

Importance des soins de transition

# Des facteurs prédictifs du succès de la transition de l'hôpital vers la communauté

Les réadmissions hospitalières des personnes âgées sont fréquentes et coûteuses (1). En effet, une hospitalisation sur cinq est compliquée par un événement indésirable après la sortie, dont 12% pourraient être prévenus ou anticipés pendant le séjour (2, 3). 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 (4, 5). Le manque de systématique dans le processus de préparation à la sortie prédispose à des résultats peu favorables pour le patient (6) et à une défaillance de coordination entre les soignants de première ligne (4). Plusieurs de ces effets indésirables pourraient être évités si des soins de transition étaient implantés dans les unités qui accueillent les personnes âgées à risque.

Les soins de transition sont définis comme des interventions spécifiques limitées dans le temps afin d'assurer la continuité des soins, prévenir les effets adverses chez les populations à risque et promouvoir de façon sécuritaire le transfert des patients d'un milieu de soins à un autre (7, 8). Leur efficacité est démontrée dans plusieurs études : diminution du taux de réhospitalisation, réduction des coûts de prise en charge (9–12) et augmentation de la qualité de vie ainsi que de la satisfaction des patients (13). Par-



Pr Cédric Mabire, Inf. Ph.D.  
Lausanne

mi les principaux modèles de soins de transition (BOOST, CTI et CTM), la pertinence du modèle de Naylor (CTM) est d'être centré sur les personnes âgées à risque de complications après le retour à la maison et d'être le plus complet pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles.

## Evaluer les besoins et attentes des patients pour la période post-hospitalière

Les composantes du modèle d'intervention de Naylor (13) sont des facteurs prédictifs du succès de la transition de l'hôpital aux domicile des personnes âgées à risque (fig. 1). Dans les 24 à 48 heures suivant l'admission dans l'unité, une infirmière doit discuter avec le patient et le proche aidant le cas échéant, et évaluer leurs besoins et attentes pour la période post-hospitalière (14–17). 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 responsable 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. Selon une méta-revue systématique, cette intervention réduit significativement le taux de réadmissions hospitalières (18).

La communication et l'information avec le patient correspondent aux échanges et à la transmission d'information entre les soignants, le patient et le proche aidant durant le séjour hospitalier en vue de la préparation à la sortie (19). 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. Elles ont pour objectifs d'encourager et de responsabiliser les auto-soins, de soutenir la capacité du patient à faire face à la situation (coping), et de promouvoir la prise de décisions et la résolution de problème chez le patient (20). Le partage d'information durant le séjour hospitalier doit focaliser sur les réalités que le patient et ses proches vivront à domicile (21) car ils devront probablement faire face à des besoins qui étaient jusque-là inconnus (12, 22). Une information claire, concise et cohérente par les professionnels est nécessaire pour aider à minimiser l'anxiété et la détresse générées par les circonstances de la maladie et l'incertitude qu'elle provoque (23).

FIG. 1 Modèle de soins de transition de Naylor



### La 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. Il est essentiel de prendre conscience de l'importance d'une approche interprofessionnelle dans l'élaboration de la planification de sortie et des exigences que représente la coordination des soins par les infirmières (24). Ceci est d'autant plus primordial que la complexité des interventions de coordination entre les milieux de soins est accentuée pour les personnes âgées (25). Une revue systématique a dévoilé qu'un manque de coordination entre les différents milieux de soin augmente les erreurs et les effets adverses après la sortie de l'hôpital ainsi que la non satisfaction des besoins des patients (26).

### La participation du patient et du proche aidant

La participation du patient et du proche aidant à la prise de décision concernant la planification de sortie est indispensable. Elle se réalise soit par une prise de décision partagée (le patient et le soignant coopèrent pour trouver la meilleure solution et les opinions du patient sont prises en compte au moment de la décision), soit au mieux par une autonomie de décision pour le patient (au final c'est la décision du patient qui prévaut) (27). La tendance actuelle est qu'il est plus facile pour les professionnels de la santé d'élaborer une planification de sortie pour le patient plutôt qu'avec lui (28) compte tenu de la diminution des durées de séjour hospitalier combinée aux contraintes sévères de temps des soignants. En effet, la rencontre des besoins des personnes âgées par les équipes soignantes est en contradiction avec le discours général sur l'efficacité de l'hôpital (29), cependant des études ont montré que la participation active des personnes âgées dans les prises de décisions concernant leur sortie de l'hôpital a un impact significatif sur la réduction du taux de réadmission (11).

### Le jour de la sortie du patient

Le jour de la sortie du patient, l'infirmière doit évaluer la stabilité physique, les connaissances, la capacité de coping, le soutien attendu et s'assurer que la planification de sortie est bien comprise par le patient et son proche aidant (30). Il est démontré que le niveau de perception d'être prêt pour le départ de l'hôpital est prédictif des difficultés de coping après la sortie et du taux de réadmission (31, 32). Les interventions infirmières de soutien et de suivi auprès d'une personne en transition (33) se font 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 poursuivent lors du suivi post-hospitalier par l'infirmière responsable de la planification de sortie.

### Un suivi post-hospitalier du patient

Un suivi post-hospitalier du patient est fait par téléphone ou par des visites à domicile après la sortie. L'infirmière appelle les patients 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. Ce suivi post-hospitalier réduit significativement le taux de réhospitalisation dans les mois suivant la sortie (34) et améliore la qualité du traitement médical (35).

Enfin, l'infirmière qui dirige la planification de la sortie doit être une infirmière de pratique avancée ou spécialisée en gériatrie

(16, 25, 36, 37). Plusieurs essais cliniques randomisés ont montré qu'une prise en charge des patients par une infirmière spécialisée diminuait significativement le taux de réhospitalisation après la sortie de l'hôpital (9, 10, 38).

L'ensemble de ces composantes constitue l'essentiel des soins de transition (10). La séquence des composantes doit s'inscrire dans un processus durant lequel l'intégration des informations par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire doit permettre de prendre les meilleures décisions pour la préparation du patient à son retour à domicile.

Une étude comparative (18) des types d'interventions de planification de sortie révèle que seules les interventions multifactorielles ont des effets positifs sur la santé et le taux de réhospitalisation des patients. Si la nécessité d'adopter un modèle multifactoriel est démontrée, les écrits scientifiques sont muets quant à la dose de l'intervention nécessaire pour obtenir des effets bénéfiques. Autrement dit, nous ne savons pas exactement parmi l'ensemble des composantes lesquelles ont le plus d'impact sur le taux de réadmission et la santé des patients en fonction de leur risque d'effet adverse. Or, pour permettre son implantation dans la pratique clinique, il serait opportun d'évaluer le poids relatif de chaque composante en termes d'intensité et de durée ainsi que la pertinence de chacune des interventions pour tous les patients.

Pr Cédric Mabire, Inf. Ph.D.<sup>1</sup>

Pr Céline Goulet, Inf. Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HES-SO, filière soins infirmiers Haute école de santé Vaud (HESAV)

<sup>2</sup>Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFERS)

Faculté de Médecine et Biologie, Université de Lausanne

Biopôle II, 10, Rte de la Corniche, 1010 Lausanne

cedric.mabire@hesav.ch

Pr Diane Morin, Inf. Ph.D.<sup>2, 3</sup>

Pr Christophe Büla<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Avenue de Bugnon, 1011 Lausanne

**+** **Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

#### Messages à retenir

- ◆ Les soins de transition sont complexes et impliquent l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire, le patient et sa famille
- ◆ Les facteurs prédictifs de transitions saines entre les milieux de soins sont des interventions de soins qui répondent avant tout aux besoins du patient et de sa famille. Une infirmière de pratique avancée pilote et coordonne les interventions tout au long d'un processus de l'hôpital au domicile du patient
- ◆ Les futures recherches doivent examiner le poids relatif de chaque composante de la planification de sortie et la dose nécessaire pour répondre aux besoins du patient

**Références:**

1. Jencks SF et al. *N Engl J Med* 2009;360(14):1418-28
2. Forster AJ et al. *Ann Intern Med* 2003;138(3):161-7
3. Forster AJ et al. *Can Med Ass J* 2004;170(3):345-9
4. Schoen C et al. *Health Affairs* 2009;28(1):w1-16
5. Makaryus AN, Friedman EA. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80(8):991-4
6. Greenwald JL et al. *J Patient Saf* 2007;3(2):97-106
7. Coleman EA, Boult C. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):556-7
8. Naylor MD et al. *Health Affairs* 2011;30(4):746-54
9. Naylor MD, McCauley KM. *J Cardiovasc Nurs* 1999;14(1):44
10. Naylor MD et al. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(5):675-84
11. Coleman EA et al. *Arch Intern Med* 2006;166(17):1822-8
12. Jack BW et al. *Ann Intern Med* 2009;150(3):178-87
13. Naylor MD et al. *Ann Intern Med* 1994;120(12):999-1006
14. Naylor MD, Van Cleave C. The transitional care model for older adults. In: Meleis AI, editor. *Transitions theory: middle-range and situation-specific in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010. p. 459-65
15. Hegney D et al. *J Royal Coll Nurs Australia* 2002;9(3):15-21
16. Brooten D et al. *J Nurs Scholarship* 2002;34(4):369-75
17. Koelling TM et al. *Circulation* 2005;111(2):179-85
18. Scott IA. *Aust Health Rev* 2010;34(4):445-51
19. Bull MJ, Roberts J. *J Adv Nurs*. 2001;35(4):571-81
20. Martin KS, Correll PJ. The Omaha System: Improving the Quality of Practice and Decision Support. In: Harris MD, editor. *Handbook of Home Health Care Administration*. 5th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2010. p. 277-88
21. Corser WD. *Appl Nurs Res* 2006;19(2):63-9
22. Maloney LR, Weiss ME. *Clin Nurs Res* 2008;17(3):200-19
23. Boughton M, Halliday L. *Contemporary Nurse* 2009;33(1):30-40
24. McKenna H et al. *J Clin Nurs* 2000;9(4):594-601
25. Popejoy LL et al. *J Nurs Res* 2009;31(7):923-47
26. Naylor MD. *Ann Rev Nurs Res* 2002;20:127-47
27. Thompson AG. *Soc Sci Med* 2007;64(6):1297-310
28. Connolly M et al. *J Clin Nurs* 2009;18(4):549-58
29. Foss C. *J Clin Nurs* 2011;20(13-14):2014-22
30. Weiss ME, Piacentine LB. *J Nurs Meas* 2006;14(3):163-80
31. Weiss ME et al. *Clin Nurse Specialist* 2007;21(1):31-42
32. Bobay KL et al. *Geriatr Nurs* 2010;31(3):178-87
33. Meleis AI et al. *Adv Nurs Sci* 2000;23(1):12-28
34. Phillips CO et al. *JAMA* 2004;291(11):1358-67
35. Rytter L et al. *Scand J Prim Health Care* 2010;28(3):146-53
36. Chiu WK, Newcomer RA. *Professional case management*. 2007;12(6):330-6
37. Naylor MD et al. *Public Health Nurs* 2000;17(2):94-102
38. Stauffer BD et al. *Arch Intern Med* 011;171(14):1238-43