

Accompagner les patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) et présentant un double diagnostic, lors de la transition de l'hôpital à la vie à domicile

Sommaire du guide pratique

6 septembre, 2023



Photo courtesy of Photosymbols

Auteurs du rapport

D^{re} Avra Selick

Programme de soutien au système provincial
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Susan Morris, M.Serv.Soc., TSA

Conseillère

D^{re} Tiziana Volpe

Centre Azrieli des troubles du développement du
cerveau des adultes
Centre de toxicomanie et de santé mentale

D^{re} Yona Lunsky

Centre Azrieli des troubles du développement du
cerveau des adultes
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Contexte

L'Ontario traverse actuellement une crise hospitalière, qu'aggravent le manque de personnel et les retards pris dans la prestation des soins en raison de la pandémie de COVID-19. Dans ce contexte de crise, il est urgent de traiter la question des patients en attente d'un autre niveau de soins (ANS), également connu sous le nom de niveau de soins alternatif. Il s'agit de patients qui n'ont plus besoin de soins en milieu hospitalier, mais dont l'hospitalisation est prolongée en raison d'un manque de structures appropriées et de moyens de soutiens adaptés.

Chez les personnes ayant simultanément une déficience intellectuelle et un trouble psychiatrique (personnes porteuses d'un « double diagnostic »), le nombre de patients en attente d'un ANS est plus élevé que la moyenne. Il arrive que de tels patients passent des années à l'hôpital, ce qui a des conséquences néfastes pour eux et accroît les délais d'admission pour les autres patients. Afin que leur transition soit réussie, les patients présentant un double diagnostic ont besoin d'être soutenus à la fois par le secteur des services de santé et par celui des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Il faudrait donc mettre en place des solutions intersectorielles pour répondre de façon efficace à leurs besoins pendant le processus de transition.

Le présent rapport énonce les principes et les éléments essentiels qui sous-tendent la réussite de la transition dans la collectivité des patients d'âge adulte hospitalisés présentant un double diagnostic et en attente d'un ANS.

Approche

Une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les services de santé et les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle s'est attaquée à la question avec l'aide financière du ministère de la Santé de l'Ontario.

L'équipe a commencé par examiner attentivement la documentation universitaire et la littérature grise portant sur le processus de transition de l'hôpital à la vie à domicile pour les patients nécessitant un ANS et présentant un double diagnostic, analyse qu'elle a complétée par celle de documents généraux sur le besoin d'un ANS. Afin de se fonder sur les meilleures pratiques, l'équipe a utilisé comme cadre d'orientation les normes de Qualité des services de santé Ontario sur [les transitions de l'hôpital à la vie à domicile](#).

L'équipe a ensuite mené des consultations auprès d'une centaine d'intervenants de tout l'Ontario, dont des prestataires de services œuvrant dans des hôpitaux psychiatriques spécialisés, des hôpitaux généraux, des services de santé communautaire et des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, des responsables de la planification du système de santé et des chercheurs, ainsi que des patients qui avaient été maintenus à l'hôpital au-delà de la période nécessaire au lieu de bénéficier d'un ANS et des familles de tels patients. Sur la base de l'examen de la littérature et des consultations, sept principes concernant la transition ont été établis et dix éléments essentiels ont été adaptés à partir des normes de Qualité des services de santé Ontario sur les transitions.

Enfin, un sous-groupe de participants aux consultations a été invité à se joindre à un comité d'experts chargé d'examiner le rapport complet pour en vérifier l'exactitude, l'exhaustivité, la pertinence et la clarté. Après avoir fourni des commentaires par écrit, les membres du comité se sont réunis pour discuter de leurs recommandations et résoudre les éventuelles disparités.

Ces travaux ont été menés entre l'automne 2022 et le printemps 2023.

Principes concernant la transition

- **Un hôpital n'est pas un foyer.** Dès qu'une personne n'a plus besoin de recevoir de soins en milieu hospitalier, on doit assurer sa réintégration dans un cadre de vie adapté au sein de la collectivité.
- Les personnes d'âge adulte présentant un double diagnostic ont **le même droit** que les autres Ontariens **à être traitées avec dignité et respect et à recevoir des soins de qualité** tant pendant leur séjour à l'hôpital que pendant la période de transition vers un ANS, ainsi que lorsqu'elles vivent au sein de la collectivité.
- **La transition doit être un processus et non un événement ponctuel.** La planification de la transition doit commencer dès l'admission, voire avant. Le plan doit prévoir une transition progressive vers la collectivité, avec une période pendant laquelle l'équipe hospitalière et l'équipe communautaire fournissent à la personne des soins coordonnés et imbriqués.
- **Il faut que la planification de la transition soit axée sur la personne et tienne compte de sa culture ainsi que des traumatismes qu'elle a subis.** Il faut commencer par se renseigner auprès de la personne et de ses proches, qui la connaissent bien, sur ce qui est le plus important pour l'aider à bien vivre au sein de la collectivité, et ce de la manière la plus indépendante possible.
- **La réussite d'une transition passe par des communication claires et régulières** entre patient·e, famille et fournisseurs de services de l'hôpital et de la communauté œuvrant dans le domaine de la santé mentale et de la déficience intellectuelle, **ainsi que par une bonne coordination** de ces services entre eux.
- **L'équité en matière de santé, l'antiracisme et l'anti-oppression doivent soutenir tous les aspects des soins,** y compris les transitions, une attention particulière devant être accordée aux personnes présentant un double diagnostic pour s'assurer qu'elles ont un accès équitable aux soins, qu'elles sont satisfaites des services et qu'elles obtiennent des résultats optimaux.
- Le succès d'une transition ne doit dépendre ni d'actions de défense entreprises par les patients, les familles ou le personnel clinique, ni d'un recours à des connaissances influentes. **Pour garantir un accès équitable à un autre niveau de soins (ANS) à tous les patients, il faut avoir une procédure uniforme,** en particulier pour les personnes confrontées à plusieurs types de marginalisation.

Éléments essentiels de la transition

1. Échange régulier d'informations

Un processus est en place pour favoriser la communication et le partage d'informations entre toutes les personnes participant à la planification de la transition et au soutien aux patients. Ces échanges commencent dès l'admission des patients (ou avant) et se poursuivent tout au long de leur séjour à l'hôpital et de la période de transition.

2. Évaluation globale

Des prestataires qualifiés fournissent aux patients une évaluation globale de leurs besoins actuels et futurs en matière de soins médicaux et de soutien social, évaluation qui sert à élaborer le plan de transition et à optimiser le processus de transition. Il est préférable que cette évaluation débute au plus vite après l'admission et soit régulièrement actualisée pendant le séjour à l'hôpital et la période de transition.

3. Participation des patients et des familles à la planification de la transition

Pendant le processus de transition, on applique une démarche axée sur la personne et sa famille et adaptée à leur culture. Les patients qui se préparent à quitter l'hôpital pour réintégrer la collectivité, ainsi que leurs proches qui les soutiennent et les connaissent bien, participent à la planification de la transition et à l'élaboration d'un plan de transition écrit. De plus, un soutien est apporté aux patients et aux familles pour apaiser leurs inquiétudes ou, si besoin est, les aider à faire face aux traumatismes liés au séjour à l'hôpital ou aux modalités de la transition.

4. Éducation et soutien des patients, des familles et des prestataires de services communautaires

Avant d'entamer le processus de transition, on donne aux patients et aux familles les informations nécessaires et on fournit aux prestataires de services de santé et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle la formation nécessaire pour répondre aux besoins des patients en matière de soins de santé physique et mentale au sein de la collectivité. Dans le cadre de cette formation, les prestataires passent du temps à l'hôpital avec l'équipe clinique et la personne hospitalisée pour les observer et acquérir les compétences voulues.

5. Plan de transition et d'appui communautaire

On élabore par écrit un plan de transition et d'appui communautaire. Dans ce plan figurent les services d'hébergement appropriés, les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle et les soutiens en matière de santé dont la personne a besoin pour se réinsérer avec succès dans la collectivité. Le plan décrit également les étapes de la

transition. Le plan de transition, dont l'élaboration débute dès l'admission de la personne à l'hôpital, est régulièrement actualisé pendant le séjour à l'hôpital et la période de transition.

6. Transition progressive et coordonnée avec période de soins partagés

Un·e responsable désigné·e de l'hôpital et un·e responsable désigné·e de la collectivité travaillent en étroite collaboration avec la personne hospitalisée, sa famille, l'équipe hospitalière et les prestataires de services communautaires de santé et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle pour favoriser une transition progressive et coordonnée comprenant une période de soins partagés.

7. Vérification de la médication et soutien connexe

Une vérification de la médication des patients est effectuée lors de leur admission, avant leur sortie de l'hôpital et une fois qu'ils ont réintégré la collectivité, celle-ci incluant un bilan comparatif des médicaments ainsi que des informations sur la fidélité au traitement et l'optimisation de la médication. Il existe un plan d'accès aux médicaments dans la collectivité, de surveillance continue de la médication et d'aide à la prise des médicaments.

8. Coordination des soins de suivi

Les soins voulus sont prodigués pendant toute la période de transition. En outre, avant la sortie, les prestataires de soins de première nécessité sont désignés et préparés à fournir des soins de suivi dans la collectivité. Tous les patients ont besoin d'un·e prestataire de soins primaires et certains peuvent également nécessiter l'intervention d'autres prestataires (p. ex. psychiatre, psychologue, thérapeute comportemental·e, travailleuse sociale ou travailleur social, infirmière ou infirmier, ergothérapeute, orthophoniste), ainsi qu'une coordination des interventions. Pour les personnes ayant des besoins complexes, un modèle de soins en équipe s'impose.

9. Aide au logement et soutien communautaire appropriés et en temps opportun

On repère les services d'hébergement et les services communautaires qui répondent aux besoins et aux préférences des patients, favorisent chez eux un sentiment d'appartenance et les aident à se sentir en sécurité et à leur aise. Parmi les éléments à prendre en compte, citons la proximité de la famille, des services et de la communauté à laquelle ils appartiennent, le cadre de vie, les autres résidents, l'adéquation culturelle et le soutien offert par le personnel clinique.

10. Financement suffisant et flexible

Les fonds prévus pour la période de transition sont suffisants pour fournir aux patients un hébergement et des services communautaires adéquats afin de les aider à s'épanouir et de leur éviter une nouvelle hospitalisation. Les programmes de financement sont suffisamment souples pour répondre aux besoins complexes et changeants des patients.

Prochaines étapes

Pour faciliter l'adoption des principes et des éléments essentiels de la transition, nous recommandons de procéder comme suit :

1. *Données de qualité, en temps réel.* Améliorer les systèmes de données et la formation du personnel pour repérer systématiquement, dans les ensembles de données, les patients présentant un double diagnostic et nécessitant un ANS, et ce faisant permettre d'intervenir de façon proactive, de bien planifier l'administration des soins et d'allouer les ressources voulues.
2. *Procédures et voies d'accès uniformes et bien définies.* Mettre en œuvre des procédures simples et transparentes pour l'accès au financement et aux services dans les secteurs de la santé et des services aux personnes ayant un trouble du développement intellectuel.
3. *Politiques souples à l'appui du partage des soins.* Mettre en œuvre des politiques qui favorisent le partage des soins pendant la période de transition, y compris la possibilité pour les intervenants communautaires d'apprendre à connaître les patients pendant leur séjour à l'hôpital et pour l'équipe hospitalière d'apporter un soutien continu aux patients et aux nouveaux intervenants pendant une certaine période après la sortie de l'hôpital.
4. *Capacités des services d'hébergement et des services cliniques et financement de ces services.* Renforcer les capacités d'hébergement et les capacités cliniques de l'Ontario pour faire en sorte qu'à leur retour dans la collectivité, les patients trouvent un cadre de vie et un soutien adéquats.
5. *Formation/information.* Soutenir la formation des prestataires de soins hospitaliers et communautaires sur le double diagnostic et la formation des fournisseurs de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle relativement aux traitements et renseigner les patients et familles sur l'accès à des services de soutien.
6. *Outils et modèles.* Élaborer des outils et des modèles pour mettre en pratique les éléments essentiels de la transition (p. ex. plan de transition et d'appui communautaire, trousse d'évaluation complète normalisée).

Ce rapport énonce les principes et les éléments essentiels qui permettent d'aider les patients présentant un double diagnostic et nécessitant un ANS à réussir leur transition de l'hôpital à la vie à domicile. La mise en œuvre des pratiques ci-dessus est utile aux patients qui nécessitent un ANS dans l'immédiat; cependant, pour régler le problème plus général

des patients hospitalisés en attente d'un ANS, il faut examiner de quelle manière éviter ce genre de situation. Si, avant l'admission à l'hôpital et pendant la période d'hospitalisation, on appliquait les principes et les éléments essentiels de la transition décrits dans le présent rapport, on pourrait éviter les séjours trop longs à l'hôpital et réduire le nombre de personnes hospitalisées en attente d'un ANS. Avec les ressources et les systèmes appropriés, on pourrait aider les patients à mener une vie satisfaisante en toute sécurité au sein de la collectivité.

Pour lire le rapport complet, visitez [la page du projet](#) sur le site de H-CARDD de CAMH.