



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2014

LA PLANIFICATION DE SORTIE DES PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE

MABIRE Cédric

MABIRE Cédric, 2014, LA PLANIFICATION DE SORTIE DES PERSONNES ÂGÉES
HOSPITALISÉES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_6E75D1221FEC4

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

Faculté de biologie
et de médecine

LA PLANIFICATION DE SORTIE DES PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE

Thèse de doctorat ès sciences infirmières (PhD)

présentée à la

Faculté de biologie et de médecine
de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de Docteur ès sciences infirmières

par

Cédric MABIRE

Master en économie et management de la santé, Université de Lausanne

Jury

Prof. Diane Morin, Présidente

Prof. Céline Goulet, Directrice de thèse

Prof. Christophe Büla, Co-Directeur de thèse (UNIL)

Prof. Anne-Sylvie Ramelet, experte

Prof. Nicole Dubuc, experte externe

Lausanne 2014

Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

Président	Madame Prof. Diane Morin
Directeur de thèse	Madame Prof. Céline Goulet
Co-directeur de thèse	Monsieur Prof. Christophe Buela
Experts	Madame Prof. Anne-Sylvie Ramelet Madame Prof. Nicole Dubuc

le Conseil de Faculté autorise l'impression de la thèse de

Monsieur Cédric Mabire

Master en économie et management de la santé, Université de Lausanne

intitulée

**LA PLANIFICATION DE SORTIE DES PERSONNES ÂGÉES
HOSPITALISÉES DANS UN SERVICE DE MÉDECINE**

Lausanne, le 24 mars 2014

pour Le Doyen
de la Faculté de Biologie et de Médecine



Directrice de l'IUFERS



Directrice de l'Ecole Doctorale

Sommaire

Contexte: la planification infirmière de sortie des personnes âgées est une composante importante des soins pour assurer une transition optimale entre l'hôpital et la maison. Beaucoup d'événements indésirables peuvent survenir après la sortie de l'hôpital. Dans une perspective de système de santé, les facteurs qui augmentent ce risque incluent un nombre croissant de patients âgés, l'augmentation de la complexité des soins nécessitant une meilleure coordination des soins après la sortie, ainsi qu'une augmentation de la pression financière.

Objectif: évaluer si les interventions infirmières liées à la planification de sortie chez les personnes âgées et leurs proches aidants sont prédictives de leur perception d'être prêts pour le départ, du niveau d'anxiété du patient le jour de la sortie de l'hôpital et du nombre de recours non programmé aux services de santé durant les trente jours après la sortie.

Méthode: le devis est prédictif corrélationnel avec un échantillon de convenance de 235 patients. Les patients âgés de 65 ans de quatre unités d'hôpitaux dans le canton de Vaud en Suisse ont été recrutés entre novembre 2011 et octobre 2012. Les types et les niveaux d'interventions infirmières ont été extraits des dossiers de soins et analysés selon les composantes du modèle de Naylor. La perception d'être prêt pour la sortie et l'anxiété ont été mesurées un jour avant la sortie en utilisant l'échelle de perception d'être prêt pour la sortie et l'échelle *Hospital Anxiety and Depression*. Un mois après la sortie, un entretien téléphonique a été mené pour évaluer le recours non programmé aux services de santé durant cette période. Des analyses descriptives et un modèle randomisé à deux niveaux ont été utilisés pour analyser les données.

Résultats: peu de patients ont reçu une planification globale de sortie. L'intervention la plus fréquente était la coordination (M = 55,0/100). et la moins fréquente était la participation du patient à la planification de sortie (M = 16,1/100). Contrairement aux hypothèses formulées, les patients ayant bénéficié d'un plus grand nombre d'interventions infirmières de préparation à la sortie ont un niveau moins élevé de perception d'être prêt pour le départ ($B = -0,3, p < 0,05, IC\ 95\% [-0,57, -0,11]$); le niveau d'anxiété n'est pas associé à la planification de sortie ($r = -0,21, p < 0,01$) et la présence de troubles cognitifs est le seul facteur prédictif d'une réhospitalisation dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital ($OR = 1,50, p = 0,04, IC\ 95\% [1,02, 2,22]$).

Discussion: en se focalisant sur chaque intervention de la planification de sortie, cette étude permet une meilleure compréhension du processus de soins infirmiers actuellement en cours dans les hôpitaux vaudois. Elle met en lumière les lacunes entre les pratiques actuelles et celles de pratiques exemplaires donnant ainsi une orientation pour des changements dans la pratique clinique et des recherches ultérieures.

Summary

Background: Nursing discharge planning in elderly patients is an important component of care to ensure optimal transition from hospital to home. Many adverse events may occur after hospital discharge. From a health care system perspective, contributing factors that increase the risk of these adverse events include a growing number of elderly patients, increased complexity of care requiring better care coordination after discharge, as well as increased financial pressure.

Aim: To investigate whether older medical inpatients who receive comprehensive discharge planning interventions a) feel more ready for hospital discharge, b) have reduced anxiety at the time of discharge, c) have lower health care utilization after discharge compared to those who receive less comprehensive interventions.

Methods: Using a predictive correlational design, a convenience sample of 235 patients was recruited. Patients aged 65 and older from 4 units of hospitals in the canton of Vaud in Switzerland were enrolled between November 2011 and October 2012. Types and level of interventions were extracted from the medical charts and analyzed according to the components of Naylor's model. Discharge readiness and anxiety were measured one day before discharge using the Readiness for Hospital Discharge Scale and the Hospital Anxiety and Depression scale. A telephone interview was conducted one month after hospital discharge to assess unplanned health services utilization during this follow-up period. Descriptive analyses and a two-level random model were used for statistical analyses.

Results: Few patients received comprehensive discharge planning interventions. The most frequent intervention was Coordination (M = 55,0/100) and the least common was Patient participation in the discharge planning (M = 16,1/100). Contrary to our hypotheses, patients who received more nursing discharge interventions were

significantly less ready to go home ($B = -0,3$, $p < 0,05$, IC 95% [-0,57, -0,11]); their anxiety level was not associated with their readiness for hospital discharge ($r = -0,21$, $p < 0,01$) and cognitive impairment was the only factor that predicted rehospitalization within 30 days after discharge ($OR = 1,50$, $p = 0,04$, IC 95% [1,02, 2,22]).

Discussion: By focusing on each component of the discharge planning, this study provides a greater and more detailed insight on the usual nursing process currently performed in medical inpatients units. Results identified several gaps between current and Best practices, providing guidance to changes in clinical practice and further research.

Table des matières

Sommaire	iii
Summary	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures	xiii
Liste des abréviations	xiv
Remerciements.....	xv
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique	3
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	9
Théorie intermédiaire de la transition	9
Origine.....	10
Postulats.....	11
Nature de la transition.....	12
Types de transition.....	12
Scénarii de transition.....	13
Propriétés de l'expérience de transition.....	13
Conditions de la transition.....	16
Conditions personnelles	17
Conditions communautaires et sociétales	18
Interventions infirmières.....	18
Modèles de réponses	21

Transition d'une personne âgée hospitalisée	23
Démarche documentaire	23
Facteurs d'hospitalisation	24
Caractéristiques du patient et du proche aidant.....	26
Âge du patient	26
Genre du patient.....	28
Cohabitation du patient.....	29
Comorbidité du patient.....	31
Trouble cognitif du patient.....	31
Présence d'un proche aidant	32
Âge du proche aidant.....	33
Planification globale de sortie	35
Modèle d'intervention de Naylor.....	38
Perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital.....	49
Anxiété	53
Recours non programmé aux services de santé	55
Cadre conceptuel de l'étude	58
Hypothèses de l'étude	59
Chapitre 3 : Méthode	61
Devis	61
Échantillonnage	61
Milieu et population.	61
Critères d'inclusion.....	61

Critères d'exclusion.	62
Taille de l'échantillon	63
Taux d'inclusion.....	64
Déroulement de l'étude	64
Admission du participant.....	65
Sortie du participant.....	65
Suivi du participant.	66
Variables et instruments.....	66
Les caractéristiques du patient et du proche aidant.	66
Trouble cognitif	66
Comorbidités.....	68
Les facteurs d'hospitalisation.....	69
Planification globale de sortie.	69
Qualification de l'infirmière responsable de la planification de sortie	70
Évaluation précoce des besoins.....	70
Communication et information.....	70
Coordination interprofessionnelle	70
Participation du patient et du proche aidant.....	71
Évaluation le jour de la sortie du patient.....	71
Suivi post-hospitalier du patient.....	71
Evaluation de la planification globale de sortie.	71
La perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital	72
Traduction de l'échelle.	73

Fidélité et validité de l'échelle PPDH.....	74
L'anxiété.....	76
Fidélité et validité de l'échelle HADS.....	77
Recours non programmé aux services de santé.....	77
Pré-test.....	78
Analyse des données.....	79
Considérations éthiques	80
Chapitre 4 : Résultats.....	83
Résultats descriptifs.....	83
Nature de la transition.	83
Conditions de la transition.	84
Planification globale de sortie.....	87
Qualification de l'infirmière responsable de la planification de sortie.....	87
Évaluation précoce des besoins	90
Communication et information	90
Participation du patient et du proche aidant.	90
Coordination interprofessionnelle.....	91
Évaluation le jour de la sortie du patient.	91
Suivi post-hospitalier du patient.	92
Planification globale de sortie du patient.....	92
Perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital.	93
Anxiété	95
Recours non programmé aux services de santé.....	95

Analyses prédictives	96
Hypothèse 1.	97
Hypothèse 2.	99
Hypothèse 3.	100
Hypothèse 4.	102
Hypothèse 5	104
Chapitre 5 : Discussion	109
Hypothèses de recherche	109
La planification globale de sortie	114
Forces et limites	121
Pistes pour la recherche.....	123
Pistes pour la pratique clinique.....	123
Conclusion	127
Références	129
Annexe I : Calendrier	149
Annexe II : Feuille d'information.....	151
Annexe III : Formulaire de consentement	155
Annexe IV : Instruments	159
Annexe V : Avis de la commission d'éthique	175
Annexe VI : Tableau de corrélation	179

Liste des tableaux

Tableau

1. Nature de la transition d'une personne âgée hospitalisée	25
2. Conditions de la transition d'une personne âgée hospitalisée	35
3. Interventions infirmières de la transition d'une personne âgée hospitalisée	49
4. Réponses de la personne âgée hospitalisée en transition	57
5. Saturations factorielles de l'Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital lors de l'analyse exploratoire avec rotation promax.....	75
6. Facteurs d'hospitalisation	84
7. Caractéristiques des participants	86
8. Diagnostics d'admission des participants.....	88
9. Score des interventions infirmières de planification de sortie	89
10. Perception du patient d'être prêt pour le départ	95
11. Score de l'anxiété (sous-score de l'HADS)	96
12. Recours non programmé aux services de santé	96
13. Régression linéaire mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur la perception d'être prêt pour la sortie de l'hôpital	98
14. Régression linéaire mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le niveau d'anxiété le jour de la sortie	99
15. Régression linéaire mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le niveau d'anxiété le jour de la sortie	100
16. Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le taux de réadmissions hospitalières dans les 30 jours après la sortie.....	101
17. Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le recours non programmé aux services de santé dans les 30 jours après la sortie.....	102
18. Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le taux de réadmissions hospitalières.....	103
19. Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le recours non programmé aux services de santé	104
20. Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le taux de réadmissions hospitalières.....	105
21. Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le recours non programmé aux services de santé	106

Liste des figures

Figure

22. *Figure 1.* Modèle de la théorie intermédiaire de la transition. (De : Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. L. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.)11
23. *Figure 2.* Relation entre les concepts de la théorie intermédiaire de la transition de Meleis dans la situation propre de l'hospitalisation d'une personne âgée. Les chiffres entre parenthèses correspondent au niveau du processus de la planification de sortie de Rorden.59
24. *Figure 3.* Recrutement et collecte de données pour une dyade participante.67
25. *Figure 4.* Modélisation d'équation structurelle de l'analyse factorielle confirmatoire de l' « Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital ».....76
26. *Figure 6.* Nombre d'interventions infirmières de préparation à la sortie reçues par participant.....93
27. *Figure 7.* Polynôme fractionnel entre le score d'interventions infirmières de préparation à la sortie et le score total de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital.98
28. *Figure 8.* Résultats des analyses prédictives. Les chiffres entre parenthèse correspondent au niveau du processus de la planification de sortie de Rorden.107

Liste des abréviations

CER	Commission d'éthique de la recherche
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIRS-G	Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICUS	Infirmières cheffes d'unité de soins
IPA	Infirmière de pratique avancée
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PPDH	Perception d'être Prêt pour le Départ de l'Hôpital
PPDH_PA	Perception d'être Prêt pour le Départ de l'Hôpital version Proche aidant
RNPSS	Recours non programmé aux services de santé
TRAPD	Translate Review, Adjudicate, Pretest, and Document

Remerciements

Je souhaite remercier en premier lieu ma directrice de thèse, Mme Céline Goulet, Professeure invitée à l'Université de Lausanne d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse. Je lui suis également reconnaissant pour le temps conséquent qu'elle m'a accordé, pour ses qualités pédagogiques et surtout scientifiques, pour sa franchise et sa sympathie. J'ai beaucoup appris à ses côtés et je lui adresse ma gratitude pour tout cela.

J'adresse ces chaleureux remerciements à mon co-directeur de thèse, M. Christophe Büla, Professeur à l'Université de Lausanne et chef du service universitaire de gériatrie et de réadaptation pour son attention de tout instant sur mes travaux, pour ses conseils avisés et son écoute qui ont été prépondérants pour la bonne réussite de cette thèse. Sa confiance a été un élément moteur pour moi. J'ai un grand plaisir à travailler avec lui.

Un grand merci à Mme Diane Morin, Professeure à l'Université de Lausanne et directrice de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins pour son implication dans ce projet et son soutien pour mon intégration dans le milieu académique. J'apprécie son enthousiasme et sa sympathie.

Bien sûr, atteindre ces objectifs n'aurait pas été possible sans l'aide de Joanie Pellet, assistante de recherche à HESAV qui a participé à la collecte de données. Nombreux sont ceux à avoir au fil de ma thèse apporté leur contribution scientifique voire leur secours. Ainsi, je tiens à remercier Patrick Taffé pour ses précieux apports en statistique et Thierry Lecerf pour ses conseils avisés sur l'analyse psychométrique. J'adresse aussi mes remerciements à la Professeure Anne-Sylvie Ramelet qui a été une personne ressource dans ma thèse.

Je tiens à témoigner toute ma gratitude aux personnes âgées qui ont accepté de participer à cette étude durant une période difficile qu'est une hospitalisation.

Je tiens particulièrement à remercier tous les membres des équipes soignantes qui nous ont accueilli et pour leur aide durant la collecte des données.

Je remercie la Fondation Leenaards qui a soutenu financièrement cette thèse en m'accordant le prix Leenaards 2011 pour la qualité de vie des personnes âgées et une bourse doctorale en 2012.

Je remercie HESAV qui m'a offert les conditions de travail nécessaire à la réalisation de cette thèse. Je remercie particulièrement Mme Clerc, Directrice, et M. Van Gele, Doyen de la filière Soins Infirmiers pour leur soutien et leur confiance.

Je souhaite remercier spécialement Tamara pour son soutien et sa patience tout au long de la thèse, mes filles Chloé et Charline pour leurs sourires et leur énergie au quotidien sans lesquels je n'en serais pas là aujourd'hui.

Merci enfin au lecteur qui par essence justifie la rédaction de ce document.

Introduction

La transition de l'hôpital vers le domicile d'une personne âgée est un moment déterminant pour la continuité des soins. De nombreux événements adverses surviennent après la sortie de l'hôpital, et plusieurs facteurs vont contribuer à accroître ce risque dans l'avenir: augmentation du nombre de personnes âgées, accroissement de la complexité de leur prise en charge et de leur orientation après la sortie, ainsi que de la pression économique sur la durée des séjours hospitaliers. La planification de sortie est une composante importante pour assurer une transition optimale de la personne âgée et de son proche aidant durant les jours suivant la sortie de l'hôpital. Une meilleure compréhension et maîtrise du processus de planification de sortie contribuerait certainement à améliorer leur bien-être.

Cette thèse, réalisée dans le cadre d'un doctorat es Sciences Infirmières (Institut universitaire de formation et de recherche en soins, IUFRS), a pour objectif d'évaluer si les interventions infirmières liées à la planification de sortie chez les personnes âgées et leurs proches aidants sont prédictives de leur perception d'être prêts pour le départ, du niveau d'anxiété du patient le jour de la sortie de l'hôpital et du nombre de recours non programmé aux services de santé durant les 30 jours après la sortie.

Le travail de thèse est organisé en cinq chapitres. Le premier chapitre traite de la problématique étudiée. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits laquelle est divisée en deux sections le cadre théorique et le cadre empirique ainsi

que le cadre conceptuel de l'étude. Le troisième chapitre inclut le devis, l'échantillonnage et le déroulement de l'étude. Il inclut également les variables et les instruments, le pré-test, l'analyse des données et se termine par les considérations éthiques. Le quatrième chapitre présente les résultats descriptifs et les analyses prédictives pour répondre aux hypothèses de recherche. Le cinquième chapitre porte sur la discussion qui met en lien les résultats obtenus avec les écrits scientifiques existants. Elle présente la pertinence du cadre conceptuel, les forces et les limites de l'étude et propose des pistes pour la recherche et la pratique clinique. Le travail se termine par une conclusion.

Chapitre 1 : Problématique

Le vieillissement de la population est un défi des systèmes de santé et concerne tous les pays, selon différents délais et amplitudes. Il est anticipé que d'ici à 2050, la proportion d'habitants âgés de plus de 65 ans en Suisse augmentera de 15,9% (Office fédéral de la statistique, 2012a). Un Vaudois sur cinq aura plus de 65 ans en 2030 et la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus aura augmenté de 75% (Office fédéral de la statistique, 2012a). Aux Etats-Unis, la part de la population âgée de plus de 65 ans augmentera de 12,3% à 21,4% (United Nations, 2002)... Cet accroissement aura inévitablement des répercussions majeures sur le système de santé puisque le pourcentage de personnes âgées hospitalisées est également en augmentation.

Les personnes âgées sont les principaux bénéficiaires des services hospitaliers et il est impératif de continuer à s'assurer que les soins aigus soient conçus pour répondre à leurs besoins. Dans le canton de Vaud, la prévalence des hospitalisations des personnes de 65 ans et plus atteint 43,1% en 2011 et un séjour sur cinq concerne les personnes âgées de 80 ans et plus (SCRIS/OFS, 2011a). En 10 ans, l'évolution du nombre d'hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de 5,26%, et de 3,72% chez celles âgées de plus de 80 ans (SCRIS/OFS, 2009).

Sur le plan médical, le grand âge est caractérisé par la coexistence d'un nombre croissant de pathologies chroniques, y compris les problèmes neuro-dégénératifs, qui malgré leur stabilité présentent un risque de décompensation et dont

l'intrication des conséquences est délétère (Santos-Eggimann et al., 2008; Williams & Botti, 2002). Les personnes âgées constituent une catégorie de patients particulièrement vulnérables car ils souffrent de pathologies multiples, sont contraints à une polymédication et sont également plus sensibles aux événements iatrogènes. Tous ces éléments accroissent la complexité des soins et augmentent le risque de complications durant le séjour hospitalier (F. Lim, Foust, & Van Cleave, 2012).

L'hospitalisation constitue un facteur de risque de déclin fonctionnel rapide. L'immobilisation au lit peut mener la personne âgée au déconditionnement (Graf, 2006), l'environnement hospitalier inadapté accroît le risque de chute, renforcé par la perte des repères et habitudes des patients. Pour une journée passée dans un lit, une personne âgée a besoin de trois jours pour retrouver son niveau fonctionnel de base (Conley et al., 2012). D'autres études décrivent une invalidité associée à l'hospitalisation (Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011) et démontrent l'association entre les maladies ou les accidents menant à une hospitalisation et le développement d'une invalidité (Gill, Allore, Holford, & Guo, 2004).

À l'ensemble de ces éléments viennent s'ajouter depuis 2012 des pressions économiques plus importantes avec la généralisation du paiement par groupe de prestations (SwissDRG) qui a entraîné une diminution de la durée des séjours hospitaliers (Widmer & Weaver, 2011). Les patients sortent de l'hôpital plus vite et plus malades (Kosecoff et al., 1990) et à un stade incomplet de rétablissement (Dellasega & Fisher, 2001; Young et al., 2005). Ils doivent alors faire face à de nombreux incidents, comme par exemple des erreurs de prescription médicamenteuse, un manque de communication entre le médecin de l'hôpital et celui de premier recours ou un manque de coordination avec les services de santé communautaire (Hesselink, Schoonhoven, Plas, Wollersheim, & Vernooij-Dassen, 2013; Mesteig, Helbostad, Sletvold, Rosstad, & Saltvedt, 2010). Par conséquent, la planification de sortie, essentielle pour assurer la continuité et la cohérence des soins, devrait être une priorité pour les professionnels de santé.

Le processus de planification de sortie a été identifié comme un maillon faible des séjours hospitaliers (Coffey, 2006; Rydeman & Tornkvist, 2006). Le temps disponible pour préparer la sortie des patients s'est virtuellement évaporé avec la diminution des durées de séjours (Maramba, Richards, Myers, & Larrabee, 2004). Les soignants sont comme pris au piège par une praxis de la bureaucratie entravant leur autonomie et la flexibilité nécessaire pour répondre à la diversité des patients et de leurs besoins (Efraimsson, Sandman, Hydén, & Rasmussen, 2004). Des études montrent que lorsque la planification de sortie est inadéquate, les réadmissions à l'hôpital des personnes âgées sont fréquentes et coûteuses (Jencks, Williams, & Coleman, 2009). D'autres indiquent qu'une hospitalisation sur cinq est compliquée par un événement indésirable après la sortie de l'hôpital et que 12% de ces événements pourraient être prévenus ou anticipés pendant le séjour (Forster et al., 2004; Forster, Murff, Peterson, Gandhi, & Bates, 2003). Le manque de standardisation dans le processus de planification de sortie prédispose à des résultats peu favorables pour le patient (Greenwald, Denham, & Jack, 2007). Une étude conduite dans huit pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) montre un déficit de coordination dans chaque pays lorsque les patients avec des pathologies chroniques sortent de l'hôpital (Schoen, Osborn, How, Doty, & Peugh, 2009). La plupart des patients rapportent ne pas avoir reçu d'instructions sur les symptômes à surveiller après leur sortie ni sur la personne à contacter en cas de problème (Makaryus & Friedman, 2005; Schoen et al., 2009).

Les soignants doivent aussi faire face à une augmentation de la complexité du système de santé. Des équipes hospitalières peu dotées et un manque de leadership (Pethybridge, 2004), une mauvaise communication entre l'hôpital et les services de santé communautaire (Bull & Roberts, 2001; Guell et al., 2011; McKenna, Keeney, Glenn, & Gordon, 2000), une mauvaise communication avec les patients et leurs proches (McKenna et al., 2000) et un défaut de participation du patient et de

son proche aidant aux décisions de planification de sortie (Rentsch, Luthy, Perneger, & Allaz, 2003) ont des répercussions néfastes sur la santé des patients.

En effet, l'importance de l'implication du proche aidant ou de ses proches dans la planification de sortie a été souvent démontrée. Les proches sont les premières lignes de défense contre les problèmes (L. L. Popejoy, Moylan, & Galambos, 2009), les soins qu'ils apportent améliorent le rétablissement et diminuent le risque de réhospitalisation (Levine, Halper, Peist, & Gould, 2010). Ils devraient être intégrés dans les interventions de préparation à la sortie telles que l'évaluation précoce des besoins et des ressources (Bull, Hansen, & Gross, 2000b; Chow, Wong, & Poon, 2007; Maramba et al., 2004), l'éducation (Nigolian & Miller, 2011) ou la participation aux décisions (Anthony & Hudson-Barr, 2004; L. Popejoy, 2011). Pourtant cette pratique est encore trop rarement initiée dans les services (Bull, Hansen, & Gross, 2000a).

Les changements progressifs de l'économie de la santé, la prestation de services, la pratique soignante et les préférences des consommateurs ont créé une mosaïque de services caractérisée par des changements fréquents et rapides en santé communautaire (Levine et al., 2010). Une des conséquences de cette fragmentation est l'extrême difficulté de coordination entre les divers prestataires professionnels, les bénévoles et l'entourage du patient. Suite à cette segmentation de la prise en charge, le patient doit effectuer lui-même un travail d'articulation des différentes interventions (Acker, 2005). L'absence de continuité des soins a aussi un impact majeur sur les coûts de la santé (Kuo & Goodwin, 2011). Les infirmières¹ manquent de systématisation et de structure pour maîtriser la complexité de la prise

¹Le terme infirmière est utilisé à titre épïcène.

en charge des personnes âgées, en particulier celles qui sont dépendantes (Wong et al., 2011). Malgré la pléthore d'études, peu d'entre elles considèrent la perspective du patient et de son proche aidant (Grimmer, Moss, & Falco, 2004; Weiss et al., 2007) ; pourtant la plupart soutiennent qu'elle est importante pour la réussite de la sortie de l'hôpital (Anthony & Hudson-Barr, 2004; Huby, Stewart, Tierney, & Rogers, 2004; Johnson & Sandford, 2005; Merriman, 2008). Les difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en charge de la personne âgée en général, et dans la planification de la sortie en particulier, pourraient être amoindries par l'utilisation d'une approche basée sur des résultats probants (*Best Practices*).

Les éléments d'une planification de sortie efficiente ont été identifiés dans plusieurs études (Mistiaen, Francke, & Poot, 2007; Nosbusch, Weiss, & Bobay, 2011; L. L. Popejoy et al., 2009). Ils englobent dans la plupart des situations des éléments d'évaluation, d'éducation et de communication, la participation du patient et de ses proches, ainsi que des interventions avant et après la sortie du patient. Le « Transitional Care Model » de Mary Naylor (2004) comprend tous les éléments-clés pour une planification de sortie et un suivi des patients âgés malades chroniques à risque élevé de réhospitalisation. Ce modèle est entièrement centré sur les attentes et les besoins du patient et de son proche aidant. Les interventions infirmières proposées par Naylor s'inscrivent dans un modèle théorique en sciences infirmières qui est la théorie intermédiaire de la transition de Meleis (2000). Cette théorie reflète tous les types de transitions que vivent les personnes âgées dont la transition de santé et pour lesquelles les infirmières jouent un rôle de soutien et de suppléance essentiel. Meleis donne une perspective large à l'événement critique à l'origine de la transition de santé d'une personne. Elle insiste sur l'évaluation multidisciplinaire des besoins et attentes de la personne pour établir un plan de soins global efficace pour l'aider à regagner une stabilité. La planification de sortie telle que proposée dans le modèle de soins de transition de Naylor respecte cette perspective, c'est pourquoi il sert de cadre de référence à cette étude.

Il est essentiel de mieux comprendre les facteurs procéduraux de la planification de sortie qui affectent la préparation des personnes et de leurs proches aidants. Cette planification comprend plusieurs interventions pour lesquelles il est difficile de déterminer leur contribution spécifique. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si les interventions infirmières liées à la planification de sortie chez les personnes âgées et leurs proches aidants sont prédictives de leur perception d'être prêts pour le départ, du niveau d'anxiété du patient le jour de la sortie de l'hôpital et du nombre de recours non programmé aux services de santé durant les trente jours après la sortie.

Chapitre 2 : Recension des écrits

L'organisation de ce chapitre repose sur la théorie intermédiaire de la transition de Meleis, modèle guidant la conceptualisation de la transition des personnes âgées de l'hôpital au domicile. Outre son origine, les postulats, les quatre concepts majeurs constituent les sous-sections de la première partie de ce chapitre : la nature de la transition, les conditions de la transition, les interventions infirmières et les modèles de réponses de la personne en transition. La seconde partie reprend ces concepts, en exposant leur congruence propre et la situation spécifique du retour à domicile d'une personne âgée hospitalisée et les résultats empiriques soutenant ces relations.

Théorie intermédiaire de la transition

La théorie intermédiaire de la transition de Meleis (Meleis et al., 2000) postule que soutenir les personnes durant leurs transitions est une fonction importante des soins infirmiers (Schumacher & Meleis, 1994). Meleis et ses collaboratrices définissent la transition comme : « le passage ou le mouvement d'un état, d'une condition ou d'un lieu à un autre » (Chick & Meleis, 1986, p. 237). La transition réfère tant à un processus qu'à un résultat des interactions complexes entre une personne et son environnement. Elle peut impliquer plus qu'une personne et elle est ancrée dans un contexte et une situation. Selon le type de transition et les ressources des personnes, les patients, tout comme les proches, ont besoin d'être soutenus afin de faire face à leur nouvelle situation de vie.

Les personnes en transition tendent aussi à être plus vulnérables aux risques pour leur santé ou leur bien-être, et c'est le rationnel de son importance pour les soins infirmiers (Meleis et al., 2000). Pour une personne, une transition demande souvent d'acquérir de nouvelles connaissances, de modifier son comportement et parfois même la perception d'elle-même dans un nouveau contexte social (Meleis et al., 2000). Le défi pour les infirmières impliquées dans la relation avec ces personnes est de comprendre le processus de leur transition et de développer des interventions qui vont être efficaces pour les aider à regagner une stabilité et un niveau de santé optimal (Schumacher, Jones, & Meleis, 1999).

Origine. Les premiers travaux de Meleis définissaient les transitions malsaines ou inefficaces en relation avec l'insuffisance de rôle. Cette dernière est définie comme toute difficulté dans la connaissance ou l'actualisation d'un rôle ou des sentiments et des buts associés avec un comportement lié au rôle tel que perçu par soi-même ou pour les autres. L'insuffisance de rôle est caractérisée par des comportements et des sentiments affiliés à la perception d'une disparité dans l'accomplissement des obligations et des attentes du rôle (Meleis, 2012). Cette conceptualisation a conduit Meleis à définir le but d'une transition saine comme la maîtrise des comportements, des sentiments, des indices et des symboles associés avec les nouveaux rôles et identités. Meleis pense que le développement de la connaissance en soins infirmiers devrait être orienté vers les interventions infirmières et non vers la compréhension d'un phénomène relié aux réponses des situations de santé et de maladie. Elle a alors initié le développement théorique du rôle de suppléance comme une intervention infirmière tel qu'en témoignent ses recherches antérieures (Jones, Zhang, & Meleis, 1978; Meleis, 1975; Meleis & Swendsen, 1978).

Pour continuer le développement de son travail théorique, Meleis (1994) a procédé à une analyse extensive des écrits afin de découvrir comment la transition était utilisée comme concept ou modèle dans les écrits infirmiers. À partir des 310

articles centrés sur les transitions, Meleis a développé le modèle de la transition (Schumacher & Meleis, 1994). L'utilisation de ce modèle par de nombreux auteurs à la fin des années 90 lui a permis ensuite d'élaborer la théorie intermédiaire de la transition (Im, 2009). Elle a analysé les résultats liés aux expériences et aux réponses de transitions et identifié les similitudes et les différences dans l'utilisation du concept de transition. Ces résultats ont été comparés, contrastés et intégrés par un groupe de travail. Ce travail collectif a été publié en 2000 (Meleis et al.) et constitue la théorie intermédiaire de la transition (Figure 1) qui est largement utilisée dans les études en soins infirmiers.

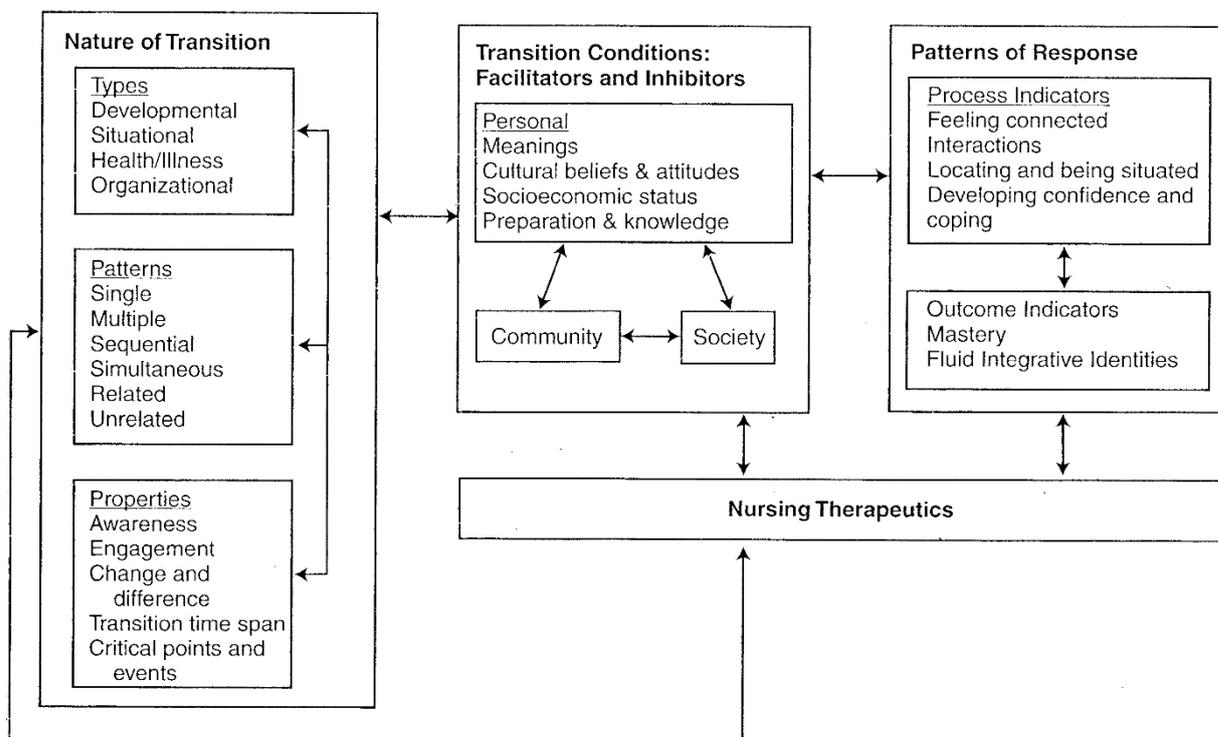


Figure 1. Modèle de la théorie intermédiaire de la transition. (De : Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. L. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.)

Postulats. Six postulats émergent des travaux relatifs au rôle infirmier de suppléance du modèle de la transition de Schumacher et Meleis (1994) et de la théorie intermédiaire de la transition de Meleis et al. (2000) : (a) les transitions sont complexes et multidimensionnelles, (b) toutes les transitions sont caractérisées par

un flux et un mouvement à travers le temps, (c) la transition cause des changements d'identités, de rôles, de relations, de capacités et d'habitudes ou de modèles de comportement, (d) la vie quotidienne des patients, leurs environnements et leurs interactions sont façonnés par la nature, les conditions, le sens et les processus de leurs expériences de transition, (e) la vulnérabilité est reliée à la transition, aux interactions et les conditions environnementales exposant les individus à de potentiels dommages, ou à un rétablissement problématique ou prolongé, (f) les infirmières sont les soignants de première ligne des patients et de leurs proches qui vivent ces transitions (Im, 2009).

Fondée sur ces postulats, la théorie intermédiaire de la transition met en relation quatre concepts que sont la nature de la transition, les conditions de la transition, les interventions infirmières et les réponses de la personne en transition (Meleis et al., 2000). Chaque concept majeur comprend des sous-concepts relatifs, lesquels englobent d'autres sous-concepts. Par exemple, la nature de la transition comprend les types, les modèles et les propriétés ; les propriétés de la transition incluent : la conscience, l'engagement, le changement et la différence, la temporalité, les points et évènements critiques (Meleis et al., 2000).

Les quatre concepts majeurs et leurs sous-concepts sont définis et discutés dans les sections suivantes.

Nature de la transition. La nature de la transition comprend les types et les scénarii de transition, et les propriétés de l'expérience de transition.

Types de transition. Trois types de transitions pertinentes pour les soins infirmiers ont été identifiés (a) développementale, (b) situationnelle et (c) de santé (Chick & Meleis, 1986). Les transitions développementales sont associées à l'avancement de l'âge. Par exemple la vieillesse durant laquelle la personne doit faire face à une dépendance fonctionnelle, à la perte du conjoint ou celle d'un proche. Les transitions situationnelles correspondent à un changement dans les rôles liés à l'éducation ou à la profession, comme par exemple le passage à la retraite. Les

transitions de santé sont liées à des modifications de l'état de santé de la personne qui transforment les interactions avec son environnement, comme par exemple lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de diabète.

Les types de transitions ne sont pas mutuellement exclusifs et une personne peut vivre plusieurs types de transitions en même temps (Meleis et al., 2000). Les modèles de transitions sont donc multiples et complexes. Beaucoup de personnes expérimentent des transitions multiples au même moment plutôt qu'une transition simple.

Scénarii de transition. Schumacher, Jones & Meleis (1999) soulignent dans la définition des modèles que différents scénarii de transition peuvent survenir simultanément au-delà du contrôle du patient lui-même et entraîner plusieurs transitions. Par exemple, l'événement d'un accident vasculaire cérébral peut modifier simultanément les capacités fonctionnelles, l'identité et le mode de vie d'un patient. La complexité de ces transitions peut être aggravée par des transitions simultanées pour les membres de la famille, qui en prenant le rôle de proche aidant, peuvent subir des changements dans leur travail et leurs rôles familiaux. Ade-Ridder et Kaplan (1993) ont fait allusion à ce modèle de transition où ils ont noté que la transition d'une personne crée une variété de contre-transitions pour les proches.

Propriétés de l'expérience de transition. Les propriétés de l'expérience de transition sont la conscience, l'engagement, les changements et les différences, la temporalité, ainsi que les points critiques et les événements. Ces propriétés de l'expérience de transition sont reliées comme un processus complexe (Schumacher & Meleis, 1994).

La conscience de la transition est reliée à la perception du phénomène, à la connaissance et à la reconnaissance d'une expérience de transition qui facilitent l'expérience de la transition. Le niveau de conscience est souvent reflété par le degré de congruence entre ce qui est connu concernant les processus et les réponses des personnes subissant des transitions similaires. Cela constitue un ensemble de

réponses et de perceptions attendues. Meleis et al. (2000) ont proposé qu'une absence de manifestations ayant trait à une prise de conscience d'un changement n'écarte pas nécessairement le début d'une expérience de transition. Cependant, la tension, entre la prise de conscience d'une transition de la part des patients et la reconnaissance d'une transition chez les patients de la part des infirmières n'a pas encore été résolue (Meleis et al., 2000).

L'engagement est une autre propriété de la transition suggérée par Meleis (2000). L'engagement de la personne est défini comme le degré avec lequel elle démontre sa participation dans le processus inhérent à la transition. Le niveau de conscience influence le niveau d'engagement de sorte que l'engagement ne survient pas sans prise de conscience. Le niveau d'engagement d'une personne, qui est consciente de changements physiques, émotionnels, sociaux ou environnementaux, différera de celui d'une personne non consciente de ces changements (Meleis et al., 2000).

Les changements et les différences sont une autre propriété des transitions (Meleis et al., 2000). Les changements dans l'identité, les rôles, les relations, les capacités et les habitudes comportementales insufflent un mouvement ou une direction aux processus internes, aussi bien qu'aux processus externes (Schumacher & Meleis, 1994). Pour comprendre pleinement un processus de transition, il est nécessaire de mettre à jour et de décrire les effets et les significations données aux changements impliqués ainsi qu'aux dimensions de ces changements (i.e., leur nature, leur temporalité, leur importance ou leur sévérité perçue, les attentes et les normes personnelles, familiales et sociétales). Quant aux différences, elles peuvent être illustrées par le fait d'avoir des attentes non satisfaites ou divergentes, des sentiments différents, d'être perçu comme étant différent ou encore de voir le monde et les autres de façons différentes (Meleis et al., 2000). Il peut être utile pour les infirmières de prendre en considération le niveau de confort et de maîtrise du patient pour traiter avec ces changements et ces différences.

Un changement durant une transition saine suite à un évènement de santé d'une personne, est caractérisé par la restructuration des routines de la vie quotidienne (Schumacher et al., 1999). Les routines servent à ordonner la vie quotidienne et fournissent de la prédictibilité et de la maniabilité (Cartwright, Archbold, Stewart, & Limandri, 1994). Dans une transition saine, les routines sont restructurées dans le but d'être congruentes avec la nouvelle situation et d'aider la personne à retrouver un sens à sa vie (Daley, 1993). Plus largement, les transitions saines sont caractérisées par le développement de nouvelles connaissances et compétences. Les besoins spécifiques aux connaissances et compétences sont identifiés et des opportunités pour leur développement sont créées (Schumacher et al., 1999). Avec le temps, les connaissances et les compétences des personnes correspondent étroitement aux demandes de leur nouvelle situation. Dans une transition malsaine, la personne et ses proches cherchent à adapter leurs connaissances antérieures à la nouvelle situation et n'arrivent pas à faire face à toutes les exigences qu'elle requière. L'intervention infirmière est alors nécessaire pour réduire cet écart et soutenir une transition saine pour la personne et pour ses proches.

La temporalité est aussi une propriété des transitions. Toutes les transitions peuvent être caractérisées comme étant un flottement et un mouvement dans le temps (Meleis et al., 2000). Selon Bridges (2004), dans la théorie de Meleis, la transition est définie comme étant une temporalité avec un point de départ identifiable; elle se développe à partir des premiers signes d'anticipation, de perception ou de démonstration d'un changement; elle se déplace vers une période d'instabilité, de confusion et de détresse; elle a une « fin » éventuelle avec un nouveau commencement ou une période de stabilité. Cependant, Meleis et ses collaboratrices (2000) font aussi la remarque qu'il peut être difficile ou impossible, et peut-être même contre-productif, de mettre des limites temporelles aux expériences de transition.

Durant cette temporalité, les transitions saines sont caractérisées par un maintien de la continuité, au niveau de l'identité, des relations et de l'environnement de la personne (Schumacher et al., 1999).

Les points critiques et les événements sont une dernière propriété des transitions (2000). Les points critiques et les événements sont définis comme étant des marqueurs, tels qu'une naissance, la mort, l'arrêt des menstruations ou le diagnostic d'une maladie. Les auteures reconnaissent aussi que des événements marquants spécifiques peuvent ne pas être facilement identifiables pour certaines transitions, quoique les transitions aient habituellement des points critiques et des événements. Ces derniers sont habituellement associés à une augmentation de la conscience des changements ou des différences ou à un engagement plus actif pour traiter avec l'expérience de transition. Aussi, la théorie de la transition conceptualise qu'il y a des points critiques finaux qui sont caractérisés par une stabilisation vers de nouvelles routines, compétences, styles de vie et activités d'auto-soins, et qu'une période d'incertitude est marquée par une fluctuation, un changement continu et une perturbation de la réalité.

Certaines transitions sont associées à un événement identifiable marquant comme le diagnostic d'une pathologie ou l'hospitalisation en milieu aigu ou l'orientation en long séjour. La personne va alors traverser des points critiques comme l'annonce du diagnostic, les effets secondaires de sa pathologie et de son traitement, l'adéquation entre son mode de vie et sa pathologie, et le recouvrement de son état de santé.

Associées à la nature de la transition, il existe des conditions qui vont venir faire obstacle ou, au contraire, faciliter la transition de la personne.

Conditions de la transition. Les conditions de la transition comprennent les conditions personnelles, communautaires et sociétales. Elles sont des circonstances personnelles et environnementales qui influencent la façon dont une personne vit une

transition. Ces conditions facilitent ou entravent le progrès vers la réalisation d'une transition saine (Schumacher & Meleis, 1994).

Conditions personnelles. Les conditions personnelles comprennent le sens donné aux événements précipitant la transition, les croyances et les attitudes culturelles, le statut socioéconomique, la préparation et la connaissance. Meleis et al. (2000) ont considéré que le sens donné aux événements précipitant la transition et au processus de transition en lui-même peuvent faciliter ou entraver une transition saine. Le sens et les attentes réfèrent à une évaluation subjective. Les personnes peuvent connaître leurs attentes ou non et celles-ci peuvent être réalistes ou non. Les attentes sont influencées par les expériences personnelles. Une préparation anticipée ou le manque de préparation pourrait faciliter ou inhiber l'expérience de transition chez les personnes. Intrinsèquement ce qui est relié à la préparation est la connaissance de ce qui va survenir durant la transition et quelle stratégie sera la plus aidante pour la gérer (Meleis et al., 2000).

Les croyances et les attitudes culturelles, telle qu'une stigmatisation rattachée à une expérience de transition, influenceraient l'expérience d'une transition. Par exemple, dans certaines cultures asiatiques, les personnes ont peur d'exprimer leurs symptômes par risque de stigmatisation, et en général ils somatisent leur expérience de transition (ex. : la stigmatisation du cancer en Chine).

Le statut socio-économique pourrait également influencer les expériences de transition chez les personnes. Les personnes ayant un faible revenu ont des préoccupations pour leur subsistance lors d'une altération de leur état de santé. Cela influence leur expérience de transition et provoque parfois des symptômes psychologiques (Meleis et al., 2000). Dans une recherche sur les femmes immigrantes, Im & Meleis (1999) ont montré que les personnes ayant un faible niveau de ressources sont plus préoccupées par leur revenu et les demandes de la vie quotidienne que par leurs symptômes. La priorité sur les besoins et les ressources

des proches implique que le statut socio-économique a une influence sur la transition des personnes ayant un faible revenu.

Conditions communautaires et sociétales. Les conditions communautaires (i.e., les ressources communautaires) et les conditions sociétales pourraient être des facilitateurs ou des inhibiteurs de la transition. Comparés aux conditions personnelles d'une transition, les sous-concepts des conditions communautaires et des conditions sociétales sont encore peu développés dans la théorie. Cependant, les chercheurs focalisent simultanément sur la personne et l'environnement dans lequel le patient reçoit les soins. Une des conditions importantes est la relation de la personne avec son entourage. En effet, les décisions de santé ne sont pas prises dans un isolement social, et les proches ont une grande influence (Naylor, 2003). Les proches connaissent mieux que quiconque l'expérience particulière de la maladie chez le patient et la complexité de sa relation à son environnement. Expert du savoir infirmier, l'infirmière apporte des connaissances spécifiques et des solutions susceptibles d'aider la personne malade. D'un à l'autre, leur relation compose un dialogue de savoirs, qui s'ajuste au fur et à mesure de l'évolution de l'hospitalisation et du parcours de soins.

La nature et les conditions de la transition fournissent les éléments du contexte que les infirmières doivent évaluer au mieux pour mettre en œuvre les interventions qui vont soutenir les personnes en transition.

Interventions infirmières. Le but des interventions infirmières est de faciliter le processus de transition saine et ainsi d'en minimiser les effets adverses (Schumacher & Meleis, 1994). Les infirmières doivent aider les patients, les proches et la communauté à faire face aux situations de transition en anticipant les réponses, en fournissant des conseils de prévention, en atténuant les symptômes, en favorisant la santé et le bien-être, et en soutenant le développement des activités d'auto-soins (Meleis, 2010).

Beaucoup d'interventions infirmières peuvent être utilisées pour faciliter les transitions. Pour les personnes âgées, Schumacher et al. (1999) proposent une conceptualisation des interventions infirmières groupées selon trois orientations. Ces interventions prennent en compte les besoins spécifiques des personnes à cette étape de leur vie, comme les besoins de revoir leur vie et l'intégration de nouvelles compétences pour s'adapter à leur nouvelle situation de santé. Elles considèrent également les défis auxquels sont souvent confrontés les personnes âgées comme la perte de mémoire ou la diminution de la mobilité.

En premier, elles proposent une évaluation du niveau de préparation (*readiness*) comme étant une intervention infirmière (Meleis et al., 2000). L'évaluation du niveau de préparation doit se réaliser dans un effort multidisciplinaire et exige une compréhension globale du patient. Elle requiert l'évaluation de chacune des conditions de la transition de façon à créer un profil individuel du niveau de préparation du patient. Elle rend les cliniciens et les chercheurs capables d'identifier des modèles variés de l'expérience de transition.

Si l'évaluation infirmière est une base pour toutes les interventions de soins, la perspective de la transition suggère quelques principes (Schumacher et al., 1999). La transition est dynamique, et ce processus continu implique que l'évaluation infirmière soit continue. La transition de la personne évolue, les interventions infirmières doivent s'adapter aux changements et au développement de la personne. Comme il est impossible de prédire le cheminement d'une transition, l'évaluation doit être régulière. L'utilisation d'instruments d'évaluation standardisés peut aider les infirmières à faire ces évaluations périodiques. Ils fournissent une mesure objective de la situation du patient et permettent de suivre son évolution (Schumacher et al., 1999).

Deuxièmement, la préparation à une transition est suggérée comme étant une intervention infirmière. Elle comprend l'éducation comme modalité primaire permettant de créer des conditions optimales à la préparation d'une transition.

L'objectif est d'apporter les connaissances nécessaires à la personne pour qu'elle s'adapte à sa nouvelle situation.

Troisièmement, le rôle de soutien et de suppléance a été proposé comme une intervention infirmière. Le rôle de soutien et de suppléance a été introduit théoriquement et empiriquement par Meleis (1975) et utilisé par plusieurs chercheurs (Brackley, 1992; Dracup, Meleis, Baker, & Edlefsen, 1984; Gaffney, 1992; Meleis & Swendsen, 1978). Il est mis en action lorsqu'une personne a le sentiment de ne pas interagir avec son environnement comme elle le souhaiterait et qu'elle éprouve le besoin d'être aidé. L'intervention infirmière doit faciliter le processus de développement des nouvelles compétences et connaissances (Schumacher et al., 1999). Le rôle de soutien et de suppléance est défini comme le processus de prise de conscience des comportements, des sentiments, des sensations, et les buts impliqués dans un rôle donné (Meleis, 1975). Il est particulièrement utile pour les personnes qui prennent un nouveau rôle ou qui sont confrontées à une transition dans un rôle sur une longue période. Plusieurs stratégies sont utilisées dans le rôle de suppléance. L'une d'elle est la capacité de se mettre à la place de la personne en transition et de lui fournir les conseils et informations nécessaires à son processus de transition. Une autre stratégie est la capacité d'anticiper les besoins de la personne en transition, de mobiliser des personnes ressources ou de référence afin de répondre à leurs besoins à long terme. Dans ces cas, une infirmière spécialisée en gériatrie ou une infirmière de pratique avancée améliorerait les réponses de ces personnes (Schumacher et al., 1999).

Les interventions infirmières sont les actions centrées sur la promotion des réponses en santé de la personne durant une expérience de transition. Elles sont basées sur l'hypothèse d'une nouvelle responsabilité de rôle et de l'acquisition de nouvelles compétences. Ceci est une clé stratégique des soins infirmiers pour promouvoir la réussite de la transition (Meleis et al., 2000). Ce succès va pouvoir se mesurer au travers des réponses de la personne.

Modèles de réponses. Les modèles de réponses incluent les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats. Les indicateurs d'une transition saine dans le cadre de référence de Schumacher et Meleis (1994) ont été remplacés par les modèles de réponse dans la théorie de niveau intermédiaire de la transition (Meleis et al., 2000). Ils caractérisent des réponses saines. Les indicateurs de processus évaluent l'avancement des patients en direction d'un meilleur état de santé ou, inversement vers un état de vulnérabilité et de risque pour sa santé. Ces indicateurs permettent une évaluation et une intervention précoce de la part des infirmières afin de faciliter des résultats sains.

Les indicateurs de processus suggérés par Meleis & al. (2000) comprennent le sentiment d'être en lien, l'interaction, la situation dans le temps et l'espace, le développement de la confiance et du coping.

Le besoin de se sentir en lien et de le rester est un indicateur de processus d'une transition saine. Les contacts personnels ou quotidiens sont la première source d'information sur les services et les ressources de santé. Le sentiment d'être connecté avec des professionnels qui peuvent répondre aux questions et avec lesquels la personne se sent confortable est un indicateur positif d'expérience de transition.

La signification de la transition et les comportements développés en réponse à la transition, qui mènent à une transition saine, peuvent être mis à jour, clarifiés et reconnus à travers l'interaction. L'interaction est aussi importante surtout lors de l'implication d'un proche ; la dyade ainsi formée crée un contexte d'efficacité d'auto-soins de la personne en transition (Meleis et al., 2000).

La situation et être situé dans le temps, l'espace et les relations sont habituellement importants dans la plupart des transitions ; ceux-ci indiquent si la personne se dirige vers une transition saine. Ces composantes permettent de développer sa confiance et cela se manifeste par le niveau de compréhension des

différents processus inhérents au diagnostic, aux traitements et aux limitations liées à sa pathologie.

Les indicateurs de résultats peuvent être utilisés pour vérifier si une transition s'est faite sainement ou non. Cependant, Meleis & al. (2000) mettent en garde contre le fait que les indicateurs de résultats peuvent être reliés à d'autres événements de la vie des personnes si ces derniers sont évalués trop tôt dans le processus de transition.

Les indicateurs de résultats suggérés par Meleis et al. (2000) incluent la maîtrise de soi et le renouvellement de l'identité. La fin d'une transition saine peut être déterminée par l'étendue avec laquelle les personnes démontrent une maîtrise des compétences et des comportements nécessaires pour gérer leurs nouvelles situations ou leur environnement. Le renouvellement de l'identité peut aussi représenter la fin d'une transition saine.

La théorie de la transition est utilisée par beaucoup de chercheurs qui s'intéressent à l'interaction entre la personne, la santé et l'environnement (Im, 2011). L'impact de la maladie liée aux transitions individuelles et aux proches a été exploré dans le contexte des maladies sévères comme l'infarctus du myocarde (Christman et al., 1988), le rétablissement postopératoire (Wild, 1992), les infections par le virus d'immunodéficience humaine (Thurber & DiGiamarino, 1992), les lésions de la moelle épinière (Selder, 1989), les cancers avancés (Reimer, Davies, & Martens, 1991), et les maladies chroniques (Catanzaro, 1990; Loveys, 1990). La théorie intermédiaire de la transition a été utilisée et adaptée pour les personnes âgées en transition (Naylor, 2002; Schumacher et al., 1999). Elle a été utilisée pour expliquer l'expérience des conjoints de personnes âgées lors de leur entrée en institution (Davies, 2005) et la perception d'être prêt pour la sortie de l'hôpital des personnes âgées (Weiss et al., 2007).

En résumé, la théorie intermédiaire de la transition est conceptualisée autour de quatre concepts majeurs. La nature et les conditions d'une transition doivent être

analysées par les infirmières afin de mettre en œuvre des interventions de suppléance ou de soutien à la personne. Des indicateurs de processus et de résultats permettent d'évaluer si la transition se fait sagement, et dans le cas contraire d'ajuster les interventions infirmières. Le cadre théorique définit, il s'agit alors de voir comment il s'applique à la situation spécifique de préparation à la sortie d'une personne âgée suite à l'hospitalisation dans une unité de médecine.

Transition d'une personne âgée hospitalisée

Une personne âgée subissant une aggravation ou une modification de son état de santé débute une transition de type santé (Meleis et al., 2000). L'hospitalisation et la préparation à la sortie sont également une transition de type santé (Meleis & Trangenstein, 1994). Les études décrivant l'impact de l'hospitalisation, c'est-à-dire la nature de la transition, sont regroupées dans la section facteurs d'hospitalisation. La section caractéristiques du patient et de son proche aidant présente les résultats des recherches examinant ces caractéristiques, soit les conditions de la transition. L'impact des interventions infirmières de planification de sortie sur la transition de la personne âgée et du proche aidant est détaillé dans la section planification globale de sortie. La dernière section, réponses de la personne en transition de l'hôpital vers son domicile, présente les associations entre les interventions infirmières et les modèles de réponse retenus dans cette étude, soit la perception d'être prêt (*Readiness*) pour le départ de l'hôpital, l'anxiété et le recours non programmé aux services de santé. Tout d'abord une description de la démarche documentaire est donnée.

Démarche documentaire. Dans le but d'identifier l'ensemble des écrits sur la transition d'une personne âgée hospitalisée vers son domicile, une recherche documentaire sur des bases de données a été effectuée en mars 2011. La méthode utilisée est une recension intégrative des écrits (Whittemore & Knaf, 2005) couvrant la période allant de 2000 à 2011, en langue française ou anglaise. Les bases de

données Medline, CINAHL (*Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature*), EmBase, Web of science, Banque de Données en Santé Publique (BDSP), Cochrane Library et ProQuest (thèses doctorales) ont été consultées pour la sélection des écrits scientifiques. De plus une recherche manuelle a été faite à partir des bibliographies des différents écrits retenus dans la recension. La stratégie de recherche comporte 14 mots-clés en anglais associés aux descripteurs (e.g. MeSH) : patient discharge, discharge planning, patient transfer, continuity of patient care, aged, hospitalized, inpatients, caregivers, self care, readiness, perception, anxiety, utilization of health care, health resource utilization ; et neuf mots clés en français : planification des soins, préparation à la sortie, continuité soins, personne âgée, grand âge, soignant informel, perception, anxiété, utilisation service. Après traitement des doublons, une base de données contenant 411 articles a été constituée. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de sélectionner 80 écrits.

Facteurs d'hospitalisation. Dans la situation spécifique de l'hospitalisation d'une personne âgée, la nature de la transition est caractérisée par plusieurs éléments (Tableau 1) dont certains sont observés dans cette étude : le diagnostic principal de l'hospitalisation, le mode d'admission à l'hôpital (urgence ou électif), la durée de séjour et les hospitalisations antérieures à moyen terme (six mois). Les études qui examinent ces éléments sont présentées dans cet ordre et chronologiquement. Cependant, une seule rapporte le lien entre les facteurs d'hospitalisation et la transition de la personne hospitalisée. Généralement ces facteurs sont des variables d'ajustement et ne sont pas étudiés comme variables explicatives.

La nature de la transition de la personne âgée est identifiée dès son admission à l'hôpital par son diagnostic principal (Bowles, Naylor, & Foust, 2002). La perception de la transition diffère selon le mode d'admission à l'hôpital. Si une hospitalisation est programmée, il est évident que le patient et ses proches pourront se préparer à y faire face, ce qui ne sera pas le cas lors d'hospitalisation en urgence (Weiss et al., 2007).

La durée de séjour est un indicateur non spécifique des difficultés rencontrées par une personne âgées au cours de sa transition de l'hôpital vers son domicile. Dans une analyse secondaire d'un essai clinique randomisé (n = 186), les auteures ont décrit les caractéristiques des participants ayant reçu un soignant de référence à domicile après la sortie de l'hôpital et ceux sans référent (Bowles et al., 2002). Les patients du deuxième groupe avaient une durée moyenne de séjours plus longue, M = 11,8 vs M = 7,1, $p < 0,01$.

Tableau 1

Nature de la transition d'une personne âgée hospitalisée

Concepts	Définitions	Situation spécifique
<u>Types</u>		
Développementale	Avancement de l'âge	Vieillesse
Situationnelle	Changement de rôle	Retraite. Dépendance
Santé	Modification de l'état de santé	Aggravation aiguë nécessitant une hospitalisation
<u>Scénario</u>		
Multiple	Plusieurs types de transition	
Séquentielle	Une transition après l'autre	Hospitalisation suivie du retour à domicile
Simultanée		Transitions du patient et du proche aidant
<u>Propriétés</u>		
Changements et différences	Rôles et habitudes	Acquisition de nouvelles connaissances et compétences Restructuration des routines
Conscience	Perception du phénomène Connaissance et reconnaissance d'une expérience de transition	<i>Mode d'admission</i> <i>Hospitalisation antérieure</i>
Engagement	Degré de participation	
Temporalité	Mouvement dans le temps	<i>Durée d'hospitalisation</i>
Points critiques et événements	Marqueur de la transition	Hospitalisation <i>Diagnostic principal</i>

Note : Les variables en italique n'ont pas de preuve de relation avec la nature de transition.

La conscience de la transition sera aussi influencée par un séjour antérieur à l'hôpital (Bowles et al., 2002), et il peut y avoir reconnaissance si les causes de cette hospitalisation sont similaires à une hospitalisation antérieure. Dans une analyse observationnelle post hoc (n = 115) dont le but était d'identifier les différences entre la qualité des informations reçues durant la préparation à la sortie et la nature de la transition, Maloney & Weiss (2008) montrent que les patients ayant été hospitalisés dans les six mois précédents rapportent avoir reçu trop d'informations par rapport à ceux qui n'ont pas séjourné à l'hôpital durant la même période, $p = 0,04$. Ceci suggère que les patients ayant une expérience récente d'hospitalisation sont mieux préparés à leur départ de l'hôpital.

Les facteurs d'hospitalisation sont les éléments externes de la transition et pour comprendre l'ensemble des éléments contingents à une expérience de transition, il est nécessaire de connaître les conditions de la transition.

Caractéristiques du patient et du proche aidant. Selon la perspective infirmière choisie dans cette étude, les composantes retenues pour définir les conditions de la transition sont celles que priorisent la personne âgée et son proche aidant. Les caractéristiques du patient qui ont une influence significative sur la transition de l'hôpital au domicile sont : l'âge, le genre, la cohabitation (inversement vivre seul), les comorbidités et la présence de troubles cognitifs. Les principales caractéristiques du proche aidant qui interviennent dans ce processus sont sa présence, son âge, son genre et son taux d'activité professionnelle ou, autrement dit, sa disponibilité. Les études qui considèrent ces caractéristiques sont présentées dans cet ordre.

Âge du patient. Peu d'études ont examiné la variable âge et son impact sur l'expérience de transition entre l'hôpital et la maison. Pourtant selon Voss et al. (2011) l'âge est une des caractéristiques dont il faut tenir compte lors de la transition d'une personne hospitalisée vers son domicile.

Une étude prédictive réalisée aux États-Unis dans un hôpital tertiaire, a évalué les caractéristiques des patients ($n = 991$) afin de discriminer ceux qui utilisent et ceux qui n'utilisent pas un service spécialisé de planification de sortie de l'hôpital (Holland, Harris, Leibson, Pankratz, & Krichbaum, 2006). Ce dernier offre une planification de sortie à multiples facettes comprenant des soins complexes qui nécessitent une coordination entre l'hôpital et les prestataires de services communautaires. Ce service spécialisé de planification de sortie n'est pas usuel et nécessite une évaluation globale du patient au-delà de celle effectuée de routine. Par conséquent, ces planifications sont faites par des personnes de référence et impliquent une équipe pour la coordination des soins complexes, comme par exemple des infirmières de planification de la sortie, des travailleurs sociaux, des diététiciens, etc. (Holland et al., 2006). Les résultats indiquent que l'âge est un facteur prédictif de l'utilisation de ce service spécialisé. Les participants âgés de 65 à 79 ans ont d'avantage utilisé ce service que les participants plus jeunes, $OR = 4,3$, $p < 0,01$, IC 95% [1,91 ; 9,50], et les participants âgés de 80 ans et plus encore d'avantage, $OR = 11,6$, $p < 0,01$, IC 95% [4,97 ; 26,94] (Holland et al., 2006). Une limite de cette étude est qu'elle a été conduite dans un seul hôpital, de type universitaire, et en référant les personnes âgées à un seul modèle de planification de sortie.

Une étude exploratoire, effectuée en Italie auprès de patients hospitalisés en médecine interne ($n = 1'862$) par Nardi et ses collaborateurs (2007), a investigué la prévalence des sorties difficiles. Les auteurs postulent que les caractéristiques cliniques et sociales des patients sont des raisons potentielles d'un retard du départ de l'hôpital. Les sorties difficiles de l'hôpital, en plus d'inclure la nature et la gravité des maladies, sont définies comme des situations impliquant un fardeau de moyens économiques, humains et organisationnels dépassant les patients et leurs proches. Ces situations induisent un retard de sortie de l'hôpital, un haut risque d'un mauvais résultat après la sortie (i.e., réadmission à l'hôpital non programmée) et nécessitent l'implication des services de soins primaires (Nardi et al., 2007). Quatre-vingt-dix-neuf

patients ont eu une sortie difficile de l'hôpital et 68,5% d'entre eux étaient âgés de 80 ans et plus (Nardi et al., 2007).

Une étude clinique randomisée (n = 96, dont 47 dans le groupe intervention), a exploré l'association entre les caractéristiques des patients et une planification de sortie coordonnée avec les services de santé primaires (Balaban, Weissman, Samuel, & Woolhandler, 2008). L'intervention de planification de sortie était structurée en quatre composantes : (a) une lettre globale de sortie fournie au patient et compréhensible par lui, (b) un transfert électronique de la lettre de sortie du patient à l'infirmière de soins de première ligne, (c) un contact téléphonique avec les services de première ligne, et (d) une planification de sortie révisée et modifiée après ces contacts avec les services de première ligne (Balaban et al., 2008). Parmi les caractéristiques étudiées, les patients âgés de 60 ans et plus ont eu significativement plus d'effets adverses que les patients âgés de moins de 60 ans, $p < 0,01$, dans le mois qui a suivi leur départ de l'hôpital (Balaban et al., 2008). La principale limite de cette étude est la taille de l'échantillon des sous-groupes de personnes de 60 ans et plus. L'échantillon du groupe intervention comprenait 20 participants et celui du sous-groupe témoin 15. Ce résultat issu de l'analyse des sous-groupes doit plutôt être considéré comme exploratoire, du fait de la faible taille de l'échantillon et conséquemment du manque de puissance statistique pour détecter une différence réelle.

Ces trois études semblent indiquer que plus le patient est âgé, plus il rencontre des obstacles à la réussite de sa transition lors d'une hospitalisation. Chacune de ces études a étudié la caractéristique de l'âge avec un modèle unique de planification de sortie dont on ne connaît ni les composantes ni leurs modalités d'application.

Genre du patient. Deux études mettent en évidence le lien entre le genre du patient et la transition à la suite d'une hospitalisation.

Dans une analyse secondaire d'un essai clinique randomisé (n = 186), les auteurs ont décrit les caractéristiques des participants du groupe témoin, c'est-à-

dire ceux n'ayant pas reçu de soignant de référence (Bowles et al., 2002). Les dossiers de ces patients ont été analysés par un comité d'experts et classés en trois catégories : ceux qui effectivement n'en avaient pas besoin, ceux qui auraient dû en bénéficier et ceux qui auraient dû avoir prioritairement un soignant de référence. Dans ce dernier groupe, les experts ont constaté que les patients jugés prioritaires sont majoritairement des femmes, 61,2% versus 38,0%, $p < 0,03$ (Bowles et al., 2002).

Une étude de cohorte rétrospective basée sur les données d'hospitalisation des patients hospitalisés pour un accident cérébral ($n = 158$), a évalué les effets du genre du partenaire de la personne hospitalisée sur la durée de séjour et la destination après la sortie (Ohwaki, Hashimoto, Sato, Tokuda, & Yano, 2005). La durée de séjour est significativement plus courte pour les patients masculins qui vivent avec leur épouse à la maison que pour les femmes qui vivent avec leur mari à la maison, $p = 0,05$. Cette étude ne distingue pas les patients selon leur âge, et a inclus des patients âgés de 25 ans à 99 ans, avec un âge médian de 73 ans. Le genre masculin du patient semble être un facilitateur de la sortie de l'hôpital, mais cette étude ne montre pas si le genre est associé à une transition saine et ne discute pas non plus de la préparation à la sortie.

Ces deux études suggèrent que les femmes rencontrent plus d'obstacles pour leur départ de l'hôpital. Le genre du patient semble avoir une influence sur l'élaboration de la planification de sortie par les infirmières et la transition du patient, mais cette association manque de preuves.

Cohabitation du patient. L'importance du soutien familial et communautaire pour le patient est démontrée dans plusieurs études.

Une étude prédictive longitudinale a été menée aux Etats-Unis par Weiss et al. (2007), dans le but d'identifier les facteurs prédictifs de la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital d'adultes hospitalisés dans des services de médecine et de chirurgie. L'échantillon était composé de 147 adultes dont 78 (53,1%) femmes. L'âge des participants variait entre 20 et 88 ans, avec une moyenne à $53,4 \pm 15$ ans. Les

participants ont répondu au questionnaire de *perception d'être prêt pour le départ* quatre heures avant leur sortie de l'hôpital et trois semaines après la sortie, un entretien téléphonique a permis de connaître leur utilisation des services de santé durant cette période (Weiss et al., 2007). Le fait de vivre seul à domicile combiné aux conseils aux patients pour sa préparation à la sortie et la coordination, sont les trois principaux facteurs expliquant 51% de la variance de la perception d'être prêt pour le départ (Weiss et al., 2007). Par ailleurs, une meilleure qualité perçue de l'enseignement au patient pour la sortie ($B = 0,8, p = 0,01$) et une meilleure coordination des soins ($B = 1,9, p = 0,01$) augmentent la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital (Weiss et al., 2007). A contrario, plus elle est basse plus le patient a des difficultés de coping après la sortie, $B = - 0,3, p = 0,01$, et un taux de réadmissions plus important, $B = - 0,1, p = 0,01$ (Weiss et al., 2007). Le devis observationnel est une limite de cette étude et les résultats ne peuvent donc pas être généralisés. Cette étude suggère toutefois que le fait de vivre seul est un indicateur important de la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital et indirectement de la transition du patient venant corroborer les résultats de l'étude de Holland et al. (2006), citée précédemment, laquelle a démontré que le fait de vivre seul à la maison augmente l'usage de services spécialisés pour la planification de sortie, $OR = 2,8, p < 0,01, IC\ 95\% [1,77 ; 4,02]$.

Une étude descriptive à devis mixte ($n = 147$) a évalué la nature des difficultés de coping durant les trois semaines suivant la sortie de l'hôpital de patients adultes hospitalisés dans des services de médecine ou de chirurgie (Fitzgerald Miller, Piacentine, & Weiss, 2008). Les données qualitatives et quantitatives ont été collectées par un entretien téléphonique trois semaines après la sortie. Les résultats indiquent que les patients qui vivent seuls n'éprouvent pas plus de difficultés à faire face (*coping*) aux exigences de leur condition à la sortie de l'hôpital que les patients qui ne vivent pas seuls à la maison, $t(110) = 0,47, p = 0,64$ (Fitzgerald Miller et al.,

2008). Ce résultat devrait être vérifié sur un plus grand échantillon et avec un devis de méthode mixte plus rigoureux.

Selon ces études, le fait de vivre seul semble être associé à une transition plus difficile lors d'une hospitalisation et dans la période immédiate qui la suit. Aucune étude n'a été trouvée montrant l'association entre la cohabitation du patient, les interventions infirmières de planification de sortie et l'influence sur la perception du patient d'être prêt pour le départ de l'hôpital.

Comorbidité du patient. Deux études présentées dans les sous-sections précédentes suggèrent que la présence de comorbidité chez un patient hospitalisé rend la planification de sortie difficile. L'étude de Bowles et al. (2002) montre que les patients qui ont des besoins particuliers jugés prioritaires par les infirmières du service ont un nombre moyen de comorbidités significativement plus élevé que ceux qui nécessitent une planification de sortie usuelle, $5,8 \pm 1,7$ versus $4,5 \pm 1,4$, $p < 0,01$ (Bowles et al., 2002). Le niveau de préparation et de connaissances des personnes âgées ayant plusieurs comorbidités devrait être plus substantiel que les autres patients au cours d'une transition.

Dans l'étude de Holland et al. (2006), plus le nombre de pathologies du patient est élevé, plus il a de probabilité d'utiliser une planification de sortie spécialisée. En présence de cinq pathologies et plus, le risque est significativement plus élevé, $OR = 6,2$, $p < 0,01$, IC 95% [3,11 ; 12,25] (Holland et al., 2006).

Trouble cognitif du patient. Une caractéristique du patient ayant une influence importante sur la transition et la planification de sortie est la présence d'un trouble cognitif. La difficulté de mener des recherches directement avec les patients présentant un trouble cognitif explique peut-être le faible nombre d'études sur cette population.

Une étude exploratoire, réalisée aux États-Unis, a identifié les besoins de 145 patients âgés de 70 ans et plus atteints d'un trouble cognitif durant un épisode d'hospitalisation aiguë et qui devaient retourner à leur domicile (Naylor, Stephens,

Bowles, & Bixby, 2005). L'analyse des interviews a révélé que les patients avaient des besoins non satisfaits dans les catégories suivantes : la gestion des soins, la gestion de la maladie et le coping psychosocial (Naylor et al., 2005).

L'étude de Holland et al. (2006) conclut également que la présence de troubles cognitifs augmentent la probabilité d'utiliser un service spécialisé pour la planification de sortie, $OR = 3,3$, $p < 0,01$, IC 95% [1,40 ; 7,65] plutôt que la planification usuelle offerte par l'hôpital.

Une étude qualitative ($n = 25$) a examiné si les proches aidants qui prennent la responsabilité des soins d'un membre de leur famille avec une démence recevaient, lors du processus de planification de sortie de l'hôpital, le soutien physique et psychosocial dont ils avaient besoin dans leur rôle de soignant informel (Bauer, Fitzgerald, Koch, & King, 2011). L'analyse thématique des entretiens conduit avec les proches aidants met en évidence que ces derniers et les patients avec démence ont un nombre important de besoins non satisfaits à la sortie de l'hôpital (Bauer et al., 2011). La méthode de cette étude ainsi que le faible échantillon ne permettent pas de faire de généralisation, mais elle montre la persistance de la difficulté des patients ayant un trouble cognitif à être soutenu par les équipes soignantes tout au long de leur trajectoire de soins.

Ces études suggèrent que les patients avec un trouble cognitif nécessitent une planification de sortie complexe. Ces patients rapportent avoir de nombreux besoins non satisfaits au cours de leur hospitalisation. Les résultats des études ne permettent pas de savoir si ces patients ont plus de difficultés au cours de leur transition, mais elles suggèrent que les troubles cognitifs des patients peuvent être un obstacle supplémentaire à une transition saine.

Présence d'un proche aidant. En plus des conditions de la transition propres aux patients, plusieurs études montrent que l'identification d'un proche aidant est un facteur facilitant la planification de départ. En effet, la sortie d'un milieu formel de soins au domicile s'accompagne souvent d'un transfert de responsabilités des

soignants professionnels à un ou plusieurs des soignants informels. Cela exige le transfert d'informations, la remise de documents informatifs et un enseignement pour assurer la continuité des soins par le proche aidant du patient (Haggerty et al., 2003).

Le terme de « proche aidant » permet de mettre l'accent sur l'expérience, au sens large, d'un proche qui accompagne une personne âgée hospitalisée. Le concept de proche aidant est défini largement, pour ne pas inclure uniquement les parents du patient, mais aussi les partenaires, les amis, les voisins, et toutes les autres personnes qui fournissent ou assistent le patient dans la gestion des soins de la personne avec une maladie ou une incapacité sérieuse (Levine et al., 2010).

Une étude rétrospective des dossiers de patients hospitalisés en gériatrie (n = 137) a permis de connaître les raisons pour lesquelles certains patients avaient une prolongation de leur hospitalisation (S. C. Lim, Doshi, Castasus, Lim, & Mamun, 2006). Un des deux facteurs les plus communs limitant la sortie de l'hôpital est l'absence d'un proche aidant (39,4% des cas). De façon similaire, une revue intégrative des études publiées entre 1990 et 2008 (36 articles) sur l'évolution de la planification de sortie des personnes âgées, montre que les proches aidants sont la première ligne de défense des patients après une hospitalisation (L. L. Popejoy et al., 2009). Dans le contexte actuel de diminution des durées de séjour et de complexité de prise en charge des patients âgés, il y a peu de doute que la présence d'un proche aidant est un facteur facilitant à la fois la sortie de l'hôpital et le soutien au patient durant sa transition.

Âge du proche aidant. Une étude descriptive comparative (n = 47) a évalué la santé physique et émotionnelle des proches aidants de patients atteints d'un accident vasculaire cérébral par rapport à celle des proches aidants de patients atteints de pathologie neurologique (Chow et al., 2007). Deux entretiens ont été conduits trois mois et six mois après l'occurrence de l'accident vasculaire cérébral ou de l'hospitalisation. Le modèle de régression montre que plus le proche aidant est âgé moins il a la santé physique pour soutenir le patient, $p < 0,01$ (Chow et al., 2007).

Les auteurs ajoutent que les proches aidants âgés sont plus à risque de faire une dépression due, entre autres, à leur rôle de soignant informel (Chow et al., 2007). Il est important que les infirmières prennent en considération l'âge du proche aidant lors de la planification de sortie. Une seule étude publiée entre 2000 et 2010 démontre l'influence de l'âge du proche aidant sur le soutien au patient hospitalisé, même si la pratique clinique quotidienne le confirme, il y a peu de preuve de son association avec la transition saine d'une personne âgée hospitalisée.

Les liens entre la transition d'un patient et les caractéristiques du proche aidant sont peu étudiés dans les écrits. Les études présentées dans la sous-section genre du patient (Bowles et al., 2002; Ohwaki et al., 2005) suggèrent que le genre du proche aidant influence la transition, plus spécifiquement les femmes seraient un facteur facilitant. Enfin, aucune étude n'a considéré la disponibilité du proche aidant. Pourtant, si ce dernier est un enfant ou un ami de la personne âgée, leurs obligations personnelles et professionnelles pourraient être un obstacle à une transition saine chez leur parent âgé.

En résumé, les caractéristiques du patient qui peuvent avoir une influence sur la transition de l'hôpital au domicile sont : l'âge, le genre, la cohabitation à domicile (inversement : vivre seul), le nombre de comorbidités et la présence de troubles cognitifs. Les principales caractéristiques du proche aidant qui peuvent intervenir dans ce processus sont l'âge et le genre ; son taux d'activité professionnelle ou, autrement dit, sa disponibilité n'a pas fait l'objet d'étude spécifique.

Si ces caractéristiques du patient et du proche aidant sont celles qui sont usuellement utilisées dans les écrits sur la transition de l'hôpital au domicile (Voss et al., 2011), il existe toutefois peu de preuves de leurs influences. Ces composantes des conditions de transition (Tableau 2) reliées aux facteurs de l'hospitalisation devraient permettre aux infirmières, en association avec le patient et son proche, de mettre en œuvre une planification de sortie pour les soutenir dans leur transition.

Tableau 2

Conditions de la transition d'une personne âgée hospitalisée

Concepts	Définitions	Situation spécifique
<u>Personnelles</u>		
Sens	Évaluation subjective des attentes anticipées ou expérimentées et ses effets sur la vie quotidienne	Âge, genre du patient <i>Trouble cognitif du patient</i>
Croyances et attitudes culturelles	Stigmatisation attachée à l'expérience de santé	
Statut socio-économique	Impact du faible revenu sur l'expérience de transition, et la perte de contrôle sur les événements	<i>Profession du patient</i>
Préparation et connaissances	Connaissances de l'expérience de transition et attentes réalistes	Comorbidité du patient
<u>Communauté</u>		
	Soutien social	Cohabitation à domicile <i>Présence d'un proche aidant (âge et genre)</i>
	Disponibilité ou manque de ressources dans la communauté	<i>Disponibilité du proche aidant (taux d'activité professionnelle)</i> Organisation du réseau socio-sanitaire
<u>Société</u>		
	Environnement large socio-culturel qui influence l'expérience de transition	Caractéristiques socio-culturelles helvétiques

Note : Les variables en italique n'ont pas de preuve de relation avec les conditions de transition, contrairement à celles en gras.

Planification globale de sortie. Dans la situation spécifique de l'hospitalisation d'une personne âgée, les interventions infirmières de soutien à la personne en transition sont rassemblées autour de la planification globale de sortie de l'hôpital (Meleis, 2010). Dans cette sous-section, la planification de sortie est d'abord définie et plusieurs modèles de planification de sortie sont explorés, ensuite les différentes interventions infirmières liées à la planification globale de sortie sont décrites de façon empirique. Bien que les aspects organisationnels et médicaux

influencent le processus de transition de l'hôpital vers le domicile, ils ne sont pas considérés dans cette étude.

La planification de sortie est définie de diverses manières selon les auteurs. La définition clinique la plus répandue spécifie qu'il s'agit d'un processus impliquant le patient, les proches et les soignants dans une collaboration dynamique et une communication interactive en regard d'une série de compétences spécifiques (Rorden & Taft, 1990). La planification de sortie est définie comme un processus complexe de décision centré sur l'évaluation et l'identification des besoins, l'implantation et l'évaluation d'une planification de sortie (Potthoff, Kane, & Franco, 1995). Dans une approche plus organisationnelle, la planification de sortie est définie « comme un ensemble d'actions visant à assurer la coordination et la continuité des soins de santé pour le transfert des patients entre les différents établissements ou les différents niveaux de soins dans le même site » (Coleman & Boulton, 2003) ; elle a comme enjeu d'assurer la continuité des soins et la prévention des événements indésirables (Maramba et al., 2004). Elle n'est pas limitée uniquement au transfert physique du patient d'un milieu à un autre et ne se focalise pas uniquement sur ses besoins physiologiques (Watts & Gardner, 2005). La planification de départ comprend plusieurs dimensions englobant le soutien infirmier, médical, psychologique, économique et social (Almborg, Ulander, Thulin, & Berg, 2009).

Dans cette étude, la planification de sortie d'un patient est définie comme un processus composé de différentes étapes dont l'objectif immédiat est d'anticiper les changements dans les besoins en soins des patients. Le terme de processus réfère à un aspect dynamique, interactif et centré sur le patient et ses proches (Rorden & Taft, 1990). Il s'articule autour de trois niveaux. Le premier est l'anticipation, la planification et la préparation des services de soins nécessaires après la sortie de l'hôpital. Le deuxième niveau est un processus d'information, de communication et de participation à la décision du patient pour la phase de soins suivant l'hospitalisation, et le troisième niveau implique le proche aidant dans les deux

premières étapes. L'objectif à long terme de la planification de sortie est une organisation de la continuité des soins pour répondre aux besoins du patient et de son proche (Rorden & Taft, 1990).

Plusieurs modèles sont conçus pour faciliter la transition d'une personne âgée de l'hôpital vers le domicile, mais peu d'entre eux se centrent directement sur les besoins du patient et de son proche aidant. Certains, comme le projet « Re-engineered Discharge » (Greenwald & Jack, 2009; Jack et al., 2009) de l'Université de Boston ont pour objectif d'améliorer le processus organisationnel de planification de sortie. D'autres comme le « BOOST » (SHM, 2011) de la société des hôpitaux de médecine et le « CMS-funded Transition Care Projects » (CFMC, 2011), focalisent sur la communication entre prestataires de services et l'autogestion par le patient. Dans ces modèles, le proche aidant est mentionné dans les termes « patient/famille ». Il n'y a donc pas de distinction entre les deux, engendrant un déficit d'attention aux besoins du proche aidant.

Pourtant, une étude cas-témoin (n = 2200), menée aux États-Unis conclut que l'élaboration de modèles construits uniquement sur l'amélioration de la documentation de la planification de sortie ne montre aucune influence sur le taux de réhospitalisations ou de visites aux urgences, ainsi que sur le recours aux médecins de première ligne (Hansen et al., 2011). Ceci implique que la préparation à la sortie doit dépasser la dimension documentaire et administrative pour avoir une influence sur le patient et sur son proche aidant (Hansen et al., 2011). Deux modèles, orientés vers le patient et son proche aidant, tiennent également compte de l'importance de la coordination des services de soins et du suivi du patient après sa sortie.

Le « Care Transitions Intervention » de Coleman (2006) met l'accent sur un soignant de référence qui supervise le suivi du patient et de son proche aidant de l'hôpital au domicile ou vers un centre de réhabilitation. Ce superviseur ne fournit pas de soins mais il informe et conseille le patient et son proche afin qu'ils atteignent leurs objectifs, évitent les obstacles et gèrent efficacement leurs soins. Ce modèle élaboré

par une équipe médicale évalue principalement les besoins et les connaissances en lien avec la pathologie et le traitement médical du patient.

Le « Transitional Care Model » de Mary Naylor (2004) repose sur les bases théoriques élaborées par Meleis. Une infirmière de pratique avancée, dite « infirmière de transition », évalue le patient à l'hôpital, identifie ses besoins prioritaires et collabore avec l'équipe soignante pour développer une planification de sortie. L'infirmière de transition assure un suivi du patient et de son proche aidant à domicile jusqu'à trois mois après la sortie. Ce modèle est entièrement centré sur les besoins du patient et de son proche aidant, la planification de sortie étant faite dans cette perspective. Il intègre plusieurs interventions infirmières en lien avec la planification de sortie qui ont chacune un impact sur le patient et sur son proche aidant.

En 1981, Mary Naylor a rejoint un groupe de chercheurs de la Faculté des sciences infirmières à l'Université de Pennsylvanie avec lequel elle partageait les intérêts intellectuels d'avancement de la science, de la qualité et du financement des soins pour les personnes âgées les plus vulnérables. Ils ont décidé d'examiner les besoins des personnes âgées à risque de difficulté dans leur transition de l'hôpital vers leur domicile en améliorant la compréhension des problèmes rencontrés par les personnes âgées et leurs proches aidants en testant des interventions infirmières (Naylor, 2000). Depuis lors, Naylor a développé une équipe universitaire de leaders infirmières, de médecins et de cliniciens pour mettre en œuvre un programme de recherche qui a produit de nombreuses preuves sur l'efficacité du modèle de soins de transition. Le modèle de soins de transition est retenu comme cadre de référence pour l'évaluation des interventions infirmières en lien avec la planification de sortie. En effet, ce modèle est basé sur le modèle théorique de la transition de Meleis, il est centré sur les personnes âgées et leur proche, et de nombreuses études ont montré son efficacité.

Modèle d'intervention de Naylor. Le modèle d'intervention de Naylor (1994) comprend sept éléments, lesquels sont essentiels à l'implantation d'une pratique

exemplaire : 1) infirmière de pratique avancée (IPA), 2) évaluation précoce des besoins du patient et de son proche aidant, 3) communication et information, 4) coordination interprofessionnelle, 5) participation du patient et du proche aidant à la décision, 6) évaluation le jour de la sortie du patient et 7) suivi post-hospitalier du patient.

Infirmière de pratique avancée. Le premier élément de l'intervention, et le plus significatif, a trait à la personne qui se charge de la préparation à la sortie ; l'infirmière qui dirige la planification de sortie doit être une infirmière de pratique avancée ou spécialisée en gériatrie (Brooten et al., 2002; Chiu & Newcomer, 2007; Naylor, Bowles, & Brooten, 2000; L. L. Popejoy et al., 2009). Dans un essai clinique randomisé Naylor et al. (2004) examinent, l'effet d'une planification globale de sortie dirigée par une IPA pour des patients âgés ($n = 239$) atteints d'insuffisance cardiaque sur le taux de réadmissions et la qualité de vie. Les participants du groupe intervention ont eu un taux de réadmissions, à 52 semaines après la sortie, significativement plus faible que ceux qui ont reçu une planification de sortie par une infirmière de l'unité, 47,5% versus 61,2%, $p = 0,01$. Les patients du groupe intervention ont rapporté un niveau de qualité de vie significativement supérieur à 12 semaines, $p = 0,05$, et une satisfaction des soins significativement plus élevée à deux et six semaines après la sortie, $p < 0,01$. Ces résultats confirment ceux d'un essai clinique antérieur où le groupe intervention a bénéficié d'une planification globale de sortie gérée par une IPA. Ces patients avaient un taux de réadmissions à 24 semaines après la sortie significativement plus faible, 20,3% versus 37,1% ($p < 0,01$), que ceux ayant été préparés par une infirmière non spécialisée (Naylor & McCauley, 1999).

Une étude récente avait pour objectif de tester l'impact d'un programme de soins de transition dirigé par une IPA pour des patients atteints d'insuffisance cardiaque (Stauffer et al., 2011). Le devis de l'étude est un pré-post test avec un groupe contrôle. Les patients ($n = 1025$) étaient âgées de 65 ans et plus. L'intervention comprenait un suivi de trois mois de soins de transition par une IPA.

Une première visite dans les 72 heures suivant l'admission a permis d'évaluer les buts du patient et de son proche, d'explorer la nature, la durée et la sévérité de l'insuffisance cardiaque, les comorbidités, d'estimer les comportements de santé et les compétences et enfin d'identifier la disponibilité du soutien social. Huit visites d'IPA ont été données à chaque patient. L'IPA était disponible par téléphone sept jours par semaine. Si un patient était hospitalisé durant la période d'intervention, l'IPA faisait une brève visite pour faciliter la transition vers le domicile. Cette intervention menée par une IPA a eu un impact significatif sur le taux de réadmission suivant les 30 jours après la sortie comparé au groupe témoin, diff. = - 12,6, IC [- 20,5, - 4,7], $p < 0,01$ (Stauffer et al., 2011). La limite principale de cette étude est son devis pré-post test. En effet, malgré l'appariement des cas entre les deux groupes, il reste toujours possible que la diminution du taux de réhospitalisation puisse être expliquée par une variable confondante non contrôlée par les chercheurs.

Évaluation précoce des besoins du patient et de son proche aidant. La première étape des interventions infirmières, selon la théorie intermédiaire de la transition de Meleis, est d'évaluer la nature et les conditions de la transition (Meleis et al., 2000). L'infirmière doit dès l'admission à l'hôpital, procéder à l'évaluation des besoins du patient (Brooten et al., 2002; Hegney et al., 2002), du proche aidant pour la période post-hospitalière et établir une planification de sortie initiale, provisoire (Naylor & Van Cleave, 2010).

Une méta-revue systématique d'essais cliniques publiés entre janvier 1990 et avril 2009 avait pour objectif de déterminer l'efficacité relative des interventions de planification de sortie (Scott, 2010). Cette étude a inclus sept revues systématiques qui ont montré quatre interventions réduisant le taux de réadmissions après la sortie de l'hôpital. La première intervention est une évaluation précoce et complète des besoins du patient. Les autres interventions sont l'amélioration de l'éducation du patient et la qualité des conseils pour ses auto-soins, la coordination des soins et le

suivi post-hospitalier suivant les 24 à 72 heures après la sortie (Scott, 2010). Cette méta-revue a inclus des études non randomisées.

La préparation à la sortie est meilleure quand les soignants débutent l'évaluation des besoins du patient dès le début du séjour hospitalier (Koelling, Johnson, Cody, & Aaronson, 2005). Plusieurs études sur la planification de sortie de l'hôpital ont identifié l'évaluation des besoins du proche aidant comme importante (Bull et al., 2000a; Chow et al., 2007; Maramba et al., 2004; Naylor et al., 2005).

Communication et information du patient et de son proche aidant. Les interventions infirmières de préparation du patient et du proche aidant (Meleis et al., 2000) sont l'information et l'enseignement afin de créer les conditions optimales à la transition. L'information et l'enseignement exigent une participation du patient et de son proche aidant ainsi qu'une bonne communication avec eux. Les interventions infirmières de conseil et d'enseignement aux patients et aux proches comprennent l'information et le matériel fournis, les actions d'encouragement et de responsabilisation d'auto-soins et de savoir faire face (coping), ainsi que l'assistance au patient, à ses proches ou à la communauté pour prendre des décisions et résoudre des problèmes (Martin & Correll, 2010).

Pour qu'un patient comprenne et utilise effectivement une information, c'est-à-dire pour qu'il se l'approprié, il ne suffit pas qu'elle lui soit transmise, il faut qu'elle vienne s'insérer dans un ensemble structuré qui constitue la base des connaissances de ce patient. La qualité de la communication est donc dépendante de la connaissance mutuelle des informations, des savoirs et de la capacités d'interprétation de chacun (Cramton, 2001). Dans une étude utilisant un groupe de contrôle non équivalent, Bull et al. (2000c) ont examiné les différentes expériences de personnes âgées et de proches aidants qui ont participé à un modèle de partenariat professionnel visant à améliorer la communication entre le patient, ses proches et le soignant lors de la préparation à la sortie. Les personnes âgées dans la cohorte d'intervention ont obtenu des scores significativement plus élevés de

préparation à la sortie, $p = 0,04$, de continuité de transmission de l'information sur leur état de santé, $p < 0,01$, et de continuité des soins, $p < 0,01$ (Bull et al., 2000c). Les proches aidants de la cohorte d'intervention rapportent significativement moins de réactions négatives avec leurs prestations de soins à la sortie de l'hôpital, $p < 0,02$ (Bull et al., 2000c). Dans une étude qualitative ethnographique incluant 78 personnes âgées hospitalisées, Bull & Roberts (2001) montrent que la communication avec le patient et son proche aidant est un élément clé de toutes les étapes de la planification de sortie, depuis l'admission du patient jusqu'à la sortie.

Les informations échangées durant le séjour hospitalier doivent focaliser sur les réalités que le patient et ses proches vivront à domicile (Corser, 2006). Dans une étude observationnelle, Maloney & Weiss (2008) montrent que les patients reçoivent peu d'informations qu'ils jugent utiles pour la gestion de leur pathologie.

Une enquête descriptive comparative avait pour but d'explorer le besoin d'information des patients qui ont reçu un traitement suite à un infarctus du myocarde et qui sont sortis à la maison suite à une hospitalisation en soins aigus (Smith & Liles, 2007). L'échantillon comprenait 20 patients d'âge moyen de 65,7 ans. Les résultats montrent que les conseils aux patients pour la préparation à la sortie et la période de rétablissement post-hospitalier est un élément critique pour faciliter la transition de l'hôpital au domicile. De plus, l'analyse comparative conclut que plus le patient est âgé plus il a besoin d'informations avant la sortie de l'hôpital, $r = 0,5$, $p < 0,03$ (Smith & Liles, 2007). Le type d'étude ainsi que la faible taille de l'échantillon en sont les principales limites.

À la sortie de l'hôpital, il n'est pas rare que la personne âgée et son proche doivent faire face à des besoins qui étaient inconnus jusque-là. Une étude qualitative a exploré l'impact de la sortie de l'hôpital avec des besoins de soins cliniques selon la perspective du patient et de son proche aidant (Boughton & Halliday, 2009). Sept entretiens semi-structurés ont été menés trois jours après la sortie avec le patient et son proche. L'analyse thématique a permis de mettre en évidence deux thèmes

principaux : l'incertitude liée au manque de préparation à la sortie et l'incertitude liée au manque d'information. Cette étude montre la nécessité d'une information claire, concise et cohérente par les professionnels. Cela est primordial pour aider à minimiser l'anxiété et la détresse générées par les circonstances de la maladie et l'incertitude qu'elle provoque (Boughton & Halliday, 2009).

Un essai clinique randomisé (n = 738) a testé une intervention de planification de sortie centrée sur l'information au patient concernant sa pathologie, la gestion de ses médicaments et la préparation à sa sortie de l'hôpital menée par une infirmière (Jack et al., 2009). Les résultats indiquent que les patients ayant bénéficié de l'intervention savent significativement mieux gérer leur médication après la sortie, 89,0% versus 83,0%, $p = 0,05$, comprennent davantage leur problème et leur diagnostic, 66,0% versus 57,0%, $p = 0,01$, et sont mieux préparés pour quitter l'hôpital, 65,0% versus 55,0%, $p = 0,01$ (Jack et al., 2009).

La communication et l'information à la personne âgée et au proche aidant est donc une composante importante de la planification de sortie, mais la coordination avec les autres professionnels de santé est tout aussi importante.

Coordination interprofessionnelle. Une étude descriptive a examiné la coordination entre des infirmières de l'hôpital (n = 115) et des soins à domicile (n = 73) ainsi que la qualité de la documentation utilisée (McKenna et al., 2000). Les infirmières de soins à domicile trouvent la coordination des soins insatisfaisante (68,0%) alors que les infirmières de l'hôpital pensent que cette coordination est satisfaisante ou bonne (63,8%). Ainsi, les infirmières de l'hôpital ne voient pas l'intérêt d'améliorer la coordination entre les professionnels de l'hôpital et ceux de première ligne (McKenna et al., 2000). Les auteurs montrent la nécessité d'une prise de conscience du problème de la coordination par les infirmières de l'hôpital et mettent en avant l'importance d'une approche interprofessionnelle dans l'élaboration de la planification de sortie.

Une revue systématique des études publiées entre 1985 et 2001 avait pour objectif d'examiner les processus de soins de transitions qui améliorent la réponse aux besoins des personnes âgées (Naylor, 2002). Plusieurs études ont montré qu'un manque de coordination entre les différents milieux de soin augmente les besoins non satisfaits des patients, les erreurs et les effets adverses à la sortie de l'hôpital (Naylor, 2002).

Un essai clinique randomisé ($n = 189$) comparant la procédure usuelle de planification de sortie avec une planification multidisciplinaire et une coordination des soins assurée avec le médecin de premier recours a montré que cette dernière améliore significativement la qualité de vie des patients sept jours après la sortie, $p < 0,01$, et la communication avec le médecin généraliste, $p < 0,01$ (Preen et al., 2005).

Une revue intégrative des écrits a analysé les recherches sur la planification de sortie dans une perspective historique de l'évolution des politiques publiques qui ont affecté l'utilisation des services de santé (L. L. Popejoy et al., 2009). Trente-six articles publiés entre 1990 et 2008 ont été inclus. Deux études ont montré, d'une part, la complexité des interventions de coordination entre les milieux de soins pour les personnes âgées et, d'autre part, l'amélioration du sentiment d'être prêt pour la sortie lorsque ces interventions étaient mises en œuvre.

Participation du patient et du proche aidant. Un essai clinique randomisé ($n = 750$) a permis d'évaluer l'impact d'une participation active des personnes âgées dans les prises de décisions concernant leur sortie de l'hôpital sur le taux de réadmission (Coleman et al., 2006). Les résultats montrent que leur taux de réadmission était significativement plus bas 30 jours après la sortie que les sujets du groupe témoin, $OR = 0,60$, $p < 0,05$, IC 95% [0,35 ; 0,99]. L'encouragement par les soignants des personnes âgées à participer à leur planification pour répondre à leurs besoins durant l'hospitalisation et après pourrait réduire leur taux de réhospitalisations (Coleman et al., 2006).

Une étude observationnelle (n = 152) a décrit la perception de participation des conjoints dans la planification de sortie des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (Almborg et al., 2009). Les participants étaient âgés de 60,8 ans en moyenne et l'échelle leur a été soumise deux à trois semaines après la sortie. Environ 80,0% des conjoints affirment ne pas avoir participé à la planification de sortie. Ils ont exprimé le besoin d'être impliqués dans les buts de la planification et dans l'identification des besoins du patients (Almborg et al., 2009). Les limites principales de cette étude sont sa validité interne liée aux valeurs psychométriques de l'échelle utilisée et sa validité externe liée au fait que l'étude se déroule dans une seule unité de soins.

Une étude qualitative a exploré la perspective des professionnels de santé sur la préparation à la sortie dans les hôpitaux de soins aigus anglais (Connolly et al., 2009). Trois groupes de discussion focalisée ("focus groupes") ont été conduits incluant 11 infirmières, 15 professionnels de santé, cinq assistantes sociales et un médecin. Les analyses ont permis d'identifier que la diminution des durées de séjour hospitalier combinée aux contraintes sévères de temps des soignants impliquent qu'il est plus facile d'élaborer une planification de sortie *pour* le patient plutôt qu'*avec* lui (Connolly et al., 2009).

Or, dans la réalité clinique, la participation du patient est plus ou moins actualisée. Dans une étude observationnelle sur l'expérience de participation à la planification de départ de personnes âgées hospitalisées, 58,0% des participants rapportent ne pas avoir participé ou très peu à la préparation de leur sortie (Foss & Askautrud, 2010). Plus tard Foss (2011), dans une étude utilisant l'approche analytique discursive avec 18 personnes de 80 ans et plus hospitalisées, met en évidence que la participation aux décisions relatives à la planification de sortie est conditionnée par le temps. La rencontre des besoins des personnes âgées par les équipes soignantes est en contradiction avec le discours général sur l'efficacité de l'hôpital. Les personnes âgées n'ont pas toujours intégré la culture du consumérisme

et de l'individualisme actuel. Souvent, elles perçoivent la participation à la décision comme un équilibre entre leurs besoins, le besoin des autres et la nécessité de soins. L'auteur affirme qu'il est important de ne pas se limiter à une définition et un point de vue sur la participation mais plutôt d'accepter le niveau de participation ressentie par la personne âgée (Foss, 2011).

Une série d'études faites par Bull (2000; 2000a, 2000c) montre que les proches aidants ont aussi besoin d'être impliqués dans le processus de la planification de sortie. Bull et al. (2000a) trouvent qu'approximativement 46,0% des membres de la famille rapportent peu ou pas d'implication dans la planification de départ, et les participants qui ont rapporté une meilleure implication se sentent mieux préparés et davantage satisfaits avec la préparation à la sortie de l'hôpital. Une étude observationnelle portant sur 24 proches aidants de personnes âgées hospitalisées conclut que les proches désirent être mieux impliqués dans le processus de planification de sortie (Bull et al., 2000a). Principalement, ils considèrent que leur rôle est plus facile s'ils reçoivent suffisamment tôt au cours de l'hospitalisation une information sur l'état de santé du patient et leur rôle dans sa gestion (Grimmer et al., 2004). Cette étude révèle également que le fait d'être désigné comme proche aidant ou soignant informel par le patient n'implique pas qu'il soit prêt physiquement ou émotionnellement pour s'investir dans les soins au patient (Grimmer et al., 2004). Pourtant, les soins fournis par le proche aidant améliorent le rétablissement du patient après une maladie aiguë et diminuent sa probabilité d'être réadmis à l'hôpital (Levine et al., 2010). Une revue systématique récente ajoute que leur implication dans le processus de préparation modifierait leur perception d'être prêt à faire face aux changements liés à la pathologie du patient (Bauer, Fitzgerald, Haesler, & Manfrin, 2009). Plus spécifiquement, si les soignants impliquent des proches aidants dans la prise en charge des personnes âgées avec un trouble cognitif, ceci améliorerait le bien-être psychologique du proche (Brodaty, Green, & Koschera, 2003).

Le rôle de soutien et de suppléance des interventions infirmières auprès d'une personne en transition (Meleis et al., 2000) se fait en partie durant la phase de préparation lorsque la personne n'est pas encore prête à faire face à sa nouvelle situation. Ces interventions se font également lors du suivi post-hospitalier par l'infirmière responsable de la planification de sortie.

Suivi post-hospitalier du patient. Deux recensions des écrits ont mis en évidence l'impact du suivi téléphonique du patient par l'infirmière spécialisée durant les 15 jours après la sortie sur la satisfaction du patient et de son proche aidant et la diminution du taux de réadmissions (Naylor, 2002; Turner, Fleming, Ownsworth, & Cornwell, 2008). Une méta-analyse (Phillips et al., 2004) ayant pour but de déterminer l'efficacité des interventions de planification globale de sortie avec un suivi post-hospitalier pour les patients âgés hospitalisés atteints d'insuffisance cardiaque a repris 18 essais cliniques randomisés de huit pays comprenant 3'304 patients. Comparé aux soins usuels, une proportion significativement plus faible de patients bénéficiant d'une planification de sortie avec un soutien post hospitalier ont fait l'expérience d'une réhospitalisation dans les huit mois suivant la sortie, $RR = 0,8$, $p < 0,01$, IC 95% [0,64 ; 0,88] (Phillips et al., 2004).

Un essai clinique randomisé ($n = 96$) comparant l'impact du transfert électronique des informations au médecin traitant du patient et à l'infirmière de soins à domicile suivi d'un contact téléphonique avec la planification de sortie standard, révèle que le groupe intervention a eu significativement moins de problèmes durant les 30 jours après la sortie que le groupe ayant bénéficié des soins usuels, 25,5% versus 55,1%, $p < 0,01$ (Peikes, Chen, Schore, & Brown, 2009).

Un essai clinique randomisé ($n = 331$) avait pour but d'évaluer si un programme de suivi post-hospitalier par un médecin généraliste et une infirmière de soins à domicile pouvaient améliorer la qualité du traitement médical et réduire le risque de réadmission des personnes âgées sortant de l'hôpital (Rytter et al., 2010). À la suite de la randomisation, les patients du groupe intervention ont reçu une visite

structurée à domicile par un médecin généraliste et une infirmière de soins à domicile une semaine après la sortie suivie par deux contacts à trois et huit semaines ; ceux du groupe témoin ont reçu les soins usuels. Les patients inclus étaient âgés de 78 ans et plus. Les participants du groupe témoin ont été significativement plus souvent réadmis que ceux du groupe intervention, 52,0% vs 40,0%, $p = 0,03$. Dans le groupe intervention, la proportion de patients adhérents aux traitements médicamenteux est significativement plus élevée, 48,0% vs 34,0%, $p = 0,02$ (Ryttter et al., 2010). Deux limites de cette étude soulevées par les auteurs sont que les médecins et les infirmières avaient connaissance de l'appartenance aux groupes des patients et cela a peut-être influencé les résultats en faveur du groupe intervention. L'autre limite est que les patients déments n'ont pas été inclus dans cette étude et donc la généralisation des résultats ne s'applique pas à cette partie des personnes âgées.

La planification de sortie est un processus composé de différentes étapes dont chacune a une influence majeure sur la continuité et la cohérence des soins à la sortie de l'hôpital des personnes âgées (Bauer et al., 2009). L'ensemble de ces interventions infirmières constitue la planification globale de la sortie (Tableau 3).

Pour en évaluer la pertinence et l'influence sur la personne âgée et le proche aidant lors de la sortie de l'hôpital, il est nécessaire de mesurer leurs réponses aux interventions infirmières.

Réponses de la personne en transition de l'hôpital à son domicile. La planification de sortie prend toute son importance lorsqu'on en considère l'impact sur la personne âgée et ses proches. De retour à la maison, c'est dans l'expérience quotidienne de la satisfaction de leurs besoins que les personnes âgées réalisent la qualité de leur préparation à la sortie. Des indicateurs de processus et de résultats de la transition, issus de témoignages des patients et de leurs proches en transition de l'hôpital vers le domicile, permettent d'évaluer leur préparation. Ceux retenus pour cette étude sont : les perceptions des patients et des proches d'être prêts pour le

départ de l'hôpital, le niveau d'anxiété du patient et le recours non programmé aux services de santé. Pour chacun de ces indicateurs, une description conceptuelle est donnée, suivie des études réalisées en lien avec la thématique étudiée.

Tableau 3

Interventions infirmières de la transition d'une personne âgée hospitalisée

Concepts	Définitions	Situation spécifique
		Planification globale de sortie Infirmière de pratique avancée
<u>Évaluation</u>	Évaluation des conditions du patient en transition	<i>Évaluation précoce des besoins du patient et de son proche aidant</i> <i>Evaluation du patient et du proche aidant le jour de la sortie</i>
<u>Préparation</u>	Information et éducation pour créer les conditions optimales à la transition	Communication et information au patient et son proche aidant Participation à la décision de la planification de sortie du patient et de son proche aidant
<u>Rôle de soutien et de suppléance</u>	Processus de prise de conscience des comportements, des sentiments, des sensations, et les buts impliqués dans un rôle donné	Coordination interprofessionnelle Suivi post-hospitalier

Note : Les variables en italique n'ont pas de preuve de relation avec les interventions infirmières, contrairement à celles en gras.

Perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital. Le concept d'être prêt (*Readiness*) pour un retour à domicile est familier aux patients, aux proches aidants et aux soignants. La signification d'être prêt diffère selon que l'on s'adresse aux

patients ou aux professionnels. Par exemple, les infirmières ont tendance à sous-estimer les capacités fonctionnelles des patients et à surestimer leurs connaissances en regard de la gestion de la pathologie (Reiley et al., 1996).

Étonnamment, peu d'études ont directement évalué les perceptions des patients et des proches aidants d'être prêts pour le départ de l'hôpital. Car le paradigme actuel d'être prêt pour la sortie de l'hôpital est guidé par des facteurs des prestataires de soins et du système de santé plutôt que sur un modèle de soins centré sur le patient et structuré autour de ses besoins. Pourtant la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est un résultat essentiel dans la transition entre l'hôpital et les soins à domicile (Lerret, 2009).

La perception d'être prêt pour le départ a été décrit comme un concept poly sémantique et dont le meilleur sens est donné par une discussion et une décision interprofessionnelle (Fenwick, 1979). Il s'agit d'une estimation par le patient et son proche aidant d'avoir la capacité de quitter le service de soins aigus (Steele & Sterling, 1992), un sentiment d'être préparé à faire face aux réalités du quotidien à domicile et de pouvoir rencontrer les besoins engendrés par leur nouvelle condition de santé (Congdon, 1994). Être prêt pour la sortie englobe la préparation physiologique, fonctionnelle, cognitive, affective, psychologique et les limitations, la stabilité, les compétences du patient et de ses proches, l'efficacité personnelle perçue, la disponibilité du soutien social, et l'accès au système de santé et les ressources communautaires (Titler & Pettit, 1995). C'est un phénomène complexe et multidimensionnel, multiphasique qui fournit une estimation de la capacité d'une personne à quitter l'hôpital (Anthony & Hudson-Barr, 2004).

Deux échelles d'évaluation de la préparation à la sortie, selon la perspective du patient, renseignent également sur la composition de ce concept. L'échelle « Care Transitions Measure » (Coleman, Mahoney, & Parry, 2005) comprend quatre dimensions dont l'information du transfert, la préparation du patient et du proche

aidant, le soutien d'auto-soin et l'« empowerment » d'évaluation des préférences. La première dimension, information du transfert, fait référence à la connaissance du traitement médical. La préparation du patient et de son proche aidant correspond à la compréhension des soins post-hospitaliers et au rôle de chacun, plus particulièrement celui du proche aidant. Le soutien d'auto-soin comprend la connaissance du patient de la personne ou du service de santé à joindre en cas de problème de santé. Enfin, l'« empowerment » d'évaluation des préférences s'intéresse à la participation active du patient dans l'expression de ses préférences lors de la planification de sortie. On déduit de ces dimensions que les auteurs s'intéressent particulièrement aux dimensions médicales de la préparation à la sortie, et peu à la capacité du patient de faire face, à la perception de son état de santé et à son soutien à la sortie de l'hôpital. Par contre, elles prennent en compte une dimension importante dans la préparation à la sortie, celle du degré de participation du patient à la prise de décision concernant sa sortie.

La seconde échelle a été conçue par Weiss & Piacentine (2006). Elles ont classé en quatre dimensions les attributs du concept de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital : le statut personnel, la connaissance, la capacité d'adaptation et le soutien attendu. Le statut personnel est l'état physico-émotionnel immédiatement avant le départ. La connaissance est l'adéquation perçue des informations nécessaires pour répondre aux préoccupations du patient et aux problèmes de la période post hospitalière. La capacité d'adaptation (*coping*) réfère à la capacité perçue du patient d'être capable d'autogérer ses besoins personnels et sa santé après la sortie de l'hôpital. Le soutien attendu est défini comme l'assistance émotionnelle et instrumentale attendue qui sera disponible à la sortie de l'hôpital et durant la période de convalescence.

Une recension des écrits (50 articles) a analysé les résultats relatifs à la transition de l'hôpital au domicile des personnes atteintes de lésions cérébrales (Turner et al., 2008). Les patients rapportent que leur perception d'être prêt pour le

départ de l'hôpital est un élément important facilitant leur sortie vers leur domicile. Cette conclusion des auteurs est basée sur quatre études qualitatives, descriptives et interprétatives, publiées entre 2001 et 2005.

L'étude de Weiss et de ses collaborateurs (2007), déjà mentionnée, montre que les facteurs prédictifs de la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital sont le fait de vivre seul, $B = -21,1$, $p = 0,01$, la qualité perçue de l'enseignement au patient pour la sortie, $B = 0,8$, $p = 0,01$, et la coordination des soins, $B = 1,9$, $p = 0,01$. Le niveau de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est quant à lui prédictif des difficultés de coping après la sortie, $B = -0,3$, $p = 0,01$, et du taux de réadmissions, $B = -0,1$, $p = 0,01$ (Weiss et al., 2007). C'était la première fois que l'échelle de perception d'être prêt pour le départ était utilisée pour une population d'adultes hospitalisés. Elle a été conçue à l'origine pour évaluer la perception d'être prêt pour le départ des mères qui venaient d'accoucher (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004). Malgré une validité et une fiabilité acceptables, cette échelle doit être testée auprès d'autres échantillons d'adultes et de personnes âgées. Cette étude suggère toutefois que la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est un indicateur important de la transition saine du patient (Weiss et al., 2007).

Une recherche comparative ($n = 1892$), post hoc à une étude prédictive plus large, a évalué la différence de la perception de la qualité de l'enseignement à la sortie et la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, et leur relation avec le taux de réadmissions et de visites aux urgences après la sortie d'un échantillon de personnes âgées (Bobay, Jerofke, Weiss, & Yakusheva, 2010). Les participants ont passé les deux questionnaires, qualité de l'enseignement à la sortie et perception d'être prêt pour le départ, quatre heures avant leur sortie de l'hôpital. Les autres données sont issues du système d'information de l'hôpital (Bobay et al., 2010). Les résultats indiquent que la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est prédictive de l'utilisation des services de santé chez les personnes de 65 ans et plus (Bobay et al., 2010). Un score moyen inférieur à 7 de « Perception d'être prêt pour le

départ » est prédictif d'une visite aux urgences ou d'une réhospitalisation dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital pour les personnes âgées de 85 ans et plus, $p = 0,01$ (Bobay et al., 2010). Les résultats de cette étude sont intéressants du fait de la taille importante de l'échantillon, par contre ils doivent être généralisés avec prudence car les données ont été collectées dans quatre hôpitaux « aimants », caractérisés par un niveau élevé de satisfaction des infirmières et de la qualité des soins. Le niveau d'encadrement des patients et l'organisation des soins de ces hôpitaux ne sont pas comparables à l'ensemble des autres établissements.

La mesure de la perception d'être prêt pour le départ est récente (Weiss & Piacentine, 2006) et il n'existe pas d'étude publiée sur la relation entre les interventions infirmières de planification de sortie et les perceptions, du patient et du proche aidant, d'être prêts pour le départ de l'hôpital. De plus, le concept d'être prêt pour le départ défini par Weiss & Piacentine (2006) ne comprend pas de dimension psycho-affective liée à la situation de transition de l'hôpital vers le domicile. Des études ont montré la prévalence et l'influence sur la planification de sortie de l'anxiété des personnes âgées durant cette période (Kvaal, Macijauskiene, Engedal, & Laake, 2001). Il semble alors important de la considérer dans les réponses d'une personne en transition.

Anxiété. L'anxiété peut être définie comme une appréhension diffuse, de nature vague et associée à un sentiment d'incertitude, d'inquiétude, de confiance en soi diminuée et d'impuissance. Sa prévalence chez les personnes âgées est importante, elle est estimée à 44,0% des patients hospitalisés en gériatrie (Kvaal et al., 2001). Le manque de familiarité avec les activités d'une hospitalisation, comme l'évaluation clinique et les traitements, contribue à majorer les symptômes de peur et d'anxiété (Kvaal et al., 2001).

Une recension des écrits publiés entre 1990 et 1995 (87 articles) a décrit les problèmes des patients après la sortie de l'hôpital et ainsi que les facteurs qui y sont associés (Mistiaen, Duijnhouwer, & Ettema, 2000). Les résultats des études

qualitatives indiquent que l'anxiété des patients après la sortie pourrait être due en partie à l'ajustement nécessaire du patient à l'environnement de son domicile (Mistiaen et al., 2000). Ces études suggèrent qu'une planification de sortie qui comprend une description des symptômes possibles au cours du rétablissement peuvent réduire l'anxiété du patient (Mistiaen et al., 2000).

Une étude longitudinale ($n = 63$) a investigué l'évolution de l'anxiété après la sortie de l'hôpital des personnes âgées de 60 ans et plus afin de comprendre les raisons de son augmentation après la sortie de l'hôpital (Kvaal & Laake, 2003). Une mesure de l'anxiété avec l'échelle de Spielberger a été faite durant l'hospitalisation, 3 mois et 12 mois après la sortie (Kvaal & Laake, 2003). Le score d'anxiété est significativement plus élevé 3 mois après la sortie que durant l'hospitalisation, $p < 0,01$, et il n'y a pas de différence significative des scores d'anxiété à 3 mois et 12 mois après la sortie, $p = 0,58$ (Kvaal & Laake, 2003). L'analyse détaillée des items de l'échelle de Spielberger montre que la différence de résultats entre l'hôpital et 3 mois après la sortie est expliquée par l'item « je me sens en sécurité », $p = 0,02$ (Kvaal & Laake, 2003). Les auteurs font l'hypothèse que l'augmentation de l'anxiété après la sortie est causée par le changement d'environnement, de l'hôpital au domicile, et non par un processus temporel comme le déclin de la santé du patient (Kvaal & Laake, 2003). Selon les auteurs, les infirmières ont alors un rôle important d'évaluation de l'anxiété durant l'hospitalisation et doivent adapter la planification de sortie pour renforcer le sentiment de sécurité après la sortie (Kvaal & Laake, 2003).

Une étude quasi-expérimentale ($n = 60$) a évalué l'influence de la planification de sortie sur le niveau d'anxiété des patients hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde (Babaei, Khan Kermanshahi, & Alhani, 2011). Les patients du groupe recevant l'intervention ($n = 30$) ont bénéficié d'une planification de sortie basée sur cinq sessions d'éducation thérapeutique par les infirmières à l'hôpital et d'un suivi post-hospitalier de quatre semaines (Babaei et al., 2011). Les patients du groupe témoin ont bénéficié des soins usuels. Le niveau d'anxiété a été mesuré, avec

l'échelle de Spielberger, au début de l'hospitalisation et un mois après la sortie de l'hôpital (Babaei et al., 2011). Le score d'anxiété était similaire entre les deux groupes de patients au début de l'hospitalisation. Le groupe ayant reçu l'intervention de planification de sortie a un score d'anxiété significativement plus bas un mois après la sortie, $p = 0,01$ (Babaei et al., 2011). La limite principale de cette étude est l'échantillon de convenance, en effet la motivation à participer à l'étude a peut être influencé les résultats des patients du groupe intervention.

Les études qui évaluent l'influence de la planification de départ sur l'anxiété sont peu nombreuses et présentent d'importantes limites. Le plus souvent les auteurs suggèrent cette relation en conclusion de leur recherche. Ceci dit, ces résultats et la théorie de Meleis soutiennent l'hypothèse d'une association entre les interventions infirmières de planification de sortie et le niveau d'anxiété du patient.

La perception d'être prêt pour le départ et l'anxiété sont des indicateurs de processus de la transition. Un indicateur de résultat de la transition de l'hôpital vers le domicile choisi dans cette étude est le recours non programmé aux services de santé. Celui-ci permet d'évaluer si les interventions infirmières de planification de sortie ont permis à la personne d'avoir une maîtrise de sa nouvelle situation de santé à court terme.

Recours non programmé aux services de santé. L'indicateur le plus utilisé par les chercheurs pour mesurer le résultat de la planification de sortie est le taux de réadmissions. Celui-ci est utilisé tant dans les recherches médicales (Coleman, Parry, Chalmers, Chugh, & Mahoney, 2007), qu'infirmières (Naylor et al., 2004; Naylor & Van Cleave, 2010; Shepperd et al., 2010). Pourtant cet indicateur est de plus en plus contesté (Jencks, 2010; van Walraven, Bennett, Jennings, Austin, & Forster, 2011). Pour un épisode de soins, une réhospitalisation évitable est un évènement grave et rare. Halfon et ses collaborateurs (2006) ont trouvé que sur 131'809 hospitalisations en 2000 dans 49 hôpitaux suisses, 5,2% des patients ont eu une réhospitalisation potentiellement évitable, dont un quart a été clairement identifié comme évitable.

Ce taux de réadmissions mesure les manquements graves ou les sorties prématurées durant un séjour hospitalier, ayant des répercussions importantes sur la santé du patient (Halfon et al., 2006). Mesurer l'association entre la planification infirmière de sortie et ce taux est donc peu pertinent car les manquements de la préparation infirmière à la sortie vont principalement avoir pour conséquence une rupture dans la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile. Par exemple, un défaut d'enseignement pourrait conduire le patient à demander conseil au pharmacien ou à consulter en urgence son médecin de famille.

La mesure du résultat de la transition doit être plus large que le seul taux de réhospitalisations potentiellement évitables. La mesure du recours non programmé aux services de santé est une mesure plus valide. Le périmètre retenu pour l'Enquête suisse sur la santé (enquête téléphonique) du thème «Utilisation des services de santé» (Office fédéral de la statistique, 2007) est utilisé dans cette étude.

Une analyse transversale des données Medicare de l'année 2008 a mis en relation des réadmissions hospitalières à 30 jours, 60 jours et 90 jours après la sortie et la qualité de la planification perçue par les patients (Epstein, Jha, & Orav, 2011). Seules les hospitalisations pour insuffisance cardiaque ($n = 234\,477$) et pneumonie ($n = 237\,025$) ont été analysées.

Les hôpitaux qui avaient les plus hauts taux de réadmissions avaient les plus bas scores de qualité de planification de sortie, $p < 0,01$ (Epstein et al., 2011). Toutefois, l'évaluation de la planification de sortie était uniquement basée sur deux questions ne permettant pas de prendre en compte l'ensemble de la préparation à la sortie.

Une méta-analyse de la collaboration Cochrane (Shepperd et al., 2010) incluant 21 essais cliniques randomisés ($n = 7\,234$) conclut que le taux de réadmissions à l'hôpital est significativement réduit pour les patients ayant bénéficié d'une planification de sortie, $RR = 0,9$, IC 95% [0,74 ; 0,97].

Tableau 4

Réponses de la personne âgée hospitalisée en transition

Concepts	Définition	Situation spécifique
<u>Indicateurs de processus</u>		
Sentiment d'être en lien	Perception de la personne à avoir le contact avec ses connaissances, les professionnels de santé et ses nouvelles relations en lien avec la nouvelle situation de la personne	<i>Dimension du soutien attendu de l'échelle d'être prêt pour le départ de l'hôpital</i>
Interaction	Relation du patient avec son proche aidant, ses contacts personnels et les professionnels de santé qui donne du sens à sa transition	<i>Dimension du soutien attendu de l'échelle d'être prêt pour le départ de l'hôpital</i>
Situer dans le temps et l'espace	Repères spatio-temporels de la personne en transition (pertinent pour les situations de migrants)	
Développement de la confiance et du coping	Développement de la connaissance nécessaire à la personne en transition et de sa capacité à faire-face	<i>Dimensions de la connaissance et du coping de l'échelle d'être prêt pour le départ de l'hôpital</i> <i>Anxiété</i>
<u>Indicateurs de résultats</u>		
Maîtrise	Étendue avec laquelle une personne démontre la maîtrise des compétences et des comportements nécessaires pour gérer sa nouvelle situation	Recours non programmé aux services de santé

Note : Les variables en italique n'ont pas de preuve de relation avec les modèles de réponse, contrairement à celle en gras.

En dehors des études sur la relation entre la planification de sortie et le taux de réhospitalisation et de visites aux urgences, aucune autres études n'a été trouvée montrant la relation entre la planification infirmière de sortie et le recours non programmé aux services de santé durant le mois qui suit le départ de l'hôpital.

Cadre conceptuel de l'étude

La théorie intermédiaire de la transition (2000) offre une perspective d'interprétation et d'intervention de la planification globale de départ des personnes âgées hospitalisées. Elle permet de relier la problématique de santé de la personne âgée (conditions de la transition) en lien avec l'hospitalisation (nature de la transition), la planification globale de départ (interventions infirmières) et les effets sur la personne (modèles de réponse).

Meleis distingue les indicateurs de processus de la transition, comme l'anxiété (Zigmond & Snaith, 1983) et la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital (Weiss & Piacentine, 2006), des indicateurs de résultats, comme le taux de recours non programmé aux services de santé 30 jours après la sortie (Figure 2).

Les études réalisées dans des contextes autres que celui de la Suisse francophone apportent des éléments de preuve des liens qui peuvent exister entre les facteurs d'hospitalisation et les interventions infirmières liées à la planification de sortie. Il en est de même de la relation entre les caractéristiques du patient et du proche aidant.

L'association entre la planification de sortie et le recours non programmé aux services de santé a été partiellement mise en évidence, car seulement mesurée par le taux de réhospitalisation et de visites aux urgences. L'association avec le niveau d'anxiété le jour de la sortie et les jours suivants a été décrite dans des études qualitatives. Le phénomène d'intérêt principal de cette étude, soit l'association entre

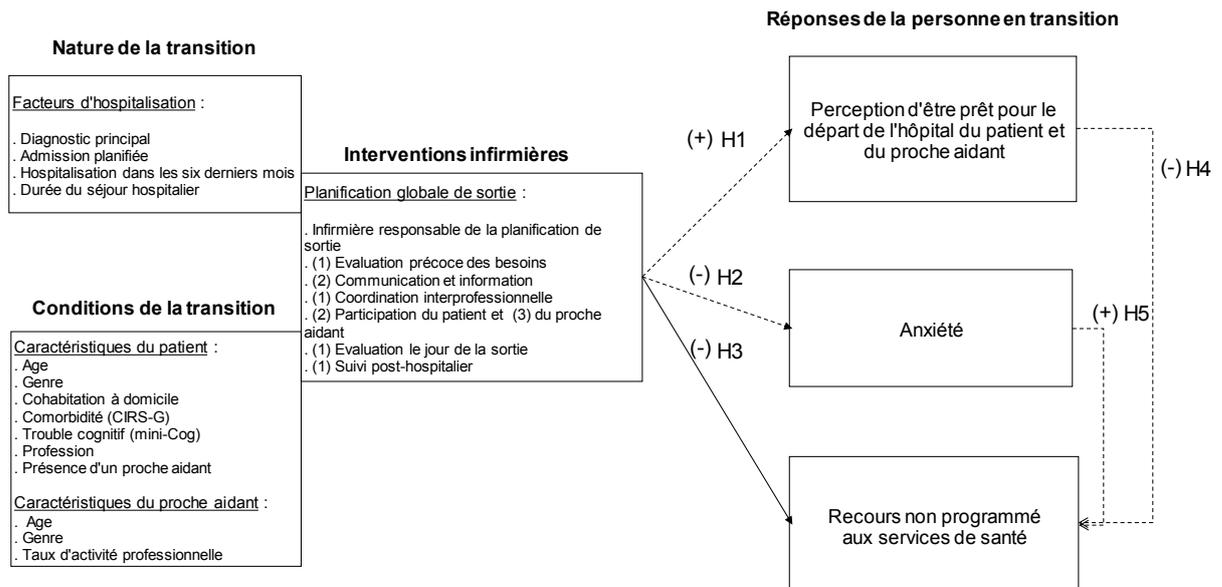


Figure 2. Relation entre les concepts de la théorie intermédiaire de la transition de Meleis dans la situation propre de l'hospitalisation d'une personne âgée. Les chiffres entre parenthèses correspondent au niveau du processus de la planification de sortie de Rorden.

la planification de sortie et la perception d'être prêt pour le départ des personnes âgées hospitalisées n'a pas été étudiée. De même, le lien entre la perception d'être prêt pour le départ et le recours non programmé aux services de santé, ainsi que le lien entre le niveau d'anxiété et le recours non programmé aux services de santé n'ont pas été démontrés.

Hypothèses de l'étude

Fondées sur la recension des écrits, les hypothèses suivantes sont formulées :

H1 : Plus la planification de sortie est globale, plus les perceptions d'être prêts pour le départ de l'hôpital du patient et du proche aidant sont élevées.

H2 : Plus la planification de sortie est globale, plus le niveau d'anxiété du patient le jour du départ de l'hôpital est faible.

H3 : Plus la planification de sortie est globale, plus le taux de recours non programmé aux services de santé durant les trente jours après le départ de l'hôpital est faible.

H4 : Plus la perception du patient d'être prêt pour le départ de l'hôpital est élevée, plus le taux de recours non programmé aux services de santé par le patient durant les trente jours suivant la sortie est bas.

H5 : Plus le niveau d'anxiété du patient le jour du départ de l'hôpital est élevé, plus le taux de recours non programmé aux services de santé par le patient durant les trente jours suivant la sortie est élevé.

Chapitre 3 : Méthode

Ce chapitre décrit le devis, l'échantillonnage, le déroulement de l'étude, les variables et instruments, et le pré-test. Enfin, l'analyse des données et les considérations éthiques sont présentées.

Devis

Cette recherche prédictive avait pour objectif d'investiguer la relation entre les interventions infirmières de planification de sortie des personnes âgées hospitalisées en médecine et a) leur perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, b) leur niveau d'anxiété le jour de la sortie, c) leur taux de recours non programmés aux services de santé durant les 30 jours suivants, et d) la perception du proche aidant d'être prêt au départ de la personne âgée.

Échantillonnage

Cette section présente la population cible de l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion des patients, et le calcul de la taille de l'échantillon.

Milieu et population. La population ciblée était les personnes âgées, hospitalisées dans le service de médecine d'hôpitaux du canton de Vaud.

Critères d'inclusion. L'échantillon de convenance était composé de patients a) hospitalisés pour plus de 48 heures en soins aigus de médecine, b) âgés de 75 ans et plus, c) capables de lire et de comprendre le français et d) dont un retour à domicile était prévu au début du séjour hospitalier.

Le critère d'inclusion (a) visait à inclure des patients dont la durée de séjour hospitalier permettait un délai de réflexion pour le consentement à participer à l'étude et la passation des échelles d'anxiété et de perception d'être prêt pour le départ. Les soins somatiques aigus ont été choisis car ils constituent le secteur d'activité le plus important des hôpitaux vaudois. En 2011, ils représentaient 86% des séjours et 66% des journées d'hospitalisation (SCRIS/OFS, 2011b). Le critère d'inclusion (b) visait à recruter des patients dits « complexes », c'est-à-dire avec une plus grande probabilité d'avoir plusieurs comorbidités et de vivre seul. Le critère d'inclusion (c) visait à inclure des patients qui pouvaient comprendre les consignes de passation des échelles et qui pouvaient les remplir seuls. Le critère (d) visait à inclure des patients dont les parcours de soins étaient similaires, c'est-à-dire les patients pour lesquels un retour à domicile était a priori prévu et qui ont reçu des interventions infirmières de planification de sortie dans cette optique, par opposition à une orientation vers une institution après la sortie de l'hôpital.

Critères d'exclusion. Les patients ayant a) une espérance de vie estimée à moins de 6 mois, ou b) ayant un diagnostic de démence ou de trouble cognitif dans le dossier d'admission ont été exclus de l'étude.

Le critère d'exclusion (a) visait à exclure les patients en fin de vie pour lesquels il n'aurait pas été éthique de les inclure dans cette étude. Le critère (b) visait à exclure les patients qui n'auraient pas eu la capacité cognitive de remplir les échelles d'anxiété et de perception d'être prêt pour la sortie.

Durant les deux premières semaines de recrutement, seuls trois patients remplissaient les critères d'inclusion, la majorité des patients de 75 ans et plus étaient transférés en centre de traitement et de réadaptation (CTR) après leur séjour hospitalier. Le critère d'inclusion (b) a donc dû être révisé et l'âge ciblé a été abaissé à 65 ans et plus. Cette modification a permis de recruter le nombre de participants nécessaire dans chaque hôpital.

Le proche aidant devait être recruté par désignation du patient comme étant la personne qui passe le plus de temps avec lui et qui lui apportera le plus d'assistance dans ses besoins quotidiens à la sortie de l'hôpital et les jours suivants (Steinhauser et al., 2006). Cependant, les proches aidants n'ont pas pu être recrutés pour cette étude. Ils rendaient généralement visite aux patients en soirée ou en fin de semaine ne permettant pas leur recrutement dans l'étude. De plus, ils n'étaient pas présents le jour de la sortie du patient pour remplir l'échelle de *Perception d'être prêt pour le départ version proche aidant (PPDH_PA)*.

Taille de l'échantillon. L'estimation de la taille de l'échantillon a été faite sur la variable principale de l'étude, soit la *Perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital (PPDH)*. Le calcul a été réalisé à partir des résultats de la recherche de Bobay et al. (2010) qui ont analysé la *PPDH* des personnes âgées de 75 ans et plus. Leurs scores ont une variance plus grande que les participants de l'étude de Weiss (2007), conceptrice de l'instrument de mesure, où l'âge moyen des patients était de 55 ans. Le score moyen de *PPDH* a été calculé et celui correspondant à un échantillon de patient de 75 ans et plus, est de 8,1 (ÉT 1,4).

Le calcul de la taille de l'échantillon a été basé sur le modèle de Donner, Birkett, & Buck (1981) utilisé pour une régression à deux niveaux à effet randomisé. Comme la collecte de données se déroulait dans quatre hôpitaux différents, une différence du score attendu de *PPDH* a été postulée a priori entre les services. Une étude récente faite au CHUV (Eggl, Halfon, Meylan, & Taffe, 2010) montre une corrélation inter-service de 3% pour l'analyse des pratiques cliniques. Pour cette recherche, une corrélation inter-service de 5% a été retenue.

La relation entre la préparation globale de sortie et la *PPDH* n'ayant jamais été testée, le postulat suivant a été formulé de façon arbitraire: le score moyen de *PPDH* varie d'un demi écart-type ($\Delta=0,35$) autour de la moyenne 8,1. Ainsi les patients bénéficiant de peu de préparation à la sortie auront un score moyen de 7,75 et ceux bénéficiant de beaucoup de préparation à la sortie auront un score moyen de

8,45. Ce calcul se base sur les hypothèses suivantes : la variance des deux groupes est la même (ÉT 1,4), et la corrélation inter-service est la même entre les quatre services ($r = 0,05$). La taille de l'échantillon a été calculée pour un test unilatéral de différence de moyennes de deux groupes indépendants (peu et beaucoup de préparation à la sortie) avec une erreur de type $\alpha = 0,05$ et une puissance ($1-\beta$) de 0,90 (test t de Students), à l'aide du logiciel Stata version 13 (2013). Un échantillon total de 196 participants était donc requis, en tenant compte de la corrélation inter-service. Prenant en compte une attrition de 20% des participants entre le recrutement initial et la fin du suivi des participants (Bobay et al., 2010; Weiss et al., 2007), un ajout similaire porte la taille de l'échantillon de départ à 236 participants.

Taux d'inclusion. Durant la période de recrutement, 375 patients ont été identifiés comme éligibles par les infirmières cheffes d'unité de soins (ICUS) à partir des critères qui ont été fournis au service. Après vérification, 361 patients étaient éligibles pour l'étude. Après information du but de l'étude et de la participation attendue, 23 ont refusé de participer et 338 ont signé le consentement de participation. A la fin du séjour hospitalier, 66 participants ont décidé de ne pas remplir les questionnaires principalement pour des raisons de fatigue. Trente-sept participants n'ont pas pu être évalués en raison de sortie précoce de l'hôpital et dont l'anticipation n'était pas possible la veille. Au final 235 participants ont été inclus dans l'étude.

La description de l'échantillon est présentée dans le chapitre résultat car elle correspond aux conditions de la transition (caractéristiques des patients et des proches) selon le modèle de Meleis.

Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein de quatre hôpitaux publics du canton de Vaud. Le nombre de lits et l'organisation des soins sont hétérogènes.

Dans chaque hôpital, la collecte des données a duré de huit à neuf semaines. Pour obtenir un échantillon de 236 personnes âgées hospitalisées en médecine, 59 participants devaient être recrutés par unité de soins. L'ensemble de la collecte des données dans les quatre hôpitaux s'est échelonnée sur 11 mois, de décembre 2011 à novembre 2012 (voir calendrier en Annexe I). La collecte de données à l'hôpital 1 s'est déroulée du 5 décembre 2011 au 30 mars 2012, du 27 février 2012 au 4 mai 2012 à l'hôpital 2, du 30 avril 2012 au 22 mai à l'hôpital 3 et du 7 septembre au 2 novembre 2012 à l'hôpital 4.

Admission du participant. Les critères d'éligibilité étaient comparés avec les caractéristiques des patients admis chaque jour par l'infirmière responsable de l'unité. Elle approchait les participants potentiels et évaluait leur intérêt à participer et à rencontrer le doctorant.

Par la suite, ce dernier expliquait le but de l'étude ainsi que la participation attendue et remettait une feuille d'information sur l'étude (Annexe II) et un formulaire de consentement (Annexe III). Un délai de réflexion était laissé au patient. Lorsqu'il acceptait de participer à l'étude et signait le consentement, il devait désigner la personne qui s'occupera de lui à son retour à la maison. Une feuille d'information sur l'étude (Annexe II) et un formulaire de consentement (Annexe III) étaient alors remis à cette personne. Comme mentionné précédemment, le recrutement de proches aidants n'a pas été possible.

Une planification de la passation des tests (Figure 3) était faite après signature du consentement. L'évaluation de la capacité cognitive (Mini-Cog) du patient a été réalisée entre le deuxième et troisième jour d'hospitalisation.

Sortie du participant. L'infirmière responsable de l'unité de soins informait le doctorant lorsqu'un patient participant à l'étude recevait la permission de sortir de l'hôpital. Le jour du départ, une rencontre de 20 minutes était planifiée avec le patient pour remplir les échelles *PPDH* et *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Les deux échelles étaient remplies par le patient dans sa chambre. Il était alors

rappelé au patient qu'il serait contacté par téléphone 30 jours après sa sortie pour procéder à l'évaluation de l'utilisation des services de santé.

Recours non programmé aux services de santé.

Suivi du participant. Dans la semaine qui suivait le départ, le dossier de soins était révisé pour procéder au remplissage de la grille d'interventions infirmières liées à la planification de sortie. En plus de la grille, les informations relatives aux caractéristiques du patient et de son proche aidant étaient collectées.

Variables et instruments

Les variables indépendantes: caractéristiques du patient et du proche aidant, facteurs d'hospitalisation, planification globale de sortie et les variables dépendantes : perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, anxiété et recours non programmé aux services de santé, ainsi que l'opérationnalisation de leur mesure sont décrites dans les sections suivantes.

Les caractéristiques du patient et du proche aidant. Les caractéristiques du patient et du proche aidant ont été mesurées par des variables personnelles, familiales et sociétales. Au niveau personnel, les variables âge, genre, trouble cognitif, comorbidité du participant et cohabitation du patient ont été collectées. Au niveau familial, l'âge et le genre du proche aidant ont été pris en compte. Et au niveau sociétal, la profession/métier antérieur du patient et le taux d'activité professionnelle du proche aidant ont été notés. Ces données ont été collectées à partir du dossier de soin du patient le jour du départ de l'hôpital à l'exception du trouble cognitif lequel a été mesuré par le Mini-Cog (Annexe IV).

Trouble cognitif. Le Mini-Cog a pour objectif de dépister la présence de troubles cognitifs dans les stades les plus précoces (Doerflinger, 2007). Ce n'est pas un outil diagnostique mais il est utilisé en cas de suspicion de trouble cognitif ou lors d'une évaluation de routine des personnes âgées (Doerflinger, 2007). Le test évalue la mémoire ainsi que les fonctions exécutives qui sont altérées dans les troubles

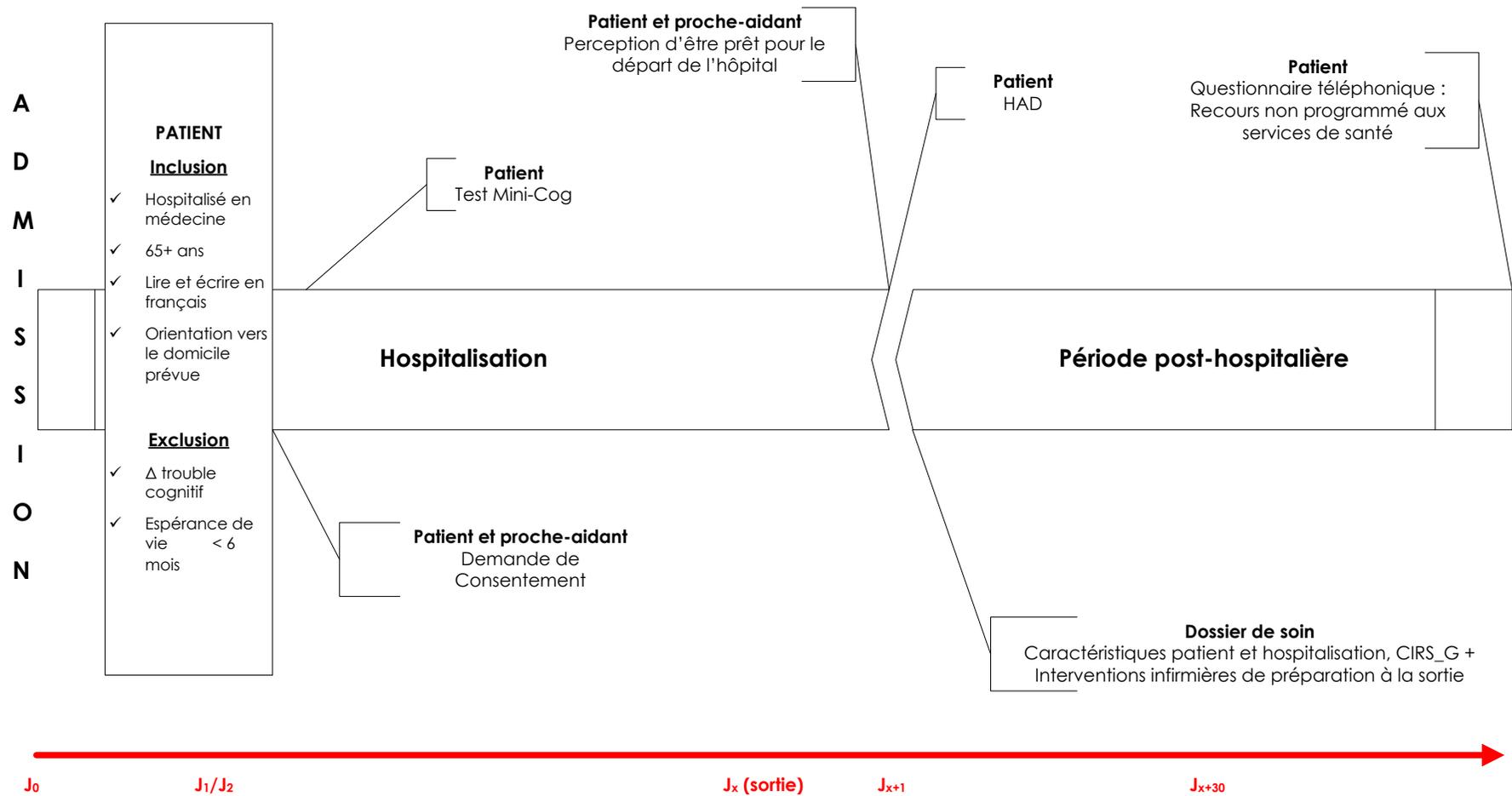


Figure 3. Recrutement et collecte de données pour une dyade participante.

cognitifs modérés ou la démence (Doerflinger, 2007). Il s'administre en trois minutes, habituellement à l'admission du patient. Il comprend une épreuve d'apprentissage de trois mots avec un rappel différé (1 point par mot) et un test de l'horloge. Pour le test de l'horloge, un dessin d'une horloge est présentée au patient et celui-ci reçoit la consigne d'inscrire les chiffres des heures autour du cadran puis de dessiner les aiguilles indiquant 15h40. Deux points sont attribués si les chiffres des heures sont correctement disposés et si l'heure indiquée est correcte. Si ce n'est pas le cas, le score est de 0. Le score maximal total est de 5. Un score de 0 à 2 indique qu'il existe un haut risque de trouble cognitif, et un score de 3 à 5 que ce risque est faible (Borson, Scanlan, Brush, Vitaliano, & Dokmak, 2000; Monod, 2009). Si le patient est incapable de réaliser le test de l'horloge après trois minutes, le test est arrêté, mais le patient est retenu dans l'étude car seul la présence de trouble cognitif diagnostiqué constituait un critère d'exclusion. La validité inter-juge du Mini Cog est de plus de 98% (Scanlan & Borson, 2001). Ce score étant absent dans les dossiers de soins, le test a été passé à tous les participants par le doctorant après la signature du consentement.

Comorbidités. Les renseignements médicaux du dossier ont permis de calculer un index de comorbidité en utilisant le *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics* (CIRS-G) (Miller et al., 1992; Salvi et al., 2008). Cette échelle a été formulé en 1992 comme une révision du *Cumulative Illness Rating Scale* (Linn, Linn, & Gurel, 1968), afin de refléter les problèmes communs des personnes âgées. Le CIRS-G fournit une quantification de la sévérité des maladies organiques communes chez les personnes âgées (Miller et al., 1992) dans 14 systèmes (Annexe V). Ceux-ci sont le système cardiaque, l'hypertension, le système vasculaire, hématologique, respiratoire, la sphère ORL, le système digestif supérieur et inférieur, hépatique, rénal, génital, musculaire/tégumentaire, neurologique, endocrino-métabolique et psychiatrique. Pour chaque système, un score de 0 à 4 est attribué selon le degré d'invalidité causé par la maladie. Le classement de la sévérité des comorbidités se

fait de la façon suivante : un score de 0 correspond à un système en fonctionnement normal, 1 indique un problème actuel moyen ou un problème passé important, 2 une invalidité ou morbidité modérée requérant un traitement de première ligne, 3 une invalidité sévère ou constante ou des problèmes chroniques incontrôlables, 4 une invalidité très sévère ou un traitement immédiat nécessaire ou la défaillance d'un organe, un trouble grave dans une fonction. Le score varie donc théoriquement de 0 (absence de comorbidité significative) à 60 (atteinte très sévère dans tous les systèmes évalués). Les cancers ont une cotation particulière selon les traitements requis et les années de récurrence de la maladie. L'utilisation du CIRS-G a été validée chez des sujets âgés hospitalisés (Nagaratnam & Gayagay, 2007). Les événements prédits par le score de CIRS-G sont, entre autres, l'augmentation de la durée de séjour, la polymédication, la diminution de l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie (Parmelee, Thuras, Katz, & Lawton, 1995). Dans certaines études le CIRS-G a été administré par un professionnel de santé formée (Hudon, Fortin, & Vanasse, 2005). Une introduction à la cotation du CIRS-G a été donnée par le médecin-chef du service de gériatrie de l'hôpital universitaire et les problèmes de classification ont été discutés avec lui tout au long de la collecte des données.

Les facteurs d'hospitalisation. Les facteurs d'hospitalisation des participants ont été mesurés par les variables: admission planifiée (i.e.: non urgente), durée du séjour hospitalier et hospitalisation dans les six derniers mois. Toutes ces données ont été également collectées à partir du dossier de soin du patient après son départ de l'hôpital.

Planification globale de sortie. Les interventions infirmières de préparation à la sortie (Annexe IV) ont été définies en accord avec les travaux de Naylor et al. (2011). Elles comprennent sept interventions : 1) la qualification de l'infirmière responsable de la planification de sortie, 2) l'évaluation précoce des besoins, 3) la communication et l'information, 4) la coordination interprofessionnelle, 5) la participation active du patient et du proche aidant, 6) l'évaluation infirmière le jour de

la sortie et 7) le suivi téléphonique après la sortie. Elles sont décrites dans les sous-sections suivantes.

Qualification de l'infirmière responsable de la planification de sortie.

L'infirmière responsable de la planification de la sortie de patients à risque de parcours de soins complexe a un niveau de pratique avancée. Cela n'étant pas encore une réalité en Suisse, un score décroissant a été construit selon le niveau de l'infirmière responsable de la planification de sortie : spécialisée en gériatrie (2), infirmière de liaison ou d'unité (1), autres soignants (0). Le sous score de cette dimension est de 2.

Évaluation précoce des besoins. Dans les 24 à 48 heures après l'admission dans l'unité, une infirmière discute avec le patient et le proche aidant le cas échéant, et évalue leurs besoins et attentes pour la période post-hospitalière. Elle recueille aussi l'ensemble des données nécessaires à la prise en charge du patient durant son séjour hospitalier et la période post-hospitalière. Sur la base de ces données, l'infirmière développe une planification de sortie préliminaire individualisée en collaboration avec le patient, le proche aidant, le médecin et les autres membres de l'équipe soignante. Un résumé est retranscrit dans le dossier de soins. Le sous score de cette dimension est de 9, il décroît si le délai n'est pas respecté et si des éléments ne sont pas fait.

Communication et information. La communication et l'information avec le patient correspond aux échanges et transmission d'information entre le personnel et le patient et le proche aidant durant le séjour hospitalier en vue de la préparation à la sortie. Les thématiques discutées sont relatives à la compréhension et à la gestion de la pathologie, au traitement médical, aux capacités fonctionnelles et aux habitudes de vie du patient. Le sous score de cette dimension est de 18, il décroît en fonction des informations non reçues et de leur intensité.

Coordination interprofessionnelle. La coordination interprofessionnelle englobe les discussions relatives à la planification de sortie du patient entre les

médecins, les infirmières et les soignants de première ligne. Le sous score de cette dimension est de 12, il décroît en fonction du type et de la forme de l'information transmise.

Participation du patient et du proche aidant. La participation du patient et du proche aidant correspond à la prise de décision concernant la planification de sortie. La participation du patient est analysée et pondérée selon la taxonomie donnée par Thompson (2007), c'est-à-dire lorsqu'il y a soit un *dialogue* (échange d'information entre le patient et le clinicien), soit une *prise de décision partagée* (le patient et le clinicien coopèrent pour trouver la meilleure solution et les opinions du patient sont prises en compte au moment de la décision), soit une *autonomie de décision* pour le patient (au final c'est la décision du patient qui prévaut). Le sous score de cette dimension est de 18 et il décroît selon la taxonomie de Thompson.

Évaluation le jour de la sortie du patient. Cette évaluation est faite par l'infirmière, avant le départ de l'hôpital. Elle évalue la stabilité physique du patient et s'assure que la planification de sortie est bien comprise par le patient et son proche aidant. Le sous score de cette dimension est de 5.

Suivi post-hospitalier du patient. Un suivi du patient est fait par téléphone durant les 15 jours après la sortie. Une infirmière téléphone au patient deux ou trois jours après sa sortie, puis à sept jours et à 15 jours, pour vérifier son état de santé et répondre aux questions qu'il pourrait avoir concernant sa condition ou sa convalescence. Le sous score de cette dimension est de 3.

Évaluation de la planification globale de sortie. L'ensemble des sept éléments précédents forme la planification globale de sortie. Plus le patient bénéficie des différentes interventions, plus globale sera la planification de sortie.

Afin d'évaluer les interventions infirmières, ces sept composantes de la planification globale de la sortie (Best Practices) ont été documentées à partir du dossier de soins du patient après son départ, à l'aide de la *Grille d'évaluation des activités infirmières liées à la préparation à la sortie* (Annexe IV). Cette grille a été

développée pour les besoins de l'étude. À partir des définitions des sept composantes de la planification globale de sortie (Naylor et al., 2011; Naylor et al., 1994), les interventions infirmières ont été décrites selon la pratique en Suisse romande. Cette grille précise qui est responsable de l'intervention, le type d'intervention et comment elle est délivrée, sa fréquence et si elle est fournie dans les bons délais. La somme de chaque intervention de préparation à la sortie a permis d'estimer globalement la planification de sortie. Le score total de cette mesure est de 67. L'échelle a été adaptée et validée par un groupe de trois infirmières cliniciennes en gériatrie, dont l'une possède un master en sciences infirmières et est familière avec l'activité de recherche. Enfin, la grille a été pré-testée avec 10 dossiers de soins de patients âgés du service de chirurgie de l'hôpital universitaire. Toutes les interventions infirmières de préparation à la sortie qui étaient notées dans les dossiers de soins ont pu être retranscrites dans la grille, montrant une sensibilité satisfaisante.

Toutefois Naylor ne spécifie aucunement dans ses écrits ou lors de communication personnelle comment pondérer l'aspect de globalité, c'est pourquoi le processus de planification de sortie de Rorden est utilisé. Ainsi les interventions de préparation à la sortie ont été classées selon les trois niveaux de planification de sortie de Rorden (1990) mentionnés dans le chapitre précédent.

Enfin les interventions de préparation ont été comptées différemment. Si un participant a reçu une intervention, elle a été cotée 1 sinon 0. Ainsi, un total du nombre d'intervention a pu être généré par participant allant de 0 à 7.

La perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital. La perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital a été évaluée par l'échelle *Readiness for Hospital Discharge Scale* (Annexe IV) élaborée par Weiss et Piacentine (2006). Le questionnaire comprend 23 items, incluant quatre dimensions mesurant : a) le statut personnel du patient, soit comment le patient se sent le jour du départ (neuf items), b) la connaissance du patient, soit la perception de son niveau de connaissances pour gérer la période post-hospitalière (sept items), c) la capacité d'adaptation, soit

la perception du patient de sa capacité à gérer ses besoins de santé à domicile (trois items), d) le soutien attendu, soit sa perception de la disponibilité du proche aidant (quatre items). Chaque item peut être noté sur une échelle de Likert de 0 à 10, le score le plus élevé indique une meilleure perception d'être prêt pour le départ. Un score supérieur ou égal à 7 indique que le patient est prêt pour le départ de l'hôpital (Bobay et al., 2010; Coffey & McCarthy, 2013; Weiss et al., 2007). Le questionnaire est auto-administré et la durée de passation est d'environ 10 minutes. Sa fiabilité a été mesurée par Weiss et al. (2006) auprès d'un échantillon 356 patients. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu était de 0,90 pour son échantillon. La validité de construit a été mesurée par une analyse factorielle confirmatoire avec des indices d'adéquation moyen (RMSEA = 0,10, SRMR = 0,10 et GFI = 0,79). L'instrument a été testé dans deux autres études avec des personnes âgées et il a été jugée fiable. Bobay et al. (2010) reportent un coefficient alpha de Cronbach de 0,89 à 0,91 avec un échantillon de $n = 1892$ and Coffey & McCarthy (2013) avec un échantillon de 335 patients reportent un alpha de Cronbach de 0,78.

Traduction de l'échelle. Dans le cadre de cette recherche, la traduction en français de l'échelle *Readiness for Hospital Discharge Scale* a été faite selon la méthode de Willis et al. (2008), dite « TRAPD » [Translate, Review, Adjudicate, Pretest, and Document]. Deux personnes bilingues ont fait la traduction et la retraduction. Celles-ci ne connaissaient pas la version originale de l'échelle. La première personne est infirmière et la seconde est gériatre, elles ne travaillent pas dans la même institution et ne se connaissent pas. Toutes deux ont une expérience en recherche. Dans un deuxième temps, un comité d'experts composé de personnes bilingues, expérimentées dans la validation d'instruments et dans la pratique clinique en Suisse ont fait la validation de la traduction et ont proposé des ajustements. Ensuite, un pré-test de l'Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital (PPDH) a été fait auprès d'une dizaine de personnes répondant aux mêmes critères d'éligibilité que ceux de la population cible.

Fidélité et validité de l'échelle PPDH. La cohérence interne du questionnaire de PPDH, mesurée par le coefficient alpha de Cronbach, est de 0,76. L'échelle ayant plus de sept items, et compte tenu de la taille de l'échantillon, l'alpha de Cronbach est considéré comme adéquat car il est supérieur ou égal à 0,70 (Streiner & Norman, 2008). Une modélisation par équation structurelle avec un modèle de maximum de vraisemblance a été conduite pour évaluer l'adéquation avec les quatre facteurs de l'échelle : statut personnel (items 1 à 9), connaissance (item 10 à 16), capacité de coping (items 17 à 19) et support attendu (items 20 à 23). Le modèle du test du Chi-deux de Satorra-Bentler a été utilisé car les données ont une distribution asymétrique à droite. Le résultat du test du χ^2 est de 1110,0. Les résultats des indices d'adéquation du modèle sont (Brown, 2006): erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA) = 0,13 (moins de 0,08 indique une « adéquation acceptable »); coefficient d'information d'Akaike (Akaike, 1987) = 21 369,5; indice d'adéquation comparatif (CFI) = 0,50 ($\geq 0,90$ est désirable); moyenne des résidus standardisés (SRMR) = 0,13 (au-dessous de 0,08 est acceptable). Ces indices d'adéquation montrent que la structure factorielle n'est pas analogue à celle mise en évidence dans le cadre de la validation originale de Weiss (2006).

Une analyse factorielle exploratoire a donc été réalisée pour mettre en évidence la structure factorielle de l'Echelle *de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital*. La méthode d'analyse de la matrice de corrélation a été faite en facteur principal et seules les valeurs propres supérieures à 1 ont été retenues. Le scree plot et l'analyse parallèle de l'analyse factorielle confirment la présence de quatre facteurs. L'indépendance des facteurs ne pouvant pas être exclue, une rotation oblique promax a été faite (Tableau 5).

Cette nouvelle structure factorielle a été vérifiée par une seconde analyse factorielle confirmatoire qui a permis de valider l'existence d'une structure en quatre facteurs représentant les quatre nouvelles dimensions de l'échelle. L'analyse des items montre que la dimension de statut personnel (items: 1, 2, 3, 6 et 7) reste dans

la nouvelle structure mais avec moins d'items que dans l'échelle de Weiss. Les questions relatives à la force et à l'énergie émergent comme une nouvelle dimension (items : 4 et 5) selon les réponses des participants. Deux nouvelles dimensions apparaissent dans cette structure factorielle. La première regroupe les items relatifs à la gestion des soins et du traitement médical (items : 11, 15, 19 et 23). La seconde concerne tous les items en relation avec la capacité fonctionnelle des participants (items : 8, 17, 18, 21 et 22). Les facteurs suivants se dégagent de cette analyse factorielle exploratoire: statut personnel, force, soins et capacité fonctionnelle. La saturation factorielle des items 13, 14 et 16 est inférieure à 0,30 (Kilne, 2010) et ils ont été retirés de l'*Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital*.

Tableau 5

Saturations factorielles de l'Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital lors de l'analyse exploratoire avec rotation promax

Items	Statut personnel	Force	Soins	Capacité fonctionnelle
1	0,60			
3	0,31			
6	0,41			
7	0,64			
9	0,66			
2	0,47	0,36		
4		0,65		
5		0,68		
10		-0,32	0,34	
11			0,84	
12			0,35	
15			0,74	
19			0,70	
23			-0,43	-0,39
8				0,77
17				0,34
18				0,92
21				-0,89
22				-0,52

Le résultat du test du χ^2 est de 225,05. Les résultats des tests d'adéquation du modèle sont (Brown, 2006): erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA) = 0,07; coefficient d'information d'Akaike (Akaike, 1987) = 14 493,7; indice

d'adéquation comparatif (CFI) = 0,91 et moyenne des résidus standardisés (SRMR) = 0,07. Le modèle est adéquat et la structure factorielle est présentée à la Figure 4.

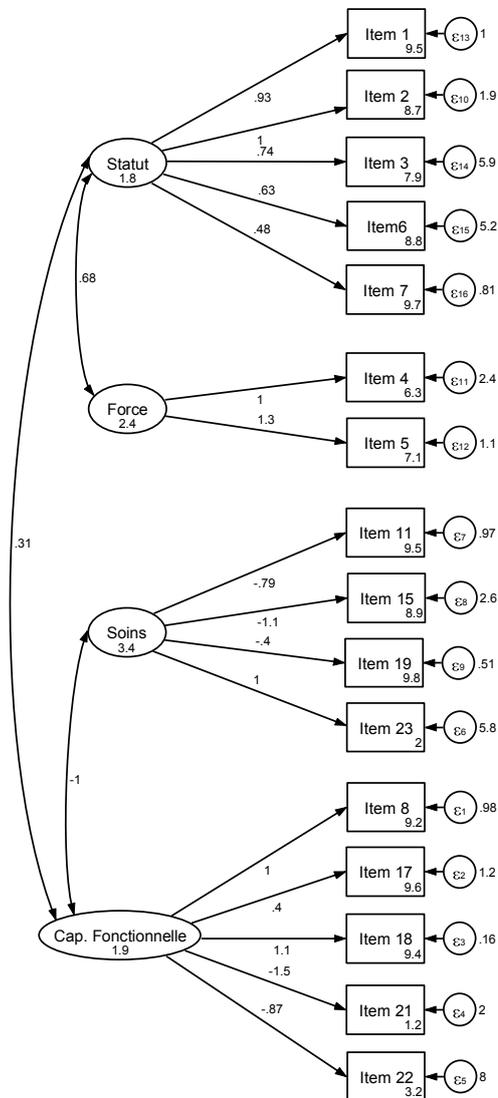


Figure 4. Modélisation d'équation structurelle de l'analyse factorielle confirmatoire de l' « Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital ».

L'anxiété. La mesure de l'anxiété a été faite avec l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de Zigmond & Snaith (1983). Les items de la dépression évaluent la dysphorie, le ralentissement et l'anhédonisme et les items de l'anxiété sont issus du *Present State Examination* (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974) et de la *Clinical Anxiety Scale* (Langevin, François, Boini, & Riou, 2011; Snaith,

Baugh, Clayden, Hussain, & Sipple, 1982). La version française utilisée est la traduction proposée par Lépine et al. (1985), validée auprès de patients hospitalisés dans un service de médecine interne.

Le HADS est une échelle bidimensionnelle composée de 14 items, sept évaluant l'anxiété et sept la dépression. Le score attribué à chaque item varie de 0 à 3 et le score total pour chacune des deux dimensions s'étend de 0 à 21 (Annexe IV).

Les participants ayant un score de 0 à 7 ont un état normal d'anxiété, de 8 à 10 un état sub-anxieux et de 11 à 21 un état anxieux anormal (Zigmond & Snaith, 1983).

Le test HADS est un auto-questionnaire aisé à comprendre et à remplir ce qui représente un avantage pour la population âgée. Il est important de demander au patient de lire attentivement les instructions, de répondre à tous les items et de préciser que les réponses doivent relater les symptômes des sept derniers jours. Le score du HADS n'est pas influencé par des symptômes somatiques liés à des processus pathologiques ou à la vieillesse car ce type d'items est exclu. Une mesure de la fiabilité de l'échelle sur une population âgée de plus de 65 ans a été faite et l'alpha de Cronbach est de 0,84 (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002).

Fidélité et validité de l'échelle HADS. La fiabilité de l'échelle dans l'échantillon de cette étude, mesurée par l'alpha de Cronbach, est de 0,77. La validité de construit de l'échelle a été vérifiée par une analyse factorielle confirmatoire. Le résultat du test χ^2 est de 175,36, $p < 0,001$. Les résultats des tests d'adéquation du modèle sont (Brown-Williams et al., 2006): Root mean squared error of approximation (RMSEA) = 0,07; Coefficient d'information d'Akaike = 6 300,73 (Akaike, 1987); Indice d'adéquation comparatif (CFI) = 0,86 et moyenne des résidus standardisés (SRMR) = 0,07.

Recours non programmé aux services de santé. La mesure de la variable recours non programmé aux services de santé porte sur un recours aux services de santé en dehors de ce qui était prévu lors la planification de sortie, et dont le motif est

lié à l'hospitalisation étudiée. Elle est basée sur le périmètre retenu pour l'Enquête suisse sur la santé (Office fédéral de la statistique, 2008), à savoir : médecin généraliste et spécialiste, pharmacie, paramédicaux (infirmière, physiothérapeute), service de soins à domicile, service d'urgence hospitalière et polyclinique, hôpital ou clinique spécialisée. Ces deux derniers types de recours seront analysés comme « réadmission hospitalière » et les cinq premiers comme « recours ambulatoire ». Les services suivants ont été exclus : dentiste, centre de cure et centre d'imagerie médicale. Trente jours après la sortie de l'hôpital, 14 questions, originaires de l'Enquête suisse sur la santé, ont été soumises par téléphone au patient pour mesurer cette variable (Annexe IX). Si le patient n'était pas apte à répondre pour des raisons médicales ou de mémoire, le proche aidant était interrogé.

Pré-test

La phase de pré-test de la traduction française de la PPDH et de la méthode de collecte des données s'est déroulée en novembre 2011. Les participants répondaient aux mêmes critères d'éligibilité que ceux de l'étude et le milieu d'observation choisi était semblable à un des quatre hôpitaux. Pour pré-tester la traduction, un échantillon de convenance de 10 participants a été constitué (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). La compréhension des consignes et des items, l'adéquation des réponses et le temps de passation des questionnaires ont été évalués. Les participants ont été interrogés sur les consignes et les items selon la technique de l'entretien cognitif. Pour chaque participant qui répondait « ne pas comprendre » à une consigne ou un item, il lui était demandé de fournir des suggestions pour bonifier l'item en question. Aucun item de la *PPDH* évalué n'a obtenu un score de Kappa inférieur à 0.60 (Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

A la suite de ce pré-test, un test du déroulement complet de la collecte de données a été fait avec deux patients. Celui-ci a démontré l'importance d'inclure les infirmières de liaison dans la présentation de la recherche dans chaque service. Cela

a permis une meilleure collaboration avec ces infirmières et a facilité la collecte de l'ensemble des activités infirmières de préparation à la sortie.

Analyse des données

La base de données a été gérée avec le logiciel Access 2010[®], ainsi que les formulaires de retranscription des tests, des questionnaires et des caractéristiques des participants pour minimiser les erreurs de saisie. La gestion de la base de données avec le logiciel Access 2010[®] a facilité la préparation des données pour l'analyse des données avec Stata 13 (2013).

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques des patients de chaque service a été faite. Un test de comparaison (*t* de Student, ANOVA à un facteur et test du chi-deux) a permis de vérifier les différences entre les groupes de participants de chaque hôpital. Le seuil de signification pour ces analyses et les suivantes est de $p \leq 0,05$. De façon similaire, une analyse descriptive a été faite des activités infirmières par service, de la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, de l'anxiété et du recours non programmé aux services de santé. Ensuite, une analyse bivariée de l'ensemble de ces variables a été faite. Pour cela, une corrélation de Pearson a été utilisée entre deux variables quantitatives continues, une corrélation bisérielle ponctuelle a été utilisée entre une variable dichotomique et continue, et un calcul du coefficient phi a été fait entre deux variables dichotomiques.

Comme présenté précédemment, la fiabilité de la traduction française de *l'Echelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital* (Weiss & Piacentine, 2006) a été testée par un calcul de la cohérence interne avec l'alpha de Cronbach. Une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire a permis de définir la structure des dimensions de l'échelle. Un calcul de la cohérence interne et une analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure d'anxiété a aussi été effectuée.

La collecte des données s'étant réalisée dans quatre services différents, un modèle de régression mixte à effet randomisé a été utilisé pour l'analyse des

hypothèses (Hedeker, Gibbons, & Flay, 1994). En effet, l'hypothèse d'indépendance des variables est susceptible d'être violée en raison de la dépendance des variables dans un même groupe (service de médecine observé). De plus, l'observation dans des services différents a donné des variances inégales entre les groupes (Raudenbush & Liu, 2000), seconde raison pour laquelle un modèle de régression multivariée n'a pu être retenu. Ainsi, une régression linéaire mixte à effet randomisé a été utilisée pour les variables perception d'être prêt pour le départ et anxiété (H_1 et H_2). Le test du Multiplicateur de Breusch-Pagan Lagrange (LM) a été utilisé pour vérifier l'adéquation de l'utilisation d'un modèle hiérarchique (Greene, 2008). La variable recours non programmé aux services de santé (H_3 , H_4 et H_5) a été analysée avec un modèle de régression logistique mixte à effet randomisé. Le calcul du pseudo coefficient de détermination a été fait selon la méthode de Snijders et Bosker (2011).

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis à la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain et a reçu un avis positif le 11 novembre 2011 (Annexe V, CER-VD 307/11).

Une feuille d'information de la recherche (Annexe II) et un formulaire de consentement (Annexe III) ont été présentés à chaque patient précisant les objectifs de l'étude, la nature de la participation attendue et les dispositions prises pour protéger leurs droits. Tous les participants ont été tenus informés des données collectées et ont signé librement leur consentement.

Les participants ont eu la liberté de se retirer de l'étude à tout moment sans encourir de sanction ni de préjudice dans la suite des soins et services qu'ils ont été en droit de recevoir. Les participants n'ont reçu aucune compensation pour leur participation (CT CER, 2011).

Toutes les données recueillies ont été traitées de manière confidentielle, codées et conservées sous clef. La collecte des données dans les unités de soins

s'est faite avec deux formats. Les auto-questionnaires remis aux patients étaient en papier avec l'identifiant numérique du patient afin que son identité reste anonyme. L'ensemble des documents papiers ont été quotidiennement rangés dans une armoire fermée à clé. Les autres données ont été directement saisies sur un ordinateur portable, lequel était verrouillé par un code d'accès personnel et la mise en veille était activée au-delà d'une minute d'inactivité pour éviter tout accès aux données des patients. Une sauvegarde des données a été faite chaque jour sur un disque dur externe qui était gardé dans la même armoire que les questionnaires.

Les résultats sont présentés sous forme agrégée respectant à la fois la confidentialité du patient mais également des différents sites observés. Aucun participant n'est identifiable que ce soit dans les présentations ou dans les publications (CT CER, 2011).

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats descriptifs en détaillant la nature et les conditions de la transition, les interventions infirmières de préparation à la sortie, la perception d'être prêt pour le départ, l'anxiété et le recours non programmé aux services de santé des participants à l'étude. Ensuite, les analyses prédictives sont présentées pour répondre aux hypothèses de l'étude.

Résultats descriptifs

Une estimation empirique de la normalité avec le coefficient d'asymétrie (Skewness) a été faite pour chaque variable continue (Cox, 2010). Pour les résultats du coefficient d'asymétrie proches des bornes [- 1,5 ; 1,5], un test de normalité a été réalisé (D'Agostino, Belanger, & D'Agostino, 1990). La variable durée de séjour avec une asymétrie à droite a été transformée avec une fonction logarithmique.

Nature de la transition. La nature de la transition est définie par les facteurs d'hospitalisation des participants (Tableau 6). La durée moyenne des séjours est de 9,4 jours (ÉT 7,4).

La durée moyenne des séjours à l'hôpital 4 est significativement supérieure aux durées moyennes des séjours des hôpitaux 1, 2 et 3.

Presque la totalité des admissions se sont faites en urgence (98,8%). Le taux d'admission en urgence des participants est similaire dans les quatre hôpitaux ($p = 0,57$). L'âge du patient est négativement associé au fait d'être admis de façon planifiée ($r_{bp} = - 0,14$, $p < 0,01$), autrement dit plus le patient est âgé, plus il a été admis en urgence.

Tableau 6

Facteurs d'hospitalisation

	Total (n = 235)	Hôpital 1 (n = 50)	Hôpital 2 (n = 61)	Hôpital 3 (n = 63)	Hôpital 4 (n = 61)	p
Durée de séjour						
M (ÉT)	9,4 (7,4)	7,1 (4,5)	7,9 (5,0)	7,4 (5,9)	14,9 (9,8)	0,01 ^a
Min-Max	2 - 47	2 - 21	2 - 30	2 - 39	3 - 47	
Admission en urgence	98,7%	98,0%	100,0%	100,0 %	97,0%	0,57 ^b
Hospitalisation dans les 6 mois précédents	23,8%	22,0%	8,2%	30,2%	34,4%	0,01 ^b

^aANOVA à un facteur ^bTest du χ^2 : goodness of fit

Environ un participant sur quatre (23,8%) a été hospitalisé dans les six derniers mois précédant l'hospitalisation observée. Les participants de l'hôpital 2 ont eu un taux d'hospitalisation antérieure à 6 mois significativement plus bas que les participants des trois autres hôpitaux ($p = 0,01$). Une hospitalisation antérieure dans les six derniers mois est positivement associée à la présence d'un proche aidant ($\Phi = 0,19, p < 0,01$) et négativement associée à la présence de troubles cognitifs ($r_{bp} = -0,15, p < 0,05$).

Les motifs d'hospitalisation (Tableau 8) sont principalement, par ordre décroissant, des pathologies de l'appareil circulatoire (33,6%), des maladies infectieuses (21,3%), des pathologies de l'appareil digestif (9,4%) et des pathologies de l'appareil respiratoire (8,1%). Il n'y pas de différence statistique entre les diagnostics d'admission des patients des quatre hôpitaux de l'échantillon.

Conditions de la transition. Les conditions de la transition sont définies par les caractéristiques sociodémographiques du patient et du proche aidant, et les facteurs de santé lors de l'hospitalisation.

L'échantillon est constitué de 235 participants d'âge moyen de 79,7 ans dont 54,0% sont des femmes (Tableau 7).

Un proche aidant est présent lors de l'hospitalisation pour 47,0% des participants, alors que 53,0% vivent avec une personne à la maison. Les participants ayant un proche aidant présent lors de l'hospitalisation ($n = 110$) sont à 56,4% des hommes et ceux n'ayant pas de proche aidant présent ($n = 125$) sont à 62,4% des femmes. De façon similaire, les participants vivant avec une personne à domicile ($n = 125$) sont à 62,4% des hommes, ceux vivant seuls ($n = 110$) sont à 71,8% des femmes. Les participants qui vivent seuls ont un âge significativement supérieur à ceux qui vivent en cohabitation, $t(233) = 2,9$, $p < 0,01$, $d = 2,9$, IC [0,9, 4,8].

Selon la classification du Bureau International du Travail (International Labour Organization, 2008), presque la moitié des participants étaient, durant leur vie active, des ouvriers ou des travailleurs qualifiés de l'industrie (48,3%), plus d'un tiers étaient employés ou de profession intermédiaire (34,8%) et 16,9% étaient dirigeants, indépendants ou exerçant une profession intellectuelle ou d'encadrement.

Concernant les conditions de santé des participants, la prévalence de comorbidité est de 82,6% de type sévère et de 43,0% de type très sévère selon la classification CIRS-G. Le score moyen de l'index de comorbidité est de 15,5 (ÉT 5,2). Un participant sur cinq a au moins trois comorbidités sévères. Une régression multivariée avec comme variable expliquée la durée de séjour et comme variable explicative l'index de comorbidité, ajustée par l'âge du patient, le genre, le mode d'admission, la présence d'un proche aidant, le niveau de troubles cognitifs et le niveau d'anxiété, montre que l'augmentation unitaire de l'index de comorbidité CIRS-G augmente la durée de séjour de 0,5 jour, $B = 0,48$, $p < 0,01$.

Le score moyen de trouble cognitif au test Mini-Cog est de 4 (ÉT 1,3) sur une échelle de 5. Trente-deux participants (13,6%) ont un score inférieur à 3 indiquant un risque élevé de trouble cognitif. Il n'y a pas de différence significative du score du

Tableau 7

Caractéristiques des participants

	Total (n = 235)	Hôpital 1 (n = 50)	Hôpital 2 (n = 61)	Hôpital 3 (n = 63)	Hôpital 4 (n = 61)	Valeur p
<u>Socio-démographiques</u>						
Homme	46,0%	40,0%	41,0%	52,0%	51,0%	0,28 ^a
Femme	54,0%	60,0%	59,0%	48,0%	49,0%	0,84 ^a
Âge - M (ÉT)	79,7 (7,6)	81,0 (8,1)	81,9 (6,6)	78,2 (6,7)	78,0 (8,4)	0,01 ^b
Min-Max	65 – 98	67 – 95	66 – 96	65 – 98	65 – 96	
Proche aidant présent	47,0%	38,0%	38,0%	59,0%	51,0%	0,07 ^a
Cohabitation à domicile	53,0%	52,0%	41,0%	62,0%	57,0%	0,21 ^a
<u>Conditions de santé</u>						
<i>Troubles cognitifs</i>						
Score Mini Cog - M (ÉT)	4,0 (1,3)	4,2 (1,1)	4,1 (1,3)	3,8 (1,4)	4,0 (1,2)	0,21 ^b
Min-Max	0 - 5	1 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	
Score Mini Cog <3	13,6%	10,0%	9,8%	20,6%	13,1%	0,19
<i>Comorbidités</i>						
Score CIRS-G - M (ÉT)	15,5 (5,2)	14,8 (5,6)	14,9 (4,4)	14,3 (5,0)	17,6 (5,2)	0,01 ^b
Min-Max	1 - 32	5 - 26	1 - 25	6 - 30	5 - 32	
CIRS-G sévère	83,0%	86,0%	80,0%	73,0%	92,0%	0,59 ^a
CIRS-G très sévère	43,0%	50,0%	41,0%	27,0%	56,0%	0,12 ^a

^aTest du χ^2 : goodness of fit ; ^bANOVA à un facteur

Mini-Cog en fonction de l'âge du participant ($p = 0,59$), ni en fonction du genre, $t(233) = 0,28$, $p = 0,78$, $d = 0,05$, IC [-0,4, 0,3]. Globalement, les quatre sous-échantillons sont statistiquement similaires au niveau des caractéristiques des patients. La comparaison entre les hôpitaux indique des différences significatives pour deux variables. L'âge moyen des participants des deux premiers hôpitaux est statistiquement plus élevé que celui des deux derniers hôpitaux ($p < 0,01$). Et l'indice de comorbidité des patients de l'hôpital 4 est statistiquement plus élevé que celui des hôpitaux 1, 2 et 3 ($p < 0,01$).

Pour un cinquième des proches aidants seulement ($n = 55$) des informations sociodémographiques ont pu être obtenues. L'âge moyen de ces proches aidants est de 70,2 ans (ÉT 13,3), et 38 sont de genre féminin. Plus des trois-quarts ($n = 41$) ont un lien marital avec le participant, trois sont les compagnons et huit sont les enfants des participants. Presque la totalité de ces proches aidants ($n = 47$) n'avaient pas d'activité professionnelle, trois travaillaient à temps plein et cinq avaient un emploi entre 50% et 80% de taux d'activité. Aucun proche aidant n'a rempli l'échelle *PPDH-PA*.

Planification globale de sortie. Le Tableau 9 présente le score par type d'interventions de préparation à la sortie et le score total. L'avant dernière colonne rappelle le score maximal par intervention et la dernière colonne présente le score moyen en pourcentage afin de pouvoir comparer les interventions infirmières entre-elles. C'est ce dernier score qui est utilisé dans la présentation des prochains résultats.

Qualification de l'infirmière responsable de la planification de sortie. Le score de responsabilité de la préparation à la sortie selon le niveau de qualification de l'infirmière est de 0/18. Presque la totalité des planifications de sortie ont été menées par une infirmière de l'unité de soins (96,7%). Les autres ont été menées par une infirmière de liaison (3,3%). Aucune planification de sortie n'a été dirigée par une infirmière de pratique avancée ou par une infirmière spécialisée en gériatrie

Tableau 8

Diagnostics d'admission des participants

	Total (n = 235)	Hôpital 1 (n = 50)	Hôpital 2 (n = 61)	Hôpital 3 (n = 63)	Hôpital 4 (n = 61)	Valeur p
Maladies de l'appareil circulatoire	33,6%	24,0%	34,4%	34,9%	39,3%	0,23
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	21,3%	24,0%	21,3%	19,1%	21,3%	0,99
Maladies de l'appareil digestif	9,4%	6,0%	6,6%	6,3%	18,0%	0,06
Maladies de l'appareil respiratoire	8,1%	12,0%	8,2%	6,3%	6,6%	0,90
Maladies du système nerveux	6,4%	6,0%	6,6%	11,1%	1,6%	-
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	5,5%	10,0%	3,3%	6,3%	3,3%	-
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	4,3%	2,0%	9,8%	4,8%	0,0%	-
Tumeurs	3,4%	4,0%	1,6%	3,2%	4,9%	-
Autres	8,3%	12,0%	8,2%	8,0%	4,9%	-

(-) pas d'analyses statistiques car moins de 5 participants par cellule.

Tableau 9

Score des interventions infirmières de planification de sortie

	Hôpital 1 (n = 50)	Hôpital 2 (n = 61)	Hôpital 3 (n = 63)	Hôpital 4 (n = 61)	Total (n = 235)	Score échelle	Pourcentage
	M (ÉT) Min - Max	M (ÉT) Min - Max					
Qualification de l'infirmière responsable de la préparation	0	0	0	0	0	/2	0,0%
Evaluation précoce des besoins et attentes	4,8 (1,7) 0 - 9	6,1 (2,5) 0 - 11	4,4 (1,6) 0 - 10	4,6 (1,8) 0 - 7	5,0 (2,0) 0 - 11	/9	55,6%
Communication, information, conseil et enseignement	4,2 (3,0) 0 - 8	4,7 (3,5) 0 - 13	2,1 (3,1) 0 - 11	4,3 (3,7) 0 - 12	3,8 (3,5) 0 - 13	/18	21,1%
Participation (<i>intra-muros</i>)	3,1 (1,4) 0 - 12	3,1 (2,4) 1 - 12	2,9 (2,1) 1 - 10	2,5 (2,4) 0 - 12	2,9 (2,1) 0 - 12	/18	16,1%
Coordination (<i>extra-muros</i>)	7,2 (2,3) 0 - 12	6,3 (2,2) 0 - 10	5,8 (2,2) 3 - 11	7,2 (2,4) 0 - 10	6,6 (2,3) 0 - 12	/12	55,0%
Evaluation le jour de la sortie	1,8 (2,0) 0 - 5	2,6 (2,1) 0 - 5	1 (1,5) 0 - 5	0,4 (0,8) 0 - 4	1,4 (1,9) 0 - 5	/5	28,0%
Suivi post-hospitalier	0	0	0	0	0	/3	0,0%
Total	21,1 (5,8) 9 - 33	22,7 (7,9) 5 - 39	16,2 (6,1) 6 - 31	19,1 (6,3) 5 - 31	19,7 (7,0) 3 - 39	/67	29,4%

Évaluation précoce des besoins. L'intervention infirmière de préparation à la sortie ayant le score moyen le plus élevé est l'anamnèse d'entrée du patient, 55,6/100. Ce score est statistiquement différent entre les quatre hôpitaux ($p < 0,01$). Une analyse par hôpital montre que l'évaluation précoce des besoins est significativement plus fréquente dans l'hôpital 2 que dans les trois autres hôpitaux ($p < 0,01$).

La majorité des participants (91,5%) a bénéficié d'un recueil d'information lors de l'anamnèse d'entrée. Ce recueil a été mené le plus souvent par une infirmière de l'unité de soins (86,1%) et 2,3% ont inclus un recueil à partir du proche aidant. Le recueil d'information des besoins et des attentes pour la période post-hospitalière est fait chez 21,4% des patients.

Communication et information. Les interventions d'information, de communication et d'enseignement ont une moyenne globale de 21,1/100. Ce score varie significativement entre les quatre hôpitaux ($p < 0,01$). L'analyse détaillée montre que le score de l'hôpital 3 est statistiquement plus faible que ceux des trois autres hôpitaux ($p < 0,01$) ; en valeur absolue, la moyenne est au moins la moitié de celle des trois autres hôpitaux.

Plus de la moitié (53,7%) des informations et enseignements au patient sont fournis par des soignants externes à l'unité de soins, tels que des infirmières spécialisés en diabétologie, des diététiciennes, des physiothérapeutes, etc. Le contenu des enseignements porte principalement sur les capacités fonctionnelles et les habitudes de vie du patient (49,1%), ensuite sur la compréhension et la gestion du traitement (30,8%) et enfin sur la compréhension et la gestion de la pathologie (20,1%).

Participation du patient et du proche aidant. La participation du patient à la préparation à la sortie est l'intervention la moins effectuée avec une moyenne de 16,1/100. Ce score est statistiquement similaire entre les quatre hôpitaux ($p = 0,30$).

La participation du patient (n = 235) aux décisions concernant sa planification de sortie s'est faite à 79,4% par un dialogue (échange d'information entre le patient et le clinicien), à 18,0% par une prise de décision partagée (le patient et le clinicien coopèrent pour trouver la meilleure solution et les opinions du patient sont prises en compte au moment de la décision) et à 2,6% par une autonomie de décision pour le patient (au final c'est la décision du patient qui prévaut).

Les modalités de participation du patient se sont faites à 54,1% au cours de la visite médicale, à 44,6% lors d'un entretien avec le patient et à 1,3% lors d'un réseau avec des prestataires de soins de première ligne ou d'un colloque interprofessionnel des soignants de l'unité avec le patient.

Coordination interprofessionnelle. Les activités de coordination des soins avec les prestataires de première ligne est l'une des interventions infirmières de préparation à la sortie les plus fréquentes (M = 55,0/100). Le score d'activités infirmières de coordination est statistiquement différent entre les quatre hôpitaux ($p < 0,01$). L'analyse détaillée de chaque hôpital montre qu'il y a plus d'interventions de coordination de la planification de sortie dans les hôpitaux 1 et 4 que dans les hôpitaux 2 et 3 ($p < 0,05$).

La coordination de la planification de sortie a été faite à 49,4% par les infirmières d'unités de soins et l'équipe médicale. Pour 48,1% des participants, elle incluait en plus l'infirmière de liaison. Finalement, pour 2,6% elle a été réalisée par une équipe interprofessionnelle comprenant en plus un physiothérapeute ou un ergothérapeute.

Évaluation le jour de la sortie du patient. L'évaluation du patient le jour de la sortie n'est pas souvent réalisée (M = 28/100) et elle est faite à l'aide d'une liste standardisée mais rarement en présence du patient. Un peu moins d'un quart des participants (24,3%) ont bénéficié d'une évaluation infirmière le jour de la sortie. Ce score est statistiquement différent entre les quatre hôpitaux ($p < 0,01$). L'analyse détaillée du score d'activités infirmières d'évaluation le jour de la sortie de chaque

hôpital montre une similitude statistique entre les hôpitaux 1 et 2 ($p = 0,06$). Ce qui veut dire que les participants des hôpitaux 1 et 2 ont eu plus d'évaluation le jour de la sortie que dans l'hôpital 3, et que les participants de l'hôpital 4 sont ceux qui en ont eu le moins.

Suivi post-hospitalier du patient. Aucune intervention infirmière de suivi des participants après leur sortie de l'hôpital n'a été relevée dans les dossiers de soins.

Planification globale de sortie du patient. Le score moyen total des interventions infirmières de préparation à la sortie s'élève à 29,4/100, donc un peu plus du quart des interventions attendues. Le score total d'activités infirmières de planification de sortie est statistiquement différent entre les quatre hôpitaux ($p = 0,01$). Seuls les scores totaux entre les hôpitaux 1 et 2 sont similaires ($p = 0,23$) et statistiquement supérieurs aux scores des hôpitaux 3 et 4.

Le nombre des interventions de préparation à la sortie est corrélé positivement à l'âge ($r = 0,16$, $p < 0,05$), au niveau de comorbidité ($r = 0,27$, $p < 0,01$) et à la durée de séjour ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Par contre, une corrélation négative est observée avec le fait de vivre en cohabitation ($r_{bp} = -0,20$, $p < 0,01$) et d'avoir été hospitalisé dans les six derniers mois ($r_{bp} = -0,14$, $p < 0,05$).

Selon les trois niveaux du processus de planification de sortie de Rorden (1990), 99,2% des participants ont bénéficié du premier niveau, 57,0% ont reçu le deuxième niveau dont 20,4% ont participé activement aux décisions concernant leur préparation à la sortie. Le troisième niveau du processus de planification de sortie a été fourni à 5,5% des participants. En dehors du suivi post-hospitalier et d'une prise en charge par une infirmière avancée, environ 1/18 participant a bénéficié d'une planification globale de sortie selon la définition de Naylor et al. (2011), et si on ne prend pas en considération l'implication du proche aidant, un sur cinq a bénéficié d'une planification de sortie.

La Figure 6 indique que 22 participants (9,4%) n'ont reçu aucune intervention de préparation à la sortie durant leur séjour hospitalier. Trois-quarts des participants

ont reçu entre une et trois interventions : 53 participants (22,6%) une intervention, 62 participants (26,4%) deux et 57 participants (24,3%) trois. Trente-cinq participants (14,9%) ont bénéficié de quatre interventions de préparation à la sortie et six participants (2,6%) de cinq interventions.

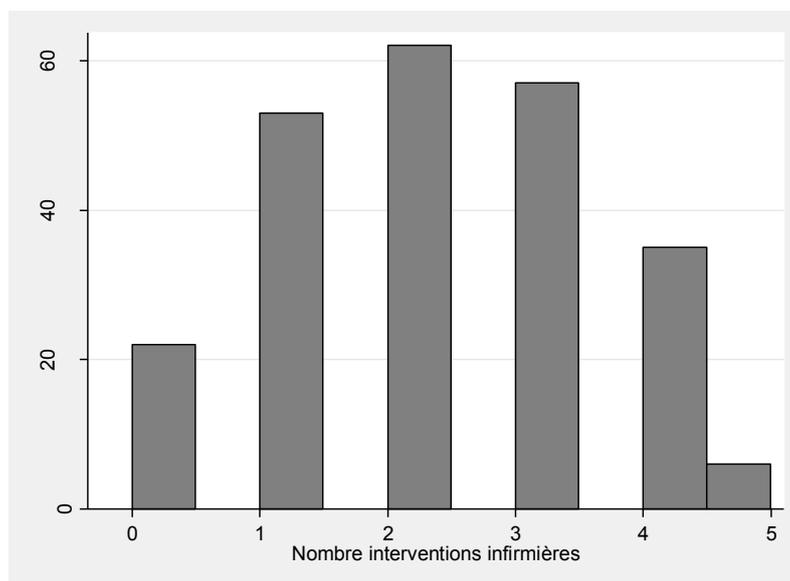


Figure 6. Nombre d'interventions infirmières de préparation à la sortie reçues par participant.

Il y a une augmentation graduelle de l'âge moyen des participants en fonction du nombre d'interventions de préparation à la sortie reçues. L'âge moyen du groupe de participants n'ayant pas reçu d'intervention est de 78,9 ans et ceux ayant reçu 5 interventions est de 82,8 ans mais il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p = 0,09$) entre les deux sous-groupes.

Plus le participant a reçu d'interventions infirmières de préparation à la sortie, plus son indice de comorbidité est élevé, $p = 0,01$.

Perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital. A la question globale qui débute le questionnaire *PPDH*, presque deux tiers des participants (63,4%) pensent que rien ne changera dans leur vie suite à leur hospitalisation. Et à la question générale « êtes-vous prêt à rentrer à la maison comme prévu ? » 94,5% des participants répondent 7 et plus sur une échelle de 10, le seuil signifiant que le patient est prêt pour le départ de l'hôpital.

Le score total moyen de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital (Tableau 10) est de 7,5 (ÉT 0,7) et varie de 3,6 à 9,3. Les scores moyens des dimensions sont par ordre décroissant : statut personnel 8,9 (ÉT 1,3), soins 7,5 (ÉT 1,0), force 6,7 (ÉT 2,0) et capacité fonctionnelle 6,5 (ÉT 0,8). Deux des quatre dimensions obtiennent des scores supérieurs à 7. Ainsi, en regard du score total de l'échelle, un patient sur cinq de l'échantillon (47 participants) n'était pas prêt pour le départ de l'hôpital. Ce score total de l'échelle indique que moins de participants sont prêts pour la sortie de l'hôpital que ne l'indique le score obtenu à la question générale posée en début du questionnaire.

Le score total moyen de perception d'être prêt pour la sortie est statistiquement différent sur l'ensemble des hôpitaux ($p = 0,03$). L'analyse détaillée montre que ce sont les participants de l'hôpital 4 qui ont un score statistiquement plus élevé que ceux des trois autres hôpitaux ($p = 0,02$). Le score global de la dimension statut personnel est significativement différent d'un hôpital à l'autre ($p < 0,01$). L'analyse détaillée montre que seul le score de l'hôpital 1 est statistiquement plus bas que celui des hôpitaux 3 et 4 ($p < 0,01$). Les scores de la dimension force sont statistiquement similaires d'un hôpital à l'autre ($p = 0,44$).

Le score total de perception d'être prêt pour la sortie est négativement associé à l'âge du patient ($r = -0,19$, $p < 0,01$) et au score d'anxiété du patient le jour de la sortie ($r = -0,21$, $p < 0,01$). En d'autres mots, plus le patient est âgé et anxieux moins il a la perception d'être prêt pour la sortie de l'hôpital.

Le score de la dimension soins est statistiquement différent sur l'ensemble des hôpitaux ($p < 0,01$). L'analyse détaillée par hôpital montre que le score de l'hôpital 2 est statistiquement inférieur à l'hôpital 3 ($p < 0,01$) et à l'hôpital 4 ($p < 0,01$). Le score de la dimension capacité fonctionnelle est significativement différent sur l'ensemble des hôpitaux ($p = 0,03$). L'analyse détaillée par hôpital montre que l'hôpital 3 a un score statistiquement inférieur aux trois autres ($p = 0,03$).

Le score total de *PPDH* n'est pas statistiquement différent entre les participants qui sont en deçà de 80 ans, l'âge médian, et ceux qui sont au-dessus, $t(233) = -0,33$, $p = 0,74$, $d = -0,03$, IC [-0,2, 0,1]. De même, le score de *PPDH* n'est pas différent entre les femmes et les hommes, $t(233) = -0,52$, $p = 0,60$, $d = -0,04$, IC [-0,2, 0,1].

Tableau 10

Perception du patient d'être prêt pour le départ

Dimensions	Hôpital 1 (n = 50)	Hôpital 2 (n = 61)	Hôpital 3 (n = 63)	Hôpital 4 (n = 61)	Total (n = 235)
	M (ÉT) Min - Max	M (ÉT) Min - Max			
Statut personnel	8,4 (1,9)	8,8 (1,4)	9,1 (0,8)	9,2 (0,9)	8,9 (1,3)
	0,2 - 10,0	1,8 - 10,0	7,2 - 10,0	6,2 - 10,0	0,2 - 10,0
Force	6,6 (2,1)	6,6 (1,8)	6,6 (2,3)	7,1 (1,8)	6,7 (2,0)
	2,0 - 10,0	3,0 - 10,0	1,0 - 10,0	3,5 - 10,0	1,0 - 10,0
Soins	7,5 (1,2)	7,2 (1,3)	7,6 (0,5)	7,8 (0,8)	7,5 (1,0)
	2,0 - 9,5	2,7 - 10,0	6,5 - 9,5	5,0 - 9,5	2,0 - 10,0
Capacité fonctionnelle	6,7 (1,0)	6,6 (0,8)	6,3 (0,5)	6,5 (0,7)	6,5 (0,8)
	4,2 - 9,4	5,0 - 10,0	5,0 - 7,8	4,4 - 8,4	4,2 - 10,0
Total	7,4 (0,9)	7,4 (0,7)	7,5 (0,5)	7,7 (0,5)	7,5 (0,7)
	3,6 - 8,7	5,6 - 9,3	6,6 - 8,4	6,4 - 9,1	3,6 - 9,3

Anxiété. Le niveau moyen d'anxiété des participants le jour de la sortie est de 4,7 et varie de 0 à 15 (Tableau 11). Seul 5,5% des participants ont un niveau d'anxiété dit anormal, c'est-à-dire dont le score est compris entre 11 et 21. Ce score est statistiquement similaire entre les hôpitaux ($p = 0,17$).

Recours non programmé aux services de santé. Le nombre de réadmissions hospitalières est de 29, soit 12,3% de l'échantillon (Tableau 12). Le nombre de recours ambulatoires est de 15, soit 6,4% de l'échantillon. Au total, 44 participants (18,7%) ont eu recours de façon non programmée aux services de santé dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation.

Tableau 11

Score de l'anxiété (sous-score de l'HADS)

	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 3	Hôpital 4	Total
Anxiété					
M (ÉT)	4,9 (3,1)	4,0 (3,0)	5,2 (3,0)	4,9 (2,9)	4,7 (3,0)
Min - Max	0 - 14	0 - 15	0 - 12	0 - 14	0 - 15
Niveau normal	86,0%	86,9%	76,2%	80,3%	82,2%
Niveau subnormal	6,0%	8,2%	17,5%	16,4%	12,3%
Niveau anormal	8,0%	4,9%	6,3%	3,3%	5,5%

Note. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale

Tableau 12

Recours non programmé aux services de santé

	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 3	Hôpital 4	Total
Séjour à hôpital seul	1	8	0	1	10
Visite urgence seule	1	0	0	2	3
Visite aux urgences suivies séjour hospitalier	3	4	4	5	16
Visite médecin	4	3	1	3	11
CMS	1	0	0	0	1
Visite médecin et CMS	1	0	0	0	1
Pharmacien	1	1	0	0	2
Cs médicale du proche aidant	1	0	1	1	3
<hr/>					
→ Réadmission hospitalière			12,3%		
→ Recours ambulatoire			6,4%		
<hr/>					
Recours non programmé aux services de santé			18,7%		

Analyses prédictives

Cette section présente les résultats des régressions linéaires et logistiques mixtes à effet randomisé pour valider les hypothèses de recherche de cette étude.

Hypothèse 1. Cette hypothèse cherche à démontrer que plus la planification de sortie est globale, plus la perception du patient d'être prêt pour le départ de l'hôpital est élevée. Pour y répondre, un modèle linéaire mixte à deux niveaux a été utilisé (Tableau 13). Le test de Hausman est non significatif ($\chi^2 > 1,00$), il est donc possible d'utiliser un modèle à effet randomisé.

Le modèle ne présente pas de multicollinéarité et la distribution des résidus est approximativement normale. Le coefficient intra-classe est égal à zéro, en effet le test du Multiplicateur de Breusch-Pagan Lagrange (LM) n'est pas significatif, $p = 1,0$, une régression simple aurait pu être utilisée pour tester ce modèle. Le coefficient de détermination montre que la variance expliquée du modèle est de 8%.

La forme de la relation entre le score d'interventions infirmières de préparation à la sortie et le score total de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est linéaire décroissante (Figure 7). L'effet ajusté d'un niveau d'interventions infirmières de planification de sortie sur la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est de $B = -0,3$, $p < 0,05$, IC 95% [-0,57, -0,11]. L'hypothèse 1 est donc infirmée. Plus les participants ont reçu des interventions infirmières de préparation à la sortie plus le score de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est faible.

L'analyse par types d'interventions infirmières de planification de sortie indique que plus le score de la communication avec le patient (éducation, information en lien avec la sortie) est élevé durant le séjour hospitalier plus la perception d'être prêt pour le départ est faible ($B = -0,42$, $p = 0,048$, IC 95% [-0,84, -0,05]). De même, plus les interventions infirmières d'évaluation du patient le jour de la sortie sont élevées, plus la perception d'être prêt pour le départ est faible, ($B = -1,57$, $p < 0,01$, IC 95% [-2,32, -0,82]).

Tableau 13

Régression linéaire mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur la perception d'être prêt pour la sortie de l'hôpital

Variable	B	ES B	z	IC 95%
Planification globale de sortie	-0,3	0,11	- 2,94**	[-0,57, -0,11]
Admission en urgence	-12,3	6,22	-2,07*	[-25,06, -0,65]
Hospitalisation antérieure	1,5	1,64	0,92	[-1,73, 3,87]
Durée de séjour	1,6	1,15	1,33	[-0,97, 3,61]
Âge	0,1	0,10	0,14	[-0,17, 0,20]
Homme	1,3	1,49	0,86	[-1,66, 4,23]
Cohabitation	-3,6	1,95	-1,83	[-7,51, 0,26]
Présence proche aidant	2,0	1,84	1,07	[-1,65, 5,67]
Comorbidités	0,2	0,14	1,47	[-0,07, 0,50]
Troubles cognitifs	-0,4	0,47	-0,76	[-1,31, 0,58]
CONSTANTE	130,5			

$W(10) = 19,24$ $p < 0,05$; Total $R^2 = 0,08$

Cii=0; C. between subject = 10,38; C. within subject = 0

Notes. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. IC = intervalle de confiance.

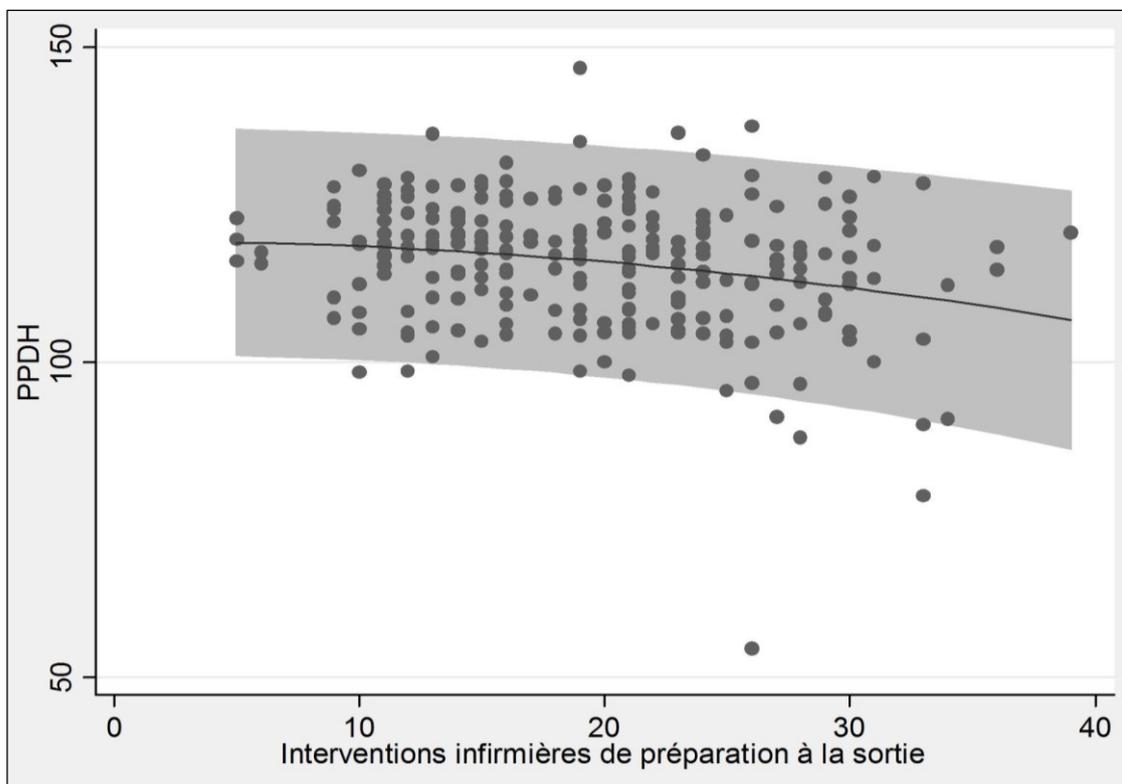


Figure 7. Polynôme fractionnel entre le score d'interventions infirmières de préparation à la sortie et le score total de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital.

Hypothèse 2. L'hypothèse 2 cherche à démontrer que plus la planification de sortie est globale, plus le niveau d'anxiété du patient le jour du départ de l'hôpital est faible. Pour y répondre, un modèle linéaire à deux niveaux à effet randomisé a été utilisé (Tableau 14). Le modèle ne présente pas de multicollinéarité et la distribution des résidus est approximativement normale. Le coefficient intra-classe est égal à 0 et le test du Multiplicateur de Breusch-Pagan Lagrange (LM) n'est pas significatif, $p = 1,0$. Le coefficient de détermination montre que la variance expliquée du modèle est de 7%.

Tableau 14

Régression linéaire mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le niveau d'anxiété le jour de la sortie

Variable	B	ES B	z	IC 95%
Planification globale de sortie	-0,1	0,03	-0,27	[-0,07, 0,06]
Âge	-0,1	0,03	-2,51**	[-0,12, -0,02]
Homme	-0,9	0,43	-2,15*	[-1,78, -0,08]
Admission en urgence	0,9	1,77	0,49	[-2,64, 4,39]
Hospitalisation antérieure	0,1	0,47	0,21	[-0,83, 1,03]
Durée de séjour	-0,3	0,33	-0,89	[-0,96, 0,36]
Cohabitation	0,8	0,56	1,37	[-0,34, 1,90]
Présence proche aidant	-0,8	0,53	-1,56	[-1,89, 0,22]
Comorbidités	0,1	0,04	0,02	[-0,08, 0,08]
Troubles cognitifs	-0,1	0,14	-0,07	[-0,28, 0,26]
CONSTANTE	11,4			

$W(10) = 16,45, p < 0,05$; Total $R^2 = 0,07$

Cii=0; C. between subject = 2, 97; C. within subject = 0

Notes. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. IC = intervalle de confiance.

Aucune relation n'a été détectée entre le niveau global d'activités infirmières de planification de sortie et le niveau d'anxiété le jour de la sortie ($B = -0,1, p = 0,79$, IC 95% [-0,07, 0,06]). Le modèle montre également que plus l'âge du patient augmente, moins son niveau d'anxiété est élevé le jour de la sortie ($B = -0,1, p < 0,01$, IC 95% [-0,12, -0,2]). De même, les hommes ont un niveau d'anxiété plus bas que les

femmes le jour de la sortie ($B = -0,9$, $p = 0,03$, IC 95% [-1,78, -0,08]). L'hypothèse 2 est infirmée.

L'analyse par type d'interventions infirmières de planification de sortie montre que l'évaluation du patient le jour de la sortie est la seule intervention qui est significativement associée au niveau d'anxiété du patient le jour de la sortie, $B = -0,28$, $p = 0,01$, IC 95% [-0,50, -0,06] (Tableau 15). Autrement dit plus les participants ont bénéficié d'évaluation le jour de la sortie de l'hôpital moins leur niveau d'anxiété le jour du départ était élevé.

Tableau 15

Régression linéaire mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le niveau d'anxiété le jour de la sortie

Variable	B	ES B	z	IC 95%
Evaluation de sortie	-0,28	0,11	-2,52*	[-0,50, -0,06]
Âge	-0,06	0,03	-2,31*	[-0,11, -0,01]
Admission en urgence	-0,16	1,73	-0,10	[-3,55, 3,22]
Hospitalisation antérieure	0,05	0,46	0,11	[-0,85, 0,95]
Durée de séjour	-0,25	0,30	-0,82	[-0,84, 0,34]
Homme	-0,67	0,42	-1,58	[-1,49, 0,16]
Cohabitation	0,17	0,56	0,30	[-0,93, 1,26]
Présence proche aidant	-0,57	0,52	-1,10	[-1,60, 0,45]
Comorbidités	0,02	0,04	0,48	[-0,06, 0,10]
Troubles cognitifs	-0,08	0,13	-0,58	[-0,34, 0,18]
CONSTANTE	19,78			

$W(10) = 33,72$, $p > 0,001$; Total $R^2 = 0,08$

Cii=0; C. between subject = 2,97; C. within subject = 0

Notes. * $p < 0,05$. IC = intervalle de confiance.

Hypothèse 3. L'hypothèse 3 cherche à démontrer que plus la planification de sortie est globale, plus le taux de recours non programmé aux services de santé durant les 30 jours après le départ de l'hôpital est faible.

Pour y répondre, un modèle logistique mixte à deux niveaux à effet randomisé a été utilisé en distinguant deux types de recours aux services de santé. Dans le

premier, seules les visites aux urgences et les réhospitalisations non programmées ont été considérées constituant le taux de réadmission hospitalière (Tableau 16) et dans le second ont été rajoutés les recours ambulatoires (Tableau 17).

Tableau 16

Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le taux de réadmissions hospitalières dans les 30 jours après la sortie.

Variable	OR	ES OR	Z	IC 95%
Planification globale de sortie	1,08	0,04	2,12*	[1,00, 1,15]
Hospitalisation antérieure	1,03	0,53	0,05	[0,38, 2,80]
Durée de séjour	0,68	0,25	-1,07	[0,33, 1,38]
Âge	1,00	0,03	-0,00	[0,94, 1,06]
Homme	2,14	0,94	1,73	[0,90, 5,09]
Cohabitation	1,33	0,61	0,64	[0,55, 3,27]
Comorbidités	1,01	0,04	0,27	[0,93, 1,10]
Troubles cognitifs	1,37	0,28	1,56	[0,92, 2,03]
CONSTANTE	0,01			

$W(8) = 9,74, p=0,28$; pseudo $R^2 = 0,06$

Cii=0,01

Notes. * $p < 0,05$. IC = intervalle de confiance

Le modèle ne présente pas de multicollinéarité et les résidus ont une légère asymétrie à droite. Les résultats indiquent que plus la planification de sortie est globale, plus le participant a un risque d'être réadmis à l'hôpital ($OR = 1,08, p = 0,03$, IC 95% [1,00, 1,15]). Le coefficient de détermination indique que la variance expliquée du modèle est de 6%.

Lorsque l'ensemble des recours non programmés aux services de santé sont considérés (Tableau 17), l'hypothèse 3 n'est pas confirmée ($OR = 1,04, p = 0,22$, IC 95% [0,98, 1,10]). La variance expliquée de ce modèle est de 4%.

L'analyse par type d'interventions infirmières de planification de sortie révèle que plus le score de coordination interprofessionnelle est élevé, plus le risque de

réadmissions hospitalières dans les 30 jours après la sortie du patient augmente ($OR = 1,38$, $p < 0,01$, IC 95% [1,08, 1,75]). De façon similaire, plus les interventions d'évaluation du patient le jour de la sortie sont élevées plus le risque de réadmissions hospitalières dans les 30 jours après la sortie du patient augmente ($OR = 1,29$, $p = 0,03$, IC 95% [1,03, 1,64]).

La relation avec l'intervention infirmière de coordination est aussi significative pour les recours non programmés aux services de santé ($OR = 1,21$, $p = 0,04$, IC 95% [1,01, 1,45]).

Tableau 17

Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le recours non programmé aux services de santé dans les 30 jours après la sortie.

Variable	OR	ES OR	Z	IC 95%
Planification globale de sortie	1,04	0,03	1,22	[0,98, 1,10]
Hospitalisation antérieure	0,83	0,38	-0,42	[0,34, 2,00]
Durée de séjour	0,61	0,20	-1,53	[0,33, 1,50]
Âge	0,99	0,02	-0,49	[0,94, 1,03]
Homme	1,22	0,45	0,54	[0,59, 2,50]
Cohabitation	1,04	0,39	0,12	[0,50, 2,19]
Comorbidités	1,03	0,04	0,80	[0,96, 1,11]
Troubles cognitifs	1,25	0,19	1,38	[0,91, 1,72]
CONSTANTE	0,16			

$W(8) = 7,17$, $p > 0,52$; pseudo $R^2 = 0,04$

Cii=0; C. between subject = 2,47; C. within subject = 0

Note. IC = intervalle de confiance

Hypothèse 4. L'hypothèse 4 cherche à démontrer que plus la perception du patient d'être prêt pour le départ de l'hôpital est élevée, plus le taux de recours non programmés aux services de santé par le patient durant les 30 jours suivant la sortie est bas.

Comme pour l'hypothèse 3, un modèle logistique à deux niveaux à effet randomisé a été utilisé en distinguant deux types de recours aux services de santé, les réadmissions hospitalières (Tableau 18) et les recours non programmés aux services de santé (Tableau 19).

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le niveau de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital et le taux de réadmissions hospitalières à 30 jours après la sortie, $p = 0,56$. Également, cette association n'est pas significative avec le taux de recours non programmés aux services de santé, $p = 0,48$.

Tableau 18

Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le taux de réadmissions hospitalières

Variable	OR	ES OR	Z	IC 95%
PPDH	0,99	0,02	-0,49	[0,95, 1,03]
Troubles cognitifs	1,50	0,32	2,03*	[1,02, 2,22]
Hospitalisation antérieure	0,93	0,48	-0,15	[0,33, 2,56]
Durée de séjour	0,98	0,33	-0,07	[0,50, 1,90]
Âge	1,00	0,03	0,22	[0,95, 1,06]
Homme	1,78	0,79	1,29	[0,74, 4,27]
Cohabitation	1,21	0,59	0,41	[0,49, 2,96]
Comorbidité	1,03	0,04	0,67	[0,95, 1,12]
CONSTANTE	0,01			

Cii=0,25 ; pseudo $R^2 = 0,04$

$W(8) = 7,92$, $p=0,44$; pseudo $R^2 = 0,06$

Notes. * $p < 0,05$. IC = intervalle de confiance. PPDH = perception d'être prêt pour la départ de l'hôpital.

Seule la présence de troubles cognitifs chez des participants augmente le risque de réadmission hospitalière dans les 30 jours après le départ, $OR = 1,50$,

$p = 0,04$, IC 95% [1,02, 2,22]. Ces résultats permettent de conclure que l'hypothèse 4 n'est pas confirmée.

Tableau 19

Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le recours non programmé aux services de santé

Variable	OR	ES OR	Z	IC 95%
PPDH	1,01	0,02	1,10	[0,98, 1,05]
Hospitalisation antérieure	0,73	0,36	-0,71	[0,30, 1,75]
Durée de séjour	0,77	0,23	-0,87	[0,44, 1,37]
Âge	0,98	0,02	-0,47	[0,94, 1,03]
Homme	1,06	0,45	0,17	[0,51, 2,21]
Cohabitation	1,05	0,38	0,15	[0,50, 2,21]
Comorbidités	1,04	0,04	0,95	[0,96, 1,11]
Troubles cognitifs	1,26	0,18	1,64	[0,95, 1,67]
CONSTANTE	0,07			

$W(8) = 7,16$, $p = 0,52$ Cii=0,25 ; pseudo $R^2 = 0,04$
Cii=0,36

Notes. IC = intervalle de confiance ; PPDH = perception d'être prêt pour la départ de l'hôpital.

Hypothèse 5. L'hypothèse 5 cherche à démontrer que plus le niveau d'anxiété du patient le jour du départ de l'hôpital est élevé, plus le taux de recours non programmés aux services de santé par le patient durant les 30 jours suivant la sortie est élevé.

Pour y répondre, un modèle logistique à deux niveaux à effet randomisé a été utilisé en distinguant deux types de recours aux services de santé, les réadmissions hospitalières (Tableau 20) et les recours non programmés aux services de santé (Tableau 21).

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le niveau d'anxiété le jour de la sortie de l'hôpital et le taux de réadmission hospitalière 30 jours après la

sortie, $p = 0,62$. Également, cette association n'est pas significative avec le taux de recours non programmés aux services de santé, $p = 0,57$. L'hypothèse 5 n'est donc pas confirmée. A nouveau, seuls les troubles cognitifs restent associés à un risque significativement accru de réadmission, $p = 0,04$.

Tableau 20

Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le taux de réadmissions hospitalières

Variable	OR	ES OR	Z	IC 95%
Anxiété	1,04	0,08	0,63	[0,90, 1,20]
Troubles cognitifs	1,49	0,29	2,02*	[1,02, 2,20]
Hospitalisation antérieure	0,92	0,48	-0,16	[0,33, 2,53]
Durée de séjour	0,99	0,33	-0,03	[0,51, 1,92]
Âge	1,01	0,03	0,30	[0,95, 1,07]
Homme	1,79	0,81	1,30	[0,74, 4,34]
Cohabitation	1,23	0,56	0,45	[0,50, 3,01]
Comorbidités	1,03	0,04	0,61	[0,95, 1,11]
CONSTANTE	0,01			

$W(8) = 8,04$, $p = 0,43$; pseudo $R^2 = 0,05$

$C_{ii} = 0,28$

Notes. * $p < 0,05$. IC = intervalle de confiance.

En résumé, les conditions de la transition de l'hôpital vers le domicile des participants à l'étude sont complexes. Il s'agit de patients âgés ($M = 79,7$), présentant des troubles cognitifs, ayant des comorbidités sévères ou très sévères et dont presque la moitié vit seul à domicile. La nature des transitions observées montre qu'il s'agit de patients admis en urgence dont les séjours hospitaliers sont relativement longs et pour environ le quart d'entre eux, la présente hospitalisation était précédée d'une hospitalisation dans les six derniers mois.

Tableau 21

Régression logistique mixte à effet randomisé des variables indépendantes sur le recours non programmé aux services de santé

Variable	OR	ES OR	Z	IC 95%
Anxiété	1,03	0,06	0,56	[0,92, 1,16]
Hospitalisation antérieure	0,76	0,34	-0,61	[0,32, 1,82]
Durée de séjour	0,77	0,23	-0,89	[0,43, 1,37]
Âge	0,99	0,02	-0,38	[0,94, 1,04]
Homme	1,13	0,42	0,32	[0,54, 2,35]
Cohabitation	1,01	0,38	0,32	[0,54, 2,35]
Comorbidités	1,04	0,04	1,00	[0,96, 1,11]
Troubles cognitifs	1,27	0,18	1,65	[0,96, 1,68]
CONSTANTE	0,11			

$W(8) = 5,77, p > 0,76$; pseudo $R^2 = 0,03$

Cii=0,37

Notes. IC = intervalle de confiance.

Les interventions infirmières de préparation à la sortie sont principalement des interventions de coordination entre les professionnels de santé. Un peu plus de la moitié des participants ont bénéficié d'interventions de communication et éducation, et un sur cinq a légèrement participé aux décisions concernant sa sortie. Enfin les indicateurs de processus de la transition indiquent que quatre participants sur cinq ont la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, la même proportion de participants a un niveau normal d'anxiété le jour du départ et un sur cinq a eu un recours non programmé aux services de santé dans le mois qui a suivi la sortie.

Les hypothèses de recherche issues du modèle conceptuel n'ont pas été validées (Figure 8). Les résultats montrent que plus les participants ont un faible niveau de perception d'être prêt pour le départ plus ils bénéficient d'interventions infirmières de préparation à la sortie. L'association entre les interventions infirmières et le niveau d'anxiété le jour du départ n'a pas été démontrée. Il en est de même avec le recours non programmé aux services de santé. Enfin, le recours non programmé aux services de santé n'est pas prédit par le niveau de perception d'être prêt pour le départ, ni par le niveau d'anxiété le jour de la sortie.

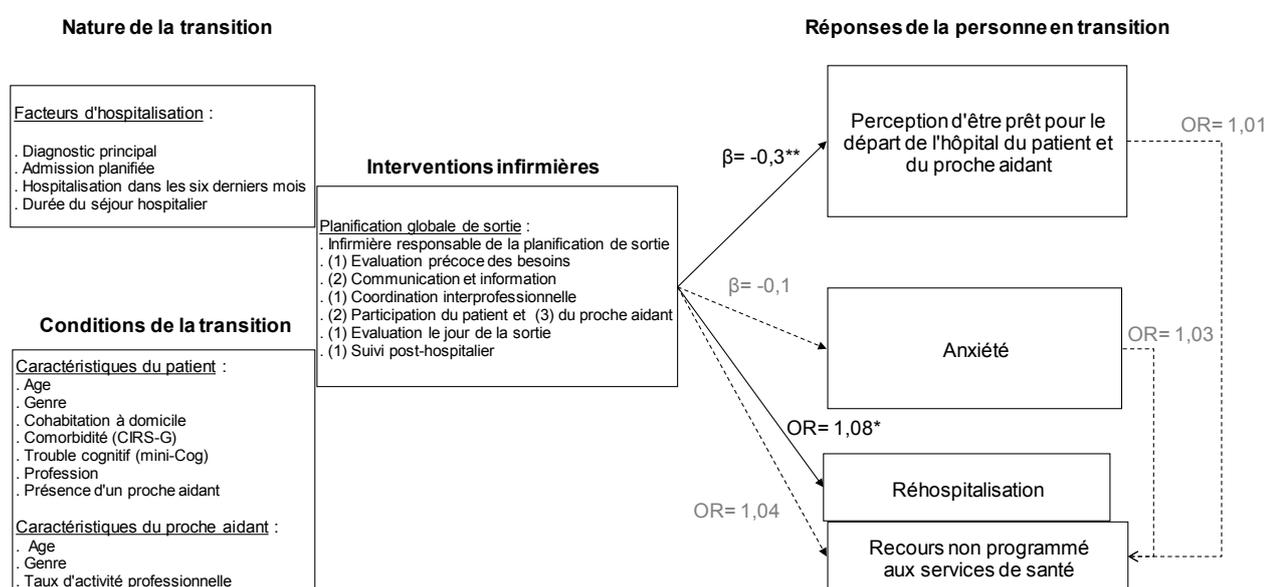


Figure 8. Résultats des analyses prédictives. Les chiffres entre parenthèse correspondent au niveau du processus de la planification de sortie de Rorden.

Chapitre 5 : Discussion

Dans ce chapitre les hypothèses de recherche sont discutées ainsi que les composantes du modèle conceptuel. La planification globale de sortie est examinée selon les trois niveaux de la définition de Rorden et selon le modèle de soins de transition de Naylor. Les forces et les limites de cette étude sont présentées ainsi que les pistes pour la recherche et la pratique clinique et la conclusion.

Les résultats de cette recherche montrent que la pratique actuelle semble loin d'être optimale: un participant sur cinq seulement a reçu quatre ou cinq des interventions infirmières de préparation à la sortie, et environ un sur deux n'a reçu qu'une ou deux interventions. La notion de processus implique une série d'actions dépendantes les unes des autres. Or, peu de patients ont pu bénéficier des interventions infirmières de préparation à la sortie, si bien qu'il semble difficile de pouvoir parler d'un réel processus dans la pratique actuelle de planification de sortie. De même, les résultats montrent que tant la collaboration dynamique que la communication interactive entre les patients et les professionnels sont peu présentes dans la pratique actuelle. Seule une minorité de patients a donc bénéficié d'une planification globale de sortie rendant difficile la validation des hypothèses.

Hypothèses de recherche

Plus les patients ont bénéficié d'interventions infirmières de préparation à la sortie moins leur perception d'être prêt pour le départ est élevé. Cette relation n'a été investiguée dans aucune autre recherche. Ces résultats doivent être interprétés en considérant plusieurs points : la force de la relation, le type d'interventions infirmières reçues, la conscience de la transition et la validité de l'échelle française PPDH.

La force de la relation déterminée par le coefficient de la régression est très faible en regard du score total de l'échelle d'interventions infirmières qui a une grande étendue. Une augmentation d'une « unité » d'intervention infirmière diminue faiblement le score de PPDH. Autrement dit, les interventions infirmières de préparation à la sortie observées dans cette étude ne sont que très faiblement associées à la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital.

L'intervention infirmière dispensée à la majorité des patients âgés est la coordination interprofessionnelle. Celle-ci, indispensable à la continuité des soins, est principalement destinée à partager de l'information entre un soignant de l'hôpital et un autre soignant qui prendra en charge le patient lors de son retour à domicile. Par contre, les interventions de préparation à la sortie centrées sur le patient, comme l'enseignement et la participation aux prises de décision, ont été beaucoup moins importantes. Il est donc probable que les interventions de préparation à la sortie des participants de cette étude n'ont eu que peu d'effet sur leur perception d'être prêt pour la sortie de l'hôpital car elles étaient davantage centrées sur les soignants que sur les patients.

Vivre une transition implique une prise de conscience d'un changement obligeant plus ou moins une restructuration des routines de la vie quotidienne (Meleis et al., 2000). Deux facteurs ont été considérés dans cette étude en regard de cet aspect. D'un côté, la présence d'une hospitalisation dans les six derniers mois, car il pourrait y avoir reconnaissance de l'expérience chez la personne âgée ayant été récemment hospitalisée. D'un autre côté, le diagnostic d'admission lequel constitue le point critique de l'expérience de transition. Il a été postulé dans cette étude que toute hospitalisation d'une personne âgée est une épreuve qui vient modifier sa vie. Or, il n'est pas certain que tous les participants aient vécu une période de transition. Plusieurs diagnostics d'admission étaient connus ou correspondaient à une aggravation de la santé de la personne. Parfois, il s'agissait d'admissions dans le cadre d'un suivi médical d'une maladie chronique, comme l'insuffisance rénale

chronique. Dans les futures recherches, il faudra distinguer les admissions à l'hôpital qui vont modifier les routines de la vie quotidienne et constituent en elles-mêmes des transitions, des autres types d'hospitalisation ayant peu ou pas d'impact sur la capacité fonctionnelle de la personne âgée ou un traitement peu contraignant.

Finalement, en ce qui concerne l'échelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, il y a certainement des différences culturelles entre les américains et les suisses qui n'ont pas été suffisamment prise en compte dans la traduction et l'adaptation de cette échelle. Les dimensions de capacité de coping et du soutien attendu n'ont pas été retrouvées dans la structure factorielle de l'échelle traduite en français. Il est possible que les concepts de force et d'énergie n'aient pas été compris de la même manière entre les participants américains et suisses car ces items ont souvent fait l'objet de questionnement par les participants. Les résultats suggèrent également que la sensibilité de l'instrument pourrait être différente pour les personnes âgées. En effet, l'échelle de Weiss et Piacentine (2006) a été élaborée à l'origine pour les gestantes et modifiée par la suite pour les patients adultes hospitalisés. Finalement, les difficultés rencontrées pour répondre à l'aide d'une échelle de type Likert avec un nombre compris entre 0 et 10 suggèrent que cette modalité de réponse est moins adaptée à cette population.

Contrairement à d'autres études qui ont observé qu'une faible perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital était significativement associée à une plus grande probabilité des personnes âgées d'être réhospitalisées dans les 30 jours après la sortie (Bobay et al., 2010; Coffey & McCarthy, 2013 ; Weiss et al., 2007), les résultats de cette étude ne soutiennent pas cette association. Néanmoins, le résultat de l'étude de Weiss et al. (2007) doit être interprété avec précaution; seulement huit patients sur 147 ont été réadmis alors que la proportion de participants réadmis dans la présente étude est 2,5 plus importante et cette relation n'a pu être confirmée.

L'évaluation du patient le jour de la sortie est la seule intervention qui a une relation significative avec le niveau d'anxiété. Aucune autre étude antérieure n'a été trouvée montrant cette relation. La prévalence de l'anxiété le jour de la sortie est similaire à celle évaluée auprès d'autres échantillons de personnes âgées hospitalisées (Bryant, Jackson, & Ames, 2008; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Toutefois, celle-ci se situe au seuil inférieur des prévalences répertoriées dans la recension des écrits de Kvaal et al. (2001) lesquelles peuvent être jusqu'à 2,5 fois plus importantes que celle observée dans la présente étude.

L'anxiété est un symptôme complexe et il est difficile d'analyser sa relation avec la planification de sortie. Une étude montre que le niveau d'anxiété diminue avec l'avancement en âge (Bryant et al., 2008). Ces résultats sont corroborés par ceux de la présente étude qui indiquent aussi une corrélation négative significative entre l'âge et l'anxiété. Une autre étude montre qu'il y a une spirale d'interactions entre le déclin fonctionnel de la personne et l'augmentation de l'anxiété (Bruce, 2001). Autrement dit, la capacité fonctionnelle est probablement un facteur confondant de la relation entre la planification de sortie et l'anxiété. La capacité fonctionnelle n'a pas été mesurée dans la présente étude, mais aucune relation entre le niveau de comorbidité des patients et le niveau d'anxiété n'a été observée. La mesure de la capacité fonctionnelle des personnes âgées devrait donc être mieux prise en compte dans les recherches ultérieures.

La mesure de l'anxiété est tout aussi complexe que le symptôme. L'échelle HADS utilisée est largement adoptée par les chercheurs (Flint & Rifat, 2002), elle est facilement utilisable avec les personnes âgées vu sa simplicité et sa brièveté. Toutefois, elle ne permet pas de distinguer le trait d'anxiété de l'état d'anxiété de la personne au moment de la mesure. Quel que soit la complexité de la mesure de l'anxiété, il n'en reste pas moins important de mesurer l'état émotionnel du patient le

jour de la sortie car cet aspect est peu pris en considération dans l'échelle de perception d'être prêt pour le départ.

Des études expérimentales révèlent une diminution du taux de réadmission et une augmentation du temps entre la sortie et la prochaine admission chez les personnes âgées ayant reçu une planification globale de sortie (Coleman, Smith, et al., 2004; Naylor, 1999; Naylor et al., 2004; Parry, Min, Chugh, Chalmers, & Coleman, 2009). Tout récemment, cette relation a été confirmée dans une méta-analyse à 30, 90 et 120 jour (Shepperd et al., 2010). Il y a plus d'études qui ont observé une influence de la planification globale de sortie sur le taux de réadmission à 90 jours qu'à 30 jours, suggérant ainsi de réaliser une mesure de suivi à moyen terme plutôt qu'à court terme.

Cette étude a montré que plus le niveau d'interventions infirmières de préparation à la sortie était élevé, plus le participant avait un risque d'être réhospitalisé dans les 30 jours. Il est possible que le faible niveau d'interventions et le manque de structure de cette planification n'aient pas permis de détecter cette association. Ce résultat pourrait également laisser croire que plus les participants ont été préparés à la sortie, plus ils sont sensibles à leurs symptômes et capables d'anticiper la détérioration de leur état de santé. Or, le faible niveau d'interventions infirmières de préparation à la sortie qui est retrouvé dans les dossiers de soins laisse supposer que peu de conseils et d'informations sont transmis aux patients. Les informations concernant leur traitement médical, les symptômes à surveiller après leur sortie de l'hôpital, comment agir et à qui s'adresser si certaines complications venaient à se manifester sont essentielles pour éviter les réhospitalisations.

Par ailleurs, les patients avec un diagnostic de troubles cognitifs présent à l'admission ont été exclus de l'étude. Toutefois, une mesure de la présence de troubles cognitifs a été faite chez les participants. Or, cette variable s'est avérée être la seule prédictive d'une réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital. Ce résultat suggère que l'évaluation de la présence de troubles cognitifs

devrait être intégrée dans les soins usuels dès l'admission d'une personne âgée à l'hôpital. Les interventions infirmières et de l'équipe multidisciplinaire devraient être ajustées en conséquence ce qui pourrait contribuer à diminuer le taux de réadmissions hospitalières de ces personnes plus vulnérables que les autres (Naylor et al., 2005).

La quasi absence d'approche globale de la planification de sortie n'a pas permis de valider les hypothèses de cette recherche. Cependant, cette étude apporte une information unique et originale sur les pratiques de planification de sortie actuelles dans les unités de soins observées et apporte un regard critique sur chaque intervention qui la compose.

La planification globale de sortie

La planification de sortie est trop fréquemment étudiée dans une perspective organisationnelle, voire seulement financière, en n'intégrant ni la perspective du patient ni celle de son proche aidant. L'apport majeur du cadre conceptuel de planification de sortie proposé dans cette étude est de centrer l'intérêt sur le patient et ses proches, et de permettre l'analyse des interventions infirmières. L'autre aspect original est de considérer l'hospitalisation d'une personne âgée comme un processus de transition (Kralik, Visentin, & van Loon, 2006). Ainsi, les infirmières doivent non seulement répondre aux besoins immédiats du patient au cours de son hospitalisation mais aussi le placer dans un continuum de temps en considérant son contexte de vie avant et après l'hospitalisation (J. Bridges, Flatley, & Meyer, 2010; Flatley & Bridges, 2008).

La notion de globalité renvoie à un processus impliquant le patient, ses proches et les soignants dans une collaboration dynamique et une communication interactive en regard d'une série de compétences spécifiques (Rorden & Taft, 1990). Elle confère à la planification de sortie l'objectif immédiat d'anticiper les changements dans les besoins des patients et de leurs proches, et à long terme d'assurer la

continuité de leurs soins afin de rencontrer leurs besoins. Elle articule la planification de sortie autour de trois niveaux et les interventions infirmières telles que préconisées par Naylor viennent opérationnaliser le processus (2011; Naylor et al., 1994). Naylor a depuis le début de ses recherches préconisé une approche globale de la personne et de ses proches lorsqu'ils traversent des périodes de transition (Meleis et al., 2000) telle qu'une hospitalisation.

Le premier niveau de planification globale a été observé chez la plupart des participants. L'évaluation précoce des besoins a été l'intervention la plus fréquente et celle dont presque tous les participants ont bénéficié. Mais l'analyse détaillée montre toutefois que cette évaluation porte principalement sur l'anamnèse du patient à son entrée. Elle n'est pas basée sur une évaluation formelle des besoins actuels du patient et elle ne porte quasiment pas sur l'évaluation des besoins futurs du patient pour la période post-hospitalière. Cette anamnèse d'entrée, observée dans la pratique clinique des services de médecine, a été rarement suivie de l'élaboration d'un plan de soins pour la préparation à la sortie. Pourtant ces éléments sont des principes clés de la planification de sortie (Lees, 2013). La standardisation de l'évaluation précoce du patient et du proche améliore l'identification des problèmes, des besoins et des ressources utiles pour la continuité des soins entre l'hospitalisation et la période post-hospitalière (Holland & Bowles, 2012). Cette évaluation doit être multidisciplinaire (Meleis et al., 2000). La pratique actuelle, telle qu'observée à travers les notes du dossier, suggère qu'il serait utile de réfléchir à un processus d'intégration de l'ensemble des informations collectées par les différents professionnels pour établir un plan de soins global.

De façon générale, les conditions de la transition sont des éléments qui sont facilement retrouvés dans les dossiers de soins. Toutefois, ces données semblent être collectées à des fins administratives (tenue des dossiers) ou pour d'éventuels autres utilisateurs. Les infirmières semblent avoir une culture de collecte et de transmission d'informations semblable à celle qu'elles pratiquent pour les actes

médico-délégués, mais elles semblent peu les utiliser pour les soins infirmiers. Les infirmières, de par leur pratique, leurs connaissances, leurs compétences sont les professionnelles qui ont le plus d'information sur le patient et ses proches. Pourtant, elles semblent avoir peu l'habitude d'intégrer cette information pour construire leur jugement clinique, identifier des objectifs et élaborer les interventions nécessaires pour la planification de sortie, par exemple. Il serait nécessaire de valider ces hypothèses par des recherches empiriques.

La coordination interprofessionnelle est l'intervention de planification de sortie la plus fréquemment observée dans cette étude. L'effort conduit par le canton de Vaud depuis une vingtaine d'années sur l'orientation des patients avec la présence d'infirmières de liaison dans chaque service est sans doute lié à ce résultat.

L'évaluation le jour de la sortie du patient a été réalisée chez un peu moins du quart des participants et principalement à partir d'une liste prédéfinie. Autrement dit, les infirmières n'ont pas évalué les éventuels besoins du patient qui auraient dû être mis en relief lors de l'évaluation précoce. Cette intervention est significative pour les personnes âgées puisqu'elle est associée avec la perception d'être prêt pour le départ. Par contre, les résultats ne permettent pas de déterminer le sens de la relation : l'infirmière évalue-t-elle les besoins du patient justement parce que celui-ci ne se sent pas prêt à la sortie ? Ou à l'inverse, est-ce l'évaluation des besoins du patient qui fait prendre conscience à celui-ci qu'il n'est pas prêt pour la sortie ?

Le suivi post-hospitalier du patient n'est pas pratiqué dans le canton de Vaud. Il est la force des modèles de soins de transition les plus utilisés en Amérique du Nord, ceux dont les bénéfices ont été démontrés (Coleman, Min, Chomiak, & Kramer, 2004; Coleman et al., 2006; Naylor, 1999, 2004). Le développement, l'implantation et l'évaluation de cette intervention en Suisse paraît donc être une priorité, tant en termes de bénéfices potentiels pour le patient qu'en raison des pressions financières sur les durées de séjours hospitaliers et de leurs conséquences pour les personnes âgées vulnérables.

Le deuxième niveau du processus de planification de sortie a été observé chez un peu plus de la moitié des participants en ce qui concerne l'aspect communication et enseignement mais seulement un cinquième des patients ont participé activement aux décisions concernant leur sortie. Ainsi, l'apport des connaissances nécessaires durant l'hospitalisation pour soutenir le patient dans sa phase de transition est une pratique qui est modérément observée. Les interventions qui indirectement agissent sur la conscience et la reconnaissance de la transition comme la participation aux décisions ont été faiblement observées dans les dossiers de soins.

Les interventions de communication et d'information concernent les capacités fonctionnelles du patient et sont principalement apportées aux patients par les physiothérapeutes. Les informations nécessaires aux patients et leur proche pour gérer leurs traitements et leurs symptômes après la sortie de l'hôpital sont fournies dans une proportion plus faible. Pourtant de telles interventions, conduites par les infirmières, améliorent la connaissance des patients sur la gestion de leurs symptômes et diminuent le risque de réhospitalisation (Abad-Corpa et al., 2013; Kommuri, Johnson, & Koelling, 2012). Dans le cadre de la préparation à la sortie, l'information donnée aux patients doit concerner les instructions de la planification pour la continuité des soins après la sortie, la gestion du traitement et la connaissance des signes cliniques d'éventuelles complications (Coleman et al., 2013). Les infirmières à l'hôpital doivent également s'assurer que ces informations sont comprises par le patient et par son proche grâce à des techniques comme le « teach-back » (Kornburger, Gibson, Sadowski, Maletta, & Klingbeil, 2012).

Deux études ont investigué la relation entre l'enseignement et la perception d'être prêt pour le départ. Weiss et ses collaboratrices (2007) ont trouvé une relation inverse avec un enseignement de qualité. Selon les auteures, ces résultats contre intuitifs soulèvent toute la complexité de l'enseignement aux patients quant à l'équilibre entre la quantité d'information fournie et la qualité de sa transmission. Leurs résultats indiquent également une relation positive entre la perception d'être prêt pour

le départ de l'hôpital et les compétences d'enseignement des infirmières. Les infirmières démontrant une compétence élevée d'enseignement, ont souvent besoin de fournir une quantité moindre d'information mais l'adapte davantage aux besoins du patient. Ce résultat contraste avec celui de l'étude de Bobay et al. (2010) chez des personnes âgées qui n'a pas détecté de relation significative entre la perception d'être prêt pour le départ et la perception d'avoir reçu un enseignement de qualité.

Bobay et al. (2010) postulent que les patients plus âgés ont déjà été hospitalisés, souvent pour les mêmes raisons, et connaissent donc déjà les informations nécessaires sur leur santé. Les infirmières devraient donc évaluer les connaissances des personnes âgées à chaque hospitalisation et adapter l'enseignement en fonction de leurs besoins spécifiques. Comparées aux personnes plus jeunes, les personnes âgées nécessitent plus de temps et différentes méthodes d'enseignement pour comprendre les informations relatives à la sortie que les personnes plus jeunes (Mordiffi, Tan, & Wong, 2003). Les problèmes cognitifs, spécialement après un problème de santé aigu, peuvent aussi affecter la mémoire à court terme, la capacité d'attention et par conséquent leur perception de la qualité de l'enseignement reçu (Naylor et al., 2005). La perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital peut être aussi influencée par les écarts entre les informations que les soignants jugent importantes à donner et celles que les patients jugent importantes de recevoir (Bull & Roberts, 2001). Les patients âgés pourraient ne pas ressentir le besoin de poser des questions supplémentaires (Suhonen, Nenonen, Laukka, & Valimaki, 2005).

La participation des patients et de leur proche aux décisions relatives à la planification de sortie observée dans la présente étude est particulièrement basse dans les services de médecine. Pourtant placer le patient et son proche au centre de la prise de décision de la planification de sortie est un impératif éthique (Reed & McCormack, 2005). Ce résultat corrobore ceux de plusieurs autres études démontrant que les personnes âgées participent peu aux décisions concernant leur

sortie (Efrainsson, Rasmussen, Gilje, & Sandman, 2003; Roberts, 2002) et par conséquent qu'elles ne sont pas bien préparées pour le retour à domicile (Bull et al., 2000b; Grimmer et al., 2004; Janlöv, Hallberg, & Petersson, 2006).

L'évaluation de la perception des personnes âgées d'être prêt pour le départ de l'hôpital est une des voies possibles de promotion de la participation dans le processus de préparation à la sortie (Efrainsson et al., 2003). La participation de la personne âgée reste un véritable défi que la pratique clinique doit relever au-delà de toutes les rhétoriques (van Mossel, Alford, & Watson, 2011). Cela nécessite de la part des professionnels de santé de reconnaître à quel moment une décision doit être prise, connaître et comprendre les meilleures preuves disponibles et après discussion avec le patient, incorporer ses préférences et ses valeurs dans cette décision (Légaré & Witteman, 2013). Mais la connaissance du niveau d'engagement des patients et de leur proche et la manière d'implanter au mieux la participation des patients dans les prises de décision clinique doivent encore faire l'objet d'investigations (Carman et al., 2013).

Le troisième niveau de la préparation à la sortie qui demande à l'infirmière de mobiliser les ressources de la personne, en particulier le soutien apporté par les proches, n'a quasiment jamais été observé dans les notes infirmières collectées dans le cadre de cette étude. L'implication et la participation des proches dans la planification de sortie fait pourtant partie des interventions qui vont contribuer à permettre aux patients de répondre à moyen et long terme aux changements à l'origine de leur transition (Meleis et al., 2000). Dans le cadre de cette étude, la difficulté d'accès aux proches aidants a été soulignée. Leur présence le soir ou en fin de semaine dans les unités de soins ne facilitent certainement pas l'évaluation de leurs besoins et la prise en compte de leur avis dans des prises de décisions relatives à la sortie. Peut-être que cette difficulté est propre à la démarche de recherche et que la réalité est différente dans la pratique clinique. Mais le constat principal est l'absence du proche aidant pour répondre à un questionnaire le jour de la sortie de l'hôpital.

Cela laisse imaginer que ces personnes ont peu de disponibilité pour des tâches supplémentaires, comme par exemple participer à un enseignement pour un nouveau traitement ou recevoir d'autres types d'informations relatives à la prise en charge de la personne hospitalisée.

En bref, les interventions infirmières qui sont orientées vers le patient comme l'enseignement, la participation et l'évaluation le jour de la sortie sont peu présentes dans les dossiers de soins. L'évaluation précoce du patient est réalisée pour la majorité des participants mais elle reste centrée sur l'anamnèse et est peu utilisée pour mettre en œuvre une planification primaire de sortie. La seule intervention généralisée à l'ensemble des participants est la coordination interprofessionnelle entre l'hôpital et les prestataires de soins de première ligne.

Plusieurs études ont montré que la planification de sortie était un maillon faible à l'hôpital (Coffey, 2006). L'anamnèse d'entrée du patient n'est pas suffisamment basée sur une évaluation formelle de la capacité fonctionnelle et cognitive du patient (Huby et al., 2004). Les personnes âgées et leurs proches ne sont pas suffisamment incités à participer aux décisions relatives à la planification de sortie (Bull & Roberts, 2001; Rydeman, Tornkvist, Agreus, & Dahlberg, 2012). Les proches reçoivent peu d'information sur la personne hospitalisée et les soins nécessaires à domicile (Driscoll, 2000; Grimmer et al., 2004).

Le développement des savoirs gérontologiques dans le cadre de la planification sanitaire du canton de Vaud doit être encouragé dans l'ensemble des services de soins susceptibles d'accueillir des personnes âgées. Coleman (2004; 2006) a montré que ces interventions ont un effet direct sur le taux de réhospitalisations et donc indirectement sur la santé du patient et sa capacité à faire face à sa nouvelle situation après la sortie de l'hôpital. Les interventions infirmières doivent soutenir l'acquisition de nouvelles compétences chez les personnes âgées.

La planification globale de sortie de Naylor a permis d'analyser chacune des interventions réalisées dans la pratique clinique des services de médecine de

plusieurs hôpitaux du canton de Vaud. Bien que peu représentées dans les notes des infirmières, toutes ont une importance dans la préparation des patients pour leur retour à domicile comme en font foi les preuves accumulées à ce jour auprès des personnes âgées (Naylor, 2012). Ces preuves ainsi que les résultats obtenus dans cette étude permettent d'envisager des projets cliniques pour son implantation dans la pratique clinique infirmière en Suisse ainsi que de projeter leurs évaluations (Naylor et al., 2011).

Forces et limites

Une des forces de cette étude est d'avoir pu collecter des données sur un large échantillon et de mettre ainsi en avant la pratique actuelle de la planification de sortie dans le canton. Le devis permet une approche réaliste et fournit une quantité importante d'informations pour réfléchir au phénomène étudié et apporter des solutions concrètes pour la pratique clinique. Ce type d'étude est une étape préalable à la réalisation d'étude expérimentale ou quasi-expérimentale (Polit & Beck, 2011).

L'échantillon est représentatif des hospitalisations complexes en Suisse (Office fédéral de la statistique, 2012b). L'âge moyen des participants est proche de 80 ans. Presque la moitié des participants vivent seuls à domicile, tous ont des comorbidités dont 4/5 de type sévère et 2/5 de type très sévère. Ces caractéristiques sont celles décrites comme étant des barrières à la sortie de l'hôpital et des patients à risque de réhospitalisation (Coleman & Berenson, 2004; Holland et al., 2003). Cependant, les résultats de cette étude ne peuvent pas s'appliquer aux patients atteints de démence ou de troubles cognitifs connus avant leur hospitalisation. Des recherches spécifiques sur la planification de sortie doivent être menées incluant ces patients vulnérables (Naylor et al., 2005) et d'autant que cette population va croître grandement dans les années à venir (Office fédéral de la statistique, 2012b).

Dans les hôpitaux, la compression des durées de séjours laisse de moins en moins de temps pour les tâches dites administratives (Maramba et al., 2004). Ainsi,

la principale limite de l'étude vient de la mesure des interventions de préparation à la sortie faite à partir des dossiers de soins, donc sur la base des notes écrites des soignants. Il est probable que la documentation écrite des soins ne reflète pas la réalité des interventions infirmières de préparation à la sortie qu'ont reçu les participants (De Marinis et al., 2010; Laudermilch, Schiff, Nathens, & Rosengart, 2010; Olsen, 2012). La sous-évaluation de cette variable est probablement une des explications de l'absence de validation des hypothèses.

Les critères de sélection n'ont pas permis de sélectionner seulement des patients qui vivaient des transitions de santé. Cela pourrait avoir biaisé les résultats puisqu'il est probable que le niveau d'interventions infirmières de planification de sortie pour des patients ne vivant pas de transition soit plus faible que celui offert aux patients vivant une transition et que leur perception d'être prêt pour le départ soit plus haute.

En raison des problèmes d'accès aux données des patients en dehors de l'hôpital, le recours non programmé au système de santé a été autoévalué par les patients lors d'un entretien téléphonique 30 jours après la sortie. Il est possible que cette méthode ait sous-évalué le recours non programmé, en raison de potentiels problèmes de mémoire des participants, même si ceux souffrant de troubles cognitifs modérés à sévères ont été exclus de cette étude. De plus, la distinction entre un recours programmé ou non-programmé n'a peut-être pas été clairement comprise par les patients ou par leur proche. Il serait pertinent de mesurer de façon plus objective ce recours en consultant, par exemple, les données de la centrale des assurances maladie.

Enfin, les faibles valeurs des variances expliquées des modèles utilisés pour la validation des hypothèses peuvent être dues à la sous-estimation des variables ci-dessus. Cela laisse surtout supposer que le phénomène de transition et plus spécifiquement ici, la perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital, doivent être explicités par d'autres variables qui n'ont pas été incluses dans cette recherche.

Pistes pour la recherche

La validité de la version française de l'échelle de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital doit être démontrée auprès de la population âgée. Le temps d'administration doit être réduit et les modalités de réponse doivent être simplifiées. Le développement et l'adaptation à la population âgée doit donc se poursuivre ainsi que les études psychométriques.

Les recherches devraient aussi explorer des pistes pour améliorer la captation des interventions infirmières de planification de sortie. Une solution pourrait être de demander aux infirmières de compléter aux mieux leurs notes dans les dossiers des soins au risque de contaminer le terrain d'étude ; ou de leur fournir une liste standardisée des interventions avec instruction d'inscrire la date de leur réalisation. Une autre serait de demander aux patients de consigner les interventions qu'ils reçoivent durant leur hospitalisation. La mise en œuvre du dossier de soins informatisé permettra certainement d'améliorer la mesure des interventions infirmières.

Cette étude s'est concentrée sur la période de l'hospitalisation. Il sera nécessaire de faire des recherches en tenant compte aussi de l'expérience et des besoins de la personne âgée et de ses proches à domicile lors de la période post-hospitalière (Coffey, 2006). La conduite de recherches longitudinales depuis l'admission à l'hôpital, en suivant le patient à domicile et en surveillant ses éventuelles réhospitalisations durant un an semble être plus adéquate pour expliquer le phénomène de transition. Ces recherches devraient aussi inclure l'ensemble des interventions réalisées par l'équipe multidisciplinaire afin de pouvoir mesurer leur impact individuel sur le bien-être des patients.

Pistes pour la pratique clinique

Pour la sécurité des patients (Tran & Johnson, 2010), la communication (Haig, Sutton, & Whittington, 2006), la continuité des soins et la valorisation de leurs

interventions (Campos, 2009), les infirmières doivent améliorer leurs notes dans les dossiers de soins. Les informations, les évaluations, les interventions et leurs résultats sont des éléments indispensables à la mise en œuvre et au suivi d'une planification globale de sortie. L'intégration de ces informations, mise en avant dans ce chapitre, ne peut se faire sans une documentation précise tout au long de l'hospitalisation.

La pratique observée dans cette étude suggère que la planification de sortie des patients est orientée vers le travail des professionnels et qu'il y a un manque de connaissances des soins de transition chez eux (Naylor, 2002). Cependant, des revues systématiques récentes sur la planification de sortie concluent que les preuves sont insuffisantes pour guider les changements de pratiques (Maramba et al., 2004; Mistiaen et al., 2007; Shepperd et al., 2010). En effet, aucune recherche n'indique laquelle des interventions a le plus d'impact sur le bien-être des patients et de leur proche. La planification de sortie est un processus complexe dont l'implantation devrait être facilitée si elle se réalise de façon séquentielle permettant aux infirmières et aux professionnels de santé d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation de chacune des interventions. Un travail important de recherche translationnelle doit encore être conduit sur la planification de sortie.

Le rôle de l'infirmière de liaison dans les unités de médecine observées dans cette étude est centré sur la coordination des soins, sous réserve que le patient rentre à la maison avec des soins à domicile, sinon elle n'intervient pas. Actuellement il est peu probable que l'enseignement au patient et sa participation aux décisions, ainsi que l'implication du proche aidant soient réalisés par ces infirmières. Ceci occasionne une fragmentation des soins entre le premier niveau de planification qui doit plutôt être réalisé par l'infirmière de liaison et les deux autres niveaux par les infirmières d'unité. Le processus dynamique et interactif défini par Rorden pour la planification des soins rencontre beaucoup de barrières pour être implanté dans l'organisation actuelle. Il serait peut-être pertinent de réfléchir à l'implantation du rôle d'infirmière de

pratique avancée en gériatrie. Cette infirmière spécialisée pourrait gérer la mise en œuvre d'une pratique probante de planification de sortie coordonnée avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire pour une meilleure transition vers le domicile des personnes âgées

De façon plus générale, les infirmières ont un devoir politique en regard de l'accès aux soins pour les personnes âgées. En effet, le système de santé en Suisse est en pleine transformation en raison des modifications du mécanisme de financement hospitalier et de la transformation de la demande en soins liée au vieillissement. L'enjeu entre le changement des besoins de la population suisse et la capacité des infirmières à répondre à ces besoins n'a jamais été aussi aligné. Les infirmières devraient agir comme leaders dans l'orientation politique à donner aux soins de transition. Elles doivent participer aux prises de décisions et défendre les valeurs et les besoins des patients âgés auprès du législateur et des assureurs.

Conclusion

La planification de sortie actuellement offerte aux personnes âgées dans le canton de Vaud est centrée sur l'organisation, la coordination des soins entre les professionnels de santé et peu sur les besoins et les attentes des patients et de leur proche. L'absence d'une pratique probante de planification de sortie fait en sorte que les interventions infirmières n'ont pas d'influence sur les réponses des patients.

L'enjeu majeur de la période en cours et à venir pour les professionnels de santé, est la transition épidémiologique vers les maladies chroniques et dégénératives. Cette transition est liée à l'accroissement du nombre de personnes âgées que le système de santé doit prendre en charge. La proportion de personnes âgées et très âgées augmente en effet plus vite que celle des autres classes d'âge. Toutes les prévisions montrent ainsi un accroissement de la quantité des besoins et de leur diversité liée à la polymorbidité des personnes âgées. Cette situation nécessite de renforcer le travail interdisciplinaire, le fonctionnement en réseau et la continuité des soins. En milieu de soins aigus, il s'agira de placer le patient et son proche au centre des préoccupations de la planification de sortie permettant rapidement d'évaluer leurs besoins et leurs attentes et de mettre en place un plan de soin plus adapté en termes d'information, d'enseignement, de prise de décision partagée et de continuité de suivi à domicile. Cette implantation devra se faire de façon séquentielle.

La présente recherche et les autres études qui s'inscrivent dans la discipline infirmière abordent la planification de sortie non pas selon une perspective financière ou organisationnelle, mais selon la perspective du patient et de ses proches en

interaction avec les soignants. Il est donc primordial que les infirmières continuent d'étudier cette problématique selon cette orientation car elle a aussi pour conséquence une diminution des coûts pour le système de santé.

Références

- Abad-Corpa, E., Royo-Morales, T., Iniesta-Sanchez, J., Carrillo-Alcaraz, A., Rodriguez-Mondejar, J. J., Saez-Soto, A. R., & Vivo-Molina, M. C. (2013). Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing, 22*(5-6), 669-680. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04155.x
- Acker, F. (2005). Nurses: new ways of practices. *Sciences Humaines, 48*, 48-51.
- Ade-Ridder, L., & Kaplan, L. (1993). Marriage, spousal caregiving, and a husband's move to a nursing home. A changing role for the wife? *Journal of Gerontological Nursing, 19*(10), 13-23.
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika, 52*(3), 317-332. doi: 10.1007/BF02294359
- Almborg, A. H., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2009). Discharge planning of stroke patients: the relatives' perceptions of participation. *Journal of Clinical Nursing, 18*(6), 857-865. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02600.x
- Anthony, M. K., & Hudson-Barr, D. (2004). A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research, 13*(2), 117-136. doi: 10.1177/1054773804263165
- Babaei, M., Khan Kermanshahi, S. M., & Alhani, F. (2011). Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with myocardial infarction. *Koomesh, 12*(3), 272-278.
- Balaban, R. B., Weissman, J. S., Samuel, P. A., & Woolhandler, S. (2008). Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *Journal of General Internal Medicine, 23*(8), 1228-1233. doi: 10.1007/s11606-008-0618-9
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing, 18*(18), 2539-2546. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Koch, S., & King, S. (2011). How family carers view hospital discharge planning for the older person with a dementia. *Dementia, 10*(3), 317-323. doi: 10.1177/1471301211407790
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(2), 69-77. doi: S0022399901002963

- Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing, 31*(3), 178-187. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.03.005
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(11), 1021-1027. doi: 10.1002/1099-1166(200011)15:11
- Boughton, M., & Halliday, L. (2009). Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse, 33*(1), 30-40. doi: 10.5555/conu.33.1.30
- Bowles, K. H., Naylor, M. D., & Foust, J. B. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(2), 336-342. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50067.x
- Brackley, M. H. (1992). A role supplementation group pilot study: A nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist, 6*(1), 14-19.
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies, 47*(1), 89-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009
- Bridges, W. (2004). *Transitions: making sense of life's changes*. United States: Da Capo Press.
- Brody, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(5), 657-664. doi: 10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x
- Brooten, D., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., Hollingsworth, A. O., . . . Youngblut, J. M. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(4), 369-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2002.00369.x
- Brown-Williams, H., Neuhauser, L., Ivey, S., Graham, C., Poor, S., Tseng, W., & Syme, S. L. (2006). *From hospital to home: Improving transitional care for older adults*. Berkeley.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. United States: The Guilford Press.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: directions for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*(2), 102-112. doi: 10.1176/appi.ajgp.9.2.102

- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 109*(3), 233-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.11.008
- Bull, M. J. (2000). Discharge planning for older people: a review of current research. *British Journal of Community Nursing, 5*(2), 70-74.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000a). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Applied Nursing Research, 13*(2), 76-82. doi: 10.1016/S0897-1897(00)80004-X
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000b). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing, 14*(3), 76-87.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000c). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing Research, 13*(1), 19-28. doi: 10.1016/S0897-1897(00)80015-4
- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing, 35*(4), 571-581. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01873.x
- Campos, N. K. (2009). The legalities of nursing documentation. *Nursing Management, 40*(8), 16-19. doi: 10.1097/01.NUMA.0000359202.59952.d2
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Affairs, 32*(2), 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133
- Cartwright, J. C., Archbold, P. G., Stewart, B. J., & Limandri, B. (1994). Enrichment processes in family caregiving to frail elders. *Advances in Nursing Science, 17*(1), 31-43.
- Catanzaro, M. (1990). Transitions in midlife adults with long-term illness. *Holistic Nursing Practice, 4*(3), 65-73.
- CFMC. (2011). Care Transitions QIOSC. Retrieved 25 juin 2011, from <http://www.cfmc.org/caretransitions/>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chiu, W. K., & Newcomer, R. (2007). A Systematic Review of Nurse-Assisted Case Management to Improve Hospital Discharge Transition Outcomes for the Elderly. *Professional Case Management, 12*(6), 330-336. doi: 10.1097/01.PCAMA.0000300406.15572.e2

- Chow, S. K., Wong, F. K., & Poon, C. Y. (2007). Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing, 16*(7B), 133-143. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01711.x
- Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Ries, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: transition from hospital to home. *Research in Nursing & Health, 11*(2), 71-82.
- Coffey, A. (2006). Discharging older people from hospital to home: what do we know? *International Journal of Older People Nursing, 1*(3), 141-150. doi: 10.1111/j.1748-3743.2006.00023.x
- Coffey, A., & McCarthy, G. M. (2013). Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing, 8*(2), 104-115. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x
- Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine, 141*(7), 533-536. doi: 141/7/533
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(4), 556-557. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x
- Coleman, E. A., Chugh, A., Williams, M. V., Grigsby, J., Glasheen, J., McKenzie, M., & Min, S. J. (2013). Understanding and Execution of Discharge Instructions. *American Journal of Medical Quality 20*(10). doi: 10.1177/1062860612472931
- Coleman, E. A., Mahoney, E., & Parry, C. (2005). Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. *Medical Care, 43*(3), 246-255. doi: 10.1097/00005650-200503000-00007
- Coleman, E. A., Min, S. J., Chomiak, A., & Kramer, A. M. (2004). Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Service Research, 39*(5), 1449-1465. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00298.x
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 166*(17), 1822-1828. doi: 10.1001/archinte.166.17.1822
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S. A., Chugh, A., & Mahoney, E. (2007). The Central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. *Home Health Care Services Quarterly, 26*(4), 93-104. doi: 10.1300/J027v26n04_07
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered

across settings: the Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1817-1825. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x

- Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patients, their families, and nurses. *Applied Nursing Research*, 7(3), 125-131.
- Conley, D. M., Burket, T. L., Schumacher, S., Lyons, D., DeRosa, S. E., & Schirm, V. (2012). Implementing geriatric models of care: a role of the gerontological clinical nurse specialist-part I. *Geriatric Nursing*, 33(3), 229-234. doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.03.009
- Connolly, M., Grimshaw, J., Dodd, M., Cawthorne, J., Hulme, T., Everitt, S., . . . Deaton, C. (2009). Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 549-558. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02551.x
- Corser, W. D. (2006). The perceptions of older veterans concerning their postdischarge outcome experiences. *Applied Nursing Research*, 19(2), 63-69. doi: 10.1016/j.apnr.2005.05.004
- Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B. (2011). Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *Journal of the American Medical Association*, 306(16), 1782-1793. doi: 10.1001/jama.2011.1556
- Cox, N. J. (2010). The limits of sample skewness and kurtosis. *Stata Journal*, 10, 482-495.
- Cramton, C. D. (2001). The Mutual Knowledge Problem and Its Consequences for Dispersed Collaboration. *Organization Science*, 12(3), 346-371. doi: 10.1287/orsc.12.3.346.10098
- CT CER. (2011). *Consentement éclairé écrit du patient pour la participation à une étude clinique*. Switzerland Communauté de travail des Commissions d'éthique de la recherche en Suisse.
- D'Agostino, R. B., Belanger, A. J., & D'Agostino, J. R. B. (1990). A suggestion for using powerful and informative tests of normality. *American Statistician*, 44, 316-321.
- Daley, O. E. (1993). Women's strategies for living in a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(9), 5-9.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x

- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., . . . Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Dellasega, C. A., & Fisher, K. M. (2001). Posthospital home care for frail older adults in rural locations. *Journal of Community Health Nursing*, 18(4), 247-260. doi: 10.1207/S15327655JCHN1804_05
- Doerflinger, D. M. (2007). The Mini-Cog. *American Journal of Nursing*, 107(12), 62-71. doi: 10.1097/01.NAJ.0000301030.81651.66
- Donner, A., Birkett, N., & Buck, C. (1981). Randomization by cluster. Sample size requirements and analysis. *American Journal of Epidemiology*, 114(6), 906-914.
- Dracup, K., Meleis, A. I., Baker, K., & Edlefsen, P. (1984). Family-focused cardiac rehabilitation. A role supplementation program for cardiac patients and spouses. *The Nursing clinics of North America*, 19(1), 113.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x
- Efrainsson, E., Rasmussen, B. H., Gilje, F., & Sandman, P. (2003). Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 707-716.
- Efrainsson, E., Sandman, P., Hydén, L. C., & Rasmussen, B. H. (2004). Discharge planning: "fooling ourselves?" Patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5), 562-570. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00900.x
- Eggli, Y., Halfon, P., Meylan, D., & Taffe, P. (2010). Surgical safety and hospital volume across a wide range of interventions. *Medical Care*, 48(11), 962-971. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181eaf9f6
- Epstein, A. M., Jha, A. K., & Orav, E. J. (2011). The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. *New England Journal of Medicine*, 365(24), 2287-2295. doi: 10.1056/NEJMsa1101942
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, 4(1), 9-21.
- Fitzgerald Miller, J., Piacentine, L. B., & Weiss, M. (2008). Coping Difficulties After Hospitalization. *Clinical Nursing Research*, 17(4), 278-296. doi: 10.1177/1054773808325226

- Flatley, M., & Bridges, J. (2008). Promoting the art of caring for older people. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 333-334. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.09.007
- Flint, A. J., & Rifat, S. L. (2002). Factor structure of the hospital anxiety and depression scale in older patients with major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 117-123. doi: 10.1002/gps.535
- Forster, A. J., Clark, H. D., Menard, A., Dupuis, N., Chernish, R., Chandok, N., . . . van Walraven, C. (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 170(3), 345-349.
- Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K., & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 161-167. doi: 200302040-00007
- Foss, C. (2011). Elders and patient participation revisited - a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 2014-2022. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x
- Foss, C., & Askautrud, M. (2010). Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(Suppl 1), 46-55. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00788.x
- Gaffney, K. F. (1992). Nursing practice model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Science*, 15(2), 76-84.
- Gill, T. M., Allore, H. G., Holford, T. R., & Guo, Z. (2004). Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *Journal of the American Medical Association*, 292(17), 2115-2124. doi: 10.1001/jama.292.17.2115
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67, quiz 67-58.
- Greene, W. H. (2008). *Econometric Analysis* (6th ed.): Pearson Education.
- Greenwald, J. L., Denham, C. R., & Jack, B. W. (2007). The Hospital Discharge: A Review of a High Risk Care Transition With Highlights of a Reengineered Discharge Process. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 97-106. doi: 10.1097/01.jps.0000236916.94696.12
- Greenwald, J. L., & Jack, B. W. (2009). Preventing the preventable: reducing rehospitalizations through coordinated, patient-centered discharge processes. *Professional Case Management*, 14(3), 135-140; quiz 141-132. doi: 10.1097/NCM.0b013e318198d4e1

- Grimmer, K., Moss, J., & Falco, J. (2004). Becoming a carer for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2(4), 13.
- Guell, E. M., Locca, J. F., Kraehenbuehl, J. M., Anguish, I., Eyer, S., Büla, C., & O., B. (2011). From geriatric service to primary care: a retrospective pharmaceutical analysis of the medical prescription. In :39th ESCP (European Society of Clinical Pharmacy) European Symposium on Clinical Pharmacy and 13th SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) Congress: Clinical Pharmacy at the Front line of Innovations. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 32(2), 304-305.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
- Halfon, P., Eggli, Y., Pretre-Rohrbach, I., Meylan, D., Marazzi, A., & Burnand, B. (2006). Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*, 44(11), 972-981. doi: 10.1097/01.mlr.0000228002.43688.c2
- Hansen, L. O., Strater, A., Smith, L., Lee, J., Press, R., Ward, N., . . . Williams, M. V. (2011). Hospital discharge documentation and risk of rehospitalisation. *BMJ Quality & Safety*, 20(9), 773-778. doi: 10.1136/bmjqs.2010.048470
- Hedeker, D., Gibbons, R. D., & Flay, B. R. (1994). Random-effects regression models for clustered data with an example from smoking prevention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 757-765.
- Hegney, D., McCarthy, A., de la Rue, M. B., Fahey, P., Gorman, D., Martin-McDonald, K., . . . Sundin-Huard, D. (2002). Discharge planning from the acute sector for people over the age of 65. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 9(3), 15-21. doi: 10.1016/S1322-7696(08)60420-5
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., & Vernooij-Dassen, M. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66-74. doi: 10.1093/intqhc/mzs066
- Holland, D. E., & Bowles, K. H. (2012). Standardized Discharge Planning Assessments Impact on Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), 200-208. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31824ebc59
- Holland, D. E., Harris, M. R., Leibson, C. L., Pankratz, V. S., & Krichbaum, K. E. (2006). Development and validation of a screen for specialized discharge planning services. *Nursing Research*, 55(1), 62-71. doi: 00006199-200601000-00008

- Holland, D. E., Harris, M. R., Pankratz, V. S., Closson, D. C., Matt-Hensrud, N. N., & Severson, M. A. (2003). Prospective evaluation of a screen for complex discharge planning in hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(5), 678-682. doi: 10.1034/j.1600-0579.2003.00213.x
- Huby, G., Stewart, J., Tierney, A., & Rogers, W. (2004). Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making. *Health, Risk & Society, 6*(2), 115-132. doi: 10.1080/1369857042000219797
- Hudon, C., Fortin, M., & Vanasse, A. (2005). Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *Journal of Clinical Epidemiology, 58*(6), 603-608. doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.10.017
- Im, E. O. (2009). Meleis transition theory. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work* (7th ed., pp. 416-433). St Louis, MO: Mosby.
- Im, E. O. (2011). Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook, 59*(5), 278-285. doi: 10.1016/j.outlook.2011.03.008
- Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999). A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 333-338.
- International Labour Organization. (2008). *Structure de la Classification internationale type des professions, 2008 (CITP-08)*. (BG-ISCO-08-F). Genève.
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., . . . Culpepper, L. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine, 150*(3), 178-187. doi: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007
- Janlöv, A. C., Hallberg, I. R., & Petersson, K. (2006). Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health & social care in the community, 14*(1), 26-36. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00594.x
- Jencks, S. F. (2010). Defragmenting care. *Annals of Internal Medicine, 153*(11), 757-758. doi: 10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00010
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine, 360*(14), 1418-1428. doi: 10.1056/NEJMsa0803563
- Johnson, A., & Sandford, J. (2005). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Education Research, 20*(4), 423-429. doi: 10.1093/her/cyg141

- Jones, P. S., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (1978). Transforming Vulnerability. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 835-853. doi: 10.1177/0193945903256711
- Kilne, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (Third ed.). New-York: Guilford Press.
- Koelling, T. M., Johnson, M. L., Cody, R. J., & Aaronson, K. D. (2005). Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 111(2), 179-185. doi: 10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8
- Kommuri, N. V., Johnson, M. L., & Koelling, T. M. (2012). Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Education Council*, 86(2), 233-238. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.019
- Kornburger, C., Gibson, C., Sadowski, S., Maletta, K., & Klingbeil, C. (2012). Using "Teach-Back" to Promote a Safe Transition From Hospital to Home: An Evidence-Based Approach to Improving the Discharge Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), 282-291. doi: 10.1016/j.pedn.2012.10.007
- Kosecoff, J., Kahn, K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood, M. J., Rubenstein, L. V., . . . Brook, R. H. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. *Journal of the American Medical Association*, 264(15), 1980-1983.
- Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Kuo, Y.-F., & Goodwin, J. S. (2011). Association of hospitalist care with medical utilization after discharge: evidence of cost shift from a cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 155(3), 152-159. doi: 10.7326/0003-4819-155-3-201108020-00005
- Kvaal, K., & Laake, K. (2003). Anxiety and well-being in older people after discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 44(3), 271-277. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02802.x
- Kvaal, K., Macijauskiene, J., Engedal, K., & Laake, K. (2001). High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 690-693.
- Langevin, V., François, M., Boini, S., & Riou, A. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Documents pour le médecin du travail*, 127, 481-485.
- Laudermilch, D. J., Schiff, M. A., Nathens, A. B., & Rosengart, M. R. (2010). Lack of emergency medical services documentation is associated with poor patient outcomes: a validation of audit filters for prehospital trauma care. *Journal of*

the American College of Surgeons, 210(2), 220-227. doi:
10.1016/j.jamcollsurg.2009.10.008

- Lees, L. (2013). The key principles of effective discharge planning. *Nursing Times*, 109(3), 18-19.
- Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*, 32(2), 276-284. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1078
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: an integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255. doi: 10.1111/j.1744-6155.2009.00205.x
- Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. A. (2010). Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Affairs*, 29(1), 116-124. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0520
- Lim, F., Foust, J., & Van Cleave, J. (2012). Transitional Care In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols For Best Practice* (pp. 682-702). New-York: Springer Publishing Company
- Lim, S. C., Doshi, V., Castasus, B., Lim, J. K., & Mamun, K. (2006). Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Annals of the Academy of Medicine*, 35(1), 27-32.
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 622-626.
- Loveys, B. (1990). Transitions in chronic illness: the at-risk role. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 56-64.
- Makaryus, A. N., & Friedman, E. A. (2005). *Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge*. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.
- Maloney, L. R., & Weiss, M. E. (2008). Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*, 17(3), 200-219. doi: 10.1177/1054773808320406
- Maramba, P. J., Richards, S., Myers, A. L., & Larrabee, J. H. (2004). Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 123-129.
- Martin, K. S., & Correll, P. J. (2010). The Omaha System: Improving the Quality of Practice and Decision Support. In M. D. Harris (Ed.), *Handbook of Home Health Care Administration* (5th ed., pp. 277-288). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

- McKenna, H., Keeney, S., Glenn, A., & Gordon, P. (2000). Discharge planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 594-601. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00384.x
- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24(4), 264-271.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. United States: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). United States: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. L. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I., & Swendsen, L. A. (1978). Role supplementation: an empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27(1), 11-18.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Merriman, M. L. (2008). Pre-hospital discharge planning: empowering elderly patients through choice. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), 52-58. doi: 10.1097/01.CNQ.0000306397.25024.d6
- Mesteig, M., Helbostad, J. L., Sletvold, O., Rosstad, T., & Saltvedt, I. (2010). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 10(1). doi: 10.1186/1472-6963-10-1
- Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. H., . . . Reynolds, C. F. (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Research*, 41(3), 237-248.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., & Ettema, T. (2000). The Construction of a Research Model on Post-Discharge Problems Based on a Review of the Literature 1990-1995. *Social Work in Health Care*, 29(4), 33-68. doi: 10.1300/J010v29n04_03
- Mistiaen, P., Francke, A. L., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research*, 7(47), 1-19. doi: 10.1186/1472-6963-7-47
- Monod, S. (2009). Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ? *Revue Médicale Suisse*, 5(224), 2205-2210.

- Mordiffi, S. Z., Tan, S. P., & Wong, M. K. (2003). Information provided to surgical patients versus information needed. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 77(3), 546-562. doi: 10.1016/S0001-2092(06)61249-0
- Nagaratnam, N., & Gayagay, G., Jr. (2007). Validation of the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in hospitalized nonagenarians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(1), 29-36. doi: 10.1016/j.archger.2006.02.002
- Nardi, R., Scanelli, G., Tragnone, A., Lolli, A., Kalfus, P., Baldini, A., . . . Di Ciommo, S. (2007). Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Internal and Emergency Medicine*, 2(2), 95-99. doi: 10.1007/s11739-007-0029-7
- Naylor, M. D. (1999). Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 613-620. doi: 10.1001/jama.281.7.613
- Naylor, M. D. (2000). A decade of transitional care research with vulnerable elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 1-14.
- Naylor, M. D. (2002). Transitional care of older adults. *Annual Review of Nursing Research*, 20, 127-147.
- Naylor, M. D. (2003). Nursing intervention research and quality of care: influencing the future of healthcare. *Nursing Research*, 52(6), 380-385.
- Naylor, M. D. (2004). Transitional care for older adults: a cost-effective model. *LDI Issue Brief*, 9(6), 1-4.
- Naylor, M. D. (2012). Advancing high value transitional care: the central role of nursing and its leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 36(2), 115-126. doi: 10.1097/NAQ.0b013e31824a040b
- Naylor, M. D., Bowles, K. H., & Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17(2), 94-102. doi: 10.1046/j.1525-1446.2000.00094.x
- Naylor, M. D., Bowles, K. H., McCauley, K. M., Maccoy, M. C., Maislin, G., Pauly, M. V., & Krakauer, R. (2011). High-value transitional care: translation of research into practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 727-733. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01659.x
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly. *Annals of Internal Medicine*, 120(12), 999-1006. doi: 10.1059/0003-4819-120-12-199406150-00005

- Naylor, M. D., & McCauley, K. M. (1999). The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing, 14*(1), 44-54.
- Naylor, M. D., Stephens, C., Bowles, K. H., & Bixby, M. B. (2005). Cognitively impaired older adults: From hospital to home: An exploratory study of these patients and their caregivers. *American Journal of Nursing, 105*(2), 52-61. doi: 00000446-200502000-00028
- Naylor, M. D., & Van Cleave, C. (2010). The transitional care model for older adults. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific in nursing research and practice* (pp. 459-465). New York: Springer.
- Nigolian, C., & Miller, K. L. (2011). Teaching Essential Skills to Family Caregivers. *American Journal of Nursing, 111*(11), 52-58. doi: 10.1097/01.NAJ.0000407303.23092.c3
- Nosbusch, J. M., Weiss, M. E., & Bobay, K. L. (2011). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing, 20*(5/6), 754-774. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03257.x
- Office fédéral de la statistique. (2007). *Enquête Ssuisse sur la santé 2007. Questionnaires téléphoniques et écrit.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique Retrieved from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/03.html.
- Office fédéral de la statistique. (2008). *L'enquête suisse sur la santé 2007. Conception, méthode, réalisation.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique Retrieved from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/03.Document.122332.pdf.
- Office fédéral de la statistique. (2012a). *La population de la Suisse 2011.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique OFS
- Office fédéral de la statistique. (2012b). *Statistique médicale des hôpitaux 2011.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Ohwaki, K., Hashimoto, H., Sato, M., Tokuda, H., & Yano, E. (2005). Gender and family composition related to discharge destination and length of hospital stay after acute stroke. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 207*(4), 325-332. doi: doi:10.1620/tjem.207.325
- Olsen, R. M. (2012). Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *Open Journal of Nursing, 2*(3), 277-287. doi: 10.4236/ojn.2012.23042

- Parmelee, P. A., Thuras, P. D., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1995). Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(2), 130-137.
- Parry, C., Min, S. J., Chugh, A., Chalmers, S., & Coleman, E. A. (2009). Further application of the care transitions intervention: results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. *Home Health Care Services Quarterly*, 28(2-3), 84-99. doi: 10.1080/01621420903155924
- Peikes, D., Chen, A., Schore, J., & Brown, R. (2009). Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *Journal of the American Medical Association*, 301(6), 603-618. doi: 10.1001/jama.2009.126
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 29-41. doi: 10.1080/13561820410001639334
- Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., Singa, R. M., Shepperd, S., & Rubin, H. R. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 291(11), 1358-1367. doi: 10.1001/jama.291.11.1358
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.): Lippincott Williams and Wilkins.
- Popejoy, L. (2011). Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research*, 24(4), 256-262. doi: 10.1016/j.apnr.2009.11.001
- Popejoy, L. L., Moylan, K., & Galambos, C. (2009). A review of discharge planning research of older adults 1990-2008. *Western Journal of Nursing Research*, 31(7), 923-947. doi: 10.1177/0193945909334855
- Potthoff, S. J., Kane, R. L., & Franco, S. J. (1995). Hospital discharge planning for elderly patients: Improving decisions, aligning incentives. *Minnesota: University of Minnesota Institute for Health Services Research*.
- Preen, D. B., Bailey, B. E., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., . . . Williams, E. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), 43-51. doi: 10.1093/intqhc/mzi002
- Raudenbush, S. W., & Liu, X. (2000). Statistical power and optimal design for multisite randomized trials. *Psychological Methods*, 5(2), 199-213. doi: 10.1037//1082-989X.5.2.199

- Reed, J., & McCormack, B. (2005). Editorial: The involvement of service users in care, services and policy – comments and implications for nursing development. *Journal of Clinical Nursing*, 14(s1), 41-42. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01160.x
- Reiley, P., Lezzoni, L., Phillips, R., Davis, R., B., Tuchin, L., & Calkins, D. (1996). Discharge Planning: Comparison of Patients'and Nurses'Perceptions of Patients Following Hospital Discharge. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(2), 143-147. doi: 10.1111/j.1547-5069.1996.tb01207.x
- Reimer, J. C., Davies, B., & Martens, N. (1991). Palliative care. The nurse's role in helping families through the transition of "fading away". *Cancer Nursing*, 14(6), 321-327.
- Rentsch, D., Luthy, C., Perneger, T. V., & Allaz, A. F. (2003). Hospitalisation process seen by patients and health care professionals. *Social Science & Medicine*, 57(3), 571-576. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00404-5
- Roberts, K. (2002). Exploring participation: older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 413-420. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02389.x
- Rorden, J. W., & Taft, E. (1990). *Discharge planning guide for nurses*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Rydeman, I., & Tornkvist, L. (2006). The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1299-1307. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01379.x
- Rydeman, I., Tornkvist, L., Agreus, L., & Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process-An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, 1-9. doi: 10.3402/qhw.v7i0.19678
- Rytter, L., Jakobsen, H. N., Rønholt, F., Hammer, A. V., Andreasen, A. H., Nissen, A., & Kjellberg, J. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3), 146-153. doi: 10.3109/02813431003764466
- Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., . . . Dessi-Fulgheri, P. (2008). A Manual of Guidelines to Score the Modified Cumulative Illness Rating Scale and Its Validation in Acute Hospitalized Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1926-1931. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x
- Santos-Eggimann, B., Karmaniola, A., Seematter-Bagnoud, L., Spagnoli, J., Bula, C., Cornuz, J., . . . Pecoud, A. (2008). The Lausanne cohort Lc65+: a population-based prospective study of the manifestations, determinants and

outcomes of frailty. *BMC Geriatrics*, 8(20), 1-10. doi: 10.1186/1471-2318-8-20

- Scanlan, J., & Borson, S. (2001). The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 216-222. doi: 10.1002/1099-1166(200102)16:2<216::AID-GPS316>3.0.CO;2-B
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K., Doty, M. M., & Peugh, J. (2009). In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs*, 28(1), w1-16. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.w1
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals*. (pp. 1-26). New York: Springer Publishing Company.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Scott, I. A. (2010). Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34(4), 445-451. doi: Doi 10.1071/Ah09777
- SCRIS/OFS. (2009). Statistique Médicale des hôpitaux. Retrieved 11.02.2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01.html>
- SCRIS/OFS. (2011a). Age moyen des patients hospitalisés par centre de prise en charge, en 2011. In V. Résultats de la statistique médicale, 2011 (Ed.): Office fédéral de la Statistique.
- SCRIS/OFS. (2011b). Séjours de patients hospitalisés, par classe d'âges et sexe, Vaud, 2011. <http://www.scris.vd.ch>: Office fédéral de la Statistique.
- Selder, F. (1989). Life transition theory: the resolution of uncertainty. *Nursing & Health Care*, 10(8), 437-451.
- Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C. O., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., . . . Barras, S. L. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), Art. N° : CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub3
- SHM. (2011). The Project BOOST mentoring program. Retrieved 25 juin 2011, from http://www.hospitalmedicine.org/ResourceRoomRedesign/RR_CareTransitions/html_CC/project_boost_background.cfm

- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 662-671. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x
- Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Hussain, A., & Sipple, M. (1982). The Clinical Anxiety Scale: a modification of the Hamilton Anxiety Scale. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 141, 518-523.
- Snijders, T., & Bosker, R. (2011). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling* (2nd ed.): SAGE Publications.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
- Stata. (2013). *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorporation.
- Stauffer, B. D., Fullerton, C., Fleming, N., Ogola, G., Herrin, J., Stafford, P. M., & Ballard, D. J. (2011). Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: a prospective study with concurrent controls. *Archives of Internal Medicine*, 171(14), 1238-1243. doi: 10.1001/archinternmed.2011.274
- Steele, N. F., & Sterling, Y. M. (1992). Application of the case study design: nursing interventions for discharge readiness. *Clinical Nurse Specialist*, 6(2), 79-84.
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., Hays, J. C., Olsen, M., Arnold, R., Christakis, N. A., . . . Tulskey, J. A. (2006). Identifying, recruiting, and retaining seriously-ill patients and their caregivers in longitudinal research. *Palliative Medicine*, 20(8), 745-754. doi: 10.1177/0269216306073112
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). Selecting the items *Health measurement scales* (4th ed., pp. 77-103). United States: Oxford university press.
- Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., & Valimaki, M. (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10), 1167-1176. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01233.x
- Thompson, A. G. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1297-1310. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.002
- Thurber, F., & DiGiamarino, L. (1992). Development of a model of transitional care for the HIV-positive child and family. *Clinical Nurse Specialist*, 6(3), 142-146.
- Titler, M. G., & Pettit, D. M. (1995). Discharge readiness assessment. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(4), 64-74.

- Tran, D. T., & Johnson, M. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review*, 57(4), 454-462. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x
- Turner, B. J., Fleming, J. M., Ownsworth, T. L., & Cornwell, P. L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendations. *Disability Rehabilitation*, 30(16), 1153-1176. doi: 10.1080/09638280701532854
- United Nations. (2002). World Population Ageing: 1950-2050 (P. D. Departement of Economic and Social Affairs, Trans.): United Nations.
- van Mossel, C., Alford, M., & Watson, H. (2011). Challenges of patient-centred care: practice or rhetoric. *Nursing Inquiry*, 18(4), 278-289. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00523.x
- van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., & Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), E391-E402. doi: 10.1503/cmaj.101860
- Voss, R., Gardner, R., Baier, R., Butterfield, K., Lehrman, S., & Gravenstein, S. (2011). The care transitions intervention: translating from efficacy to effectiveness. *Archives of Internal Medicine*, 171(14), 1232-1237. doi: 10.1001/archinternmed.2011.278
- Watts, R., & Gardner, H. (2005). Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*, 7(3), 175-183. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00229.x
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-180. doi: 10.1891/jnm-v14i3a002
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42. doi: 00002800-200701000-00008
- Weiss, M. E., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth*, 31(2), 93-101. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Widmer, M., & Weaver, W. (2011). *Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen*. Neuchâtel: Obsan.

- Wild, L. (1992). Transition from pain to comfort: managing the hemodynamic risks. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15(1), 46-56.
- Williams, A., & Botti, M. (2002). Issues concerning the on-going care of patients with comorbidities in acute care and post-discharge in Australia: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 131-140. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02355.
- Willis, G. B., Kudela, M. S., Levin, K., Norberg, A., Stark, D. S., Forsyth, B. H., . . . Lawrence, D. (2008). Evaluation of a multistep survey translation process. In J. A. Harkness, M. Braun, B. Edwards, T. P. Johnson, L. Lyberg, P. P. Mohler, B. Pennell & T. W. Smith (Eds.), *Survey methods in multinational, multiregional and multicultural contexts* (pp. 141-156): Wiley.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London: Cambridge University Press.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27(2), 190-211. doi: 10.1002/da.20653
- Wong, E. L., Yam, C. H., Cheung, A. W., Leung, M. C., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E.-K. (2011). Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC health services research*, 11(1), 242. doi: 10.1186/1472-6963-11-242
- Young, J., Robinson, M., Chell, S., Sanderson, D., Chaplin, S., Burns, E., & Fear, J. (2005). A prospective baseline study of frail older people before the introduction of an intermediate care service. *Health & Social Care in the Community*, 13(4), 307-312. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00555.x
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Annexe I : Calendrier

Annexe II : Feuille d'information

Etude sur la planification de sortie de personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine.

Madame, Monsieur,

L'hospitalisation dans un service de médecine est une période difficile dans la vie d'une personne tout comme elle l'est pour son entourage. A la suite d'une modification de votre état de santé, vous avez été hospitalisé-e et l'équipe soignante a procédé à un ajustement de votre traitement. La perturbation de votre état de santé et la modification de votre traitement vont probablement demander une adaptation de votre part ainsi qu'un changement de vos habitudes de vie. Nous voudrions connaître, par cette recherche, quelles activités infirmières préparent le mieux la préparation à la sortie de l'hôpital des personnes âgées et leur entourage.

Votre participation consiste à répondre à deux questionnaires le jour de votre sortie de l'hôpital. La durée totale pour répondre aux questionnaires est d'environ vingt minutes. Trente (30) jours après votre départ de l'hôpital nous vous appellerons pour évaluer si vous avez eu besoin de consulter un professionnel de la santé depuis votre sortie. Cet entretien sera d'environ dix minutes. Habituellement une évaluation cognitive est faite de routine lors de l'hospitalisation. Si vous n'avez pas eu cette évaluation, nous en ferons une. Cette évaluation dure environ trois minutes. Nous vous demandons également la permission de consulter votre dossier de soins pour collecter vos données sociodémographiques et analyser les notes infirmières.

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer. Vous pouvez aussi révoquer votre consentement initial à n'importe quel moment et cela n'aura aucune incidence sur votre prise en charge médicale, sur les soins qui vous seront prodigués ou l'attitude du personnel soignant à votre égard. Vous n'êtes tenu-e de justifier ni la révocation de votre consentement ni un désistement éventuel.

Les données recueillies pendant l'étude seront rendues anonymes et ne sont accessibles qu'à l'équipe de recherche. Leur confidentialité est strictement garantie et il sera impossible d'identifier les participants dans des rapports ou des publications qui découleraient de cette étude. Seule la commission d'éthique pourra consulter les données pour fin de vérification.

Ce protocole a été approuvé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER) du Canton de Vaud en date du ...

Vous pouvez à tout moment obtenir d'autres renseignements concernant cette étude auprès des personnes dont les coordonnées figurent ci-dessous :

Cédric Mabire, Doctorant en Sciences Infirmières, Institut de Formation et de Recherche en Soins, UniL

Tél. : 021 316 81 14

Courriel : cedric.mabire@unil.ch

Professeur Christophe Büla, chef du service de gériatrie et réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Tél. : 021 314 38 11

Courriel : christophe.bula@chuv.ch

Cédric Mabire

Prof. Christophe Büla

Etude sur la planification de sortie de personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine.

Madame, Monsieur,

L'hospitalisation dans un service de médecine est une période difficile dans la vie d'une personne âgée tout comme elle l'est pour son entourage. Les raisons qui ont provoqué la perturbation de son état de santé et la modification de son traitement vont probablement demander une adaptation de sa part ainsi que de votre part. Nous voudrions connaître, par cette recherche, quelles activités infirmières préparent le mieux la préparation à la sortie de l'hôpital des personnes âgées et leur entourage.

Vous avez été identifié-e comme la personne qui s'occupera du patient à sa sortie de l'hôpital. À ce titre, nous sollicitons votre participation à cette étude laquelle consisterait pour vous à répondre à un questionnaire le jour de la sortie de l'hôpital de votre proche. La durée totale pour répondre aux questionnaires est d'environ dix minutes.

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Renoncer à y prendre part n'aura aucune incidence sur la prise en charge médicale, sur les soins qui seront prodigués ou l'attitude du personnel soignant à l'égard de votre proche. Le même principe s'applique en cas de révocation de votre consentement initial. Vous pouvez donc renoncer en tout temps à votre participation. Vous n'êtes tenu-e de justifier ni la révocation de votre consentement ni un désistement éventuel.

Les données recueillies pendant l'étude seront rendues anonymes et ne seront accessibles qu'à l'équipe de recherche. Leur confidentialité est strictement garantie et il sera impossible d'identifier les participants dans des rapports ou des publications qui découleraient de cette étude. Seule la commission d'éthique pourra consulter les données pour fin de vérification.

Ce protocole a été approuvé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER) du Canton de Vaud en date du ...

Vous pouvez à tout moment obtenir d'autres renseignements concernant cette étude auprès des personnes dont les coordonnées figurent ci-dessous :

Cédric Mabire, Doctorant en Sciences Infirmières, Institut de Formation et de Recherche en Soins, UniL

Tél. : 021 316 81 14

Courriel : cedric.mabire@unil.ch

Professeur Christophe Büla, chef du service de gériatrie et réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Tél. : 021 314 38 11

Courriel : christophe.bula@chuv.ch

Cédric Mabire

Prof. Christophe Büla

Annexe III : Formulaire de consentement

Etude sur la planification de sortie de personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine.

Veuillez lire attentivement ce consentement.

N'hésitez pas à poser des questions si vous ne comprenez pas certains aspects ou si vous souhaitez obtenir des précisions.

- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement de cette étude. Je comprends que ma participation consistera à remplir deux questionnaires le jour de la sortie de l'hôpital (environ 20 minutes), avoir une évaluation cognitive si elle n'a pas été faite à mon admission et permettre la consultation de mon dossier de soins. Et, je répondrai à un questionnaire téléphonique (environ 10 minutes), trente jours après mon départ de l'hôpital.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite aux patients qui m'a été remise sur l'étude précitée, datée du [date]. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation. Je conserve l'information écrite aux patients et reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- Je sais que les données ne seront transmises que sous une forme anonyme à l'équipe de recherche à des fins de recherche. J'accepte que la Commission d'éthique cantonale puisse consulter mes données afin de procéder à des vérifications et des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends part de façon volontaire à cette étude. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette étude, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit dans ma prise en charge ultérieure.

Lieu, date	Signature du patient/de la patiente
------------	-------------------------------------

Attestation du doctorant : J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce/cette patient/e la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement du/de la patient-e à participer à l'étude, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature du doctorant
------------	------------------------

Etude sur la planification de sortie de personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine.

Veuillez lire attentivement ce consentement.

N'hésitez pas à poser des questions si vous ne comprenez pas certains aspects ou si vous souhaitez obtenir des précisions.

- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement de cette l'étude. Je comprends que ma participation consistera à remplir un questionnaire le jour de la sortie de l'hôpital de mon proche (environ 10 minutes).
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite qui m'a été remise sur l'étude précitée, datée du [date]. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation. Je conserve l'information écrite et reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- Je sais que les données ne seront transmises que sous une forme anonyme à l'équipe de recherche à des fins de recherche. J'accepte que la Commission d'éthique cantonale puisse consulter mes données afin de procéder à des vérifications et des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends part de façon volontaire à cette étude. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette étude, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit dans la prise en charge ultérieure de mon proche.

Lieu, date	Signature du patient/de la patiente
------------	-------------------------------------

Attestation du doctorant : J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce/cette patient/e la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement du/de la patient-e à participer à l'étude, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature du doctorant
------------	------------------------

Annexe IV : Instruments

Dépistage des troubles cognitifs – Mini Cog

<i>Id. participant</i>	<i>Date passation échelle</i>
_ _ _/...../.....

Consigne :

1. Demandez au patient de retenir trois mots (assurez-vous qu'il les ait bien enregistrés)
2. Demandez au patient de dessiner une horloge. Après qu'il ait inscrit les chiffres, demandez-lui d'inscrire 11h10 ou 8h20. Les instructions peuvent être répétées mais aucune autre consigne ou aide ne doit être apportée. Si le patient est incapable de réaliser l'horloge au bout de trois minutes, arrêtez.
3. Demandez au patient de répéter les trois mots.

<i>Score</i>	<i>Points</i>
Horloge : 2 points si les chiffres sont correctement disposés et l'heure correcte ; sinon 0 point.	
Rappel des trois mots : 1 point par mot correctement rapporté	

Interprétation :

- 0-2 points : probable présence de troubles cognitifs
 3-5 points : probable absence de troubles cognitifs

Cumulative illness rating scale version gériatrique

Id. participant	Date de passation
_ _ _/...../.....

Consigne : chaque appareil est évalué de la manière suivante

0 = Absent	Absence de lésion de l'organe et/ou de l'appareil.
1 = Léger	L'anomalie ne retentit pas avec l'activité normale ; un traitement n'est pas prescrit ; le pronostic est bon (exemple : lésions dermatologiques, hernie, hémorroïdes...).
2 = Modéré	L'anomalie retentit sur l'activité normale ; un traitement est nécessaire ; le pronostic est bon (exemples : lithiase urinaire, diabète, fracture...).
3 = Sévère	La pathologie entraîne une gêne dans la vie quotidienne ; un traitement est nécessaire de manière rapide ; le pronostic peut être engagé (exemples : cancer, emphysème pulmonaire, insuffisance cardiaque...).
4 = Très sévère	La pathologie met en jeu le pronostic vital ; un traitement en urgence est indispensable ou n'est pas disponible (exemple : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie digestive, embolie pulmonaire).

	Appareil	0	1	2	3	4
a.	Cardiaque.					
b.	Hypertension artérielle (le score se fonde sur la sévérité, le retentissement sur les organes cibles est coté séparément).					
c.	Vasculaire.					
d.	Hématologie (sang, cellules sanguines, moelle sanguine, rate, ganglions).					
e.	Appareil respiratoire (sous le larynx).					
f.	Tête et cou (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx).					
g.	Appareil digestif supérieur (œsophage, estomac, duodénum, voies bilio-pancréatiques).					
h.	Appareil digestif bas (intestins, hernies).					
i.	Hépatique.					
j.	Rénale.					
k.	Appareil uro-génital (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital).					
l.	Dermatologique et ostéo-articulaire (muscles, os, peau).					
m.	Neurologique (cerveau, moelle épinière, nerfs, hors démence).					
n.	Endocrino-métabolique (diabète, infections diffuses, intoxication).					
o.	Psychiatrique/comportemental (démence, dépression, anxiété, agitation, psychose).					

<i>Id. participant</i>	<i>Date passation échelle</i>
---/...../.....

Grille d'évaluation des Activités infirmières liées à la préparation à la sortie

Dimensions	Qui ?		Quoi ?	Comment ?	Quand ?	Score
	Intervenant	Bénéficiaire				
Praticien	Infirmière de pratique avancée (2) Infirmière spécialisée en gériologie (2)	Soignant en charge de la planification de sortie				/2
Evaluation précoce des besoins et attentes	Infirmière unité de soins (2) Infirmière de liaison (2) Soignant équipe (1) Soignant ext. (0.5)	Patient (1) Proche aidant (+1)	Besoins et attentes pour la période post-hospitalière du patient et du proche aidant (+2) Anamnèse d'entrée (+1)	Questionnaire ou grille d'évaluation (2) Question ouverte (1) Reprise anamnèse médicale (0.5) Un projet de sortie est esquissé en interprofessionnel (+2)	≤ 48h /admission du patient (1) > 48h /admission du patient (0)	/9
Communication Information, conseil et enseignement	Infirmière unité de soins (2) Infirmière de liaison (2) Soignant équipe (1) Soignant ext. (1)	Patient (1) Proche aidant (+1)	Compréhension et gestion de la pathologie (+2) Habilités fonctionnelles et habitudes de vie (+2) Compréhension et gestion du traitement (+2)	Programme d'enseignement thérapeutique (2) Entretien avec spécialiste clinique (+1) Entretiens infirmiers (1) Support audio (+0.5) Support papier (+0.5)	Durée estimée : < 15 min. (0.5) < 30 min. (1) ≥ 60 min (2) Fréquence : ≥ 2x/jour (2) 1x/jour (1) ponctuel (0.5)	/18
Participation		Patient (4) Proche aidant (+2)	Dialogue : échange d'information entre patient et soignant (1) Prise de décision partagée patient soignant (2) Autonomie de décision du patient (4)	Colloque interprofessionnel avec le patient (4) Entretien avec le patient (2) Au cours de la visite médicale (0)	Fréquence : 1x/jour (4) Régulier 2-3x /semaine (2) 1x (0)	/18
Coordination interprofessionnelle	Infirmière unité de soins (2) Infirmière de liaison (2) Soignant équipe (1) Soignant ext. (0.5)	Patient (1) Proche aidant (+1)	Services d'aide et soins de suites (RDV...) organisés (2) Contact et transmission avec les soignants de 1er ligne (+1) Explication de la planification de sortie (+1) Lettre de sortie remise au patient (+1)	Sortie organisée par l'équipe médicale (0) Planification de sortie par infirmières unités et équipe médicale (1) Planification de sortie par infirmières unités, IDL et équipe médicale (2) Planification de sortie par équipe interpro.(Id+MD+physio...) (3)		/12
Evaluation le jour de la sortie	Infirmière unité de soins (2) Infirmière de liaison (2) Soignant équipe (1) Soignant ext. (0.5)	Patient (1) Proche aidant (+1)	Une infirmière évalue le patient en regard de la planification de départ le jour de la sortie de l'hôpital Le proche aidant est présent le jour de la sortie ou un contact téléphonique a eu lieu pour évaluer sa préparation à la sortie du patient		≤ 24h /sortie prévue du patient (1) > 24h /sortie prévue du patient (0.5)	/5
Suivi infirmier post-hospitalier	Infirmière unité de soins (2) Infirmière de liaison (2) Soignant équipe (1) Soignant ext. (0.5)		Le patient bénéficie d'un ou plusieurs contacts téléphoniques 15 jours après sa sortie		Programmé avant la sortie du patient (1)	/3
					Total	/67

Questionnaire de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital

<i>Id. participant</i>	<i>Date passation échelle</i>
___/...../.....

Nous désirons connaître votre point de vue sur la préparation de votre départ de l'hôpital. Choisissez le nombre qui décrit le mieux comment vous vous sentez. Les réponses sont sur une échelle allant de 0 à 10. Les mots placés en dessous du nombre indiquent la signification du 0 ou du 10. Par exemple, entourer le chiffre 7 signifie que vous vous sentez plus proche de la description du 10 que de celle du 0. Merci d'entourer votre réponse.

A. Pensez-vous qu'à la suite de cette hospitalisation, quelque chose a changé dans votre vie ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Aucun								Beaucoup			
1. Quand vous pensez à votre sortie de l'hôpital, croyez-vous être prêt à rentrer à la maison comme prévu ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Pas prêt								Totalemtent prêt			
2. Dans quelle mesure êtes-vous prêt physiquement à rentrer à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Pas prêt								Totalemtent prêt			
3. Comment décrivez-vous vos douleurs et votre inconfort aujourd'hui ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Pas de douleur/ pas d'inconfort								Douleur sévère /Inconfort			
4. Comment décrivez-vous votre force aujourd'hui ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Faible								Fort			
5. Comment décrivez-vous votre énergie aujourd'hui ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Energie basse								Energie élevée			

6. Quel est votre niveau de stress aujourd'hui ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucun										Beaucoup
7. Dans quelle mesure êtes-vous prêt émotionnellement à rentrer à la maison aujourd'hui ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas prêt										Totalement prêt
8. Quelle est votre capacité physique à prendre soin de vous-même aujourd'hui (par exemple hygiène, marche, faire sa toilette) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Incapable										Totalement capable
9. Savez-vous comment prendre soin de vous-même après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ne sais rien du tout										Sais tout
10. Savez-vous comment prendre soin de vos besoins corporels (par exemple hygiène, bain, faire sa toilette, alimentation) après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ne sais rien du tout										Sais tout
11. Savez-vous comment prendre soin de vos besoins médicaux (traitements, médicaments) après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ne sais rien du tout										Sais tout

12. Savez-vous reconnaître les problèmes à surveiller après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne sais rien du tout											Sais tout
13. Savez-vous qui appeler et quand, si vous avez des problèmes après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne sais rien du tout											Sais tout
14. Dans quelle mesure connaissez-vous les restrictions (ce qu'il vous est permis et ce qu'il ne vous est pas permis de faire) après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne sais rien du tout											Sais tout
15. Dans quelle mesure connaissez-vous la planification de votre traitement médical après votre retour à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne sais rien du tout											Sais tout
16. Dans quelle mesure connaissez-vous les services et l'information accessibles près de votre domicile (dans votre communauté) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne sais rien du tout											Sais tout
17. Serez-vous capable de bien gérer les exigences de la vie à la maison ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout											Extrêmement bien

18. Serez-vous capable de bien assumer vos soins corporels (par exemple hygiène, bain, faire sa toilette, alimentation) à la maison ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout Extrêmement bien

19. Serez-vous capable de bien appliquer vos traitements médicaux après votre retour à la maison (par exemple, prise de médicaments aux doses et horaires prescrits, traitements respiratoires, exercice physique, réadaptation,) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout Extrêmement bien

20. Combien de soutien émotionnel aurez-vous après votre retour à la maison ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun Beaucoup

21. Combien d'aide aurez-vous pour vos soins corporels après votre retour à la maison ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun Beaucoup

22. Combien d'aide aurez-vous pour les tâches ménagères après votre retour à la maison (par exemple, cuisine, nettoyage, courses, garde des enfants) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun Beaucoup

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Combien d'aide aurez-vous pour vos besoins en soins médicaux (traitements, médicaments) après votre retour à la maison ?

Aucun

Beaucoup

24. Qu'est-ce qui a été le plus aidant pour vous préparer à la sortie de l'hôpital durant votre séjour hospitalier ?

Commentaires ou suggestions :

© Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement, 14*(3), 163-180, traduit et adapté par Goulet, C. & Mabire, C.

Merci beaucoup de votre participation à cette étude

Questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété**Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)**

(Auteurs : A.S. Zigmond et R.P. Snaith. Traduction française : J.-P. Lépine)

Entourer votre réponse**A. Je me sens tendu ou énervé :**

3. La plupart du temps
2. Souvent
1. De temps en temps
0. Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque pas

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3. Oui, très nettement
2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0. Autant que par le passé
1. Plus autant qu'avant
2. Vraiment moins qu'avant
3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3. Très souvent
2. Assez souvent
1. Occasionnellement
0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3. Jamais
2. Rarement
1. Assez souvent
0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

0. Oui, quoi qu'il arrive
1. Oui, en général
2. Rarement
3. Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

3. Presque toujours
2. Très souvent
1. Parfois
0. Jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

0. Jamais
1. Parfois
2. Assez souvent
3. Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

3. Plus du tout
2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1. Il se peut que je n'y passe plus autant attention
0. J'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

3. Oui, c'est tout à fait le cas
2. Un peu
1. Pas tellement
0. Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

0. Autant qu'avant
1. un peu moins qu'avant
2. Bien moins qu'avant
3. Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3. Vraiment très souvent
2. Assez souvent
1. Pas très souvent
0. Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

0. Souvent
1. Parfois
2. Rarement
3. Très rarement

Recours non programmé aux services de santé

Consigne pour le répondant : Suite à votre hospitalisation dans le service de médecine x, nous avons convenu d'un entretien téléphonique 30 jours après votre sortie. Nous souhaiterions connaître votre recours aux services de santé durant cette période. Je vais vous poser 15 questions, ce qui ne devrait pas prendre beaucoup de temps.

Consigne pour l'interviewer : Ce questionnaire vise à évaluer le recours non programmé aux services de santé (RESS) du participant 30 jours après sa sortie de l'hôpital. Il est important de discriminer les recours programmés lors de la sortie et qui sont exclus de ce questionnaire, des recours non programmés lors de l'hospitalisation et qui sont inclus ici. (RESS 1.1 ; RESS 2.1 ; RESS 4.1 ; RESS 5.1).

Id. participant	Répondant :	Date de sortie De l'hôpital	Date questionnaire téléphonique
	- Patient1		
	- Proche aidant0		
#.....	#...../...../...../...../.....

N°	Question	Réponse
RESS 1.0	Avez-vous été chez un médecin, spécialiste inclus, au cours des 30 derniers jours ? -Oui.....1 suite RESS 1.1 -Non.....0 suite RESS 2.0	
RESS 1.1	Ce rendez-vous était-il prévu lors de votre sortie de l'hôpital ? -Oui.....0 suite RESS 2.0 -Non.....1 suite RESS 1.2	

RESS 1.2	De quel type de médecin s'agissait-il ? -Votre médecin généraliste.....1 suite RESS 2.0 -Un médecin spécialiste.....2 suite RESS 2.0	
RESS 2.0	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fait un séjour à l'hôpital ou en clinique spécialisée, sans compter les séjours en établissement de cure ? -Oui.....1 suite RESS 2.1 -Non.....0 suite RESS 3.0	
RESS 2.1	Ce séjour était-il prévu lors de votre sortie de l'hôpital ? -Oui.....0 suite RESS 3.0 -Non.....1 suite RESS 3.0	
RESS 3.0	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ? -Oui.....1 suite RESS 4.0 -Non0 suite RESS 4.0	
RESS 4.0	Au cours des 30 derniers jours, êtes-vous allé(e) dans un hôpital de jour ou une clinique de jour ? -Oui.....1 suite RESS 4.1 -Non0 suite RESS 5.0	
RESS 4.1	Ce rendez-vous était-il prévu lors de votre sortie de l'hôpital ? -Oui.....0 suite RESS 5.0 -Non.....1 suite RESS 5.0	

RESS 5.0	<p>Au cours de 30 derniers jours, avez-vous eu recours, pour vous-même, à un service de soins à domicile, c'est-à-dire à une infirmière, une soignante à domicile, une aide pour le ménage, ou un service de repas ou de transports ?</p> <p>-Oui.....1 suite RESS 5.1 -Non.....0 suite RESS 6.0</p>	
RESS 5.1	<p>Ce service était-il prévu lors de votre sortie de l'hôpital ?</p> <p>-Oui.....0 suite RESS 6.0 -Non.....1 suite RESS 5.2</p>	
RESS 5.2	<p>De quel type de service s'agissait-il ?</p> <p>-Soins infirmier.....1 suite RESS 6.0 -Aide ménage ou repas2 suite RESS 6.0 -Autres9 suite RESS 6.0</p>	
RESS 6.0	<p>Durant les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous demandé conseil dans une pharmacie pour un problème de santé lié à votre dernière hospitalisation ?</p> <p>-Aucune fois.....0 - ___ foisX suite RESS 7.0</p>	
RESS 7.0	<p>Durant les 30 derniers jours, votre proche aidant a-t-il (elle) consulté un médecin pour des raisons de fatigue ?</p> <p>-Oui.....1 -Non.....0</p>	

	Durant votre séjour hospitalier votre niveau de participation à la planification de sortie était-il satisfaisant ? -Oui.....1 -Non.....0	
--	---	--

Annexe V : Avis de la commission d'éthique



AGEK / CT CER

Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Forschungs-Ethikkommissionen für klinische Versuche
Communauté de travail des Commissions d'éthique de la recherche en Suisse

Commission cantonale
d'éthique de la recherche
sur l'être humain
Rue César-Roux 19
1005 Lausanne

Prof. R. Darioli
Président

Secrétariat
Tél. 021 314 5598/5601/8622
Fax 021 314 76 01
E-mail: secretariatcervd@unil.ch

Sous-Commission II
Président Prof. R. Darioli
Tél. 021 314 5629

Prof. Christophe Büla
Chef du service de gériatrie et
réadaptation gériatrique
CHUV
1011 Lausanne

Lausanne, le 11 novembre 2011
RD/ag

Avis de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain

Monsieur,

Après réception des réponses à nos questions du 4 novembre 2011, ainsi que des documents révisés et désignés ci-après, la CE vous fait part de son avis :

Protocole 307/11 : Pratiques de planification infirmières de sortie de personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine du canton de Vaud et leurs perceptions d'être prêts pour le départ vers le domicile
Travail de thèse de M. Cédric Mabire

Investigateur responsable :

Prof. Christophe Büla
Chef du service de gériatrie et réadaptation gériatrique
CHUV
1011 Lausanne

Documents reçus le 9 novembre 2011 :

1. Lettre de M. C. Mabire du 8 novembre 2011
2. Protocole, version modifiée du 8 novembre 2011, avec annexes I à IX

Copies : - Mme Anne-Sylvie Fontannaz, Pharmacien cantonal, Service de la santé publique, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne
- M. Cédric Mabire, Les Vergers de Lavaux B, 1072 Forel

N° de réf. de la CER-VD 307/11 – Prof. Christophe Büla

Type de procédure:

- procédure ordinaire ré-évaluation procédure ordinaire CED
 procédure simplifiée Avis présidentiel Avis présidentiel CEL

La Commission arrête l'avis suivant:

- positif**¹
 avis conditionnel² (conditions à remplir avant approbation)
 Les documents révisés seront réévalués en procédure ordinaire (nombre de copies: 13)
 Révision des documents et information écrite à la Commission d'éthique (nombre de copies: 1)
 négatif³ (motivé)
 avis justifié de ne pas entrer en matière⁴

signifie

¹ L'étude peut être soumise aux autorités fédérales compétentes (Swissmedic / OFSP / OFEFP) pour notification. L'étude peut être entreprise (s'il s'agit d'une étude non régie par la Loi sur les produits thérapeutiques, la Loi sur la transplantation, la Loi relative à la recherche sur les cellules souches ou l'Ordonnance sur la radioprotection).

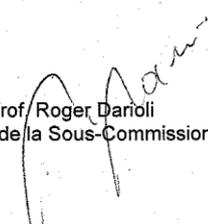
² Les documents concernés doivent être révisés avant soumission à la Commission d'éthique. L'étude ne peut ni débiter ni être notifiée avant d'avoir obtenu l'avis positif de la Commission d'éthique.

³ Dans sa forme actuelle, l'étude ne peut pas être mise en route.

⁴ La CE n'est légalement pas compétente pour évaluer cette étude. Soit une autre CE est habilitée à l'évaluer, soit l'étude ne nécessite pas d'approbation par une CE.

Remarques :

- La CE atteste qu'elle accomplit son travail conformément aux recommandations ICH-GCP.
- Veuillez SVP surligner les modifications apportées au document.
- Veuillez SVP retourner à la CE le rapport intermédiaire une fois par année puis le rapport final (cf pages 3-4).
- Droit de recours dans le cadre de la Commission d'éthique.
- L'avis s'applique également aux autres investigateurs(trices) mentionné(e)s dans la demande d'évaluation qui travaillent dans des sites de recherche relevant du champ de compétence de la CE (doivent figurer sur une liste séparée).


 Prof. Roger Daroli
 Président de la Sous-Commission II

Annexe VI : Tableau de corrélation

	Admission planifiée	Hospitalisation antérieure	Durée de séjour (log)	Age	Homme	Cohabitation	Comorbidité	Proche aidant	Trouble cognitif	Interventions infirmières	PPDH	Anxiété
Hospitalisation antérieure	0,03	-										
Durée de séjour (log)	0,03	0,04	-									
Age	-0,14*	-0,04	-0,01	-								
Homme	0,12	0,01	-0,01	-0,05	-							
Cohabitation	0,11	0,08	-0,04	-0,19**	0,34**	-						
Comorbidité	0,04	0,04	0,37**	-0,18**	0,12	-0,03	-					
Proche aidant	0,12	0,19**	-0,02	-0,11	0,19**	0,66**	-0,05	-				
Trouble cognitif	-0,09	-0,15*	-0,03	-0,09	0,02	-0,09	0,04	0,03	-			
Interventions infirmières	-0,06	-0,14*	0,43**	0,16*	-0,12	-0,20**	0,27**	-0,15*	-0,04	-		
PPDH	-0,11	0,10	0,05	-0,01	0,03	-0,06	0,08	0,01	0,04	-0,11	-	
Anxiété	0,03	0,01	-0,08	-0,19**	-0,11	0,04	-0,01	-0,05	0,08	-0,08	-0,21**	-
RNPSS	-0,05	-0,06	-0,06	-0,03	0,03	-0,01	0,05	-0,01	0,10	0,07	0,07	0,04

