialité;
 - la distribution et le roulement des patients pour l'ensemble des établissements;
 - des indicateurs du temps écoulé pour évaluer la conformité aux délais impartis de 48 heures;
 - les raisons des refus, les retards dans le processus de retour et les annulations des demandes de retour.
- 4.3 Les hôpitaux et les RLISS ont la responsabilité d'examiner les rapports et de travailler en collaboration pour traiter tout enjeu ou défi.

5. Algorithme de retour

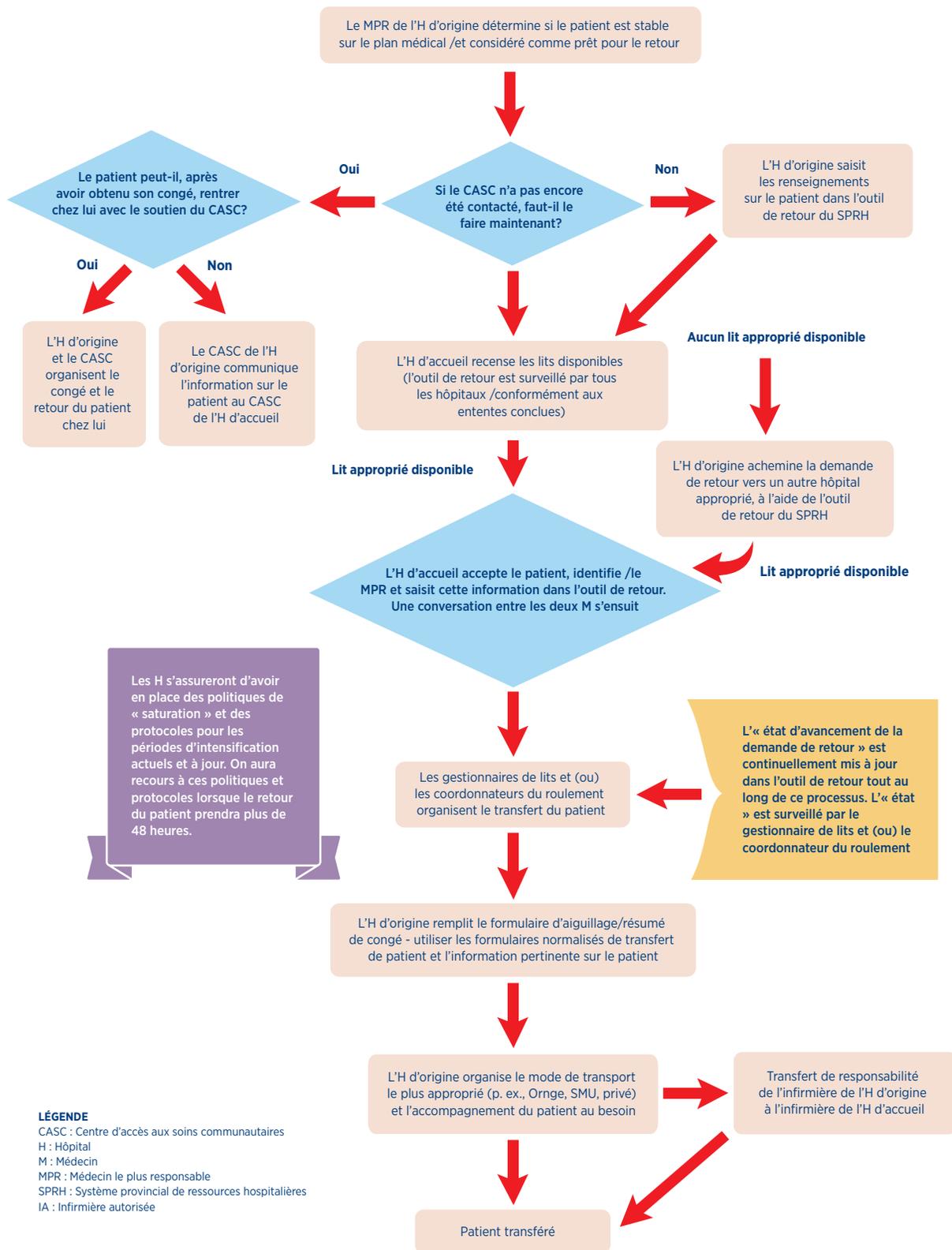
Veuillez consulter l'Annexe A à la page 11.

Références

1. Services ontariens des soins aux malades en phase critique. Mise en œuvre de la Politique concernant les malades en phase critique - diapos, 2013.
Tiré de : <http://www.criticalcareontario.ca/fr/toolbox/pages/library.aspx>. (25 novembre 2013)
2. Services ontariens des soins aux malades en phase critique. Mise en œuvre de la Politique concernant les malades en phase critique - diapos, 2013.
Tiré de : <http://www.criticalcareontario.ca/fr/toolbox/pages/library.aspx>. (25 novembre 2013)
3. Services ontariens des soins aux malades en phase critique. Mise en œuvre de la Politique concernant les malades en phase critique - diapos, 2013.
Tiré de : <http://www.criticalcareontario.ca/fr/toolbox/pages/library.aspx>. (25 novembre 2013)
4. RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant. Repatriation Task Force Policy and Procedure: Repatriation of Patients, mai 2009.
5. RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant. Repatriation Protocol Algorithm, mai 2009.
6. RLISS Champlain. Patient Flow Policy Addressing Coordination and Expectations for Access, mars 2010.

Annexe A

PROCESSUS DE RETOUR DU PATIENT



LÉGENDE
 CASC : Centre d'accès aux soins communautaires
 H : Hôpital
 M : Médecin
 MPR : Médecin le plus responsable
 SPRH : Système provincial de ressources hospitalières
 IA : Infirmière autorisée

