



Renforcer la communication et la collaboration pour améliorer la continuité des soins

Alexandre Gouveia

Policlinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, Lausanne,

En Suisse, plus d'un million de patients sont hospitalisés chaque année, dont 24% plus d'une fois [1]. La majeure partie des hospitalisations est liée à des lésions, à des pathologies du système ostéo-articulaire ou de l'appareil circulatoire. La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus a diminué de 2 jours durant les deux dernières décennies, de 7,4 jours en 2004 à 5,4 jours en 2019 [2], rendant les séjours plus rapides. Les patients peuvent aussi transiter entre différentes structures de soins, comme les centres de réhabilitation et les établissements médico-sociaux, avant un retour définitif à domicile. Chaque transition comporte des risques sur l'accessibilité et la continuité des soins. Toutefois, ces risques peuvent être identifiés et potentiellement minimisés par une communication et une coordination renforcées entre le patient, son entourage et les différents professionnels de santé.

Durant ces dernières années, un nombre important d'interventions visant améliorer la qualité et la sécurité du retour à domicile a été étudiée dans la littérature [3]. Cependant, les résultats obtenus restent assez aléatoires. Les données disponibles actuellement montrent que les interventions avec des composantes éducatives et celles combinant des interventions avant et après la sortie d'hospitalisation semblent avoir un impact positif dans la transition des soins. En Suisse, les infirmiers de liaison exercent un rôle important dans la transition des soins par l'obtention d'informations à l'hôpital mais aussi en ambulatoire, par la préparation et la dissémination des documents d'entrée et de sortie, ainsi que par la coordination des acteurs hospitaliers et ambulatoires [4, 5]. Le contact établi par les infirmiers de liaison avec le patient, sa famille et les différents professionnels de santé durant le séjour à l'hôpital est particulièrement apprécié et sert à nouer des liens durant une phase particulièrement disruptive pour les patients.

La communication entre les médecins hospitaliers et ambulatoires durant les séjours hospitaliers est une

thématique souvent débattue. La lettre de sortie d'hospitalisation, apparue dans les années 70, reste encore le moyen de communication le plus utilisé dans la transmission d'informations cliniques importantes aux professionnels responsables de la prise en charge ambulatoire des patients [6]. Ce rapport écrit doit être transmis le plus rapidement possible après la sortie d'hospitalisation, être concis (jusqu'à deux pages) et résumer les points qui méritent une attention particulière de la part des professionnels de santé. Néanmoins, malgré des recommandations institutionnelles et de considérables efforts menés par des hôpitaux, les lettres de sortie sont encore fréquemment transmises plusieurs jours après la sortie [7, 8]. C'est la raison pour laquelle d'autres moyens et stratégies de communication doivent être envisagés, à l'aube d'une période prospère en communications à distance.

Anticipation, accompagnement et surveillance

La participation active des médecins ambulatoires dans l'admission et dans la préparation à la sortie peut être utile à l'optimisation de la transition des soins et au développement de pratiques collaboratives [9]. De nouveaux modèles de collaboration et de communication émergent par l'utilisation étendue des technologies d'information et de communication, ainsi que par la digitalisation des dossiers médicaux, particulièrement pour les patients exigeant des prises en charge complexes avec de multiples intervenants. Dans cet article, un modèle visant schématiser une stratégie de collaboration et de communication entre professionnels de santé lors d'une hospitalisation en soins aigus est proposé (fig. 1).

Dans la phase d'**anticipation** d'une hospitalisation élective, ou même pour les patients souvent hospitalisés en urgence, le médecin généraliste doit être attentif à la transmission d'informations utiles aux profession-

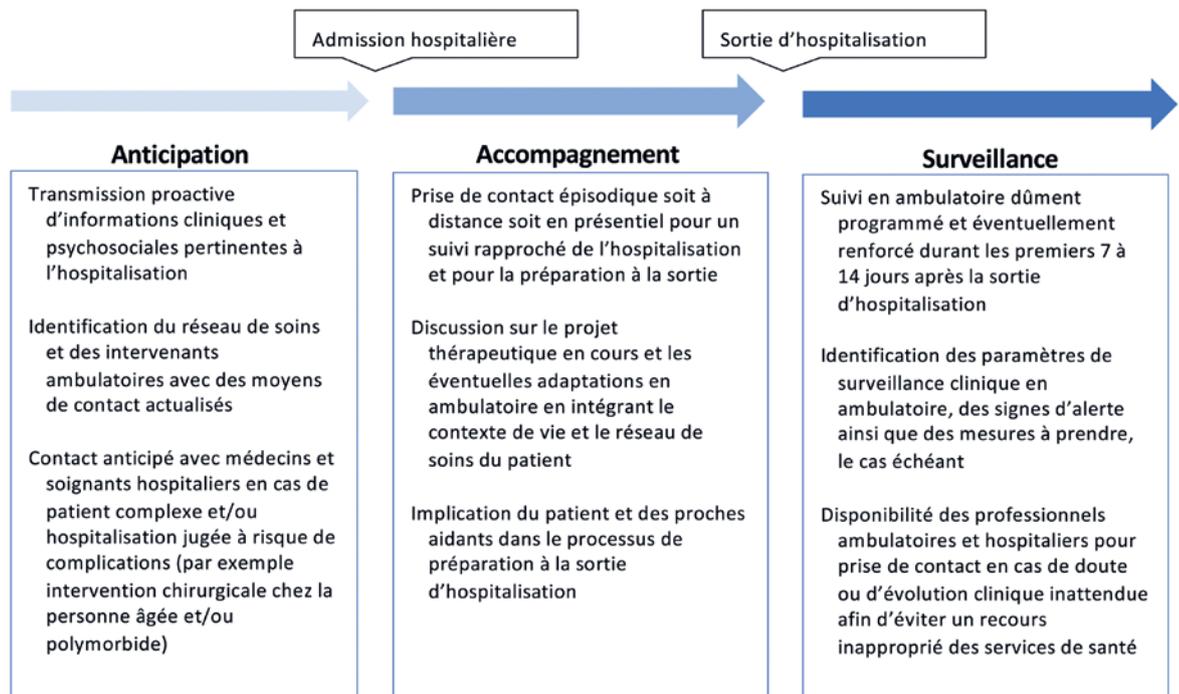


Figure 1: Collaboration et communication entre les professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers lors d'un séjour hospitalier.

nels de santé hospitaliers, comme les antécédents médicaux, les allergies, le traitement habituel et les échecs thérapeutiques précédents, les éventuelles croyances et des informations psychosociales pertinentes. C'est essentiel d'identifier les membres de la famille ou personnes qui exercent le rôle de proches aidants, le réseau de soins à domicile et ses intervenants, ainsi que les professionnels de santé impliqués dans le suivi en ambulatoire, tels que le pharmacien et le médecin de référence. L'hospitalisation de patients polymorbides ou à risque de complication peut requérir une préparation accrue avec une discussion *ad hoc* pré-hospitalière entre les professionnels de santé.

Après l'admission à l'hôpital, l'**accompagnement** est prioritaire pour pouvoir obtenir et fournir des informations importantes. Même si parfois peu opportun, un court appel téléphonique entre le médecin généraliste du patient et le médecin référent de l'hospitalisation peut être source d'informations importantes durant le séjour et éventuellement simplifier le transfert de prise en charge à la fin de l'hospitalisation, y compris en l'absence d'informations écrites immédiates. Les professionnels de santé en ambulatoire peuvent aussi participer à la préparation de la famille et des proches aidants au retour à domicile, dans un esprit de collaboration avec l'équipe hospitalière et d'optimisation des ressources existantes. Plusieurs modèles de

planification de la sortie existent et peuvent être facilement appliqués. L'Agence américaine pour la recherche et la qualité dans le système de santé (*Agency for healthcare research and quality*, AHRQ) propose l'acronyme IDEAL pour décrire les 5 éléments nécessaires à respecter durant la planification de la sortie d'hospitalisation (tab. 1) [10].

La phase de **surveillance** s'initie finalement avec la sortie d'hospitalisation et se termine *a priori* après 30 jours. Une première évaluation clinique au cabinet ou au domicile du patient à risque de complication ou réadmission est souhaitable dans les 7 premiers jours après le transfert. Ce sera l'occasion de monitorer les paramètres cliniques pertinents et d'inclure le patient, ainsi que son entourage, dans l'identification précoce des signes d'alerte. Chaque professionnel, y compris hospitalier, doit préserver une certaine disponibilité pour répondre aux éventuelles questions qui peuvent survenir de la part du patient, des proches aidants, des soignants ou des médecins.

Conclusion

Afin de favoriser la continuité des soins, la transition entre l'hôpital et l'ambulatoire doit être préparée par tous les intervenants le plus tôt possible et adaptée en permanence durant le séjour hospitalier. La communi-



Tableau 1: Préparation à la sortie d'hospitalisation selon l'algorithme IDEAL. Adapté en langue française à partir de l'original en anglais disponible en ligne [10]. Reproduction avec l'aimable autorisation d'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

I pour «Include» ou Inclure	Inclure le patient et sa famille comme partenaires à part entière dans la planification de la sortie d'hospitalisation.
D pour «Discuss» ou Discuter	Discuter avec le patient et sa famille sur les 5 thématiques clés pour prévenir les problèmes à domicile : 1. Décrire la vie à la maison. 2. Revoir le traitement médicamenteux. 3. Identifier les signes d'alerte et les problèmes. 4. Expliquer les résultats des examens. 5. Programmer les consultations de suivi.
E pour «Educate» ou Éduquer	Instruire le patient et sa famille dans un langage approprié au sujet du diagnostic, de chaque étape tout au long du séjour hospitalier et du processus de sortie.
A pour «Assess» ou Analyser	Évaluer comment les médecins et infirmiers expliquent le diagnostic, les étapes nécessaires au traitement et utilisent la reformulation (i.e. « teach back »).
L pour «Listen» ou Lister	Écouter et lister les différents objectifs, les préférences, les commentaires et les préoccupations du patient et de sa famille.

cation et la collaboration entre les professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires peuvent être renforcées par une stratégie proactive d'anticipation, d'accompagnement et de surveillance.

L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Références

- 1 Patients OF. hospitalisations. Statistique des hôpitaux 2020; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/hopitaux/patients-hospitalisations.html>
- 2 OFS. Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus. Statistique des hôpitaux 2020; Available from: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-de-sejour-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>
- 3 Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Serv Res. 2007 Apr;7(1):47. 10.1186/1472-6963-7-4717408472

- 4 Préparer sa sortie d'hôpital. 2021; Available from: <https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/preparer-sa-sortie-dhopital>
- 5 Aued GK, Bernardino E, Lapiere J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev Lat Am Enfermagem. 2019 Aug;27:e3162.)
- 6 Gouveia A, Kraege V, Sartori C. [The discharge summary in the transition between hospital and ambulatory care]. Rev Med Suisse. 2018 Nov;14(628):2128–30.30462401
- 7 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007 Feb;297(8):831–41. 10.1001/jama.297.8.83117327525
- 8 Burrini R, Cuany B, Valerio M, Jichlinski P, Kulik G. Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law. Int J Qual Health Care. 2019 Dec;31(10):787–92. 10.1093/intqhc/mzy25330608552
- 9 Boddy N, Barclay S, Bashford T, Clarkson PJ. How can communication to GPs at hospital discharge be improved? A systems approach. BJGP Open. 2021 Oct;BJGPO.2021.0148. 10.3399/BJGPO.2021.014834620598
- 10 Strategy 4: Care Transitions From Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning. 2017; Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/strategy4/index.html>.

Dr Alexandre Gouveia
Policlinique de médecine générale
Département des polycliniques,
Unisanté
CH-1011 Lausanne
alexandre.gouveia[at]
unisante.ch