

# Transitions entre l'hôpital et la maison

# Au cours de l'hospitalisation et du processus de transition : améliorer les communications avec le patient et le personnel soignant à l'aide d'outils visuels

Publié en septembre 2016

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, spécialistes, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi.

La **Figure 1** est un survol des **pratiques innovantes et des meilleures pratiques fondées sur des données probantes** qui sont conçues pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison.

L'utilisation de ces pratiques varie grandement dans la province. Les équipes sont incitées à prioriser la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes avant l'adoption des pratiques innovantes.

#### **AU DÉBUT DE AU COURS DE** L'ADMISSION À L'HOSPITALISATION L'HÔPITAL **ET DU PROCESSUS DE TRANSITION** Effectuer le bilan comparatif des médicaments à l'admission Utiliser la retransmission de l'information lorsqu'on Évaluer le risque de crée la capacité du réadmission du patient personnel soignant et du patient Évaluer la littératie en santé Aviser les fournisseurs communautaires de l'admission du patient à l'hôpital Viser à utiliser l'avis électronique Améliorer les communications avec le Collaboration entre patient et le personnel lesfournisseurs soignant à l'aide communautaires pour d'outils visuels élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonné



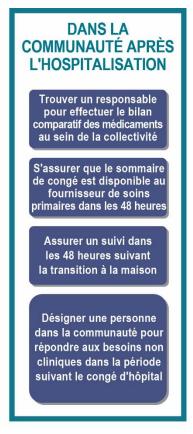






Figure 1 : Pratiques pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison

### Description de cette meilleure pratique fondée sur les données probantes

« Il a été démontré que la communication verbale seulement n'est pas aussi efficace que lorsqu'elle est combinée à d'autres moyens de communication. Les aides visuels s'avèrent particulièrement utiles pour les patients qui ne parlent pas anglais et ceux qui présentent un faible niveau de littératie en santé et tendent à moins bien se rappeler des médicaments à prendre et des instructions à suivre. On constate également que le matériel écrit est plus efficace lorsqu'il est simple, écrit avec une police plus grosse et met l'accent sur l'information essentielle. Il est également utile d'opter pour des mots et des phrases plus courtes et de les adresser directement au patient. » (OpenLab, University Health Network, 2014)¹

#### **Outils et ressources**

Dans le cadre d'un balayage environnemental et d'un examen de la documentation, les outils suivants ont été réputés hautement efficaces et courants pour améliorer la communication entre le personnel soignant et le patient. La décision de mettre en place ou d'administrer un de ces outils doit être prise de concert avec toute autre information pertinente sur le plan du contexte local.

Améliorer les communications avec le patient et le personnel soignant à l'aide d'outils visuels		
Nom de l'outil	Aperçu	Considérations/Liens
Sommaire de congé axé sur le patient (PODS)	Le PODS est un modèle de sommaire de congé conçu pour mieux indiquer les renseignements désirés par les patients et dont ils ont besoin au moment de leur congé d'hôpital. Il comprend cinq (5) éléments d'information clés :  1. Les médicaments que je dois prendre  2. Mes réactions possibles et quoi faire  3. Les changements à ma routine  4. Mes rendez-vous à venir  5. Où aller pour obtenir plus d'information	<ul> <li>Les attentes du plan de transitions peuvent être différentes pour les patients, les familles, le personnel soignant, les partenaires communautaires et les membres de l'équipe de soins. Il faut tenir des conversations en temps réel sur les transitions avec le patient et sa famille/personnel soignant et les partenaires communautaires.</li> <li>Mis en place par le <i>Réseau local d'intégration des services de santé de Toronto-Centre (RLISS TC)</i>, en 2014, le <i>OpenLab, University Health Network</i> a collaboré avec les patients et les fournisseurs pour créer conjointement le modèle PODS. Les ressources sur le site Web <i>OpenLab</i> sont offertes à toutes les organisations pour qu'elles puissent les adapter à leurs conditions locales.</li> <li>La trousse d'outils PODS est offerte au : <a href="http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/">http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/</a></li> <li>Le matériel d'intégration PODS peut être téléchargé au : <a href="http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/">http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/</a></li> <li>Pour l'historique et les antécédents du PODS, utilisez le lien suivant : <a href="http://phodstoolkit.uhnopenlab.ca/">http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/</a></li> <li>Le modèle de PODS est offert en plusieurs langues au : <a href="http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/">http://podstoolkit.uhnopenlab.ca/form/</a></li> </ul>

## Ressources supplémentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'amélioration de la qualité, veuillez visiter : <a href="http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started">http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started</a>

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> RLISS du Centre-Toronto. Sommaire de congé axé sur le patient (PODS). Nov. 2014. Offert au : <a href="http://uhnopenlab.ca/wp-content/uploads/2014/11/PODS">http://uhnopenlab.ca/wp-content/uploads/2014/11/PODS</a> report.pdf