

# **Faciliter la transition des soins des personnes âgées victimes d'AVC de la réadaptation hospitalière au domicile**

**Une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Claudia Gomes et Marie Colliard**  
Promotion 2013-2016

Sous la direction de Ruth Lötscher

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

14 juillet 2016

*« La vie est agréable. La mort est paisible.*

*C'est la transition qui est désagréable. »*

Isaac Asimov (1987)

## Résumé

**Contexte** : Cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence les stratégies infirmières facilitatrices dans un contexte de transition des soins entre la réadaptation en milieu hospitalier et le domicile du patient âgé victime d'AVC.

**Méthode** : 10 études scientifiques ont été incluses dans cette revue. 9 études ont été sélectionnées dans la banque de données PubMed par des combinaisons de mots-clés et une recherche est issue d'un site internet tiré dans le contenu d'une autre étude. Elles remplissent toutes les critères d'inclusion et d'exclusion fixés au préalable par les auteures.

**Résultats et discussion** : Les résultats ont été catégorisés en trois thèmes : les obstacles à la transition, les besoins des patients et des proches aidants et les facilitateurs à la transition. Ces derniers mettent en évidence la coordination et l'organisation des soins, l'implication des proches aidants dans sa prise en charge, l'utilisation des prestations de sortie précoce soutenue et l'utilisation d'outils facilitant la transmission des informations.

**Conclusion** : Ce travail met en lumière les obstacles et les besoins les plus fréquemment rencontrés des patients victimes d'AVC et de leurs proches aidants durant la période de transition des soins. Un coordinateur principal des soins spécialisé est considéré comme un élément central facilitant la transition.

**Mots-clés** : Continuité des soins, soins de transition, sortie du patient, soins à domicile, qualité des soins, AVC, proche aidant.

## Table des matières

Introduction.....	1
Etat des connaissances .....	3
Stroke Units et Stroke Centers .....	4
La réadaptation.....	5
Problématique .....	6
Question de recherche.....	8
PICO .....	8
Intérêt pour la pratique infirmière .....	8
Cadre théorique.....	9
La théorie intermédiaire de la transition de Meleis .....	10
Naylor's Transitional Care Model .....	11
Modèle de Mc Gill.....	12
Concepts .....	13
La coordination des soins et l'interdisciplinarité .....	14
La continuité des soins .....	14
Les différentes formations en lien avec les soins infirmiers.....	15
La pratique infirmière avancée (MAS en sciences infirmières) .....	16
Approche de gestion par cas (CAS en case management) .....	16
Infirmière de liaison (CAS en liaison et orientation) .....	17
Early Supported Discharge .....	18
Soins à domicile .....	19
Proches aidants.....	20
Liens entre les théories et concepts.....	21
Méthode .....	22
Critères d'inclusion .....	24
Critères d'exclusion .....	24
Stratégies de recherche.....	24
Résultats .....	27
Regard critique sur les études scientifiques incluses .....	28
Catégorisation des résultats issus des études incluses .....	31
Obstacles à la transition .....	31
Besoins des patients et des proches aidants .....	33

Facilitateurs à la transition .....	36
Early Supported Discharge .....	36
Infirmière en pratique avancée.....	39
Rapport de médicaments structuré .....	40
Questionnaire pour évaluer l'expérience des proches aidants .....	41
Discussion .....	43
Interprétation des résultats avec le cadre théorique .....	44
Obstacles à la transition .....	44
Besoins des patients et des proches aidants .....	47
Facilitateurs à la transition .....	49
Early Supported Discharge .....	49
Un coordinateur des soins .....	52
Réponse à la question de recherche.....	53
Recommandations pour la pratique .....	55
Pistes pour des recherches futures.....	55
Limitations de la revue de littérature .....	56
Conclusion.....	57
Références .....	59
Appendice A : Grille SC2 .....	69
Appendice B : Localisation des Stroke Centers et Stroke Units en Suisse .....	70
Appendice C : Carte Conceptuelle.....	71
Appendice D : Schéma et théorie de la transition de Meleis .....	72
Appendice E : Base solide de dix éléments essentiels du TCM .....	77
Appendice F : Formations liées à la coordination des soins.....	78
Appendice G : ELADEB.....	80
Appendice H : Etapes du case management de transition.....	81
Appendice I : Tableaux des stratégies de recherche.....	82
Appendice J : Tableau récapitulatif des études analysées .....	86
Appendice K : Théorie ancrée.....	90
Appendice L : Rapport de médicaments structuré.....	92
Appendice M : Stroke Carer Experience Questionnaire .....	93
Appendice N : Illustration de la prestation d'ESD .....	95
Appendice O : Feuilles d'évaluation et de suivi des prestations d'ESD .....	97
Appendice P : Grilles d'analyse .....	101

### **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Mots-clés et mots mesh .....	24
--	----

### **Liste des figures**

Figure 1 : Flow chart.....	28
----------------------------	----

## **Remerciements**

Les auteures tiennent particulièrement à remercier leur professeure, Mme Ruth Lötscher, pour ses nombreux conseils et son soutien rapproché tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature.

Elles remercient également la maman d'une des auteures pour son travail de relecture ainsi que tous les proches pour leurs nombreux encouragements.

## **Introduction**

Pour ce travail de Bachelor, les auteures se sont penchées sur la problématique actuelle des soins de transition. En effet, avec l'augmentation des maladies chroniques, la diminution des séjours hospitaliers et la fragmentation du système de soins, la population sera toujours plus confrontée à ce genre de situation lors de maladie.

L'accident vasculaire cérébral (AVC), pathologie brutale et soudaine, peut engendrer une multitude de séquelles qui imposent au patient des soins dans la durée. La transition entre l'hôpital et les soins prodigués au domicile est encore mal connue et pose un problème aux infirmières<sup>1</sup> préparant cette sortie. De ce fait, les auteures se sont intéressées aux stratégies infirmières facilitant ce processus.

Premièrement, les auteures font le tour de l'état des connaissances et exposent la problématique découlant à une question de recherche. Deuxièmement, un cadre théorique a été développé. La troisième partie est consacrée au déroulement méthodologique de cette revue. Quatrièmement, les résultats ressortis dans les études scientifiques sont mis en évidence. Une discussion permet de faire des liens entre ces résultats et le cadre théorique. Pour finir, les implications pour la pratique et des pistes de recherches futures sont également évoquées.

---

<sup>1</sup> Le terme « infirmière » est utilisé dans ce travail pour désigner tous les professionnels en soins infirmiers, sans discrimination de sexe. Ceci permettant de faciliter la rédaction.

### Etat des connaissances

L'AVC est le résultat d'une interruption de la circulation sanguine dans un territoire cérébral provoquant un déficit neurologique d'apparition brutale. Il en existe deux types majeurs : les AVC ischémiques et les AVC hémorragiques. Les AVC ischémiques (80%) sont dus à l'obstruction d'un vaisseau sanguin. Les AVC hémorragiques (20%), eux, sont dus à une rupture d'une artère cérébrale (Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud, Büla, Pellegrini & Jacard Ruedin, 2007 ; CHUV, 2015 ; UpToDate, 2016). L'âge moyen des femmes faisant un AVC est de 76.5 ans et celui des hommes est de 71.4 ans (HAS, 2009).

Cette interruption circulatoire engendre de multiples séquelles (Passeportsanté, 2011). « Les conséquences d'une lésion au cerveau dépendent de la gravité de la lésion et de la zone touchée » (Fragile Suisse, n.d.). Les plus fréquentes et invalidantes sont l'hémiplégie et l'aphasie<sup>2</sup> aboutissant à un trouble de la marche, de l'équilibre, de la parole mais également de la mémoire (Inserm, 2016). Toutes ces séquelles ont un impact important sur la vie quotidienne de la personne et de son entourage. Elle doit réapprendre à vivre avec ces déficits (Puhr & Hilaire Thompson, 2015 ; cf. appendice A).

Selon Fragile Suisse (n.d.), l'AVC est la troisième cause de mortalité dans les pays industrialisés. Il est également la première cause d'invalidité acquise chez l'adulte de plus de 65 ans (Fragile Suisse, n.d.). Dans la classification internationale des maladies (CIM-10, version 2016), l'AVC est classé dans les maladies cérébrovasculaires. Il est également classé dans les handicaps liés à des déficiences motrices et sensorielles de par ses conséquences (Sager Tinguely & Weber, 2011). En terme de prévalence, 10 millions de personnes sont touchées par un AVC dans le monde (GRPAAL, 2011). Selon Fragile Suisse (n.d.), environ

---

<sup>2</sup> Trouble du langage oral et écrit, affectant l'expression et la compréhension (Inserm, 2016)

16'000 personnes par an sont victimes d'un AVC, donc approximativement 150 AVC se produisent par 100'000 habitants chaque année en Suisse (Mühl & Vuadens, 2011). Si ce taux d'incidence ne change pas, le nombre de personnes atteintes d'AVC devrait augmenter de 66% d'ici 2030 (Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud, Büla, Pellegrini & Jacard Ruedin, 2007).

L'AVC induit, chaque heure, la perte de cent-vingt millions de neurones (HFR, 2014). « L'AVC est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'état de vigilance et l'état neurologique doivent être notés le plus tôt possible ». (santé-médecine, 2016). Il faut alors privilégier des prises en charge efficaces et rapides (Wong & Yeung, 2015).

### **Stroke Units et Stroke Centers**

Des directives pour la certification de Stroke Units (SU) et Stroke Centers (SC), en Suisse, ont été établies afin d'améliorer le traitement des patients victimes d'AVC (Bassetti, Arnold & von Below, 2012).

Les Stroke Centers sont des services qui garantissent un traitement hautement spécialisé pour les patients victimes d'AVC (Bassetti, Arnold & von Below, 2012). Neuf Stroke Centers sont dispersés à travers la Suisse afin de couvrir tout le territoire (SCS, n.d. ; cf. appendice B). « Un SC comprend une SU et élargit le concept de SU à des prestations structurales, neuroradiologiques et neurochirurgicales spéciales » (SFCNS, 2012, p.2). « Une SU est une unité de soins [...], conçue pour prendre en charge les patients victimes d'un AVC. Elle dispose des postes de traitement monitorisés et non monitorisés. Les prestations sont toutes fournies sur un seul site » (SFCNS, 2012, p.2).

Depuis le premier juillet 2014, une SU a ouvert ses portes à Fribourg (HFR, 2014). Elle est assurée par une équipe multidisciplinaire composée de professionnels de la santé spécialisés dans le traitement des AVC. L'unité offre un traitement de thrombolyse intraveineuse si indiqué, une surveillance rapprochée du patient pour identifier et traiter les complications et mettre en place un traitement secondaire préventif s'il y a risque de récurrence. La neurorééducation débute également précocement dans la SU (HFR, 2014). Deux revues (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2013 ; Wissel, Olver & Stibrant Sunnerhagen, 2013) ont évalué l'effet des soins dans une SU par rapport aux autres formes de soins pour les personnes victimes d'AVC. Il ressort que ces soins plus organisés sont associés à de meilleurs résultats : une réduction des décès, une plus grande chance de survie, une indépendance à domicile un an après et une réduction de la durée des séjours hospitaliers.

### **La réadaptation**

Après la sortie de la SU, les patients passent par la réadaptation qui prend en charge les conséquences liées à l'AVC (Inserm, 2016). Selon l'Hôpital Fribourgeois (2015), la réadaptation conventionnelle de l'AVC se fait à l'hôpital. Cependant, il existe d'autres types tels que la réadaptation ambulatoire, à domicile ou en clinique privée (Wissel, Olver & Stibrant Sunnerhagen, 2013). Elle permet de mettre tout en œuvre pour prévenir et réduire les limitations fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques (HFR, 2015). Pour être efficace, elle doit débuter le plus tôt possible dans la phase aiguë de l'AVC, le but principal étant d'obtenir la meilleure réinsertion et indépendance fonctionnelle du patient dans les délais les plus courts (HFR, 2015 ; Wissel, Olver & Stibrant Sunnerhagen, 2013).

Selon l'Observatoire Suisse de la Santé (2015), pour toute pathologie et âge confondus, la durée moyenne de séjour en réadaptation se situe entre 23 et 25 jours. D'après la Fondation Suisse de Cardiologie (n.d.), il est difficile d'estimer une durée de réadaptation qui est dépendante de la gravité de l'AVC. En revanche, dans la revue médicale de Mühl et Vuadens (2011), il est souligné que la durée des soins après un AVC est longue.

En raison de la mise en place du système uniforme de forfaits par cas (Diagnosis Related Groups : DRG) en Suisse, les patients sont transférés plus tôt des hôpitaux aigus aux établissements de réadaptation (Obsan, 2015). De plus, selon Swiss Reha (2012), le transfert des patients à leur domicile se fait aussi plus rapidement. C'est pourquoi, d'après la revue systématique de Siemonsma, Döpp, Alpay, Meeteren & Chorus (2014), une alternative prometteuse pour régulariser les établissements de réadaptation hospitaliers serait la réadaptation à domicile. Selon l'étude de Wissel, Olver & Stibrant Sunnerhangen (2013), pour une prise en charge efficiente des patients victimes d'AVC, la réadaptation devrait débuter en milieu hospitalier et être suivie activement tout au long de la rééducation.

### **Problématique**

Les progrès de la médecine et les nouvelles technologies médicales engendrent une augmentation de l'espérance de vie et donc le vieillissement de la population ce qui fait craindre à une augmentation du nombre de patients faisant un AVC (Sager Tinguely & Weber, 2011 ; HAS, 2009). Des SC et des SU ont été développés permettant ainsi une prise en charge précoce et efficace afin d'apporter des soins de meilleures qualités.

En conséquence à l'introduction des DRG, la durée des hospitalisations est réduite et le patient est donc plus rapidement orienté vers son domicile. L'évolution

du système de santé amène à porter plus d'importance à la transition entre les différents lieux (Dallaire, 2008 ; Hill, Twiddy, Hewison & O House, 2014). Selon Dallaire (2008), les concepts de continuité de soins et de transition sont alors abordés plus rapidement dans la prise en charge du patient afin de planifier des soins transitionnels (Dallaire, 2008). Cependant, la transition des soins entre l'hôpital et le domicile a été identifiée comme un obstacle à des soins optimaux (Wissel, Olver & Stibrant Sunnerhagen, 2013).

Par la recension des écrits (Perrier, 2011 ; Health Quality Ontario, 2014 ; Mabire, 2015 ; Dallaire, 2008), différents exemples de situation provoqués par un manque de continuité des soins ont été identifiés : un patient sur cinq est victime d'un événement indésirable dont deux tiers sont liés aux médicaments, jusqu'à 40% des patients sont toujours en attente de résultats d'examens faits lors de leur séjour hospitalier, certains patients rapportent ne pas avoir reçu d'enseignement sur les symptômes à surveiller ni sur la personne à contacter, d'autres sont sortis de l'hôpital avant d'être évalués pour recevoir des soins de réadaptation. Ces problèmes ont souvent pour conséquence une réhospitalisation, une augmentation des coûts de la santé et une diminution de la qualité de vie et de la satisfaction des patients (Mabire, 2015).

Selon Dallaire (2008), les interventions infirmières dans cette période de transition sont mal délimitées. Il y a un manque systématique de continuité et de coordination des soins entre les professionnels (Mabire, 2015). Sachant que la réadaptation de l'AVC, dans l'idéal, devrait débuter durant sa phase aigue soit en SU, la transition entre cette réadaptation en milieu hospitalier et son suivi à domicile définit le contexte de cette revue de littérature.

### **Question de recherche**

En se basant sur les différents éléments ressortis dans l'état des connaissances et la problématique, la question de recherche qui en découle est la suivante :

*Quelles sont les stratégies infirmières facilitant la continuité des soins chez les personnes âgées victimes d'AVC dans la transition des soins de la réadaptation hospitalière au domicile ?*

### **PICo**

**Population** à l'étude : personnes âgées victimes d'AVC et ses proches aidants

**Phénomène d'Intérêt** : stratégies infirmières facilitant la continuité des soins

**Contexte** : la transition des soins de la réadaptation en milieu hospitalier au domicile

### **Intérêt pour la pratique infirmière**

Pour ce travail, les auteures ont décidé de se pencher sur les interventions infirmières facilitant la transition des soins. Selon différentes études lues (Dallaire, 2008; Obsan, 2015; Hill, Twiddy, Hewison & O House, 2014; Pühr & Thompson, 2015), celle-ci est un problème actuel. De plus, un besoin important des patients est de bénéficier d'une continuité des soins entre l'hôpital et leur domicile. L'intérêt de cette thématique de la transition pour la pratique infirmière est lié au fait que cette pathologie a une prévalence élevée, des handicaps invalidants, engendre des coûts de la santé importants et est en augmentation due au vieillissement de la population. De plus, les auteures de cette revue ont remarqué que peu d'études ont été effectuées sur la période de transition dans l'AVC. L'objectif étant ainsi de mieux comprendre le déroulement et les implications de la transition de soins afin de faciliter cette période de déséquilibre pour les patients (Dallaire, 2008).

## **Cadre théorique**

Ce chapitre met en évidence deux théories, un modèle et des concepts comme fondement des connaissances. Les auteures de cette revue de littérature ont illustré l'état des connaissances et le cadre théorique par une carte conceptuelle permettant ainsi d'avoir une vue d'ensemble (cf. appendice C).

### **La théorie intermédiaire de la transition de Meleis**

Afaf Ibrahim Meleis, infirmière théoricienne du XXème siècle, a développé une théorie intermédiaire de la transition. « Dans une perspective infirmière, la transition est un concept bio-psycho-socio-culturel centré sur la personne qui a fait l'objet d'une théorie intermédiaire par Meleis » (Meleis, 2007, cité dans Ferrari, 2012, p.60). « La transition est un passage entre deux périodes relativement stables et durant un certain temps » (Chick & Meleis, 1986, cité dans Dallaire, 2008, p.103). Elle se définit comme un mouvement temporel d'aller d'un côté vers l'autre (Dallaire, 2008, p.103). « Ce processus apparaît lorsque les circonstances de la vie ou les relations changent et qu'elles entraînent une adaptation » (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006, selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)). La transition se manifeste par des déséquilibres et de l'instabilité. Le déplacement vers des soins prodigués à domicile représente un événement majeur pour les personnes âgées et peut être une expérience traumatisante (Reed & Payton, 1996, cité dans Davies, 2005).

La théorie de la transition selon Meleis s'articule autour de quatre dimensions : la nature des transitions (types, modèles, propriétés), les conditions facilitant ou entravant les transitions (facteurs personnels, communautaires et sociaux), les modèles de réponses (indicateurs de processus et de résultats) et trois types d'interventions au cours de la transition (cf. appendice D).

Le rôle infirmier dans cette période de transition est essentiellement de « soigner, c'est soutenir et accompagner des individus fragilisés dans des périodes de transition que sont les expériences de maladie pendant lesquelles il y a privation plus ou moins grande d'autonomie » (Saillant & Gagnon, 1996, cité dans Dallaire, 2008, p.103). Selon Davies (2005), l'utiliser comme cadre théorique permet de donner une vision globale de cette expérience vécue par le patient et les professionnels de la santé. Celle-ci apporte une aide aux infirmières dans l'identification des stratégies afin de soutenir les patients et leurs proches tout au long de la période de délocalisation de l'hôpital au domicile (Davies, 2005).

Dans la théorie de Meleis, la nature de la transition se rapprochant le plus à la problématique des auteures est la transition organisationnelle englobant les modalités et les lieux où les soins sont reçus (Meleis, 1997, cité dans Dallaire, 2008). Par contre, un modèle plus ciblé sur la continuité des soins et sur l'organisation de la transition a été développé et est décrit ci-dessous.

### **Naylor's Transitional Care Model**

Selon la revue de Puhr & Hilaire Thompson (2015) et l'article de Mabire (2015), il existe plusieurs modèles de transition des soins. Pour cette revue, les auteures retiennent le modèle le plus ressorti dans les articles scientifiques (Puhr & Hilaire Thompson, 2015 ; Poston, Dumas & Edlung, 2013 ; Wong & Yeung, 2015) : le « Naylor's Transitional Care Model (TCM) ». De plus, selon Mabire (2015), ce modèle est le plus pertinent pour la population choisie étant donné qu'il est centré sur les personnes âgées à risque de complications après le retour à domicile. Il est également approprié et complet pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles. Selon Wong et Yeung (2015), peu d'études ont été faites chez des patients victimes d'un AVC s'appuyant sur ce modèle, mais ces auteurs relèvent qu'il est

applicable chez des patients sortant de l'hôpital avec des déficits neurologiques légers à modérés. De plus, l'étude de Pühr & Hilaire Thompson (2015), rajoute qu'il est adéquat chez les patients victimes d'AVC.

Selon Penn Nursing Science (2014a), le TCM a été conçu par le Dr. Mary Naylor et une équipe pluridisciplinaire afin de soutenir des personnes âgées dans la transition d'un milieu aigu à leur domicile avec des besoins complexes. Il prépare le patient et ses proches aidants à gérer plus efficacement les changements de santé associés à la maladie chronique et aux comorbidités. Ce modèle permettant d'améliorer la continuité des soins repose sur une base solide de dix éléments essentiels (cf. appendice E).

Un impact positif sur les résultats de soins auprès des personnes âgées a été prouvé en s'appuyant sur ce modèle (Penn Nursing Science, 2014a). Son utilisation permet une réduction des réadmissions et une diminution des coûts de la santé (Penn Nursing Science, 2014a ; Pühr & Hilaire Thompson, 2015). Il augmente également la satisfaction globale du patient dans les soins de transition (Penn Nursing Science, 2014b). Différentes études (Naylor & McCauley, 1999 ; Naylor & al., 2004 ; Stauffer & al., n.d., cité dans Mabire, 2015) mentionnent que la situation du patient devrait être, dans l'idéal, prise en charge par une infirmière spécialisée.

### **Modèle de Mc Gill**

Les familles se retrouvent devant le fait accompli de prodiguer des soins de la vie quotidienne à leur membre malade à la place des professionnels de la santé (Sager Tinguely & Weber, 2011). C'est pourquoi les auteures ont choisi d'utiliser le modèle de Mc Gill qui implique le patient et la famille et se repose sur les forces, le potentiel de développement de la santé et les besoins de ceux-ci (Biro, Dervaux & Pegon, 2005).

Le Dr. Moyra Allen a introduit la notion de client/famille et a créé un système à trois dimensions impliquant de manière indissociable le client, sa famille et l'infirmière (Biro, Dervaux & Pegon, 2005). « Mettre la famille au centre des préoccupations des infirmières afin de promouvoir la santé des individus est un véritable challenge [...] » (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p.36). C'est une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients. Il met en avant le partenariat soignant/individu/famille (Biro, Dervaux & Pegon, 2005). Au fil du temps, le modèle se développe, se redéfinit, est testé et impliqué dans les démarches de soins comme structure pour la pratique infirmière (Imgram School of Nursing, 2016).

L'infirmière occupe « une place essentielle dans l'accompagnement de l'apprentissage de la santé auprès des familles [...] » (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p.29). Afin de planifier sa démarche de soins et donc ses interventions, l'infirmière va repérer les ressources internes du client/famille ainsi que leurs ressources externes. Ses objectifs sont que le client et son entourage participent de manière efficace à maintenir, renforcer et restaurer leur santé, à développer des compétences et à acquérir de nouveaux comportements favorables à la santé (Biro, Dervaux & Pegon, 2005).

### **Concepts**

La coordination des soins, l'interdisciplinarité et la continuité des soins sont des éléments essentiels de la transition organisationnelle des soins. Les auteures se sont également intéressées aux différentes formations des soins infirmiers liées à la coordination des soins. De plus, étant donné la restructuration du système de santé, la réadaptation à domicile est une alternative prometteuse. C'est pourquoi les auteures développent aussi le concept des services d'Early Supported Discharge (ESD).

### **La coordination des soins et l'interdisciplinarité**

« La coordination des soins est un concept à la mode dont les contours sont souvent flous » (Schaller & Gaspoz, 2008, p.2034). Selon Nadot-Ghanem (2006, cité dans Sager Tinguely & Weber, 2011), elle met en relation les différentes disciplines de santé afin de permettre des échanges complémentaires et d'ouvrir différentes solutions sur les situations de santé complexes en vue d'un objectif commun. L'infirmière y joue un rôle clé en assurant de nombreuses activités liées à la coordination des tâches entre les intervenants du milieu hospitalier et extrahospitalier dans le but d'assurer la continuité et la qualité des soins (Sager Tinguely & Weber, 2011).

La prise en charge de l'AVC implique l'intervention de divers intervenants (HAS, 2015). Chaque professionnel est incapable d'obtenir une vision d'ensemble de la situation du patient. Selon Phaneuf (n.d.), les professionnels doivent alors travailler en interdisciplinarité. Ce travail d'équipe signifie qu'ils forment une unité fonctionnelle prenant place dans un espace commun et réunissant plusieurs compétences. La coordination des activités entre les professionnels travaillant en interdisciplinarité est donc le meilleur moyen d'offrir des services optimaux aux patients (Phaneuf, n.d.).

### **La continuité des soins**

Comme souvent citée ci-dessus, la continuité des soins est l'un des éléments clés pouvant assurer la qualité des prestations pour les personnes en besoin d'un suivi complexe. Celle-ci est influencée par la fragmentation du système de santé (Schaller, & Gaspoz, 2008). Divers auteurs cités dans Sager Tinguely & Weber (2011, p.168), définissent :

La continuité des soins en tant que résultat, dans le temps, de l'accès des patients aux soins, des relations personnelles avec les intervenants, de la circulation de l'information entre les intervenants et entre les établissements, ainsi que de la coordination des soins pour en maintenir la cohérence.

La continuité des soins est assurée par les soins de transition qui sont des interventions spécifiques à cette période (Mabire, 2015, p.28). Elle permet une transition lisse entre les différents services de soins et le domicile (Sager Tinguely & Weber, 2011).

### **Les différentes formations en lien avec les soins infirmiers**

Selon l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) (tiré dans ASI, 2011) :

Les soins infirmiers contribuent au développement et au maintien de la santé ainsi qu'à la prévention des risques pour la santé; ils soutiennent les personnes durant leur traitement et les aident à faire face aux effets des maladies et des thérapies y relatives, dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les traitements et les soins, et de maintenir la qualité de vie la meilleure possible à toutes les périodes de la vie et jusqu'à la mort.

Selon Pühr & Hilaire Thompson (2015), les coordinateurs des soins facilitent les interventions de soins de transition. Les auteures ont identifié trois formations spécialisées dans la coordination des soins : Master of Advanced Studies (MAS) en sciences infirmières, Certificate of Advanced Studies (CAS) en case management et CAS en liaison et orientation dans les réseaux de soins (cf. appendice F).

### **La pratique infirmière avancée (MAS en sciences infirmières)**

Selon l'Université de Lausanne et le CHUV (2012, tiré de AIIC, 2008) :

Le terme « Pratique infirmière avancée » est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble.

La pratique infirmière avancée (IPA) distingue deux rôles différents : l'infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) qui exerce l'ensemble des rôles à l'intérieur du champ de la pratique infirmière et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui peut également exercer dans le champ de pratique des médecins (cf. appendice F ; AIIC, 2008 ; Morin & Eicher, 2012 ; Université de Lausanne & CHUV, 2012).

Les avantages de la pratique infirmière avancée sont la réduction du temps d'attente, l'amélioration des prestations médicales, une augmentation de la satisfaction des patients et des professionnels ainsi qu'une réduction de la durée des séjours hospitaliers et des réhospitalisations (Morin & Eicher, 2012).

### **Approche de gestion par cas (CAS en case management)**

Le concept du case management se traduit de manière libre par « la gestion de cas ». Il se définit comme « un processus de gestion holistique et intégré

permettant d'organiser, de coordonner et d'optimiser les ressources humaines/financières/matérielles et les soins et les services requis par les individus et leur entourage » (L'Observatoire des Compétences, 2013, p.15). Adapté au contexte de la transition des soins, il a pour mission d'assurer la continuité des soins obtenus à l'hôpital dans la communauté (Batshika, 2016) et d'offrir du soutien aux patients et à leurs proches (Askey, 2004, cité dans Ferrari, 2012).

La personne ayant fait un CAS en case management est un « case manager » (Batshika, 2016). Celui-ci aide à améliorer et à maintenir une qualité de vie au patient. Il le rencontre à l'hôpital et le suit sur toute la période de transition ainsi que durant un mois après la sortie de l'hôpital (Macchi, 2010 ; Bonsack & al., 2009). Il articule le bon suivi des informations entre l'hôpital et le domicile et entre les différents intervenants (Batshika, 2016). De plus, selon Batshika (2016), le case manager s'appuie sur l'échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB) qui permet d'identifier les objectifs, les besoins et les ressources du patient (cf. appendice G). Le case manager fait partie intégrante de la réussite des soins de transition (CMSA, 2016 ; cf. appendice H).

En Suisse romande, le case management est principalement développé dans le domaine de la psychiatrie. Les auteures ont donc trouvé peu d'articles en lien avec ce concept dans les soins de transition somatiques.

### **Infirmière de liaison (CAS en liaison et orientation)**

L'infirmière de liaison permet d'assurer l'accès adéquat au système de santé aux personnes vulnérables en fonction de leurs besoins et travaille en réseaux avec les différents services. Elle coordonne la prise en charge avec les professionnels de la santé, suit l'hospitalisation du patient et prépare sa sortie dans les meilleures conditions possibles (Réseaux Santé Vaud, n.d.).

## **Early Supported Discharge**

Le concept « ESD », traduit librement par les auteures « sortie précoce soutenue », a été développé dans le but d'accélérer la sortie de l'hôpital et de fournir une continuité de réadaptation intensive au domicile du patient (Health Quality Ontario, 2014 ; Hounslow and Richmond Community Healthcare, n.d.). D'après la Health Quality Ontario (2014), la réadaptation, dans l'environnement familial, encourage l'auto-gestion du patient quant à son rétablissement pour améliorer un maximum ses compétences physiques, psychologiques et sociales.

« ESD team », traduit librement par « l'équipe de sortie précoce soutenue » multidisciplinaire, est composée de spécialistes de réadaptation (Alberta Health Services, n.d. ; South Tees Hospitals, n.d.). Selon la Health Quality Ontario (2014) et la Hounslow and Richmond Community Healthcare (n.d.), l'équipe d'ESD s'associe aux SU et coordonne la sortie des patients. La durée de sa prestation est de six semaines (South Tees Hospitals, n.d.).

D'après la Health Quality Ontario (2014), les prestations d'ESD offrent de meilleurs bénéfices aux patients victimes d'un AVC léger à modéré. Ces derniers doivent remplir des critères précis pour recevoir les soins des services d'ESD : diagnostiqués d'un nouvel AVC par un médecin, doivent être médicalement stables pour la sortie, avoir une capacité cognitive adéquate pour être en sécurité à domicile, être transférés avec l'aide de maximum un équipement, être capables de participer activement aux exercices de réadaptation et avoir besoin de trois heures quarante-cinq minutes de thérapie durant les deux premières semaines (traduction libre par les auteures, Hounslow and Richmond Community Healthcare, n.d.).

Une revue systématique rédigée par Langhorne & Widen-Holmqvist (2007) a comparé les services d'ESD et les soins hospitaliers conventionnels. Les auteurs

concluent que les prestations d'ESD fournissent un niveau de réadaptation équivalent aux services conventionnels, accélèrent la sortie de l'hôpital et augmentent les chances pour le patient d'être indépendant sur le long terme. D'après les résultats de la revue de Fearon, Langhorne & Early Supported Discharge Trialists (2012), les services d'ESD réduisent la dépendance des patients à long terme mais également les réhospitalisations. Ils permettent au patient de rester à domicile plus longtemps, ils diminuent le taux de mortalité, diminuent les coûts de la santé et contribuent à l'éducation et au soutien des patients et de leurs proches (Fearon, Langhorne & Early Supported Discharge Trialists, 2012 et Wong & Yeung, 2015).

### **Soins à domicile**

Selon Langhorne (n.d.), les services communautaires prennent le relais de la prise en charge de la situation après les six semaines de thérapie intensive de réadaptation fournie par l'équipe d'ESD. Ces services, également appelés soins à domicile, fournissent une palette de prestations permettant au patient de rester le plus longtemps possible dans son environnement familial (Aide et soins à domicile, n.d.).

Fragile Suisse (n.d.), collaborant avec les soins à domicile, offre un accompagnement à domicile pour les personnes victimes de lésions cérébrales, tel que l'AVC, ainsi qu'à ses proches. Le soutien proposé est individualisé et vise l'indépendance du patient dans sa vie quotidienne. Les services regroupent la planification du quotidien, la gestion des finances et des travaux administratifs, la recherche de soutien comme des structures de jour etc.

## **Proches aidants**

Sortant précocement du milieu hospitalier, les patients se retrouvent à domicile, livrés à eux-mêmes, avec toutes les contraintes que cela implique. Les proches se situent alors au premier plan dans les soins quotidiens de leur membre victime d'AVC (Sager Tinguely & Weber, 2011). Le terme « proche aidant », principalement utilisé dans cette revue, se définit par : « La personne non-professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne » (Sager Tinguely & Weber, 2011, p. 111). En Suisse, en 2004, il a été recensé que 70 à 89% des proches aidants étaient des femmes (Kesselring, 1998, cité dans Sager Tinguely & Weber, 2011, p. 112).

Selon SwissAgeCare-2010 (cité dans Sager Tinguely & Weber, 2011, p.113), les proches aidants « investissent en moyenne un peu plus de soixante heures par semaine pour les soins et se trouvent en moyenne pendant six ans dans cette situation de fourniture de soins ». Les activités où les proches apportent leur aide sont très variées car chaque situation est particulière. En conséquence, assumer un tel rôle peut engendrer un épuisement et du stress (Sager Tinguely & Weber, 2011). D'après l'étude de McPherson, Wilson, Chyurlia & Lecler (2011), la qualité de vie des proches aidants est inférieure aux normes de la population. C'est pourquoi les professionnels doivent inclure les proches aidants dans leur prise en charge et mettre en œuvre des stratégies visant à les soutenir dans leur rôle (McPherson, Wilson, Chyurlia & Lecler, 2011). Des groupes de soutien existent également pour leur permettre de maintenir un mode de vie actif et de trouver du répit dans leur vie quotidienne (Bertilsson, von Koch, Tham & Johansson, 2015). Mais la réalité est différente. Selon un Audit National sur l'AVC (Horgan, McGee & al., 2011), les

patients et leurs proches rapportent manquer d'information, de soutien et de service durant la sortie de l'hôpital. Les proches se plaignent de ne pas savoir quoi faire lorsque le patient rentre à domicile. Ils n'ont pas connaissance des services disponibles pouvant les aider.

### **Liens entre les théories et concepts**

La théorie intermédiaire de la transition de Meleis ainsi que le TCM et le modèle de Mc Gill ont permis de repérer les points centraux de la problématique. En effet, la théorie de Meleis se rapporte essentiellement au vécu du patient durant la période de transition des soins. Le TCM est centré sur les soins mêmes de transition par les infirmières alors que le modèle de Mc Gill se réfère essentiellement à la notion de partenariat avec le client/famille.

Les prestations d'ESD relient la réadaptation précoce en milieu hospitalier à la réadaptation à domicile permettant ainsi de faciliter la continuité des soins par le suivi de la même équipe. Ces prestations sont des services concrets effectués par des professionnels de la santé. Alors que le TCM, lui, étant un modèle de soins et le case management une approche de gestion par cas peuvent être utilisés par tout professionnel spécialisé dans les soins de transition.

Le but principal résultant d'une bonne continuité des soins est une transition lisse. Cela exige un travail interdisciplinaire entre les professionnels et une coordination des soins efficace. Cette dernière est améliorée par différentes formations post-grades : case manager, IPA et infirmière de liaison.

## **Méthode**

Pour réaliser cette revue de littérature, les auteures ont cherché des articles scientifiques sur la banque de données PubMed. Étant donné qu'il y avait assez d'articles sur ce thème et qu'elles ont fait le tour de la question avec toutes les combinaisons possibles des mots mesh, elles n'ont pas eu besoin d'aller sur d'autres banques de données. Par contre, elles se sont référées à CINAHL, BDSP et UPTODATE pour l'état des connaissances et la problématique. Les recherches se sont déroulées entre septembre 2015 et mai 2016. Trente-trois stratégies de recherche sur la banque de données PubMed ont été faites au total (cf. appendice I), dont cinq étaient fructueuses. Les vingt-huit autres stratégies ont fourni soit les mêmes articles que les cinq stratégies fructueuses, soit aucun article ne ressortait. Ces stratégies ont été effectuées en croisant les mots mesh et non-mesh les uns avec les autres en utilisant le connecteur « AND » (cf. tableau 1). Les mots-clés ont été sélectionnés par rapport au thème et convertis en mots mesh à l'aide du site internet Inserm. Le but étant de ne pas dépasser deux-cents articles par recherche, les auteures ont coché une sélection supplémentaire par le sous-thème « organization and administration ». Cette méthode a permis aux auteures de cibler les stratégies de recherche concernant leur problématique.

Elles ont établi des critères d'inclusion et d'exclusion afin de pointer les recherches. De plus, pour toutes les stratégies, elles sélectionnaient les filtres « Full text » et « 5 years », faisant partie des critères d'inclusion afin d'obtenir des études actuelles et diminuer le nombre d'études. Les auteures n'ont pas utilisé la stratégie proposée par la banque de données PubMed qui permet de consulter les articles similaires concernant l'article choisi car le tour de la question a été fait par les combinaisons des mots mesh.

Une sixième stratégie de recherche a été effectuée par le biais d'un site internet remplissant les critères d'inclusion.

### Critères d'inclusion

- Sujet : articles traitant de la transition des personnes âgées d'un contexte hospitalier à domicile
- AVC
- Articles en « full text » traduit librement en « texte intégral »
- Articles datant des 5 dernières années (2011-2016)
- Langues : anglais, français et portugais
- Personnes âgées (plus de 65 ans)
- Pays industrialisés

### Critères d'exclusion

- Contextes des soins palliatifs ou home pour personnes âgées
- Revues de littérature, recommandations, méta-analyses
- Pays en voie de développement : Brésil
- Articles coûtant plus de 20.- CHF

### Stratégies de recherche

Mots clés	Concept 1	Concept 2	Concept 3	Concept 4
	Continuité des soins	Rôle infirmier	AVC	Proche aidant
« AND »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Continuity of Patient Care/organization and administration "[Mesh]</li> <li>- "Patient Discharge/organization and administration" [Mesh]</li> <li>- "Home care services/organization and administration" [Mesh]</li> <li>- "Transitional Care"[Mesh]</li> <li>- "Transitional Care/organization and administration"[Mesh]</li> <li>- Transitional care [non-Mesh]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Quality of Health care "[Mesh]</li> <li>- "Case Management/organization and administration"[Mesh]</li> <li>- "Nurse practitioners/organization and administration "[Mesh] = NP</li> <li>- "Advanced Practice nursing/organization and administration "[Mesh] = IPA infirmière en pratique avancée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Stroke "[Mesh]</li> <li>- Stroke [non-Mesh]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Caregivers" [Mesh]</li> <li>- "Home Nursing "[Mesh]</li> </ul>

Tableau 1 : Mots-clés et mots mesh

### Stratégie 1

"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]

158 articles trouvés dont 3 inclus :

1. Gache, K., Leleu, H., Nitenberg, G., Woimant, F., Ferrua, M. & Minvielle, E. (2014). Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France : a qualitative study. *BCM Health Services Research*, 14. doi : 10.1186/1472-6963-14-95
2. Chouliara, N., Fisher, R., Kerr, M. & Walker, M. (2014). Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services : a qualitative study of challenges, facilitators and impact. *Clinical Rehabilitation*, 28(4), 370-377. doi : 10.1177/0269215513502212
3. Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J., Freidank, A. & Radziwill, R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 286-291. doi : 10.1111/jcpt.12140

### Stratégie 2

"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Caregivers"[Mesh]

161 articles trouvés dont 3 inclus :

4. Howells, A., Morris, R. & Darwin, C. (2012). A Questionnaire to Assess Carer's Experience of Stroke Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19 :3, 256-267. Doi : 10.1310/tsrl1903-256.
5. Neiterman, E., Wodchis, W. & Bourgeault, I. (2015). Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging* 34, pp. 90-99. Doi : 10.1017/S0714980814000518
6. Bradway, C., Trotta, R., Bixby, B., McPartland, E., Wollman, C., Kapustka, H., McClauley, K. & Naylor, M. (2011). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse-Directed Transitional Care Model Intervention. *The Gerontologist*, 52, no. 3, 394-407. Doi : 10.1093/geront/gnr078

### Stratégie 3

"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]

38 articles trouvés dont 3 inclus :

L'étude n°2 et n°4

7. Tistad, M. & von Koch, L. (2015). Usual Clinical Practice for Early Supported Discharge after Stroke with Continued Rehabilitation at Home : An Observational Comparative Study. *PLoS ONE* 10(7). Doi : 10.1371/journal.pone.0133536

#### **Stratégie 4**

"Stroke"[Mesh] AND transitional care

12 articles trouvés dont 2 inclus:

L'étude n°3

8. Giosa, J., Stolee, P., Dupuis, S., Mock, S. & Santi, S. (2014). An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 33, 137-153. Doi : 10.1017/S0714980814000026

#### **Stratégie 5**

"Home Care Services/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]

138 articles trouvés dont 2 inclus :

L'étude n°2

9. Copley, C.S., Fisher, R.J., Chouliara, N., Kerr, M. & Walker, M.F. (2013). A qualitative study exploring patient's and carer's experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 27(8) 750-757. Doi : 10.1177/0269215512474030

#### **Stratégie 6**

Article tiré du contenu de l'article n°5 par le biais du site internet suivant : Penn Nursing Science. (2014). *Transitional care model*. Repéré à <http://www.transitionalcare.info/publications>

10. Toles, M. (2012). Transitions in Care among Older Adults Receiving Long Term Services and Supports. *Journal Gerontological Nursing*. 38(11) : 40-47. Doi : 10.3928/00989134-20121003-04.

## Résultats

## Regard critique sur les études scientifiques incluses

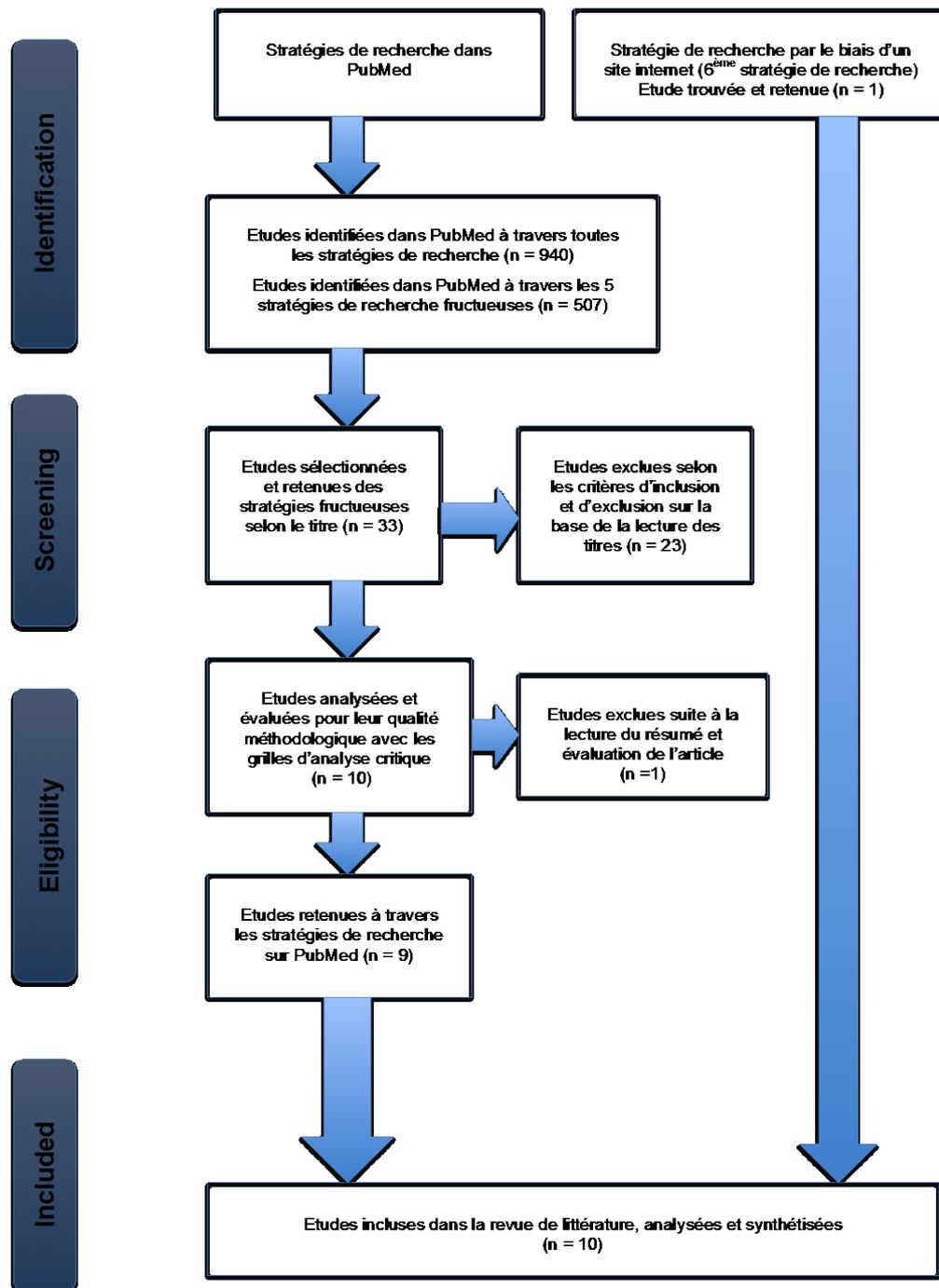


Figure 1 : Flow chart

Prisma (2009).

Les articles inclus ont été évalués et analysés à l'aide de grilles de lecture d'articles. Ceci a permis de définir si les articles remplissent les critères scientifiques en y posant un regard critique et de synthétiser les données pour ensuite réaliser le travail de recherche.

Cinq stratégies de recherche ont été effectuées avec la banque de données PubMed et une par le biais d'un site internet (cf. Flow chart - figure 1). Au terme de ces diverses recherches, les auteures comptaient onze études (dix de PubMed et une d'un site internet) répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Un article a alors du être exclu étant donné que cette revue de littérature doit compter entre six à dix articles. Le choix de l'exclusion a porté sur l'analyse et l'évaluation méthodologiques de cet article. Les auteures ont donc au total inclus les dix articles les plus pertinents à la problématique de départ. Etant une problématique actuelle, les recherches antérieures à 2011 ont été supprimées. Les résultats démontrés dans ces dernières sont alors actuels.

Un tableau récapitulatif, comprenant les références, l'approche, le devis, les buts de l'étude, l'échantillon et la méthode, a été élaboré afin de simplifier la lecture des résultats et d'avoir une vision globale des études incluses dans cette revue de littérature (cf. appendice J). Les stratégies de recherche ont permis d'inclure sept études qualitatives (Gache & al., 2014 ; Chouliara & al., 2014 ; Neiterman & al., 2015 ; Bradway & al., 2011 ; Giosa & al., 2014 ; Cobley & al., 2013 ; Toles & al., 2012) et trois quantitatives (Homann & al., 2014 ; Howells & al., 2012 ; Tistad & al., 2015). Deux études ne décrivent pas leur devis de recherche (Gache & al., 2014 ; Neiterman & al., 2015). L'approche qualitative a permis d'identifier les obstacles à la transition, d'explorer les perceptions par rapport aux prestations d'ESD et de décrire et d'explorer les besoins des patients et des proches aidants. L'approche quantitative évalue quant à elle l'impact et l'utilité d'un rapport de médicaments

structuré, établit la validité et la fiabilité d'un questionnaire et compare les prestations des services d'ESD aux services conventionnels.

Les populations à l'étude étaient majoritairement des patients victimes d'AVC (n= 506) ayant une moyenne d'âge de 72.2 ans. Les proches aidants étaient très variés : conjointes/conjoints, filles, fils, amis, voisins, etc. Le nombre total s'élevant à 124. 85 professionnels de la santé ont été interrogés : des IPA, des case managers, des médecins, des infirmières, des cliniciens, des praticiens, des cadres, etc.

Pour l'approche qualitative, les entretiens semi-structurés (n=6) ont majoritairement été utilisés. Des auteurs se sont cependant appuyés sur des notes de terrain pour mener leur étude qualitative (n=1), alors que pour l'approche quantitative, il n'y a que des envois de questionnaires (n=3) qui ont été utilisés.

Neuf études ont demandé un consentement éclairé par la population à l'étude avant de débiter leurs récoltes de données. L'étude de Gache & al. (2014) n'a pas décrit explicitement ce renseignement, cependant l'autorisation de l'étude a été accordée par la Commission Nationale de l'informatique et des libertés. Cinq études (Howells & al., 2012 ; Neiterman & al., 2015 ; Tistad & al., 2015 ; Cobley & al., 2013 ; Toles & al., 2012) ont reçu l'approbation de différents comités d'éthique. L'étude de Gache & al. (2014) a été épargnée de celle-ci. Cependant, quatre études (Chouliara & al., 2014 ; Homann & al., 2014 ; Bradway & al., 2011 ; Giosa & al., 2014) ne donnent pas de donnée sur ce sujet.

Un des critères d'inclusion étant des études élaborées dans les pays industrialisés, les études analysées ont été menées au Royaume-Uni (n=3), au Canada (n=2), aux Etats-Unis (n=2), en Allemagne (n=1), en France (n=1) et en Suède (n=1).

### **Catégorisation des résultats issus des études incluses**

A la suite de l'analyse des dix études, les résultats les plus pertinents ont été catégorisés par thème. Il a été difficile pour les auteures de regrouper les données étant donné la diversité des résultats des études. Trois thèmes ont donc été retenus et exposés ci-dessous en lien avec la question de recherche et la problématique de départ :

- Obstacles à la transition
- Besoins des patients et des proches aidants
- Facilitateurs à la transition

L'ordre d'apparition des thèmes a été choisi ainsi permettant une bonne compréhension des résultats car il était nécessaire aux auteures de connaître en premier les obstacles ainsi que les besoins des patients et des proches aidants avant de soulever les facilitateurs à la transition qui répondent à la question de recherche.

#### **Obstacles à la transition**

Six études ressortent dans leurs résultats des données faisant obstacle à la transition (Bradway, & al., 2011 ; Cobley & al., 2013 ; Gache & al., 2014 ; Giosa & al., 2014 ; Neiterman & al., 2015 et Toles & al., 2012).

L'ampleur du système de soins hospitaliers et communautaires implique une difficulté dans la navigation des services et des prestataires de soins engendrant un manque de continuité des soins (Neiterman & al., 2015). Selon Gache & al. (2014), les principaux obstacles pouvant causer une discontinuité des soins sont essentiellement basés sur un manque de personnel soignant et des problèmes de coordination entre les différents intervenants et les services de soins.

Une confusion dans l'organisation des soins a été identifiée dans l'étude de Neiterman & al. (2015) par les patients et les proches aidants ne sachant pas « qui coordonne quoi ». Les professionnels de la santé interrogés dans l'étude, ont relevé que la coordination des soins est de plus en plus considérée comme une prestation de soins de haute qualité (Gache & al. 2014). En effet, Gache & al. (2014) relèvent que chaque service a son propre fonctionnement et de ce fait, la coordination inter-service est appauvrie. De plus, les patients et les proches aidants expriment une difficulté à coordonner eux-mêmes leurs transferts, leurs soins et leurs rendez-vous (Bradway & al., 2011 ; Neiterman & al., 2015).

Selon les études de Bradway & al. (2011), Gache & al. (2014), Giosa & al. (2014) et Toles & al. (2012), les principaux problèmes de coordination lors de la transition des patients sont : le manque de communication et de coopération à l'hôpital, la transmission sous-optimale des informations aux services communautaires, la fragmentation des services, le manque d'une personne référente des soins et la complexité des besoins des patients. Selon Giosa & al. (2014) et Cobley & al. (2013), les proches de patients victimes d'AVC admettent que le partage des informations par les professionnels est inadéquat et inadapté à cette période de soins. Des patients recevant des soins sur le long terme relèvent un manque d'informations sur les causes de leurs transferts dans les services de soins, leur diagnostic et leur changement de traitement (Toles & al., 2012) ainsi que sur leurs besoins à la sortie de l'hôpital (Bradway & al., 2011). Mais ils ont également un manque de connaissance concernant les symptômes prioritaires, la gravité de la maladie, ses causes, les traitements prodigués et les mesures de prévention secondaire (Gache & al. 2014 ; Cobley & al., 2013). Les informations sont souvent données verbalement risquant implicitement une mauvaise compréhension et l'oubli de celles-ci par les proches et les patients, selon l'étude de Giosa & al. (2014).

Les résultats de l'étude menée par Toles & al. (2012) montrent qu'il manque également un membre des soins qui assure une proximité à la discussion avec les patients et leurs proches afin de les engager et de les informer pleinement dans cette transition. Seulement 33% des patients et de leurs familles rapportent dans cette étude avoir eu une discussion avec leur infirmière à l'hôpital et ont souvent du eux-mêmes engager la conversation. C'est pourquoi les patients et les proches aidants souhaiteraient ainsi une personne référente prenant en compte leurs désirs qui coordonne et organise tous les soins (Neiterman & al., 2015).

### **Besoins des patients et des proches aidants**

Les études de Cobley & al. (2013), Giosa & al. (2014), Neiterman & al. (2015) et Toles & al. (2012) traitent des besoins des patients et des proches aidants dans la période de transition des soins.

Les patients et les proches aidants ont exprimé différents besoins dans l'étude de Toles & al. (2012). Ils désirent obtenir d'amples informations et explications quant à leurs changements de santé et leurs traitements en cours. De plus, ils partagent la nécessité de connaître la suite des soins et les futurs intervenants.

Selon Neiterman & al. (2015), d'importants besoins lors du retour à domicile des patients, causés par de multiples changements, apparaissent. En effet, ceux-ci rapportent une difficulté dans l'exécution des AVQ dans l'immédiat. Une adaptation est alors nécessaire pour entreprendre, dès l'arrivée dans son environnement familial, des modifications en terme de moyens auxiliaires et de réaménagement du logement, un changement de leurs prestataires de soins habituels et la nécessité de retrouver sa routine quotidienne. Ils relèvent également un besoin de connaissance

des services communautaires disponibles et sur les possibilités de les organiser (Neiterman & al., 2015).

Giosa & al. (2014) soulignent dans leur étude l'importance du rôle du proche aidant dans le rétablissement du patient ayant des conditions médicales complexes. Les proches aidants prodiguent environ 80% des soins de soutien à la population âgée. Selon Neiterman & al. (2015), un réseau social soutenant et entourant favorise un rétablissement optimal. La majorité des patients interrogés dans cette étude ont des proches impliqués dans la situation et en sont satisfaits. Les patients n'ayant pas de proche aidant perçoivent, au contraire, la période de transition comme chaotique.

Ces proches aidants ne se sentent pas toujours à l'aise dans la responsabilité qu'induit leur rôle, doutent en leur capacité, manquent de connaissance pour coordonner les soins et se sentent souvent épuisés et isolés (Neiterman & al., 2015 ; Cobley & al., 2013). De plus, selon Cobley & al. (2013), ils manquent d'information quant aux avantages sociaux et ne reçoivent pas de soutien des services communautaires. Ils ressentent le besoin d'avoir une personne avec qui discuter, qui puisse répondre à leurs questions et qui leur redonne confiance en eux (Giosa & al., 2014 ; Toles & al., 2012).

La sortie de l'hôpital est décrite comme « trop rapide » par les proches aidants qui n'ont pas le temps de préparer le domicile du patient et d'organiser toute la prise en charge de ses besoins fondamentaux (Neiterman & al., 2015). Les proches aidants interrogés dans l'étude de Giosa & al. (2014) apprécient la transition en réadaptation hospitalière car elle facilite le suivi de ce processus depuis les soins aigus et leur laisse plus de temps à disposition pour la préparation au retour à domicile.

L'étude de Giosa & al. (2014) a exploré l'expérience des proches aidants en utilisant comme devis une approche basée sur la théorie ancrée qualitative de soutien des proches durant la transition des soins entre l'hôpital et le domicile. Cette théorie ancrée comporte un axe principal qu'est la chronologie des soins de transition contenant des besoins des proches aidants répertoriés en six propriétés ainsi que les différentes émotions ressenties au fil du temps (cf. appendice K). Le concept de base de cette théorie est le renforcement de la capacité des proches aidants à soigner durant le séjour hospitalier et durant la préparation à la sortie. Elle pourrait être utilisée pour guider les interventions des professionnels répondant aux besoins des proches aidants durant les soins de transition (Giosa & al., 2014). Mais elle n'est pas encore validée.

Les résultats en lien avec cette théorie ont identifié des actions répondant à chaque besoin des proches qui sont : l'évaluation de la dynamique familiale, des informations essentielles au moment opportun, de l'enseignement et de l'éducation adaptés et pertinents, une période de questionnement avant la transition de soins, une sensibilisation aux différents services communautaires disponibles et une implication dans la planification des soins hospitaliers et de sortie (Giosa & al., 2014).

De plus, dans cette même étude, les proches aidants interrogés proposent de créer un document de sortie contenant un résumé écrit du plan de soins détaillé, de leurs responsabilités dans la situation du patient et des contacts importants en cas de besoin permettant ainsi de renforcer leur confiance en eux.

Les principaux besoins ressortis par les populations interrogées des diverses études sont l'information, l'enseignement et une personne disponible rejoignant le problème de coordination cité dans les obstacles à la transition.

## **Facilitateurs à la transition**

A travers les études analysées, les auteures ont identifié des facilitateurs à la transition tels que les prestations de sortie précoce soutenue, une infirmière en pratique avancée (IPA) qui coordonne les soins ainsi qu'un rapport de médicaments structuré et un questionnaire évaluant l'expérience des proches aidants.

### **Early Supported Discharge**

Trois études sur les dix analysées abordent le thème des services d'ESD comme facilitant une continuité des soins plus transparente (Chouliara & al., 2014 ; Cobley & al., 2013 et Tistad & al., 2015).

Selon l'étude de Chouliara & al. (2014) interrogeant les professionnels de la santé, les chercheurs montrent que les prestations d'ESD sont perçus comme bénéfiques par la réadaptation spécifique au domicile du patient. Selon Cobley & al. (2013) et Chouliara & al. (2014), le domicile est le meilleur endroit pour recevoir une réadaptation. Les prestations d'ESD permettent une meilleure transition sans coupure et facilitent la continuité des soins. Les chercheurs soulignent également que les services d'ESD offrent une thérapie de réadaptation intensive de six semaines. Cobley & al. (2013) rajoutent que l'équipe d'ESD offrent des visites quatre fois par jour, tous les jours de la semaine. Selon Chouliara & al. (2014), les prestations d'ESD peuvent être cependant adaptés selon le contexte de soins et les besoins du patient. Puisque chaque AVC est différent, les services doivent être encore plus flexibles car certains patients auraient besoin de plus de temps de réadaptation que d'autres. D'après des patients interrogés dans l'étude de Cobley & al. (2013), la transition entre les services communautaires prenant en charge la suite de la réadaptation après les six semaines d'interventions est ressentie par

ceux-ci comme soudaine et abrupte. De plus, selon Chouliara & al. (2014), il manque des services de suivi dans certaines régions du Royaume-Uni, par exemple.

Des études montrent que la durée d'hospitalisation est réduite grâce aux services d'ESD (Gache & al., 2014 ; Giosa & al., 2014 ; Chouliara & al., 2014 ; Tistad & al., 2015). Passant de 7 jours en SU avec les services conventionnels à 5.5 jours (Tistad & al., 2015). Selon l'étude de Cobley & al. (2013), la première visite de l'équipe d'ESD chez le patient est faite dans les premières vingt-quatre heures. Par contre, dans l'étude de Tistad & al. (2015), cette première visite se fait soit durant l'hospitalisation soit jusqu'au septième jour après la sortie de l'hôpital. De plus, l'équipe d'ESD visite le domicile du patient afin d'évaluer le logement et de faire les réaménagements nécessaires (Cobley & al., 2013). Dans les résultats de l'étude de Tistad & al. (2015), l'équipe d'ESD fait plus de visites à domicile du patient que les services conventionnels. Les avis des proches aidants quant à la présence des équipes d'ESD au domicile du patient sont divergents. Certains rapportent qu'ils sont satisfaits de leur présence, leur laissant du temps pour leurs propres activités, alors que d'autres souhaiteraient une présence plus soutenue (Tistad & al., 2015). Une autre étude comparant les proches aidants des patients bénéficiant des services d'ESD ou des services conventionnels affirme que leur temps de loisir est diminué entraînant une importante souffrance dans les deux groupes (Cobley & al., 2013). Cette même étude démontre que dans les deux groupes les proches aidants doivent adopter de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités engendrant ainsi un épuisement. Alors que dans l'étude de Tistad & al. (2015), la charge du proche aidant du patient recevant les prestations d'ESD est significativement diminuée à douze mois ( $p=0.008$ ). Concernant les résultats de soins du patient (indépendance, fréquence des activités sociales, capacité à la marche et satisfaction de la vie) à

douze mois comparant les prestations d'ESD et les services conventionnels, il n'y a pas de différence significative après la sortie de l'hôpital (Tistad & al., 2015). D'autres résultats relèvent que les services d'ESD coûtent moins chers que les services conventionnels de réadaptation, mais cette donnée n'est statistiquement pas significative (Tistad & al., 2015). Alors que selon Cobley & al. (2013), les services d'ESD sont moins coûteux.

Selon Cobley & al. (2013), les patients et les proches aidants sont satisfaits de la variété des exercices de réadaptation proposés qui sont bien enseignés et permettent ainsi un rétablissement optimal. Selon Chouliara & al. (2014), pour une prise en charge efficiente des patients, les exercices de réadaptation auprès des situations moins complexes sont prodigués par des aides alors que le personnel plus qualifié se charge des éléments spécifiques de réadaptation comme s'assurer des rôles de chacun dans la prise en charge.

De plus, cinq obstacles ont été relevés dans l'étude de Chouliara & al. (2014) concernant les prestations d'ESD : la méconnaissance de ces prestations, le manque de connaissance concernant leur utilité, leurs bénéfices et leurs résultats de soins, le manque de clarté quant à l'orientation du patient dans ces services au moment opportun, le manque de partage des données avec l'hôpital et le retard d'un forfait de prise en charge par les assurances maladies. Pour remédier au partage des données, la mise en place de systèmes efficaces pour la transmission de l'information et le suivi des résultats de soins est mise en évidence selon les professionnels interrogés dans cette étude.

En conséquence, selon Chouliara & al. (2014), pour la bonne mise en œuvre des prestations d'ESD, la collaboration et la coordination avec les autres services de

soins sont essentielles à sa réussite et permettent d'identifier les patients appropriés.

### **Infirmière en pratique avancée**

Les patients et les proches aidants interrogés dans l'étude de Neiterman & al. (2015) affirment ne pas savoir « qui fait quoi » dans leur prise en charge. C'est pourquoi un des facilitateurs aux soins de transition rapporté dans l'étude serait d'avoir une personne de référence qui coordonne et organise les soins prodigués au patient.

Dans l'étude de Bradway & al. (2011), l'IPA s'appuie sur le Transitional Care Model afin d'améliorer les résultats de soins dans le passage des soins hospitaliers aux soins communautaires. Les patients et leurs proches aidants interrogés ont identifié les interventions propres à l'IPA comme étant essentielles dans les soins de transition. Selon Neiterman & al. (2015), la visite de l'IPA est la plus utile durant cette période. Une des spécificités de l'IPA relevée dans l'étude de Bradway & al. (2011) est d'être disponible et joignable par téléphone afin de répondre aux questionnements des patients et de leurs proches. En effet, grâce à ses compétences et à ses habiletés en jugement clinique, elle identifie les besoins des patients, facilite la communication entre ceux-ci et les professionnels et collabore ses interventions de manière efficace dans le but d'atteindre les objectifs fixés avec le patient. De plus, l'IPA se soucie d'aider les proches aidants face à la charge de travail engendré par leur rôle. Elle identifie également leurs besoins, les soutient et valorise leur travail. Elle est vigilante à ce que les proches aient les ressources nécessaires. C'est pourquoi elle les intègre au plan de soins et les contacte fréquemment. Un des enjeux concernant la relation avec les proches est que ceux-

ci n'acceptent parfois pas l'aide apportée par l'IPA, ce qui peut entraver les soins optimaux au patient (Bradway & al., 2011).

Les notes de terrain des IPA de l'étude de Bradway & al. (2011) ont relevé qu'elles ont passé beaucoup de temps avec les patients et leurs proches. Dans le but de les rendre indépendants et actifs dans la prise de décision et la résolution de problème, elles leur ont donné toutes les informations nécessaires sur leur situation de santé en fonction de leur manque de connaissance.

La coordination, la cohérence et la communication entre les différents intervenants et services de la communauté sont des facilitateurs des soins de transition (Neiterman & al., 2015 ; Hohmann & al., 2014). En effet, l'IPA peut assurer cette bonne coordination des soins entre les différents services (Bradway & al., 2011 ; Neiterman & al., 2015). Par contre, selon l'étude de Neiterman & al. (2015), l'IPA permet d'organiser ces soins mais pas de les coordonner sur le long terme.

De plus, l'étude de Neiterman & al. (2015) rapporte que l'on pourrait également utiliser une approche de gestion par cas (case management) pour faciliter la continuité des soins.

### **Rapport de médicaments structuré**

L'étude n°3 de Hohmann & al. (2014), a développé un rapport de médicaments structuré contenant des informations détaillées apparaissant dans la lettre de sortie (voir appendice L).

La communication entre les différents intervenants d'une situation s'est avérée être essentielle à la continuité des soins dans la période de transition. Les erreurs les plus fréquemment commises en lien avec un défaut de communication sont des problèmes liés à la médication. En conséquence, cet outil a permis d'augmenter le

taux d'adhérence thérapeutique des patients passant de 83.3% à 90% lors de la sortie de l'hôpital ainsi qu'une meilleure communication entre les intervenants.

Les problèmes les plus importants lors de la transition d'un patient relevés dans cette même étude sont la compréhension de la médication ainsi que le contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires. C'est pourquoi, en parallèle à cet outil, il est important de fournir des informations détaillées verbalement au patient concernant son traitement actuel.

En conclusion de l'étude, selon Hohmann & al. (2014), ce rapport de médicaments structuré réduit les erreurs médicamenteuses, augmente l'adhérence des patients aux traitements et permet ainsi une meilleure communication entre les intervenants. Les médecins généralistes interrogés évaluent cet outil comme « très bien ».

### **Questionnaire pour évaluer l'expérience des proches aidants**

Howells & al. (2012) ont basé leur étude sur la validation d'un questionnaire permettant d'évaluer l'expérience des proches aidants durant les soins aigus et la réadaptation.

Par la recension des écrits de cette étude, l'AVC a un impact autant sur le patient que sur sa famille. En effet, 40 à 50% des patients victimes d'AVC ont besoin d'une assistance de leurs proches pour vivre dans leur environnement familial. De par leur rôle important qu'ils jouent dans la prise en charge du patient à son domicile, il est nécessaire d'évaluer leurs expériences durant l'hospitalisation et la réadaptation de leur proche.

L'étude mentionne l'existence de deux questionnaires, le « Carer's Perceptions of Rehabilitation Questionnaire » et le « Carer Hospital Satisfaction Questionnaire »

(CarerHospat). Le premier n'a pas été validé et le second, évaluant la satisfaction globale du patient, n'a pas montré de stabilité temporelle. Contrairement à ces deux questionnaires, le « Stroke Care Experience Questionnaire » (SCEQ) a été développé pour évaluer spécifiquement les expériences des proches dans les soins. Il comporte entre autre quatre questions sur trente-neuf sur l'expérience des proches dans l'organisation des soins de transition (cf. appendice M). Le but de cette présente étude était donc d'évaluer la validité et la fiabilité de ce questionnaire. Les résultats de l'étude démontrent une fiabilité, une validité et une stabilité temporelle ( $p < 0.01$ )<sup>3</sup>. Les réponses du questionnaire SCEQ ne peuvent pas être généralisées mais doivent être prises en compte individuellement. De plus, le SCEQ a été comparé au CarerHospSat démontrant que 41 patients sur 43 qui ont répondu globalement « satisfait » au Carer HospSat ont au contraire décrit des expériences négatives dans le SCEQ. En conséquence, le CarerHospSat masque les expériences négatives spécifiques des soins vécus par les proches.

Le SCEQ est un outil d'évaluation pouvant donc être utilisé par les professionnels afin d'explorer les aspects de prestations des services dans le but d'améliorer les expériences vécues des proches aidants.

---

<sup>3</sup> Statistiquement significatif

## Discussion

Ce chapitre permet de mettre en lien les principaux résultats ressortis des études scientifiques avec le cadre théorique comprenant : la théorie intermédiaire de la transition de Meleis, le Transitional Care Model, le modèle de Mc Gill et les concepts de coordination des soins et d'interdisciplinarité, de continuité des soins, les différentes formations spécialisées, les prestations de sortie précoce soutenue, les soins à domicile et les proches aidants. Ensuite, les auteures répondent à la question de recherche. Les limitations de la revue de littérature, les implications et les recommandations pour la pratique ainsi que les pistes pour des recherches futures sont évoquées.

### **Interprétation des résultats avec le cadre théorique**

Les trois thèmes principaux ressortis dans les résultats des études analysées correspondent au cadre théorique et influencent la continuité des soins. En effet, la théorie intermédiaire de la transition de Meleis rapporte qu'il y a des conditions entravants et facilitants la transition et qu'il est nécessaire de les identifier afin de déterminer ses interventions (selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)). Le modèle de Mc Gill souligne que la famille est importante dans la prise en charge du patient. Le patient et le proche aidant possèdent en eux les ressources nécessaires quant à la restauration de leur santé. C'est pourquoi l'identification de leurs besoins est fondamentale (Biot, Dervaux & Pegon, 2005).

### **Obstacles à la transition**

Les principaux obstacles recensés à la transition des soins dans les résultats sont causés par un manque de coordination dans les soins (Bradway & al., 2011 ; Cogley & al., 2013 ; Gache & al., 2014 ; Giosa & al., 2014 ; Neiterman & al., 2015 et

Toles & al., 2012). La théorie de Meleis décrit plusieurs types de transition. En effet, dans le contexte de soins décrit dans cette revue de littérature, le patient vit une transition organisationnelle. Celle-ci englobe les modalités et les lieux où sont reçus les soins, c'est-à-dire la coordination des soins, leur organisation et leur planification à travers tous les services de soins.

Le concept de coordination des soins est complexe. Les contours sont encore flous (Schaller & Gaspoz, 2008). Dans la théorie, la coordination des soins est composée de nombreuses activités telle que coordonner des tâches et collaborer avec les différents professionnels (Nadot-Ghanem, 2006, cité dans Sager Tinguely & Weber, 2011). Mais selon l'étude de Gache & al. (2014), il n'y a pas de consensus ni de mesure propres à la coordination des soins issue des données probantes. Les auteures émettent l'hypothèse que les interventions ne sont pas concrètement énumérées dans la théorie et la pratique ce qui rend difficile la détermination des interventions en lien et que les responsabilités entre les différentes spécialisations infirmières ne sont pas claires. Cependant, les auteures de cette revue relèvent les différents obstacles à cette coordination des soins dans les résultats des études : la confusion dans l'organisation des soins, un manque de communication et de coopération, des transmissions sous-optimales des informations, le partage inadéquat des informations, un manque de connaissance de la part des patients et des proches, les informations données verbalement, une fragmentation des services, le manque d'une personne référente, le manque de proximité à la discussion par les professionnels (Bradway & al., 2011 ; Copley & al., 2013 ; Gache & al., 2014 ; Giosa & al., 2014 ; Neiterman & al., 2015 et Toles & al., 2012). De ce fait, ces obstacles doivent être identifiés afin de déterminer les interventions explicites y répondant pour faciliter ce processus de transition. Mais les auteures font l'hypothèse que ces activités de coordination sont entravées par une

négligence importante causée par un certain manque de temps et un écart connu entre ce que dit la théorie et ce que fait la pratique. Ces problèmes doivent être abordés en équipe pour trouver des stratégies adaptées au service spécifique et aux intervenants.

Un autre obstacle causant une discontinuité des soins est un manque de personnel soignant (Gache & al., 2014). En effet, en Suisse il a été recensé une pénurie de personnel soignant à cause du vieillissement de la population de plus de 65 ans, de l'épuisement professionnel engendrant une pré-retraite ou un changement de métier et d'une diminution d'étudiants terminant leurs formations. De ce fait, des défis sont à relever à ce niveau : motiver et former plus de personnes, rendre le métier attractif et aide dans le financement de la formation (Obsan, cité dans RTS, 2010).

Dans l'étude de Bradway & al. (2011), l'IPA était étonnée du manque de connaissance des patients et des proches aidants quant à leur situation. En effet, les études de Gache & al. (2014) et Cobley & al. (2013) relèvent le manque de connaissance concernant la pathologie, les symptômes et les traitements engendrant un obstacle à la transition. De ce fait, les auteures se questionnent sur la capacité des patients et des proches à entendre et à comprendre l'information et supposent que différents facteurs entravent la bonne transmission de l'information (période délicate de transition, information donnée au mauvais moment, changement dans l'état de santé, symptômes liés à l'AVC tel que déficit cognitif).

Etant donné que la transmission de l'information est un élément essentiel à la continuité des soins, dans l'étude de Hohmann & al. (2014), les chercheurs ont développé un rapport structuré de médicaments permettant ainsi un meilleur partage des données. Les chercheurs soulignent qu'il est important de fournir en

parallèle des informations verbalement afin de compléter le rapport. Cependant, l'information donnée verbalement a été recensée comme un obstacle important pour les proches aidants et les patients (Giosa & al., 2014). C'est pourquoi, le document écrit de sortie proposé par les proches aidants interrogés dans l'étude de Giosa & al (2014) permettrait d'avoir un résumé des informations essentielles sur la sortie de l'hôpital du patient qui serait donc complémentaire au rapport de médicaments structuré. De ce fait, l'utilisation de ces deux derniers documents mis en évidence par les explications orales de l'infirmière permettent de répondre à plusieurs obstacles de la transition des soins.

### **Besoins des patients et des proches aidants**

Dans l'étude de Neiterman & al. (2015), les patients relèvent que la transition engendre de multiples changements dans leur vie. En effet, la théorie de Meleis décrit la transition comme un processus entraînant sans cesse des adaptations (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006, selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)). Dans le but de faciliter le processus de transition, il est important de connaître les risques et les besoins des patients et des proches à cette période (Schumacher, Jones & Meleis, 1999, cité dans A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)). En effet, les résultats des études ont permis de recenser ces besoins en terme d'informations, d'enseignement, de personnel disponible à la discussion, de soutien, de préparation à la sortie et au retour à domicile, de temps pour la préparation et pour les questions, d'implication des proches dans la planification des soins et d'un document de sortie détaillé (Cobley & al., 2013 ; Giosa & al., 2014 ; Neiterman & al., 2015 et Toles & al., 2012). Les besoins recensés dans ces études englobent les besoins ressortis dans la problématique.

D'après le modèle de Mc Gill, il est important d'identifier autant les besoins des patients que ceux des proches car ce modèle ne sépare pas le client de sa famille et préconise le partenariat entre eux et les professionnels. Il rajoute que les ressources de la famille doivent être repérées pour la planification des soins (Biro, Dervaux & Pegon, 2005). L'évaluation de la dynamique familiale permet d'identifier l'entourage rapproché qui soutient le patient (Giosa & al., 2014). L'infirmière peut donc se baser sur ce modèle de soins infirmiers pour déterminer et adapter ses interventions auprès du client/famille afin de répondre à leurs besoins. Elle va ainsi les impliquer et les engager dans la prise en charge. De plus, afin de renforcer la capacité des proches aidants à prodiguer des soins, le professionnel peut s'appuyer sur la théorie ancrée développée dans l'étude de Giosa & al. (2014). Cet outil permet au professionnel de répondre aux besoins des proches aidants en fonction des différents temps de la transition de soins. Pour finir, le professionnel peut aussi s'appuyer sur le TCM qui est un modèle approprié et complet pour répondre aux besoins des patients et de sa famille. Il préconise la participation active des patients et de leurs proches (Mabire, 2015).

Le concept de proche aidant développé plus haut et les résultats des études (Cobley & al., 2013 ; Neiterman & al., 2015 ; Giosa & al., 2014 ; Toles & al., 2012) se rejoignent sur la difficulté d'adopter un tel rôle impliquant d'importantes responsabilités et sur les conséquences qu'il engendre au niveau de l'épuisement, de l'isolement et d'un manque de confiance en soi. C'est pourquoi le modèle de Mc Gill met en évidence le rôle essentiel de l'infirmière dans le soutien et l'apprentissage des connaissances auprès de la famille. En effet, malgré le développement des groupes de soutien, les proches aidants ne reçoivent pas l'information quant à leur existence. Les auteures de cette revue relèvent donc un décalage entre la méconnaissance des proches des services de soutien et la

disponibilité de ces derniers. De plus, la théorie de soutien des proches durant la période de transition de l'hôpital au domicile permet d'identifier les interventions qui renforcent la capacité des proches à prodiguer des soins (Giosa & al., 2014).

De plus, dans l'étude de Howells & al. (2012), il a été recensé, de par leur rôle important, que les proches aidants vivent des expériences négatives durant les soins de transition. Il est donc nécessaire de les évaluer avec le questionnaire SCEQ afin d'améliorer les futures prestations de soins.

## **Facilitateurs à la transition**

### **Early Supported Discharge**

La revue de Langhorne & Widen-Holmqvist (2007) et l'étude de Tistad & al. (2015) se rejoignent sur le fait que les services d'ESD diminuent la durée d'hospitalisation. Concernant les résultats de soins, les services d'ESD augmentent les chances d'indépendance du patient sur le long terme (Langhorne & Widen-Holmqvist, 2007). Cependant, Tistad & al. (2015) ne relèvent pas de différence entre les deux groupes de services à douze mois.

Langhorne & Widen-Holmqvist (2007) et Chouliara & al. (2014) relèvent que le domicile est l'environnement le plus favorable pour une réadaptation et permet d'identifier plus facilement les problèmes. Les auteures n'ont pas trouvé un nombre de visites à domicile des prestations d'ESD. Par contre, selon une illustration dans la revue de Langhorne & Widen-Holmqvist (2007), ces visites s'élèvent à quatre fois par semaine puis se réduisent. Alors que selon Cobley & al. (2013), elles s'élèvent à quatre fois par jour. Les auteures relèvent donc l'hypothèse que le programme de réadaptation est individuel et peut être adapté aux besoins du patient. De plus, Chouliara & al. (2014) relèvent que les services d'ESD doivent être flexibles. Mais le

nombre de visites donné par Langhorne & Widen-Holmqvist (2007) paraît plus probable pour les auteures par rapport aux coûts de la santé et étant donné que les services d'ESD sont référés à des patients ayant un AVC léger à modéré.

Les études analysées de Chouliara & al. (2014) et Cobley & al. (2013) n'ont apporté aucune donnée concernant l'emplacement exact de l'équipe d'ESD. Par contre, dans l'étude de Tistad & al. (2015), l'équipe d'ESD est basée en communauté. Les chercheurs relèvent que cette équipe, basée en hospitalier, faciliterait la coordination et le processus de sortie. De plus, selon Langhorne & Widen-Holmqvist (2007), l'équipe d'ESD s'associe aux SU. Les auteures émettent donc l'hypothèse, en se référant à l'appendice N, que l'équipe d'ESD est une équipe mobile rattachée à la SU débutant ses prestations en milieu hospitalier et continuant ses interventions au domicile du patient. Sa présence à l'hôpital puis à domicile favorise la continuité des soins car l'équipe d'ESD permet de faire le lien concret entre les deux lieux de soins. De plus, l'équipe d'ESD connaît le patient dès son admission dans la SU et a pris connaissance de toute la situation. Ses prestations sont alors proposées lorsque le patient remplit les critères d'éligibilité tels qu'un nouvel AVC léger à modéré, stable, capacité cognitive adéquate, capacité à effectuer les exercices de réadaptation et trois heures quarante-cinq minutes de thérapie durant les deux premières semaines. La connaissance de la situation est facilitée par un coordinateur, tel qu'un case manager au sein de la SU, qui permet de faire le lien entre la SU et l'équipe d'ESD par un entretien formel réunissant tous les intervenants sur le programme de réadaptation avec le patient pouvant s'aider des feuilles d'évaluation et de suivi (cf. appendice O). La situation est alors prise en charge par l'équipe de réadaptation d'ESD. Le case manager garde la vue d'ensemble de la situation et revient vers le patient à la fin des services d'ESD afin

de s'assurer du rétablissement et d'évaluer la suite des soins tels que les soins à domicile.

La fin des prestations d'ESD impliquent l'intervention des soins à domicile. L'étude de Chouliara & al. (2014) et la revue de Langhorne & Widen-Holmqvist (2007) se contredisent sur cette transition des soins. En effet, selon Langhorne & Widen-Holmqvist (2007), cette transition se fait graduellement alors que dans l'étude de Chouliara & al. (2014) elle est ressentie comme abrupte par les patients. Selon South Tees Hospitals (n.d.), la durée des prestations peut être discutée en fonction de la situation.

Dans Chouliara & al. (2014), les situations moins complexes sont prises en charge par des aides. Les interventions sont donc réparties selon les compétences des professionnels. En effet, selon la Conférence des sages-femmes cheffes de service (2012), cela répond bien au concept du Skill and Grade Mix qui favorise l'organisation du travail en fonction des compétences et du niveau de formation de chacun au sein de l'équipe soignante. Cette organisation permet ainsi l'amélioration de la qualité des soins. De plus, l'instrument de délégation de Horlacher (2004, selon Bulliard-Verville, 2014 (communication personnelle [Polycopié], mai 2015) permet d'identifier les situations qui peuvent être déléguées par une infirmière qualifiée à du personnel moins qualifié tel qu'un assistant en soins et santé communautaire à travers les critères de stabilité et de complexité.

Les auteures supposent que les prestations d'ESD sont encore récentes et peu connues du public et des professionnels au vue des obstacles relevés dans l'étude de Chouliara & al. (2014) : méconnaissance de ces prestations, de leur utilité, de leur bénéfice, de leurs résultats de soins et du moment opportun pour les débiter.

Les professionnels interrogés dans l'étude de Chouliara & al. (2014) proposent la mise en place de systèmes efficaces pour améliorer le partage des données. Les auteures ont pris connaissance du dossier électronique du patient qui permet « un accès simple et sûr aux données et documents pertinents pour le traitement [...], renforce la collaboration entre les différents groupes professionnels et permet de prodiguer aux patients des soins de qualité tout au long de la chaîne thérapeutique » (OFSP, 2016a). Le dossier électronique du patient entre dans la stratégie Cybersanté Suisse qui vise à l'introduire au niveau national (OFSP, 2014). La loi fédérale sur le dossier électronique du patient a été adoptée par le Parlement en 2015. Elle entrera en vigueur en 2017 (OFSP, 2016b).

### **Un coordinateur des soins**

Dans l'étude de Neiterman & al. (2015), les patients et les proches aidants relèvent une confusion dans l'organisation des soins, ne sachant pas « qui coordonne quoi ». L'étude de Toles & al. (2012) relève le manque d'un membre des soins pour discuter. Avoir une personne de référence est donc un facilitateur des soins (Neiterman & al., 2015). Pour ce faire, un coordinateur des soins principal, travaillant en interdisciplinarité, permettrait d'avoir une vision d'ensemble de la situation facilitant ainsi les soins de transition (Puhr & Hilaire Thompson, 2015 ; Phaneuf, n.d.). Concrètement, d'après les auteures, ce coordinateur des soins ou l'infirmière référente de la situation devrait effectuer des entretiens formels ou des réseaux de sortie avec le patient et sa famille dans le but de les informer, de les impliquer et de répondre à leurs questions. Pour toute autre question informelle, n'importe quelle infirmière a les capacités d'y répondre.

C'est pourquoi, les auteures se sont intéressées aux différentes formations post-grades pouvant répondre à cette demande d'un coordinateur des soins. Toute

personne ayant une spécialisation approfondie en sciences infirmières ou un CAS en case management ou liaison et orientation dans les réseaux de soins peut exercer ce rôle. Mais selon les compétences apprises, les cahiers des charges seront différents. Cependant, dans les résultats des dix études analysées, les auteures n'ont pas relevé d'interventions de case manager ou d'infirmière de liaison. En effet, l'étude de Bradway & al. (2011) et Neiterman & al. (2015) relèvent que l'IPA peut assurer la coordination et l'organisation des soins. De plus, les patients et les proches aidants interrogés dans l'étude de Bradway & al. (2011) rapportent que les interventions propres à l'IPA sont essentielles dans les soins de transition. Dans cette même étude, l'IPA s'appuie sur le TCM pour déterminer ses interventions dans la période de transition. Mais l'étude de Neiterman & al. (2015) relève qu'elle peut également utiliser l'approche de gestion par cas ce qui facilite également la continuité des soins.

Les auteures concluent donc que l'IPA (infirmière en pratique avancée) est la coordinatrice idéale ayant toutes les compétences pour assurer les soins de transition.

### **Réponse à la question de recherche**

Par l'état des connaissances, le cadre théorique et les résultats obtenus dans les études analysées, les auteures répondent à la question de recherche : « Quelles sont les stratégies infirmières facilitant la continuité des soins chez les personnes âgées victimes d'AVC dans la transition des soins de la réadaptation hospitalière au domicile ? »

– Se référer et s'appuyer sur différents cadres théoriques : le TCM, le modèle de Mc Gill, l'approche de gestion par cas et/ou la théorie intermédiaire de la transition de Meleis

- Approfondir ses compétences en suivant une formation continue : un CAS en case management, un CAS en liaison et orientation dans les réseaux de soins et/ou une spécialisation en sciences infirmières
- Déterminer un coordinateur principal ou une personne référente de la situation de soins ayant une vision d'ensemble, dans l'idéal une IPA
- Prendre en compte les proches aidants dans la prise en charge du patient et dans la planification de soins
- Evaluation précoce des capacités et des habiletés d'apprentissage du patient et des proches aidants
- Partage des connaissances au patient et son proche aidant concernant la situation de soins (état du patient, raison du transfert, changements dans l'état de santé)
- Informer les patients et les proches aidants de la sortie et la préparer en partenariat en les impliquant
  - o Identification des obstacles, des besoins et des ressources des patients et des proches aidants
  - o Enseignement adapté et pertinent sur la pathologie, les symptômes, les causes, les traitements et les facteurs de risque
  - o Organiser un réseau de sortie formel avec tous les intervenants
- S'informer et évaluer les conditions du domicile (réaménagements et moyens auxiliaires)
- Engager la conversation et évaluer la charge de travail afin de soutenir les proches aidants dans leur rôle
  - o Renforcer leurs capacités à prodiguer des soins en s'appuyant sur la théorie de soutien des proches aidants durant les soins de transition entre l'hôpital et le domicile
  - o Évaluer leur expérience vécue durant la transition à l'aide du questionnaire SCEQ
- Proposer les prestations de sortie précoce soutenue (ESD) si le patient remplit les critères d'éligibilité
- Informer des services communautaires disponibles (soins à domicile, groupes de soutien, repas à domicile, aide familiale, indemnités forfaitaires, avantages sociaux)
- Partage adéquat et adapté des informations à la sortie aux patients et proches aidants, verbalement et par écrit
  - o Document écrit détaillé de sortie contenant un résumé du plan de soins
  - o Rapport de médicaments structuré
- Organisation, collaboration, coordination et planification des soins inter-professionnelles et inter-services (travail en interdisciplinarité) : SU, service de réadaptation hospitalier, ESD, réadaptation ambulatoire et soins à domicile
- Transmission optimale des informations et le suivi des résultats de soins à tous les intervenants et aux services communautaires (utilisation de système efficace, par exemple, le dossier électronique patient)

### **Recommandations pour la pratique**

Les auteures reviennent sur les stratégies infirmières répondant à la question de recherche. En effet, elles constatent qu'elles ne sont pas toutes réalisables dans la pratique. Beaucoup d'entre elles demandent du temps. De plus, une revue (Maramba, Richards, Myers & Larrabee, 2004) affirme que le temps disponible pour préparer la sortie du patient a diminué étant donné l'accélération des sorties. Pour améliorer la situation, les résultats de cette revue mettent en évidence les bénéfices des compétences des IPA et des gestionnaires de cas dans la préparation de la sortie. C'est pourquoi les auteures recommandent la formation continue. De ce fait, les auteures affirment que les hôpitaux devraient engager davantage d'IPA afin de répondre à l'augmentation des transitions engendrée par la fragmentation des services.

A travers cette revue les auteures ont découvert les prestations d'ESD mises en place au Royaume-Uni. Il serait intéressant pour la pratique de mettre en place ces prestations en Suisse afin d'améliorer la suite de la prise en charge des patients victimes d'AVC. Les auteures, pour cela, vont se renseigner auprès d'une SU située à Fribourg pour connaître les parcours de soins de ces patients et la possibilité de la mise en place de ces services de réadaptation à domicile.

### **Pistes pour des recherches futures**

Deux éléments principaux restent à approfondir dans ce travail pouvant faire l'objet de recherches futures.

Il serait intéressant de faire une étude afin de savoir dans quelles mesures les prestations d'ESD pourraient être implantées en Suisse et de découvrir si ces dernières apporteraient les mêmes bénéfices qu'au Royaume-Uni.

Dans l'étude de Gache & al. (2014), un concept, « Stroke Care Pathways » traduit librement par les auteures comme : le parcours de soins de l'AVC, vise à améliorer l'accès bien organisé aux différents services de la meilleure prise en charge de l'AVC selon le contexte géographique. Il permet de ce fait une meilleure qualité des soins, une réduction de la mortalité et de la morbidité liées à un AVC. Cependant, cette étude s'est basée dans des régions de France et ne peut pas être transférable au niveau national. C'est pourquoi il serait important, pour la mise en œuvre de ce concept, de créer plus d'un type de parcours de soins de l'AVC faisant office de recherches futures.

#### **Limitations de la revue de littérature**

Cette revue de littérature est le résultat d'une première expérience dans la recherche scientifique des auteures. Les critères méthodologiques ayant été respectés au mieux, il se peut que des erreurs soient survenues.

De plus, toutes les études analysées étant en anglais, cela a demandé énormément de temps et de concentration aux auteures pour ne pas modifier le sens des propos des auteurs.

Deux stratégies infirmières répondant à la question de recherche n'ont pas été validées tels que la théorie de soutien des proches aidants dans la transition et le document de sortie proposé par les patients et les proches.

## **Conclusion**

Ce travail met en lumière les obstacles et les besoins les plus fréquemment rencontrés par les patients victimes d'AVC et par leurs proches aidants durant la période de transition des soins. De ce fait, cette revue a permis de répondre à la question de recherche identifiant ainsi les stratégies infirmières facilitant la continuité des soins.

En ce qui concerne le positionnement des auteures, par rapport à cette problématique complexe de transition des soins, elles relèvent un décalage certain entre la théorie et la pratique. De par leurs expériences pratiques, les auteures constatent un manque de temps important pour réaliser ces soins de transition. Grâce à l'élaboration de ce travail, elles ont pris connaissance des interventions pour une transition saine. Elles concluent que ces interventions de transition ne doivent pas être négligées car elles apportent des bénéfices considérables et sont essentielles pour le patient, ses proches aidants mais également à la société.

De plus, cette revue a permis de travailler sur une problématique spécifique, mais les auteures peuvent généraliser et appliquer certaines des stratégies relevées dans leur future pratique professionnelle étant donné que ces dernières peuvent être transférées dans d'autres contextes et situations de soins.

## Références

Aide et soins à domicile. (n.d.). *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile*. Repéré à <http://www.spitex.ch/Home/Pr9xT/>

Alberta Health Services. (n.d.). *Stroke Early Supported discharge Program & Community Rehab Program*. Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/info/service.aspx?id=1067903>

ASI, Swiss ANP, VFP & CHUV. (2012). *Réglementation de l'exercice de l'infirmière de pratique avancée APN : résumé et motifs justifiant une réglementation particulière/spécifique*. Repéré à [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012\\_10\\_29\\_Eckpunkte\\_ANP\\_fr.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012_10_29_Eckpunkte_ANP_fr.pdf)

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr)

Association Suisse des Infirmières (ASI). (2011). *Les soins infirmiers en Suisse : perspectives 2020*. Repéré à [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf)

Bassetti, C., Arnold, M. & von Below, G. (2012). *Certification des Stroke Centers et Stroke Units en Suisse*. Repéré à [http://www.sfcns.ch/tl\\_files/Vorstand/Projects/Stroke/Information%20Spitaeler/BMS-00572.pdf](http://www.sfcns.ch/tl_files/Vorstand/Projects/Stroke/Information%20Spitaeler/BMS-00572.pdf)

Batshika, J. (2016, mai). *Le case management de transition dans les soins*. Communication présentée au 6<sup>ème</sup> Congrès européen de la SETE, éducation thérapeutique du patient, Genève, Suisse.

Bertilsson, A., von Koch, L., Tham, K. & Johansson, U. (2015) Client-centred ADL intervention after stroke: Significant others' experiences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22:5, 377-386, Doi: 10.3109/11038128.2015.1044561

Biro, P., Dervaux, M.-P. & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 102. Doi : 10.3917/rsi.080.0028. Ed. Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

Bonsack, C., Gibellini, S., Ferrari, P., Dorogi, Y., Morgan, C., Morandi, S. & Koch, N. (2009). Le case management de transition : une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweizer Archiv für neurologie une psychiatrie*, 160, 246-252. Repéré à [http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles\\_attachement/recherche\\_prestations/PF\\_Le\\_case\\_management\\_de\\_transition.pdf](http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles_attachement/recherche_prestations/PF_Le_case_management_de_transition.pdf)

Case Management Society of America (CMSA). (2016). *What is a case manager ?* Repéré à <http://www.cmsa.org>

Centre Universitaire Hospitalier Vaudois, service de neurologie. (2015). *Accidents vasculaires cérébraux*. Repéré à <http://www.chuv.ch/neurologie/nlg-patients-maladies-mcv.htm>

Conférence des sages-femmes cheffes de service (2012). *Diversité des compétences (Skill & Grademix)*. Repéré à [http://www.hebamme.ch/x\\_data/allgdnl/Skill-Grademix%20Conseiller%20et%20formateur%20en%20soins%20\[Kompatibilitätsmodus\].pdf](http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnl/Skill-Grademix%20Conseiller%20et%20formateur%20en%20soins%20[Kompatibilitätsmodus].pdf)

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan morin.

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 658-671. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16313379>

Duffner, K. (2015). *C'est une épidémie*. Repéré à <http://www.bayer.ch/fr/vorhofflimmern.php>

Ecole d'études sociales et pédagogiques Lausanne (EESP). (2016). *Formations longues*. Repéré à <http://www.eesp.ch/formation-continue/formations-longues/>

Fearon, P. Langhorne, P. & Early Supported Discharge Trialists. (2012). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000443. Doi: 10.1002/14651858.CD000443.pub3.

Ferrari, P. (2012). Transition et rétablissement. *Revue santé mentale : dossier rétablissement et psychose*, N166. Repéré à <http://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-166-mars-2012.html>

Fondation Suisse de Cardiologie. (n.d.). *Réadaptation après une attaque cérébrale*. Repéré à <https://www.swissheart.ch/fr/maladies-cardiaques-avc/pour-votre-sante/readaptation-apres-une-attaque-cerebrale.html>

Fragile Suisse. (n.d.). *Attaque cérébrale, tumeur cérébrale, traumatisme crânio-cérébral*. Repéré à <http://www.fragile.ch>

Groupe relève pour personnes aphasiques (GRPAAL). (2011). *AVC : Statistiques et chiffres*. Repéré à <http://grpa.ca/avc-statistiques-et-chiffres/>

Haute Autorité de Santé (HAS). (2009). *Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*. Repéré à [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc\\_prise\\_en\\_charge\\_precoce\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). (2015). *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice*. Repéré à [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte)

Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO). (2016). *Certificat en case management : Certificate of Advanced Studies (CAS) HES.SO*. Repéré à [http://www.eesp.ch/homedirs/groups/2/desc\\_form\\_longues/Plaqueette\\_CAS\\_CM\\_20\\_16.pdf](http://www.eesp.ch/homedirs/groups/2/desc_form_longues/Plaqueette_CAS_CM_20_16.pdf)

Health Quality Ontario. (2014). *Effectiveness of an Early Supported Discharge Service for Persons Hospitalized after a stroke episode : a special report*. Toronto : Queen's Printer for Ontario. Repéré à <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/special-reports/eba-early-supported-discharge-140417-en.pdf>

Hill, K., Twiddy, M., Hewison, J. & O House, A. (2014). Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BMC Family Practice*, 15 :191. Doi : 10.1186/s12875-014-0191-8

Hôpital Fribourgeois. (2014). Mise en place d'une unité spécialisée dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral (AVC). *Communiqué de presse*. Repéré à [https://www.fr.ch/hfr/files/pdf65/CP\\_Stroke\\_Unit\\_HFR\\_30.06.2014.pdf](https://www.fr.ch/hfr/files/pdf65/CP_Stroke_Unit_HFR_30.06.2014.pdf)

Hôpital Fribourgeois. (2015). *Prestations : rééducation*. Repéré à <http://www.h-fr.ch/hfr/fr/pub/prestations/specialites/reeducation.htm>

Hôpitaux Universitaires Genevois. (n.d.). *L'accident vasculaire cérébral : des réponses à vos questions*. Repéré à [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/avc\\_fr.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/avc_fr.pdf)

Horgan, F., McGee, H., Hickey, A., Whitford, D., Murphy, S., Royston, M., Cowman, S., Shelley, E., Conroy, R., Wiley, M. & O'Neill, D. (2011). From Prevention to Nursing Home Care : A Comprehensive National Audit of Stroke Care. *Cerebrovascular Disease*, 32, 385-392. Doi : 10.1159/000330640 <http://dx.doi.org/10.1159/000330640>

Hounslow and Richmond Community Healthcare. (n.d.). *Stroke Early Supported Discharge Team (ESD)*. Repéré à <http://www.hrch.nhs.uk>

Imgram School of Nursing. (2016). McGill Model of Nursing, Repéré à <https://www.mcgill.ca/nursing/about/model>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2016). *AVC : Accident Vasculaire Cérébral*. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral>

Langhorne, P. (n.d.). *Facilitating early supported discharge after stroke*. Repéré à <http://www.irishheart.ie/iopen24/pub/conferencedocs/langhorneihf07.pdf>

Langhorne, P. & Widen-Holmqvist, L. (2007). Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 39 : 103-108. Doi : 10.2340/16501977-0042

La Source. (2016). *Liaison et orientation dans les réseaux de soins : CAS HES-SO*. Repéré à [http://www.ecolelasource.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=441](http://www.ecolelasource.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=441)

Le Bihan, E. (2013). *Mise en place d'un nouvel outil pour l'auto-évaluation des difficultés et des besoins des usagers dans un secteur de psychiatrie adulte*. Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire de Santé Mentale dans la Communauté, inédit. Repéré à [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/DIU\\_LE\\_BIHAN.pdf](http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/DIU_LE_BIHAN.pdf)

L'Observatoire des Compétences. (2013). *Case management – Coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes : Rapport final présenté à l'IUIL suite à l'étude menée par Deloitte*. Repéré à <http://www.iuil.lu/uploads/documents/files/etude-deloitte.pdf>

Mabire, C. (2015). Importance des soins de transition : des facteurs prédictifs du succès de la transition de l'hôpital vers la communauté. *Gazette médicale*. Repéré à <http://www.hesav.ch/docs/default-source/recherche-et-developpement-docs/divers-docu/mabire-et-al-gazette-02-15-fm-transition-online.pdf?sfvrsn=0>

Macchi, M.-F. (2010). Case management : un accompagnement de transition entre l'hôpital et la maison. *Diagonales*, 75, 18-20. Suite à une discussion au Congrès, envoyé par Batshika, J. (2016).

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. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15077829>

McPherson, C., Wilson, K., Chyurlia, L. & Leclerc, C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke. *Health and Quality of Life Outcomes*, 29, doi : 10.1186/1477-7525-9-29.

Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S. & Jacard Ruedin, H. (2007). Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. *Observatoire suisse de la santé*. Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad25.pdf>

Morin, D. & Eicher, M. (2012). La pratique infirmière avancée. *Revue médicale Suisse*, 8, 1680-1. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-352/La-pratique-infirmiere-avancee>

Mühl, A. & Vuadens, P. (2011). Intérêt et coût de la réadaptation neurologique des patients cérébrolésés. *Revue médicale Suisse*, 7, 948-951. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-293/Interet-et-cout-de-la-readaptation-neurologique-des-patients-cerebroleses>

Observatoire Suisse de la Santé (2015). *Durée de séjour dans les établissements de réadaptation*. Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-de-sejour-dans-les-etablissements-de-readaptation>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2014). *La « Stratégie Cybersanté Suisse » du 27 juin 2007*. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10359/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016a). *La Cybersanté – Services électroniques en ligne*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016b). *Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP)*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=fr>

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Classifications of Diseases*. Repéré à <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Passeportsanté. (2011). *Accident vasculaire cérébral*. Repéré à [http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=accident\\_vasculaire\\_cerebral\\_pm](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=accident_vasculaire_cerebral_pm)

Penn Nursing Science. (2014a). *About TCM*. Repéré à <http://www.transitionalcare.info/about-tcm>

Penn Nursing Science. (2014b). *Essential Elements*. Repéré à <http://www.transitionalcare.info/essential-elements>

Perrier, A. (2011). Transition et continuité des soins : il faut être deux pour se parler. *Revue médicale suisse*, 313. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-313/Transition-et-continuite-des-soins-il-faut-etre-deux-pour-se-parler>

Phaneuf, M. & Gadbois, C. (n.d.) *Interdisciplinarité et plan thérapeutique infirmier*. Repéré à [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Interdisciplinarite\\_et\\_plan\\_therapeutique\\_infirmier.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Interdisciplinarite_et_plan_therapeutique_infirmier.pdf)

Pomini, V., Golay, P. & Reymond, C. (2008). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. *L'information psychiatrique*, 84, p.895-902. Doi: 10.3917/inpsy.8410.0895

Poston, K., Dumas, B. & Edlung, B. (2013). Outcomes of a quality improvement project implementing stroke discharge advocacy to reduce 30-day readmission rates. *J Nurs Care Qual*, 29, No.3, 237-244. Doi : 10.1097/NCQ.000000000000040

Purh, I. & Hilaire Thompson, J. (2015). The use of transitional care models in patients with stroke. *American Association of Neuroscience Nurses*, 47 :4, 223-234. Doi : 10.1097/JNN.0000000000000143

Reisser, P. (2014). *Cours – Neurologie – Accident vasculaire cérébral*. Repéré à <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-neurologie-accident-vasculaire-cerebral.html>

Réseaux Santé Vaud. (n.d.). *L'infirmière de liaison*. [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/article/2013/11/26/linfirmiere-de-liaison>

RTS. (2010). *Grave pénurie en vue dans le personnel hospitalier*. Repéré à <http://www.rts.ch/info/suisse/1058350-grave-penurie-en-vue-dans-le-personnel-hospitalier.html>

Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Reuil-Malmaison, France : Lamarre.

Santé-médecine. (2016). *Prise en charge de l'AVC: recommandations*. Repéré à <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/1330-prise-en-charge-de-l-avc-recommandations>

Santé romande. (2012). *Accident vasculaire cérébral*. Repéré à <http://www.santeromande.ch/Structure/C10.228.140.300.301.html>

Schaller, P. & Gaspoz, J.-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. *Revue Médicale Suisse*, 4, 2034-9. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2008/RMS-172/Continuite-coordination-integration-des-soins-entre-theorie-et-pratique>

Siemonsma, P., Döpp, C., Alpay, L., Meeteren, N. & Chorus, A. (2014). Determinants influencing the implementation of home-based stroke rehabilitation : a systematic review. *Disabil Rehabil*, 36, 2019-30. Doi : 10.3109/09638288.2014.885091.

Société Cérébrovasculaire Suisse (SCS). (n.d.). *Stroke Units*. Repéré à <http://www.neurovasc.ch/index.php/stroke-units.html>

South Tees Hospitals. (n.d.). *Stroke Early Supported Discharge Service*. Repéré à <http://southtees.nhs.uk/services/stroke/early-supported-discharge/>

Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.

Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS). (2012). *Critères de qualité pour la certification des Stroke Centers*. Repéré à [http://www.sfcns.ch/tl\\_files/Vorstand/Projects/Stroke/Dokumente%20Templates%20Zertifizierung/SFCNS\\_Criteres%20Certification\\_Stroke%20Centers\\_vs%20I\\_PA.pdf](http://www.sfcns.ch/tl_files/Vorstand/Projects/Stroke/Dokumente%20Templates%20Zertifizierung/SFCNS_Criteres%20Certification_Stroke%20Centers_vs%20I_PA.pdf)

Swiss Reha. (2012). *Une réadaptation plus aigue*. Repéré à <http://www.swissreha.com/downloads/0674swissrehanews17jan2012f.pdf>

Université de Lausanne & CHUV. (2012). *L'IUFRS... Promoteur de nouvelles professions*. Repéré à [http://www.unil.ch/files/live/sites/sciences-infirmieres/files/shared/IUFRS\\_Les\\_nouvelles\\_professions\\_Morin\\_2fev12.pdf](http://www.unil.ch/files/live/sites/sciences-infirmieres/files/shared/IUFRS_Les_nouvelles_professions_Morin_2fev12.pdf)

UpToDate. (2016). *Etiology, classification, and epidemiology of stroke*. Repéré à [http://www.uptodate.com/contents/etiology-classification-and-epidemiology-of-stroke?source=search\\_result&search=avc&selectedTitle=3~150](http://www.uptodate.com/contents/etiology-classification-and-epidemiology-of-stroke?source=search_result&search=avc&selectedTitle=3~150)

Wissel, J., Olver, J. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2013). Navigating the Poststroke Continuum of Care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22, 1-8. Doi : 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.021

Wong, F. & Yeung, S. (2015). Effets of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong : a randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, 23(6), 619-631. Doi : 10.1111/hsc.12177

### Etudes scientifiques analysées

Bradway, C., Trotta, R., Bixby, B., McPartland, E., Wollman, C., Kapustka, H., McClauley, K. & Naylor, M. (2011). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse-Directed Transitional Care Model Intervention. *The Gerontologist*, 52, no. 3, 394-407. Doi : 10.1093/geront/gnr078

Chouliara, N., Fisher, R., Kerr, M. & Walker, M. (2014). Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services : a qualitative study of challenges, facilitators and impact. *Clinical rehabilitation*, 28(4), 370-377. doi : 10.1177/0269215513502212

Cobley, C.S., Fisher, R.J., Chouliara, N., Kerr, M. & Walker, M.F. (2013). A qualitative study exploring patient's and carer's experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 27(8) 750-757. Doi : 10.1177/0269215512474030

Gache, K., Leleu, H., Nitenberg, G., Woimant, F., Ferrua, M. & Minvielle, E. (2014). Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France : a qualitative study. *BCM Health Services Research*, 14. doi : 10.1186/1472-6963-14-95

Giosa, J., Stolee, P., Dupuis, S., Mock, S. & Santi, S. (2014). An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 33, 137-153. Doi : 10.1017/S0714980814000026

Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J., Freidank, A. & Radziwill, R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 286-291. doi : 10.1111/jcpt.12140

Howells, A., Morris, R. & Darwin, C. (2012). A Questionnaire to Assess Carer's Experience of Stroke Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19 :3, 256-267. Doi : 10.1310/tsrl1903-256.

Neiterman, E., Wodchis, W. & Bourgeault, I. (2015). Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging* 34, pp. 90-99. Doi : 10.1017/S0714980814000518

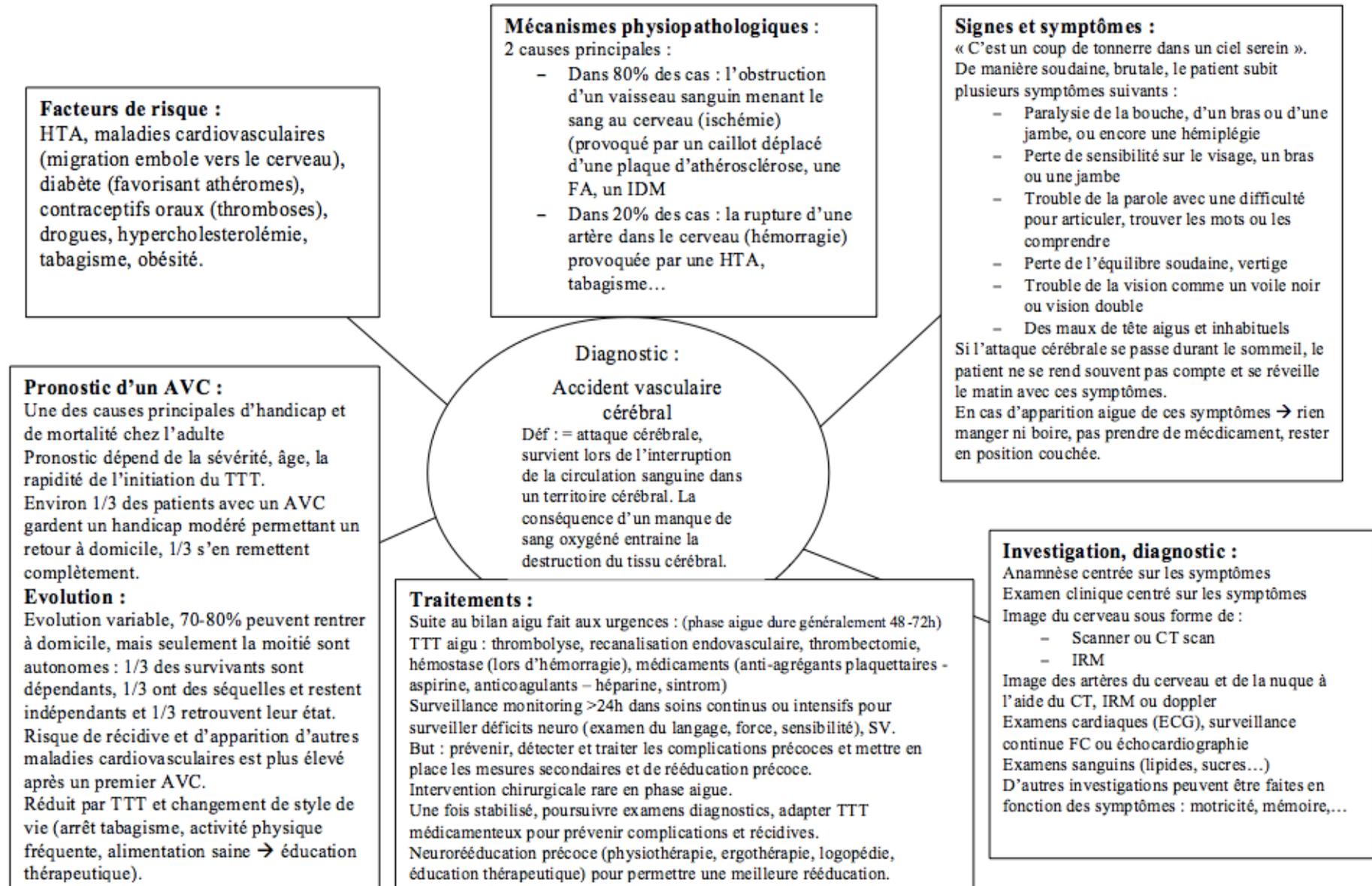
Tistad, M. & von Koch, L. (2015). Usual Clinical Practice for Early Supported Discharge after Stroke with Continued Rehabilitation at Home : An Observational Comparative Study. *PLoS ONE* 10(7). Doi : 10.1371/journal.pone.0133536

Toles, M. (2012). Transitions in Care among Older Adults Receiving Long Term Services and Supports. *Journal Gerontological Nursing*. 38(11) : 40-47. Doi : 10.3928/00989134-20121003-04.

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées ».

Claudia Gomes et Marie Colliard

## Appendice A : Grille SC2



## Appendice B : Localisation des Stroke Centers et Stroke Units en Suisse



### Stroke Centers

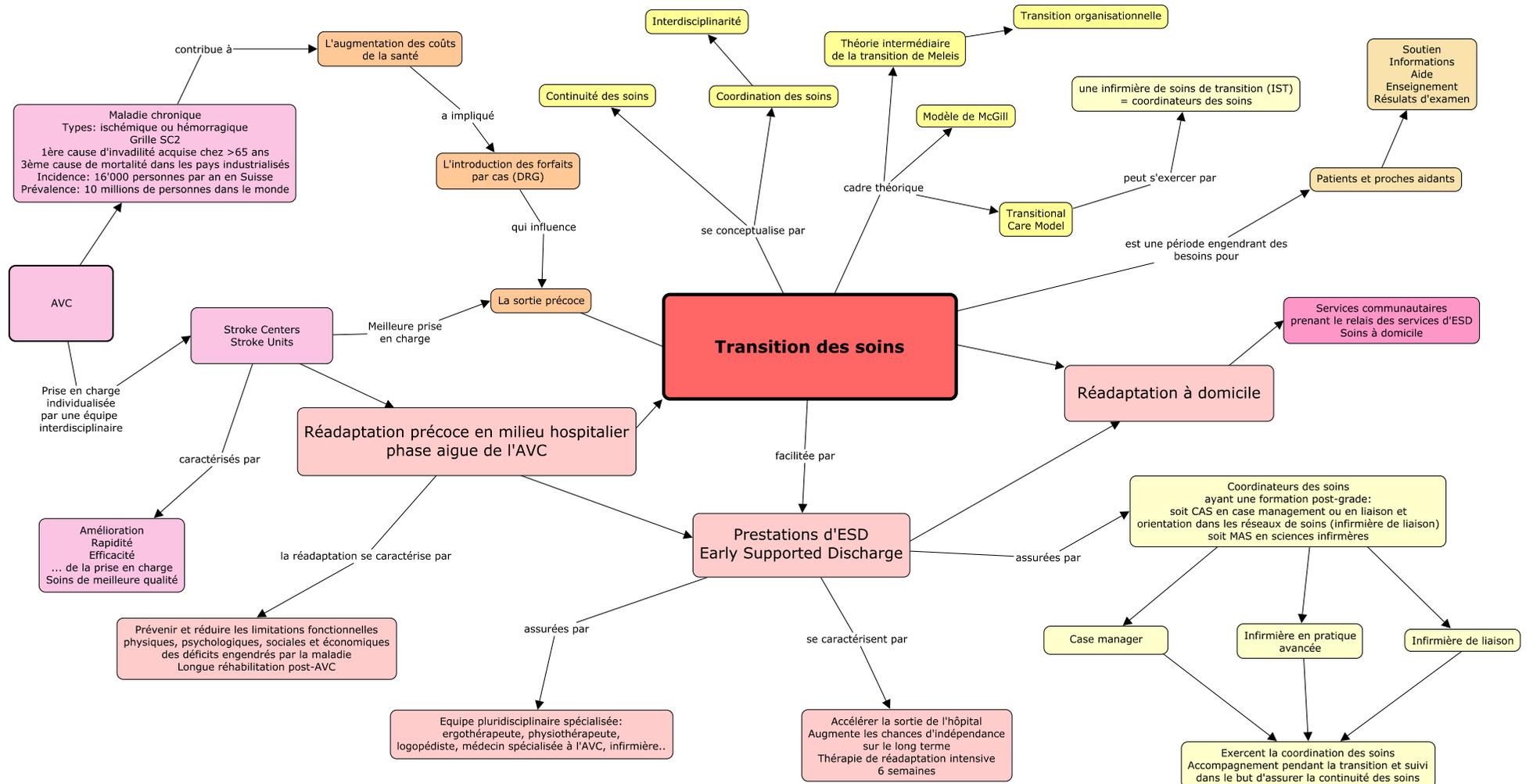
- **Kantonsspital St. Gallen**  
Audit: 18.12.2012  
Certification: 08.04.2013  
**Contact:** Prof. Dr. B. Tettenborn, Dr. G. Kägi
- **Kantonsspital Aarau**  
Audit: 31.07.2013  
Certification: 22.10.2013  
**Contact:** Prof. Dr. K. Nedeltchev
- **HUG, Hôpitaux Universitaires Genève**  
Audit: 16.10.2013  
Certification: 16.12.2013  
**Contact:**  
Prof. Dr. P. Pollak, Prof Dr. R. Sztajzel
- **Inselspital Bern**  
Audit: 22.10.2013  
Certification: 06.12.2013  
**Contact:** Prof. Dr. M. Arnold
- **CHUV, Lausanne**  
Audit: 28.11.2013  
Certification: 21.04.2014  
**Contact:** PD Dr. P. Michel
- **EOC, Ospedale Regionale di Lugano (Civico)**  
Audit: 18.12.2013  
Certification: 26.03.2014  
**Contact:** Dr. C. Städler
- **USB, Universitätsspital Basel**  
Audit: 22.01.2014  
Certification: 22.04.2014  
**Contact:**  
Prof. Dr. Ph. Lyrer, Prof. Dr. S. Engelter
- **UniversitätsSpital Zürich**  
Audit: 28.01.2014  
Certification: 20.03.2014  
**Contact:** Prof. Dr. A. Luft
- **Hirslanden Zürich, 16.05.2014**  
Audit: 16.05.2014  
Certification: 06.08.2014  
**Contact:** Prof. Dr. R. Baumgartner

### Stroke Units

- **Hôpital Neuchâtelois**  
Audit: 11.06.2013  
Certification: 02.09.2013  
**Contact:** PD Dresse S. Renaud
- **Centre Hospitalier du Valais Romand**  
Audit: 12.09.2013  
Certification: 14.04.2014  
**Contact:** Prof. Dr. J. Ghika, Dr. Ch. Bonvin
- **Stadspital Triemli Zürich**  
Audit: 07.11.2013  
Certification: 05.02.2014  
**Contact:** Dr. St. Wolff
- **Luzerner Kantonsspital**  
Audit: 11.11.2013  
Certification: 23.01.2014  
**Contact:** Prof. Dr. St. Bohlhalter
- **Spitalzentrum Biel**  
Audit: 18.11.2013  
Certification: 08.04.2014  
**Contact:** Dr. F. Donati
- **Spital Grabs**  
Audit: 05.12.2013  
Certification: 10.04.2014  
**Contact:** Prof. Dr. C. Berger
- **Hirslanden Klinik St. Anna**  
Audit: 04.07.2014  
Certification: 30.09.2014  
**Contact:** Frau Dr. B. Keserü
- **Kantonsspital Winterthur**  
Audit: 17.09.2014  
Certification: 09.12.2014  
**Contact:** Frau Dr. B. Rodic
- **Spital Limmattal**  
Audit: 12.12.2014  
Certification: 27.04.2015  
**Contact:** Herr Dr. G. Schwegler
- **HFR Fribourg Hôpital Cantonal**  
Audit: 16.12.2014  
Certification: 27.04.2015  
**Contact:** PD Dr. A. Humm  
 **Medienmitteilung**  
 **Communiqué de presse**
- **Kantonsspital Baden**  
Audit: 09.01.2015  
Certification: 16.03.2015  
**Contact:** Prof. Dr. med. P. Sandor
- **Bürgerspital Solothurn**  
Audit: 21.01.2015  
Certification: 27.04.2015  
**Contact:** Dr. med. R. Bühler
- **Kantonsspital Münsterlingen**  
Audit: 05.02.2015  
Certification: 27.04.2015  
**Contact:** Dr. med. M. Weik

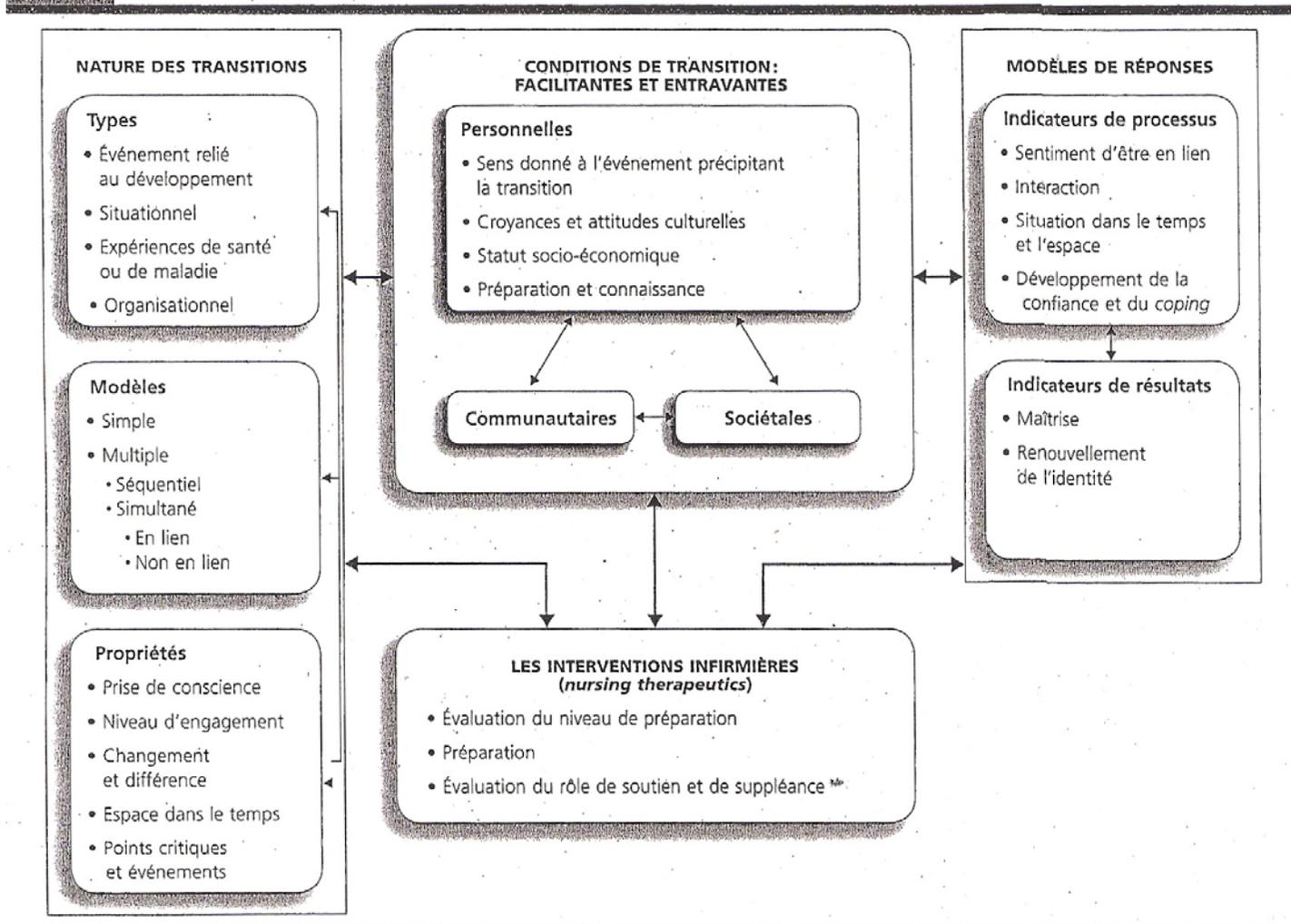
## Appendice C : Carte Conceptuelle

### Transition des soins d'une stroke unit à la réadaptation à domicile Les interventions infirmières facilitant ce processus chez les personnes âgées victimes d'un AVC



## Appendice D : Schéma et théorie de la transition de Meleis

Figure 5.1 La théorie intermédiaire de la transition de Meleis et autres (2000)



Dallaire (2008)

Aubin, K. & Dallaire, M. (2008). Du concept de la continuité des soins et services à celui de la transition. Dans C. Dallaire (Dir.), *Savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession*, (pp. 105). Montréal (Québec): Gaétan Morin éditeur.

## **La nature des transitions**

La nature de la transition que vit le patient comporte les types, les modèles et les propriétés.

### **1. Les types de transition**

Il ressort quatre types principaux de transition :

La transition causée par un événement relié au développement, comme le passage de l'âge adulte à la vieillesse amenant à un déséquilibre et un conflit d'identité ; la transition créée par des situations de la vie, c'est-à-dire dues à un changement de lieu de vie, le fait de devenir un proche aidant ; la transition causée par des expériences de santé et de maladie engendrées par des changements soudains dans le rôle du patient provenant du passage de l'état sain à celui de maladie ; les transitions organisationnelles englobant les modalités et les lieux où les soins peuvent être reçus [...] vécus tant par les patients que par les infirmières (Meleis, 1997, cité dans Dallaire, 2008, p.106).

### **2. Les modèles de transition**

Une transition se réalise sur un modèle simple ou multiple (Schumacher, Jones & Meleis, 1999, cité dans Dallaire, 2008). La transition simple signifie qu'elle arrive seule, alors que si la personne est confrontée à plusieurs transitions séquentielles ou simultanées, on parle de transition multiple. Une personne âgée, ayant fait un AVC et devant rentrer à son domicile à la suite d'une hospitalisation, vit une transition multiple. Elle subit les conséquences qu'engendre la maladie chronique sur sa vie en adaptant les symptômes invalidants. Elle doit réapprendre à vivre à domicile avec ces pertes qu'il faudra anticiper, elle devient une personne

demandeuse de soins et certainement dépendante dans certaines activités de la vie quotidienne et c'est à ce moment-là qu'entrent en course les proches aidants.

Il est nécessaire aux personnels soignants de repérer ces modèles de transition afin d'apporter l'aide dont le patient a besoin (Dallaire, 2008).

### **3. Les propriétés**

Les caractéristiques permettant la reconnaissance d'une transition sont (Meleis, 2000, cité dans Dallaire, 2008) :

- La prise de conscience se définit au travers de la perception qu'a le patient de vivre une expérience de transition. Le patient reconnaît et identifie qu'il vit une période d'instabilité. Il peut ne pas prendre conscience et tout de même la vivre.
- Le niveau d'engagement est le niveau d'implication du patient dans son processus de transition. Le niveau de connaissance du patient sur sa situation de santé, c'est-à-dire les informations transmises par l'infirmière, influence son niveau d'engagement.
- Le changement et la différence : toutes les transitions impliquent des changements, alors que tous les changements ne sont pas liés à une transition. Pour bien comprendre le processus de transition des patients, il faut découvrir et décrire avec eux les effets et les significations que les changements impliquent puis l'ampleur des différences observées.
- L'espace dans le temps : la transition commence par les premiers signes de l'anticipation et se termine par une période de stabilité. Entre deux, la période est instable et déséquilibrée.
- Les points critiques et événements sont associés à des événements marquants, identifiables à une période critique de la transition, comme par exemple le départ de l'hôpital vers le domicile.

### **Les conditions facilitant ou entravant les transitions**

Les conditions de transition sont des circonstances qui influencent positivement ou négativement le processus dont va vivre la personne. Elles peuvent être ressenties comme des obstacles ou des facilitateurs à la transition. Elles englobent les facteurs communautaires (ressources, soutien social), sociaux (valeurs de la société) et personnels (signification, attitudes, croyances culturelles, statut

sociodémographique, préparation et connaissance). Il est important d'évaluer ces différents points pour orienter les interventions (selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)).

### **Les modèles de réponse**

Les modèles de réponse de la personne impliquent des indicateurs de processus et de résultats.

Les indicateurs de processus permettent d'estimer l'évolution de la transition du patient de manière positive (la santé) ou négative (la vulnérabilité accrue, les risques) (selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)). Ces indicateurs comprennent :

- Sentiment d'être en lien c'est-à-dire la nécessité des individus de rester en contact avec les anciennes relations et de créer de nouveaux liens.
- L'interaction patient-aidant permet de trouver un sens à la transition, de développer, clarifier et reconnaître des comportements en réponse à celle-ci.
- La comparaison avant et après permet de se repérer et de se situer dans le temps, l'espace et dans la relation.
- Le développement de la confiance et des stratégies d'adaptation fait référence aux habiletés que développent les personnes pour gérer les nouvelles situations. L'évaluation et l'intervention précoce des infirmières peuvent aider à atteindre de bons résultats lors de la transition.

Les indicateurs de résultats évaluent l'atteinte des résultats à la fin de la transition.

Une personne est saine lorsqu'elle fait preuve de maîtrise des compétences et des comportements dont elle a besoin pour gérer une situation ou un nouvel environnement et pour retrouver son équilibre. La personne a le sentiment d'un retour à la stabilité (selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)).

La personne n'est plus comme avant, mais elle en ressort avec une expérience vécue.

### **Les interventions infirmières au cours de la transition**

Les soins infirmiers doivent tenir compte de la nature, des conditions et des modèles de réponse afin de prodiguer des soins adaptés à la transition vécue par le patient. Trois mesures essentielles doivent faire partie des interventions thérapeutiques (selon A. Rosado Walker (communication personnelle [Présentation Powerpoint], juin 2015)) :

1. L'évaluation du niveau de préparation à la transition en définissant les conditions de transition du patient tout en collaborant avec l'équipe interdisciplinaire.
2. La planification de départ est un concept clé « pour maintenir la continuité des soins durant la transition de l'hôpital au domicile : évaluation détaillée des besoins du patient, anticipation des besoins futurs, prise de décision appropriée, coordination des services » (Bowles, In Dallaire, 2008, p.102).
3. En ce qui concerne la préparation à la transition, l'enseignement prépare le patient de manière optimale à vivre sa transition. L'infirmière doit évaluer le rôle de soutien et de suppléance dont a besoin le patient pour passer cette transition.

### **Appendice E : Base solide de dix éléments essentiels du TCM**

Traduits librement par les auteures selon Penn Nursing Science (2014) :

- « L'utilisation des connaissances et des compétences avancées d'une infirmière de soins de transition (IST) afin de coordonner les soins à travers tous les établissements de santé. L'IST est la principale coordinatrice tout au long de la maladie.
- Ce modèle comprend l'évaluation complète des besoins prioritaires, des objectifs et des préférences de chaque patient.
- La collaboration avec les personnes âgées, les proches aidants et les membres de l'équipe dans la mise en œuvre d'un plan de soins fondé sur des données EBN visant à promouvoir la santé.
- Des visites régulières à domicile par l'IST et une assistance téléphonique tous les jours de la semaine pendant une durée moyenne de deux mois est disponible.
- L'IST facilite la continuité des soins entre les hôpitaux et les cliniciens de soins post-aigus et accompagne les patients lors des visites afin de prévenir ou de suivre la gestion des soins de la maladie.
- La participation active des patients et des proches aidants permet de mettre l'accent sur la satisfaction de leurs objectifs.
- L'identification des risques de santé et les symptômes des patients permettent d'atteindre sur le long terme des résultats positifs et éviter des événements indésirables qui conduisent à l'utilisation des services de soins de courte durée (réhospitalisations, urgences).
- L'approche multidisciplinaire inclut le patient, les proches aidants et les fournisseurs de soins en tant que membres d'une équipe.
- La collaboration et la communication entre les patients, les proches aidants et les membres de l'équipe de soins permettent de les intégrer dans les différents épisodes de soins et dans la planification des futures transitions
- Les investissements continus dans l'optimisation des soins de transition permettent la surveillance du rendement et de l'amélioration. »

### Appendice F: Formations liées à la coordination des soins

For- mations	CAS en case management	CAS en liaison et orientation dans les réseaux de soins	MAS en sciences infirmières
Description	<p>La formation post-grade vise à répondre « aux transformations profondes des pratiques de prise en charge dans des domaines aussi différents que la réhabilitation au travail, l'intégration sociale et professionnelle, le maintien à domicile ou encore la formation obligatoire ou post-obligatoire » (EESP, 2016). La formation s'articule autour de théories, de l'introduction d'outils mis à disposition pour faciliter la prise en charge et de l'application de toutes les connaissances (HES-SO, 2016).</p>	<p>La formation a pour objectif de développer les compétences : d'évaluation des situations, des besoins et des ressources des patients et de leurs proches en prenant en compte le contexte de soins ; de collaboration interdisciplinaire avec les autres services et intervenants de soins ; d'habiletés des techniques de communication et d'organisation des interventions et de construction en partenariat avec les patients de projets d'orientation (La Source, 2016).</p>	<p>Il existe un consensus international sur le niveau requis pour le développement des compétences liées à la pratique infirmière avancée et pour la désignation d'infirmière en pratique avancée (IPA), soit le master universitaire en sciences infirmières (Morin &amp; Eicher, 2012 ; Université de Lausanne &amp; CHUV, 2012).</p>

<b>Spécificités</b>	<p>En Suisse romande, le case management est principalement développé dans le domaine de la psychiatrie. Une unité de psychiatrie mobile du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne a mis en place un service spécialisé de « suivi de transition », opérationnel depuis octobre 2008 (Macchi, 2010). Il est également utilisé dans le service d'addictologie dans le département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (Batshika, 2016).</p>	<p>Le master distingue deux rôles de l'IPA : L'ICLS demande une maîtrise d'habiletés et de connaissances théoriques, une pratique conçue lors d'études universitaires supérieures et un savoir de base en recherche clinique. Ceci est donc un savoir infirmier approfondi offrant des soins à des populations ayant des besoins complexes. Cinq compétences fondamentales sont exercées par l'ICLS : les soins cliniques, le rôle de leadership, la consultation au service des paires, la recherche basée sur les données probantes et la collaboration entre les professionnels (Morin &amp; Eicher, 2012). L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008) rajoute que l'ICLS élabore des guides et des protocoles cliniques en s'appuyant sur des données probantes et donne des informations et des recommandations d'experte.</p> <p>Alors que l'IPS, selon Morin &amp; Eicher (2012), est une infirmière diplômée de Bachelor en soins infirmiers, ayant fait une formation universitaire à la fois en sciences infirmières et en médecine offrant des soins médicaux. Ainsi, elle collabore étroitement avec le médecin dans le but de prodiguer des soins de qualité. Elle est capable d'exercer sous trois formes d'activités tels que poser des diagnostics, prescrire des ordonnances ainsi qu'accomplir des traitements médicaux. Elle offre également des soins axés sur la promotion de la santé (AIIC, 2008).</p>
---------------------	---	---

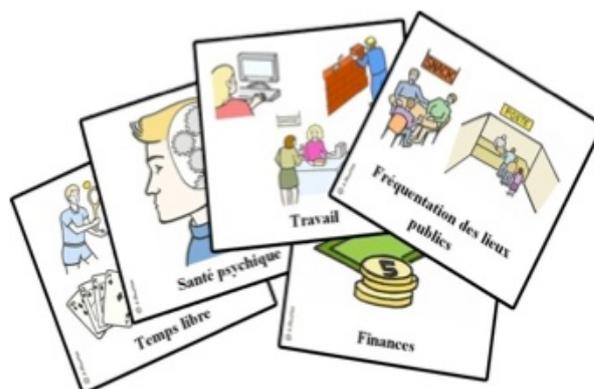
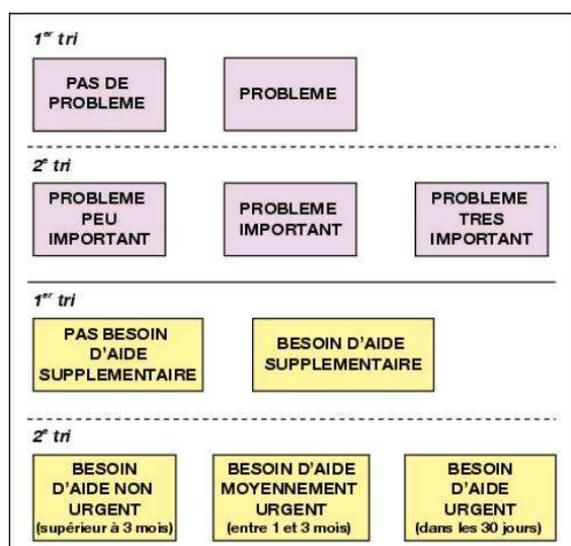
## Appendice G : ELADEV

### Outil d'évaluation Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins

Selon Macchi (2010), afin de cerner les besoins du patient et de cibler les réseaux à inclure dans la prise en charge, le case manager utilise l'outil d'évaluation ELADEV. Le patient identifie ses problèmes selon dix-huit domaines de la vie quotidienne illustrés sur des images. Puis, il fait un second tri à partir des domaines problématiques en répartissant ceux-ci en trois catégories (problème peu important, important ou très important). Ceci amène la discussion avec le patient sur ses choix et sur les personnes-ressources. De plus, le professionnel va mesurer les besoins supplémentaires, c'est-à-dire où le patient bénéficie déjà d'une aide et doit les classer en trois catégories selon l'urgence (problème à régler dans les 30 jours, dans les 3 mois ou au-delà de 3 mois). Cet outil psychométrique innovateur permet de laisser libre cours à la subjectivité du patient et de ne pas être influencé par l'évaluateur.

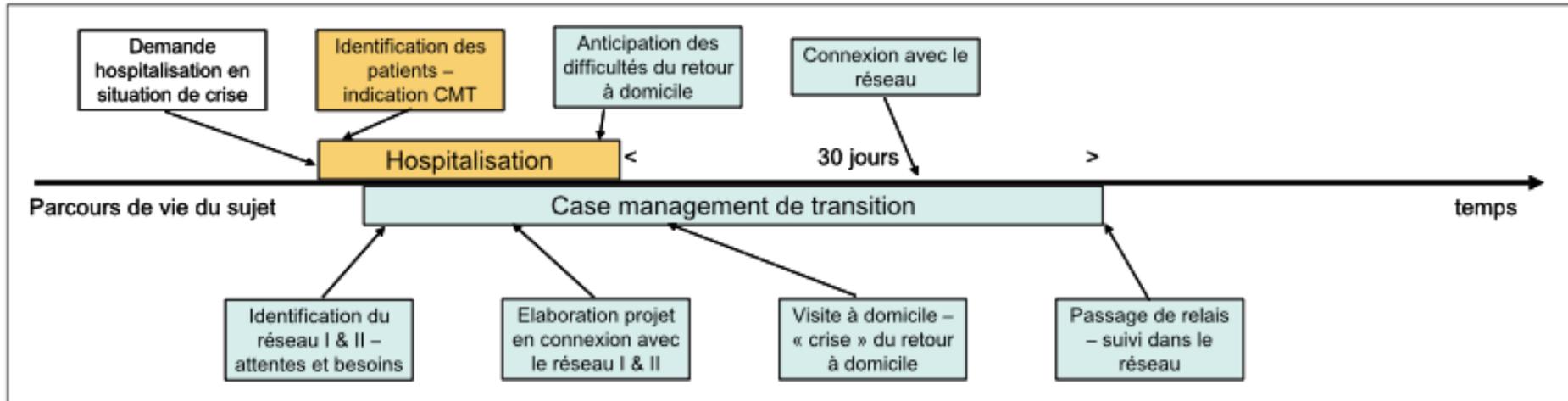
Pragmatique du quotidien	Vie relationnelle et réseau social	Sphère de la santé
1. lieu de vie	9. famille	13. alimentation
2. finances	10. enfants	14. hygiène personnelle
3. travail	11. relations sentimentales	15. état physique
4. temps libre	12. connaissances et amitiés	16. état psychique
5. tâches administratives		17. addiction
6. entretien du ménage		18. traitement
7. déplacements		
8. fréquentation des lieux publics		

Pomini, Golay & Reymond (2008)



Le Bihan (2013)

## Appendice H : Etapes du case management de transition



Bonsack, Gibellini, Ferrari, Dorogi, Morgan, Morandi & Koch (2009)

## Appendice I : Tableaux des stratégies de recherche

### Stratégies de recherche fructueuses :

Termes Mesh / mots-clés	Banque de données	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus	Articles exclus	Articles inclus
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	158	15	12	3
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Caregivers"[Mesh]	PUBMED	161	6	3	3
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	38	5	4	1
"Stroke"[Mesh] AND transitional care	PUBMED	12	3	2	1
"Home Care Services/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	138	4	3	1

L'article de la sixième stratégie de recherche est tiré du contenu de l'article n°5 par le biais du site internet suivant :

Penn Nursing Science. (2014). *Transitional care model*. Repéré à <http://www.transitionalcare.info/publications>

**Stratégies de recherche sans résultat ou ressortant les mêmes articles que  
les stratégies fructueuses :**

<b>Termes Mesh / mots-clés</b>	<b>Banque de données</b>	<b>Nombre d'articles trouvés</b>	<b>Articles retenus</b>	<b>Articles exclus</b>	<b>Articles inclus</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Quality of Health Care"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	134	12	10	<b>2</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Case Management/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	2	1	1	<b>0</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Nurse Practitioners/organization and administration"[Mesh]	PUBMED	82	0	0	<b>0</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Nurse Practitioners/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Advanced Practice Nursing/organization and administration"[Mesh]	PUBMED	6	0	0	<b>0</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Advanced Practice Nursing/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Home Care Services/organization and administration"[Mesh]	PUBMED	19	4	3	<b>1</b>

administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]					
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Caregivers"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	10	3	2	<b>1</b>
"Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] AND "Home Nursing"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	5	1	1	<b>0</b>
"Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Quality of Health Care"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	78	10	8	<b>2</b>
"Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Case Management/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	1	0	0	<b>0</b>
"Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Nurse Practitioners/organization and administration"[Mesh]	PUBMED	10	0	0	<b>0</b>
"Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Nurse Practitioners/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Advanced Practice Nursing/organization and administration"[Mesh]	PUBMED	2	0	0	<b>0</b>
"Patient Discharge/organization and administration"[Mesh] AND "Advanced Practice Nursing/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Patient Discharge"[Mesh] AND "Home Nursing"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	14	3	2	<b>1</b>
"Case Management/organization and	PUBMED	17	1	1	<b>0</b>

administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]					
"Nurse Practitioners/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Advanced Practice Nursing/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	6	0	0	<b>0</b>
"Home Nursing"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	13	1	0	<b>1</b>
"Home Care Services/organization and administration"[Mesh] AND "Quality of Health Care/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	1	0	0	<b>0</b>
"Home Care Services/organization and administration"[Mesh] AND "Case Management/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Home Care Services/organization and administration"[Mesh] AND "Nurse Practitioners/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Home Care Services/organization and administration"[Mesh] AND "Advanced Practice Nursing/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	0	0	0	<b>0</b>
"Transitional Care"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	3	1	1	<b>0</b>
"Transitional Care/organization and administration"[Mesh] AND "Stroke"[Mesh]	PUBMED	1	1	1	<b>0</b>
"Transitional Care"[Mesh] AND stroke	PUBMED	5	1	1	<b>0</b>
Stroke AND transitional care	PUBMED	24	6	4	<b>2</b>

## Appendice J : Tableau récapitulatif des études analysées

Etude qualitative (n=7)

Etude quantitative (n=3)

No	Titre/année/pays/auteurs	Devis/éthique	Question de recherche/hypothèses/buts	Population/échantillon	Méthode/codification
1	<p>Main barriers to effective implementation of stroke care pathways 2014 France Gache, K., Leleu, H. Nitenberg, G., Woimant, F., Ferrua, M. &amp; Minvielle, E.</p>	<p>Etude qualitative descriptive Epargnée de l'approbation du comité éthique. L'autorisation de l'étude a été accordée par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).</p>	<p>But : identifier les barrières rencontrées par les professionnels de la santé dans l'accessibilité aux parcours de soins d'AVC (= stroke care pathways). Les obstacles sont définis comme étant des causes de discontinuité des soins rencontrée dans la pratique quotidienne.</p>	<p>44 professionnels de la santé (professions très variées) mais 51 entretiens (7 professionnels ont été interrogés 2x)</p>	<p>Entretiens semi-structurés Ceux-ci étaient basés sur une grille contenant les différentes composantes possibles du parcours de soins de l'AVC. Codage axial pour relier les réponses obtenues quant à la composition du parcours de soins Codage vertical pour une meilleure compréhension de chaque obstacle</p>
2	<p>Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services : challenges, facilitators and impact 2014 Royaume-Uni Chouliara, N. Fisher, R., Kerr, M. &amp; Walker, M.</p>	<p>Etude qualitative transversale Feuille de renseignement fournie afin d'obtenir le consentement éclairé</p>	<p>But : explorer les perceptions des professionnels de la santé et des responsables mettant en place le service de sortie précoce soutenue (=ESD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les obstacles et les facteurs facilitants l'exécution du service</li> <li>- la perception des effets-conséquences de ces services</li> </ul>	<p>35 intervenants clés de deux services ESD en Angleterre</p>	<p>Entretiens enregistrés audio, retranscrits en verbatim par thèmes et anonymisés Analysés séparément et ensuite comparaison des deux sites afin d'identifier les similitudes et les différences Logiciel de données qualitatives afin d'organier les données électroniquement</p>

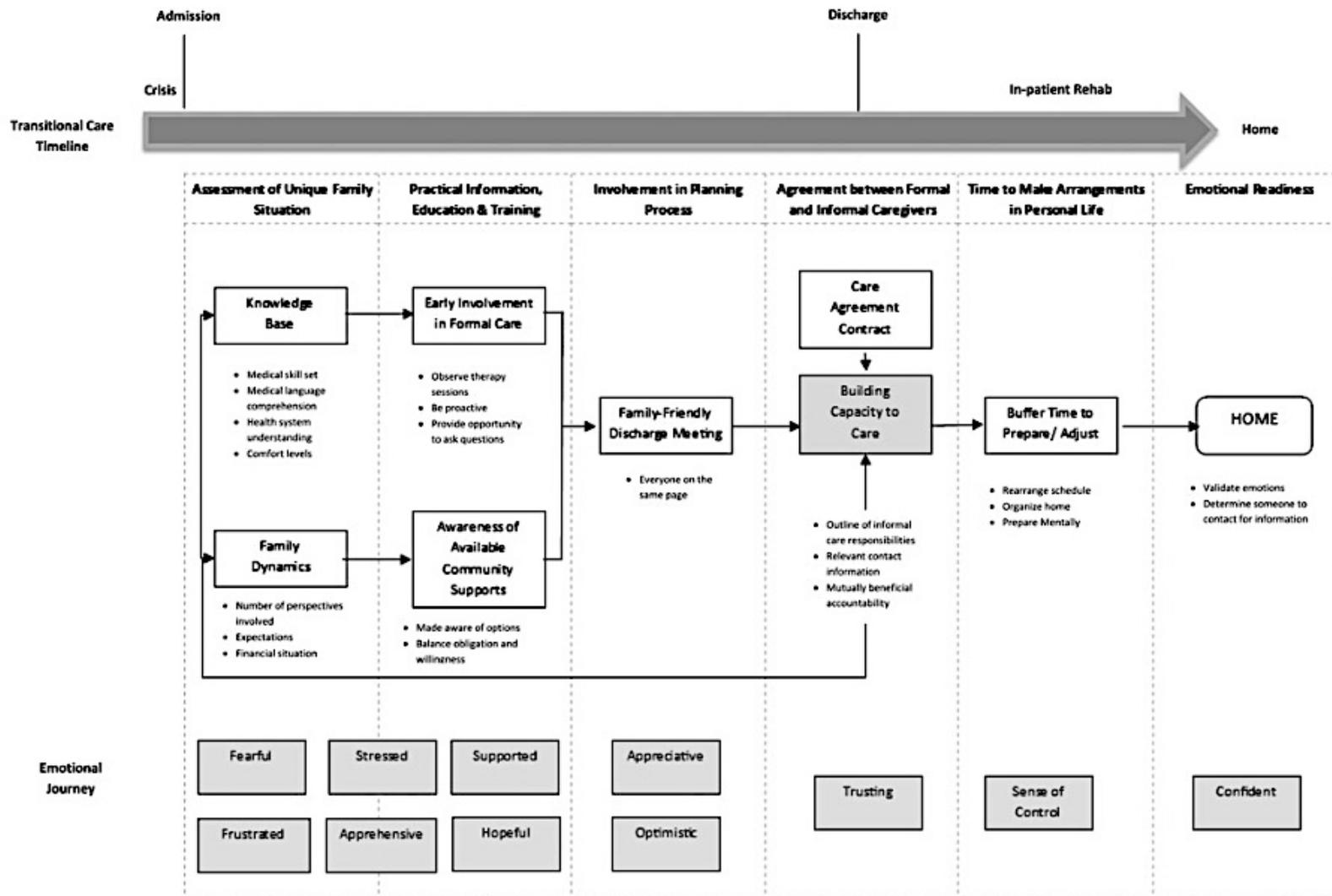
3	<p>Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care 2014 Allemagne Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J., Freidank, A. &amp; Radziwill, R.</p>	<p><b>Etude quantitative séquentiel exploratoire</b> Une étude prospective interventionnelle sur deux phases Tous les patients inclus dans l'étude ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p>	<p>But : développer un rapport de médicament structuré dans le cadre de la lettre de sortie aux soins communautaires et évaluer l'impact et l'utilité de celui-ci chez les patients victimes d'AVC ischémiques. Identifier les problèmes les plus importants dans la prise en charge transitoire des patients</p>	<p>312 patients inclus dans l'étude : patients ayant soit un diagnostic d'AIT ou d'AVC ischémique, d'au moins 18 ans et ayant plus de 2 médicaments lors du séjour et à la sortie de l'hôpital Groupe de contrôle : 156 patients et le neurologue inclus les médicaments en cours dans la lettre de sortie Groupe d'intervention : 156 patients et le pharmacien clinique inclus le rapport structuré de médicaments avec des informations détaillées dans la lettre de sortie, approuvée par le neurologue Moyenne d'âge patients: 71.5 ans</p>	<p>3 mois après la sortie de l'hôpital, les médecins généralistes ont été interviewés par téléphone au sujet du traitement actuel de chaque patient. L'utilité des informations détaillées dans la lettre de sortie a été évaluée par un questionnaire envoyé aux médecins généralistes. Les problèmes les plus importants dans la prise en charge transitoire ont été identifiés sur la base de prévention secondaire et sur les facteurs de risque cardiovasculaires. Des analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel « PASW Statistics 18.0 ».</p>
4	<p>A questionnaire to assess carer's experience of stroke rehabilitation 2012 Royaume Uni Howells, A., Morris, R. &amp; Darwin, C.</p>	<p><b>Etude quantitative basée sur des données qualitatives (séquentiel exploratoire)</b> Consentement éclairé et approbation de la South East Wales Research Ethics Committee</p>	<p>But : établir la validité et la fiabilité d'un questionnaire mesurant l'expérience des proches aidants de patients victimes d'AVC durant le traitement hospitalier aigu et de réadaptation.</p>	<p>72 proches aidants de patients victimes d'AVC sortant de 6 stroke units, contactés dans les 6 mois après la sortie</p>	<p>Interpellés par un membre de la stroke unit, contactés par téléphone, envoi de 5 questionnaires par mail Analyse des données par des statistiques (p valeur, corrélation)</p>

5	<p>Experiences of older adults in transition from hospital to community 2015 Canada, Ontario Neiterman, E., Wodchis, W. &amp; Bourgeault, I.</p>	<p><b>Etude qualitative</b> Consentement éclairé et approbation de l'Ethics Board of the University of Western Ontario</p>	<p>Quels sont les enjeux dans l'expérience des patients dans la période de transition de l'hôpital au domicile et les systèmes et les solutions politiques qui peuvent y répondre ? But : examiner comment les soins de transition sont expérimentés, organisés et coordonnés par les patients et leurs proches aidants à domicile.</p>	<p>17 patients sortant de l'hôpital avec un haut risque de réadmission, comorbidités (diagnostics les plus fréquents: BPCO, AVC, insuffisance cardiaque) et leurs proches aidants (n=19) à domicile Moyenne d'âge patients: 79 ans</p>	<p>Entretiens semi-structurés avec patient et/ou proche aidant de 30-90 minutes avec l'accent sur la coordination des soins et l'adaptation au domicile après la sortie Analyse codifiée par NVivo 8 et codé ligne par ligne.</p>
6	<p>A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model 2011 Etats-Unis Bradway, C., Trotta, R., Bixby, B., McPartland, E., Wollman, C., Kapustka, H., McClauley, K. &amp; Naylor, M.</p>	<p><b>Etude qualitative exploratoire</b> Consentement éclairé demandé pour l'étude parent, pas de nom cité (données anonymes)</p>	<p>But : décrire les obstacles et les facilitateurs de la mise en œuvre des interventions des soins transitionnels pour les personnes âgées ayant un déficit cognitif (comorbidité la plus commune chez les personnes âgées) et victime d'AVC et leurs proches aidants conduites par une IPA.</p>	<p>15 patients ayant des déficits cognitifs et leurs proches aidants recevant des soins transitionnels par une IPA</p>	<p>15 résumés de cas écrits par les infirmières en pratique avancée Notes de terrain écrites par deux investigateurs de l'étude durant des conférences de cas Transcrit dans Word puis Nvivo</p>
7	<p>Usual clinical practice for early supported discharge after stroke with continued rehabilitation at home : an observational comparative study 2015 Suède Tistad, M. &amp; von Koch, L.</p>	<p><b>Etude quantitative d'observation prospective longitudinale</b> Consentement éclairé des participants et approbation de la Regional Ethical Review Board in Stockholm</p>	<p>But : augmenter les connaissances sur les prestations des services ESD dans la pratique clinique quotidienne en comparant un groupe de patients recevant les services ESD et un autre recevant les services conventionnels</p>	<p>150 patients victimes d'AVC restants ont constitué l'échantillon de l'étude : 40 ont reçu les services ESD 110 ont reçu les services conventionnels (= NoESD) Moyenne d'âge patients: 68.5 ans</p>	<p>Entretien face à face dans la stroke unit par un physio ou un ergo, informations prises aussi dans dossier médical, utilisation de questionnaires pour extraire les données sur les résultats de soins, données sociodémographiques, coûts → dans registres nationaux</p>

8	<p>An examination of family caregiver experiences during care transitions of older adults 2014 Canada, Ontario Giosa, J., Stolee, P., Dupuis, S., Mock, S. &amp; Santi, S.</p>	<p><b>Etude qualitative basée sur une théorie ancrée</b> Les participants ont signé un consentement éclairé</p>	<p>But : développer une meilleure compréhension de l'expérience des proches aidants pour les personnes âgées avec des conditions médicales complexes (fracture de hanche et AVC) dans les soins de transition entre l'hôpital et le domicile dans les besoins de soutien des proches durant cette transition.</p>	<p>Des case managers (n=6) Des proches aidants (n=12) de patients victimes de fracture de hanche (10) ou AVC (2)</p>	<p>En 3 phases : Entretiens semi-structurés avec des case managers puis avec des proches aidants puis groupe de discussion (member check). Retranscription des données par verbatim puis codage avec NVivo8. Tout en développant la théorie ancrée.</p>
9	<p>A qualitative study exploring patient's and carer's experiences of Early Supported Discharge services after stroke. 2013 Royaume-Uni Cobley, C.S., Fisher, R.J, Chouliara, N., Kerr, M. &amp; Walker, M.F.</p>	<p><b>Etude qualitative exploratoire, transversale</b> Consentement éclairé demandé, confiance des données respectée, réponders sont volontaires à participer, approbation par le comité de recherche éthique de Nottingham.</p>	<p>But : explorer les perceptions des patients et des proches aidants recevant des services ESD durant la phase précoce de la sortie.</p>	<p>27 patients victimes d'AVC de stroke unit et 15 proches aidants pour les services ESD : 19 patients et 9 proches aidants Les autres recevaient des services d'AVC communautaires conventionnels Moyenne d'âge patients: 69.85 ans</p>	<p>Entretiens semi-structurés durant 30-45 minutes au domicile du patient, 1-6 mois après la sortie de l'hôpital Enregistrement audio Transcription par verbatims, codage par thématique, identification des thèmes et sous-thèmes principaux ressortis Analyse des données qualitatives par Nvivo 9.</p>
10	<p>Transitions in care among older adults receiving long term services and supports 2012 Etats-Unis Toles, M., Abbott, K., Hirschman, K. &amp; Naylor, M.</p>	<p><b>Etude qualitative descriptive exploratoire</b> Approbation de l'University International Review Board Les participants remplissent un consentement éclairé.</p>	<p>But : décrire les perceptions des personnes âgées recevant des soins de soutien de longue durée (LTSS) et de leurs proches aidants durant la période de transition entre les soins LTSS et l'hôpital.</p>	<p>51 patients recevant des soins LTSS (soins et soutien à long terme) et 6 proches aidants ont été inclus.</p>	<p>Entretiens semi-structurés face à face de 30 minutes à 1h. Enregistrement audio Retranscription, codage via Atlas, ti software</p>

## Appendice K : Théorie ancrée

### Théorie de soutien des proches aidants durant les soins de transition entre l'hôpital et le domicile



Giosa, Stolee, Dupuis, Mock & Santi (2014)

Prodiguer des soins est un défi pour les proches aidants. Mais beaucoup de proches se sentent physiquement et mentalement capables de prodiguer du soutien à leur proche. Cette théorie a donc été développée dans le but de renforcer la capacité des proches aidants à prodiguer des soins.

Six propriétés sont décrites concernant les besoins de soutien des proches durant la transition : évaluation de la situation familiale unique, information pratique, éducation et enseignement, implication dans le processus de planification, entente entre les formels et informels soignants, temps pour faire ses arrangements personnels et préparation émotionnelle.

Dans chaque colonne composant les six propriétés, des interventions de soutien sont nommées. Etant donné que les besoins de soutien des proches surviennent à un moment spécifique de la chronologie de la transition des soins, les émotions sont influencées.

Les proches ne sont pas capables de reconnaître ou d'assumer la responsabilité des soins entourant la transition entre l'hôpital et le domicile. Il est évident qu'il y a un besoin des fournisseurs de soins de travailler étroitement avec les familles pour identifier les besoins de soutien durant la transition.

La capacité de soigner est donc un processus dynamique qui reflète les étapes de la chronologie de la transition et les émotions correspondantes des proches.

## Appendice L : Rapport de médicaments structuré

**Table 1.** Example of the medication report in the discharge letter with detailed information

<i>Medication</i>				
On admission		At discharge		
Drug	Dose frequency	Drug	Dose frequency	Information
Aspirin 100 mg tabl.	QAM	Discontinued		*1
Enalapril 5 mg tabl.	BID	Enalapril 10 mg tabl.	BID	*2
Metoprolol 100 mg tabl.	BID	Beloc ZOK 95 mg retard tabl. (Metoprololsuccinat)	BID	
Commenced during hospital stay		Marcumar (phenprocoumon) 3 mg tabl.	According to INR	*3
Commenced during hospital stay		Simvastatin 40 mg tabl.	QPM	*4
Commenced during hospital stay		Digoxin 0.25 mg tabl.	QAM	*5

BID (bis in die) – twice daily; QAM (quaque die ante meridiem) – one dose in the morning; QPM (quaque die post-meridiem) – one dose in the evening.

### Additional information

\*1 – aspirin has been discontinued due to new therapy with an oral anticoagulant,

\*2 – enalapril: dose has been increased due to high blood pressure to optimize antihypertensive medication,

\*3 – phenprocoumon: indication: atrial fibrillation, target INR 2-3,

\*4 – simvastatin 40 mg: for cholesterol lowering and plaque stabilization. Simvastatin produces additional benefits for high-risk patients, irrespective of their initial cholesterol level, and reduces the rates of myocardial infarction, stroke, and of revascularization by about one-quarter,

\*5 – digoxin has been started for rate control due to new diagnosed atrial fibrillation.

Hohmann, Neumann-Haefelin, Klotz, Freidank & Radziwill (2014)

En comparaison à ce qui se fait actuellement dans les soins, c'est-à-dire une ordonnance comportant le médicament, la posologie et la dose journalière, ce rapport de médicaments structuré apporte des informations supplémentaires pour le patient et le médecin traitant concernant les raisons de la mise en route du médicament, de son arrêt, des changements et des interactions. Le fait de connaître les raisons du changement de traitement permet de mieux comprendre au patient et au médecin traitant la réflexion du médecin de l'hôpital. Le rapport structuré contient la liste des médicaments du patient à son admission et ceux à sa sortie. Il permet ainsi de comparer les changements au niveau du traitement.

### Appendice M : Stroke Carer Experience Questionnaire

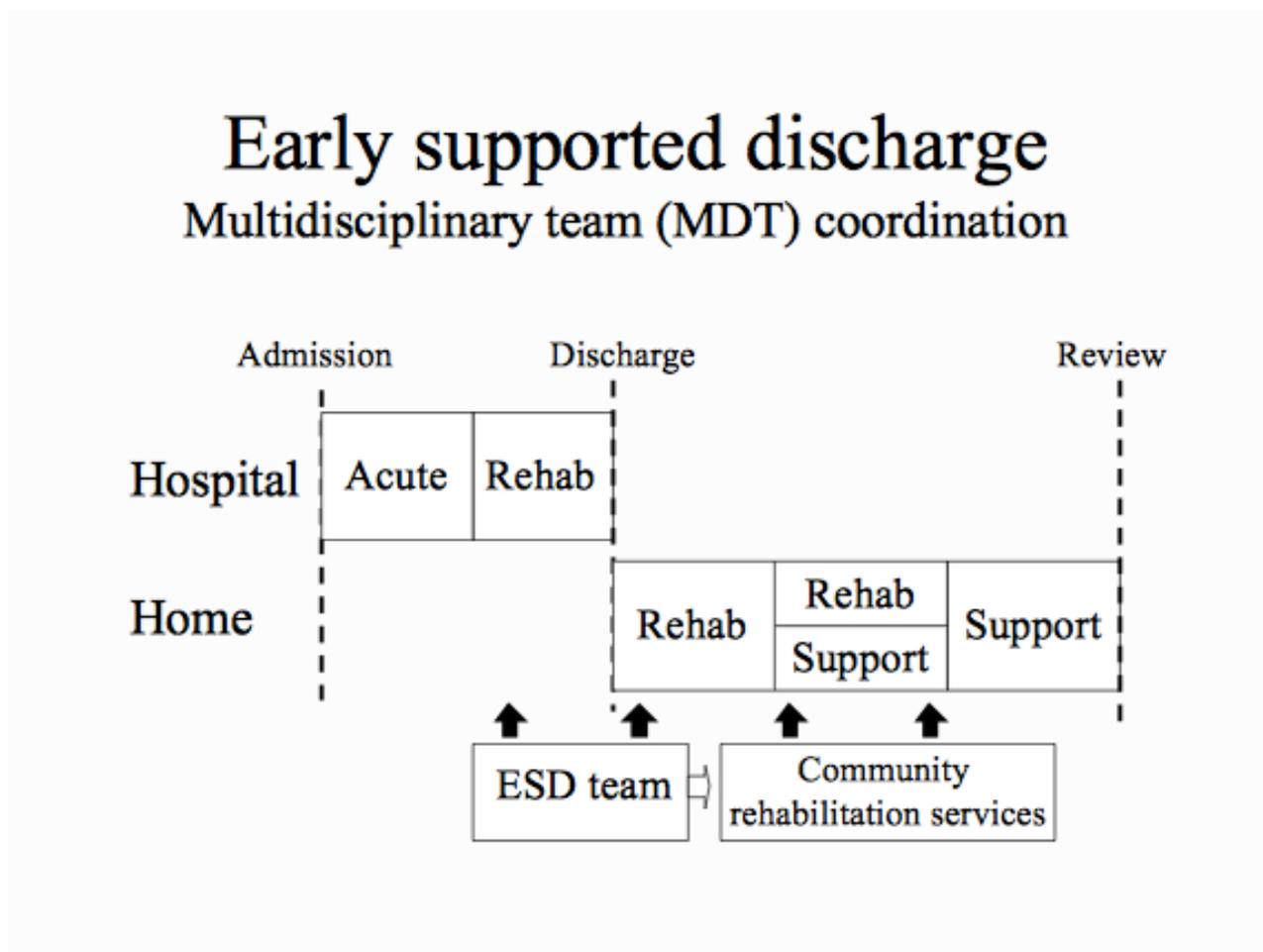
#### Questions du questionnaire SCEQ :

1. I should have been given better information about my relative's stroke.
2. Staff took the time to listen to me.
3. I was sometimes anxious due to a lack of information.
4. I was told things in a kind way.
5. Staff answered my questions.
6. The ward considered visitors, their situations, and needs.
7. Visitors felt welcome on the wards.
8. It was hard for my relative to access activities on the ward.
9. Some staff seemed uncaring.
10. Staff disagreed with each other about the care of my relative.
11. Staff came soon when called, or when the bell was rung.
12. I carried out aspects of care for my relative that I felt nurses should have done.
13. Staff were sometimes rude.
14. Staff appeared motivated.
15. The staff were skilled at caring.
16. It was hard to complain about things in the ward.
17. Staff were helpful and caring.
18. I carried out aspects of care for another patient on the ward that I felt nurses should have.
19. I was helped to be involved in the care for my relative.
20. The care given was appropriately helpful.
21. The individual needs of my relative were NOT fully considered.
22. My relative was treated as an individual.
23. There was pressure on my relative to have treatments (eg, medication) that they didn't want.
24. There was too little help with non-medical needs such as cutting up food and going to the toilet.
25. I was involved in decision-making.
26. My relative experienced inconsistent care on at least one occasion.
27. My relative was always looked after safely.
28. Action was taken regarding any complaints that I had.
29. My relative received sufficient therapy. If no, circle any therapies that were insufficient: physiotherapy, occupational therapy, language therapy, psychology, other (please specify)
30. My relatives' emotional needs were considered.
31. My relative was NOT always checked properly.
32. The discharge of my relative was poorly organized.

33. I got good information about benefits and services for use after my relative left hospital.
34. The discharge plan included the family.
35. There were things to deal with when my relative returned home that I was unprepared for.
36. Please describe the overall experience of the stroke rehabilitation service that your relative received.
37. What were the most helpful things about the service ?
38. What were the least helpful things about the service ?
39. What changes might you suggest for the stroke rehabilitation service that your relative received?

Howells, Morris & Darwin (2012)

### Appendice N : Illustration de la prestation d'ESD



Langhorne (n.d.)

Exemple d'une prise en charge par les services d'ESD (Langhorne & Widen-Holmqvist, 2007) :

Le patient, victime d'un AVC, est transféré dans une SU. L'équipe, informée de son admission, fait appel, dans l'idéal, à un case manager travaillant dans la SU. Ce dernier constitue un lien entre l'unité et l'extérieur afin de garantir une continuité des soins et une transition lisse entre l'hôpital et le domicile. Il discute avec l'équipe d'ESD et le patient d'un programme de réadaptation. Une visite au domicile du patient est organisée avant sa sortie afin de repérer les obstacles et de faire les

réaménagements nécessaires. Huit jours après l'admission à l'hôpital, le patient rentre à domicile. L'équipe d'ESD élabore les objectifs à atteindre en partenariat avec le patient et s'occupe de la planification de la réadaptation sur les six prochaines semaines. Durant ces semaines, les services d'ESD visitent le patient quatre jours par semaine, puis réduisent leurs visites à un jour par semaine jusqu'à ce que les objectifs soient atteints. Les services d'ESD négocient avec le patient le retrait de leurs prestations. La fin des services se fait graduellement en restant joignables par téléphone, par exemple, ou par des visites informelles sur une telle période. Le case manager s'assure que le patient ait réintégré son rôle social et re-participe à ses activités de loisir (Langhorne & Widen-Holmqvist, 2007).

## Appendice O : Feuilles d'évaluation et de suivi des prestations d'ESD

St George's Healthcare  NHS Trust  
 Wandsworth Tel: 020 8812 4060 CNRT/ESD Fax: 020 8812 4059  
 Sutton & Merton Tel: 020 8254 8420 ESD Fax: 020 8665 2792  
 Hounslow and Richmond  NHS Trust  
 Community Healthcare Tel: 07944 102 668 ESD Fax: 020 8332 6793

### STROKE EARLY SUPPORTED DISCHARGE REFERRAL FORM

Name:	DOB:
Address:	Telephone No:
Post code:	NHS No:
GP:	Ethnicity:
Address:	
Postcode:	Tel: Fax:
Date of referral:	Referring Hospital:
Planned date of discharge:	Consultant:
Ward:	Tel No. & Ext:
Hospital Contact names and number (bleep or extension)	
Physio: No:	OT: No:
SLT: No:	Nursing: No:
Next of Kin:	Telephone No:
Relationship to person:	
Past medical history	
Diagnosis (including scan result and date/s):	
Date of admission to HASU:	Date of Admission to SU:
History of presenting condition:	
Social History:	
Lives with: Alone <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Other:	
Language spoken: Interpreter required? <input type="checkbox"/>	
Previous package of care:	
Working Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Occupation:	
Driving Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Has patient been advised regarding driving restrictions?	
<b>DISCHARGE PLANS:</b>	
Discharge destination:	
Package of care organised:	
District nursing referral made: Y <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> . Input requested:	
Access Arrangements: Able to answer door <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/>	
Keysafe (please provide ESD team with no) <input type="checkbox"/> Other:	
Any known risks for therapists visiting:	
Adequate cognitive and communication ability to be considered safe <input type="checkbox"/>	
Equipment in place Y <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Details:	
Any referrals made to other services (e.g. Wheelchair, SSOT):	

<b>Pre-morbid ability</b>	<b>Current ability</b>
<b>MOBILITY: Any assistance or equipment required</b>	
Transfers:	Transfers:
Indoor Mobility:	Indoor Mobility:
Stairs:	Stairs:
Outdoor Mobility:	Outdoor Mobility:
Falls History:	
<b>PERSONAL CARE: Any assistance or equipment required</b>	
Washing/bathing:	Washing/bathing:
Dressing:	Dressing:
Toileting:	Toileting:
<b>FEEDING: Any assistance or equipment required</b>	
<b>MOOD: Provide details</b>	
	Details of any onwards referral completed:
<b>PAIN: Provide details</b>	
<b>SKIN: Provide details of pressure sores/ability to relieve/management plan</b>	
<b>CONTINENCE:</b>	
Bladder:	Bladder:
Bowel:	Bowel:
	Continence strategy in place Y <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
	Details:

<i>Pre-morbid ability</i>	<i>Current ability</i>	
<b>COMMUNICATION:</b> Provide details and severity of impairments		
<b>VISION:</b> Provide details		
Details of any onward referral completed:		
<b>HEARING:</b>		
<b>SWALLOWING:</b>		
Dysphagia Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Severity:		
Status: Full oral intake <input type="checkbox"/> Limited oral trials with PEG feeds <input type="checkbox"/> Nil oral with PEG feeds only <input type="checkbox"/>		
Diet: Puree <input type="checkbox"/> Fork mashable <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>		
Fluids: Normal <input type="checkbox"/> Thickened <input type="checkbox"/> Syrup/custard/pudding thick:.....scoops thickener per 200mls <input type="checkbox"/>		
Saliva management: Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/>		
Meds: Oral <input type="checkbox"/> Non-oral <input type="checkbox"/> Strategies:		
<b>COGNITION AND BEHAVIOUR:</b>		
General cognitive presentation / Findings of cognitive screen:		
Do difficulties impact on the ability to engage in therapy? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Please explain if yes:		
Name of standardised assessment:		
Date completed:	Score:	
<b>OUTCOME MEASURES AT DISCHARGE:</b>		
	Date Completed:	Score (or attach sheet):
FIM FAM		
Berg Balance Scale:		
Barthel Index:		
MOCA:		
Other:		

**CURRENT THERAPY:** *(please provide details on current intervention, progress made and future goals)*

**Physiotherapy:**

**Speech and Language Therapy:**

**Occupational Therapy:**

**Nursing:**

**Dietitian:**

**Other:**

### Appendice P : Grilles d'analyse

<b>Références de l'article analysé :</b>					
Bradway, C., Trotta, R., Bixby, B., McPartland, E., Wollman, C., Kapustka, H., McClauley, K. & Naylor, M. (2011). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse-Directed Transitional Care Model Intervention. <i>The Gerontologist</i> , 52, no. 3, 394-407. Doi : 10.1093/geront/gnr078					
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La population cible est décrite (infirmière en pratique avancée), le modèle de soins est présenté (Transitional Care Model), le devis de l'étude apparaît (qualitative analysis).
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il y a le but de l'étude, le devis et la méthode, les résultats sont décrits et les implications de l'infirmière en pratique avancée, les mots-clés sont également cités.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs décrivent l'incidence des maladies chroniques, posent le contexte de ces pathologies chez les personnes âgées, définissent les déficits cognitifs.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les auteurs s'appuient sur des études pour recenser les écrits.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Les concepts sont définis par des revues de littérature antérieures.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Le but de l'étude est décrit.

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'étude exploratrice qualitative découle d'une étude parent faite par Naylor et Hirschmann (2007).
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis est décrit dans la méthode, soit un devis qualitatif exploratoire. Oui, la méthode utilisée correspond à la tradition de recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La population est décrite dans le paragraphe : Patient and Caregiver Characteristics.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Oui, les chercheurs ont visé à saturer les données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui, ils sont décrits. Ils ont utilisé des résumés de cas écrits par les infirmières en pratique avancée et des notes de terrain écrits par deux investigateurs de l'étude durant des conférences de cas.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La méthode est tout à fait en adéquation avec le but de l'étude et les instruments de collecte de données. Utilisation direct des contenus des analyses par une structure d'approche déductive de données qualitatives ce qui est le plus utile dans l'extension ou la validation des connaissances existantes sur un phénomène particulier.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est décrite. Les droits des participants, comme consentement éclairé ne sont pas exprimés. Mais les données sont anonymes (pas de nom cité). Consentement éclairé demandé pour l'étude parent.

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			La crédibilité se réfère à l'adéquation entre les données brutes et les conclusions tirées par l'analyse des données. Des réunions régulières ont été organisées pour examiner la piste de vérification et discuter des décisions analytiques et interprétations jusqu'à ce que la crédibilité soit établie. Mais les conclusions ne sont pas transférables à d'autres situations et populations au vu du petit échantillon qu'ils ont analysé.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les logiciels et la façon dont ils ont catégorisé les données sont décrits.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils sont présentés sous forme de thèmes principaux (définis au préalable) et de sous-thèmes.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats reposent sur les outils de recueil de données et est complété par des citations des résumés des cas des IPA.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Ils disent qu'ils ne peuvent pas généraliser à des autres situations ou populations étant donné le petit échantillon de population qu'ils ont analysé.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un chapitre y est accordé.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils invitent pour des travaux futurs à comparer l'intervention des IPA avec d'autres stratégies.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une	X			L'article est bien écrit et respecte les critères de qualité.

Présentation	analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Il procure des résultats probants et applicables dans la pratique.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bradway, C., Trotta, R., Bixby, B., McPartland, E., Wollman, C., Kapustka, H., McClauley, K. & Naylor, M. (2011). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse-Directed Transitional Care Model Intervention. <i>The Gerontologist</i> , 52, no. 3, 394-407. Doi : 10.1093/geront/gnr078 Traduction libre par les auteures
Résumé	But de l'étude : décrire les obstacles et les facilitateurs de la mise en œuvre des interventions des soins transitionnels pour les personnes âgées ayant un déficit cognitif et leurs proches aidants conduites par une infirmière en pratique avancée (IPA). Devis et méthode : un devis qualitatif exploratoire sur le contenu d'analyse de 15 résumés narratifs de cas écrits par les IPA et des notes de terrain de conférences bihebdomadaires de cas. Résultats : 3 thèmes centraux : les patients et leurs proches aidants ayant les informations et connaissances nécessaires, la coordination des soins, l'expérience des proches aidants. Une catégorie supplémentaire : l'IPA « allant au-delà ». Implications : la mise en œuvre des IPA individualise les approches et fournit des soins dépassant le type de soins typiques occupés et remboursés par le système de soins américain par l'application du Transitional Care Model, un jugement clinique avancé et tout ce qui est nécessaire pour prévenir les résultats de soins négatifs.
Introduction Enoncé du problème	Près de 50% des adultes de plus de 65 ans ont 3 ou plus pathologies chroniques et plus de 20% vivent avec plus de 5 maladies chroniques. La comorbidité est associée à de nombreux effets indésirables incluant :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une pauvre qualité de vie</li> <li>- une polypharmacologie</li> <li>- une augmentation des effets indésirables des médicaments</li> <li>- une augmentation de la mortalité</li> <li>- une charge importantes pour les proches aidants.</li> </ul> <p>La période post-hospitalière est une période extrêmement vulnérable. Le déficit cognitif est la comorbidité la plus commune rencontrée chez la population adulte et sa présence complique la gestion et implique un plus haut risque de morbidité. Le TCM a été testé chez les personnes âgées qui ont des déficits cognitifs.</p>
Recension des écrits	<p>Revue de littérature :</p> <p>Le transitional care est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un modèle de soins qui comprend un large éventail de services : portant sur la préparation et la mise en œuvre sûre et le passage opportun d'un environnement à un autre</li> <li>- Est généralement délivré par une IPA.</li> </ul> <p>Dans une étude, le TCM est ciblé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour optimiser les transitions des personnes âgées dans les soins des hôpitaux aigus</li> <li>- a démontré une diminution de la durée de séjour</li> <li>- une diminution des coûts comparés aux patients recevant des soins habituels.</li> </ul> <p>Une autre étude a mis l'accent sur les interventions facilitant une transition des personnes âgées comme ils se déplacent beaucoup entre l'hôpital et les programmes à domicile, utilisé par une IPA comme un « transitions coach ».</p> <p>Naylor et al. (2010) a conclu dans ses études que le TCM dirigé par une IPA en collaboration avec les dirigeants politiques nationaux ont démontré que les résultats du TCM améliorent les résultats de soins des patients et réduisent les coûts de la santé.</p> <p>→ Une plus grande clarté est nécessaire sur les facteurs et les interventions spécifiques qui réduisent ou inhibent la qualité des résultats de soins.</p> <p>Une composante essentielle de cette étude inclue l'amélioration de la compréhension des interventions les plus</p>

efficaces de l'IPA, les facteurs individuels ou systémiques qui favorisent ou entravent la prestation des soins transitionnels et l'accent sur comment ces interventions de soins affectent les résultats de soins des proches aidants.

**Obstacles et facilitateurs à la prestation des soins :**

La littérature existante fournit une certaine clarté sur les facteurs affectant les soins des patients et des proches faisant face à une maladie chronique et durant la période de transition :

Obstacles :

- Les proches et patients victimes d'AVC ont décrit cette période comme « très difficile »
- L'intensité du rôle de proche aidant d'un patient victime d'un AVC et l'impact sur le proche aidant
- Des lacunes dans la communication de soutien
- la mauvaise collaboration avec les soins de santé primaires sont des obstacles pour s'engager et continuer le rôle de proche aidant.
- L'interaction avec les fournisseurs de soins
- information de sortie inadéquate de l'hôpital
- formation inadéquate du proches aidants par l'hôpital.

Pour les familles des patients victimes d'AVC, les facteurs facilitateurs sont :

- soins adéquatement coordonnés
- compétence dans le rôle de proche aidant
- environnement social aidant
- ressources communautaires accessibles
- progrès du patient vers le rétablissement.

Dans une autre étude (Naylo & Hirschmann, 2007), les facteurs facilitant les soins fournis par une IPA dans le TCM sont :

- un revenu suffisant
- une assurance adéquate avec un plan de prescription
- l'accès aux soins primaires et spécifiques
- un environnement propice (domicile)

- un soutien communautaire et des soins de soutien de qualité de la part des soins à domicile
- Les personnes ayant un déficit cognitif doivent avoir accès aux experts gériatriques et psychogériatriques et infirmières et cliniques de mémoire.

→ En résumé, malgré tout ce qui est connu des obstacles et des facilitateurs affectant les transitions des patients et de leurs proches aidants, une meilleure compréhension est nécessaire de comment les IPA qui fournissent des soins transitionnels mettent en œuvre le TCM avec les personnes avec déficit cognitif et leurs proches aidants pour surmonter les enjeux individuels et systémiques et maximiser les facilitateurs pour améliorer la qualité des soins et prévenir les résultats de soins négatifs.

**Description de l'étude parent :**

L'étude parent est décrite dans une précédente publication (Naylor & Hirschmann, 2007).

Les résultats finaux sont en attente.

Les patients ont été élus et triés depuis l'Université de Pennsylvanie Health System hospitals, parlant anglais et de plus de 65 ans, avaient des déficits cognitifs, résidant dans les 30 miles de l'hôpital, présence de proches aidants qui fournissent du soutien pour le suivi de la sortie, étaient accessibles par téléphone et d'accord de travailler avec une IPA durant toute la période de l'étude. Après le consentement éclairé obtenu, le TCM est mis en œuvre utilisant un protocole basé sur des preuves et dirigé par une IPA.

Les conclusions de ce travail pilote propose un programme de visites par l'IPA :

- IPA étaient encouragées à utiliser leurs jugements cliniques pour identifier le besoin de visites supplémentaires
- IPA fait tous les efforts pour planifier les visites à des moments acceptables pour les patients et proches aidants, si pas faisable → peut contacter par téléphone
- IPA doit faire une visite à l'hôpital pendant les 24h de l'inscription à l'étude : pour faire une évaluation du statut de santé du patient : travaille avec le patient, définissent les buts prioritaires et les services, collaborent avec des autres équipes, coordonnent les plans de l'hospitalisation à l'extérieur après la sortie.
- IPA est disponible 7 jours par semaine (8am – 8pm).
- Visite à domicile pendant les 24 premières heures après la sortie de l'hôpital : développer un plan personnalisé pour les soins d'urgence durant les heures où l'IPA n'est pas disponible
- IPA visite au moins une fois par semaine durant le premier mois après la sortie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Puis deux fois par mois jusqu'à la sortie du patient de l'étude</li> <li>– Les patients et proches peuvent contacter l'IPA par téléphone au besoin</li> <li>– L'IPA accompagne le patient à ses visites après la sortie avec les soins primaires ou les spécialistes</li> <li>– L'IPA a une bonne communication liée au plan de soins entre hôpital et les fournisseurs extérieurs, elle favorise les buts acceptables de soin, joue le rôle d'avocat et de défenseur du patient et des proches durant la transition, les assiste dans la compréhension des instructions fournies par les prestataires de soins et dans leur besoin supplémentaire de suivi.</li> <li>– IPA a accès à toutes les équipes à n'importe quelle heure, a accès à ces experts pour les introduire dans une situation au cas par cas.</li> </ul> <p>But de cette étude parent : mesurer les résultats de soins des patients atteints de maladies chroniques et de déficits cognitifs et de leurs familles après qu'ils aient reçu des soins de transition délivrés par une IPA. L'IPA a le droit de recruter n'importe quelle ressource dont elle trouve nécessaire, de fournir des soins individuels, de dépenser autant de temps qu'elle a besoin.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	IPA, TCM, facilitateurs et obstacles des soins de transition, proches aidants, patients victimes d'AVC.
Question de recherche	Le but de cet article est de mieux comprendre ce qui a eu lieu au cours de l'étude de parent pour assurer la prestation de l'intervention du TCM et plus particulièrement d'examiner les obstacles et les facilitateurs de fournir une intervention TCM dirigée par une IPA.
	--
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Devis qualitatif exploratoire
Population et contexte	<p>15 patients et leurs proches aidants.</p> <p>Patients : moyenne d'âge 80.2 ans, 6 hommes, 9 femmes, Mini Mental Sate Examination score était de 20.4 (signifiant dément), moyenne des comorbidités était de 5.4, 5 des 15 patients vivaient seuls.</p> <p>Proches aidants : moyenne d'âge 61.7 ans, 4 hommes, 9 femmes la majorité était des épouses ou des filles adultes (60%), autres des fils et un neveu.</p>

Collecte des données et mesures	<p>2 types de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 résumés de cas individuels écrits par les IPA (1)</li> <li>- Des notes de terrain écrits par 2 investigateurs de l'étude durant des conférences de cas (2)</li> </ul> <p>(1) : 3 IPA fournissant des soins transitionnels. Chaque couple de patient et proche aidant sont suivis par une IPA. Chaque IPA détaille un résumé de cas décrivant leurs prestations de soins et les résultats des interventions, un résumé des événements cliniques et sociaux pertinents, une chronologie des interventions individualisées, un résumé des conditions cliniques et des informations supplémentaires sur le patient et proche, résumé des expériences dans le travail avec le patient et son proche. (ne contient pas de feedback direct des patient et proche !)</p> <p>(2) : 2x par semaine, ils font une conférence de cas qui ont lieu depuis le début de l'étude jusqu'à la sortie des patients de l'étude. Chaque conférence a été suivie par deux investigateurs de l'étude qui prennent des notes, expert en gérontologie déficit cognitif et l'autre expert en TCM. Durant les conférences, les 3 IPA et les 2 investigateurs revoient chaque patient et proche actuellement à l'étude. 2 investigateurs prennent des notes détaillées sur leurs pensées et impressions sur les interventions de l'étude ainsi que tous les points qui attirent l'attention exprimés par les IPA.</p>
Dérroulement de l'étude	<p>But : identifier les thèmes liés aux obstacles et facilitateurs des interventions de l'IPA. Ces 2 catégories ont été prédéterminées avec le but spécifique de l'étude.</p> <p>Les notes de terrain ont été utilisées comme un support des résultats des analyses des résumés individuels de cas. Les deux sortes de données ont été transcrites dans Microsoft Word document et revues par un investigateur pour comparer avec ses propres notes pour précision. Le document word a ensuite été téléchargé par Nvivo pour l'analyse. L'analyse du contenu se produit par codage, réduction des données et identification des thèmes en relation avec les catégories prédéterminées (obstacle et facilitateur). Les auteurs extraient ligne par ligne les phrases clés. Puis ces unités significatives ont été groupées et basées sur des similarités sous-jacents et réduites en sous-thèmes. Quand des sous-thèmes émergent, ils ont été provisoirement classés comme tel en tant que barrière ou facilitateur à la livraison de l'intervention de TCM.</p> <p>L'investigateur a décidé de changer « obstacle » en « enjeu » qu'il trouve plus approprié et adéquat.</p> <p>Une troisième catégorie pour le contenu des analyses : au-delà (above and beyond).</p> <p>Finalement, tous les sous-thèmes ont été groupés dans ces thèmes, basés sur l'interprétation et la signification des sous-thèmes.</p>

Rigueur	<p>Utilisation direct des contenus des analyses par une structure d'approche déductive de données qualitatives ce qui est le plus utile dans l'extension ou la validation des connaissances existantes sur un phénomène particulier.</p> <p>Plusieurs mesures ont été prises pour assurer la fiabilité des données : les auteurs respectent strictement la mise en œuvre systématique de contenu méthodologique d'analyse dirigée, minimise les biais, les analystes ne connaissaient pas les protocoles de TCM pour ne pas influencer les données.</p> <p>Les analystes ont maintenu une piste de vérification tout au long du processus analytique, la piste de vérification est élaborée et mise à jour par un des investigateurs et revue par un autre pour la crédibilité.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les auteurs ont d'abord codé 9 résumés de cas des IPA (3 résumés choisis au hasard dans chacun des résumés IPA), examiné les sous-thèmes et les motifs émergents, puis codé 6 résumés de cas supplémentaires visant à saturation (au fur et à mesure n'avaient plus de nouvelles informations, sont arrivés à saturation des données).</p>
Présentation des résultats	<p>3 thèmes centraux sont décrits en détails : enjeux, facilitateurs, au-delà. Des extraits des données sont inclus pour éclairer les résultats.</p> <p><b>Avoir les informations nécessaires et les connaissances :</b></p> <p><u>Enjeux</u> : 3 enjeux liés pour avoir les informations et les connaissances nécessaires ont empêché la livraison optimale du TCM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients et proches manquent de connaissance basique sur les besoins post-hospitaliers ou sur la maladie chronique</li> <li>– Ne connaissent pas la sévérité de leurs pathologies ou l'implication de leurs symptômes (ex. un patient qui a de la toux ou fatigue croit que c'est la grippe alors que c'est dû à son cœur)</li> </ul> <p>IPA ont identifié avoir passé beaucoup de temps avec les patients et leurs proches pour reconnaître leurs perceptions et ensuite leur enseigner les aspects liés à leurs santés et conditions chroniques et la mise en place de plan de gestion efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– n'ont pas suivi régulièrement les plans élaborés des soins, des instructions de sortie de l'hôpital ou des suggestions en cours de l'IPA (ex. un patient refusait d'utiliser un plan élaboré par l'IPA pour l'administration des médicaments)</li> </ul> <p>Les patients et proches n'ont pas et n'utilisent pas les informations nécessaires qui ont été aggravées par le déficit cognitif → l'IPA a besoin d'évaluer rapidement la capacité et l'habileté d'apprentissage du patient et du proche avant de continuer les interventions. Parfois les proches ne reconnaissent pas les déficits cognitifs du patient, l'IPA</p>

demande alors au proche de plus s'impliquer dans la situation du patient en expliquant que la personne est cognitivement peu fiable.

Facilitateurs : IPA identifie un gouffre dans les connaissances et les besoins éducationnels parmi les patients et proches. Adapter l'information et individualiser les approches de l'enseignement. Ex. un proche dit pouvoir aider son proche si les instructions verbales sont complétées d'instructions écrites → l'IPA a donc créé un calendrier pour reporter les informations pour assister à la gestion quotidienne du patient.

IPA renforce les informations qu'ils fournissent (enseignement sur les symptômes, identifier les symptômes prodromiques), aide les patients et proches à garder un dossier pour les informations vitales (symptômes, glycémie,...), favorise l'indépendance du patient et proche dans l'évaluation, prise de décision et résolution de problème.

Au-delà : IPA assure au patient et proche un bien-être en apprenant à les connaître personnellement au cours de l'intervention et donc les obstacles liés au manque de connaissance.

Le fait qu'ils peuvent l'appeler n'importe quand pour lui poser des questions évite que la situation se dégrade au point qu'elle demande une hospitalisation.

#### **Coordination des soins :**

##### Enjeux :

- quelques patients et proches ont de la difficulté à programmer leurs rendez-vous médicaux, à gérer les soins spécifiques, à organiser les transferts pour les rendez-vous.
- Quelques patients et proches refusent les services de l'IPA pour coordonner les soins (car ils veulent arranger les soins comme ils le veulent).
- Bien que certains patients et proches autorisent l'IPA à les accompagners aux rdv médicaux, ils ne se coordonnent pas bien entre eux donnant lieu à une rencontre sous-optimale.

Facilitateurs : les compétences dans l'évaluation physique avancée de l'IPA facilitent la communication entre le patient et ses spécialistes. IPA peut identifier des besoins complexes, collaborer des interventions efficaces et persévérer pour veiller à ce que les besoins soient satisfaits. IPA utilise ses habiletés en jugement clinique avancé dans ses recommandations pour aider le patient et son proche à atteindre leurs buts (ex. elle appelle les services appropriés sur la base de ses observations cliniques afin de prendre une décision pour la suite des soins).

Au-delà : les IPA ont réussi à aligner les services nécessaires au patient et proche et assurer que les autres prestataires de soins du patient aient les informations nécessaires pour prendre des décisions de soins appropriés.

	<p>Elle travaille pour assurer la bonne coordination des soins (téléphone fréquent, suivi méticuleux, visite hospitalière, visite à son bureau, visite à domicile...).</p> <p><b>Expériences des proches aidants :</b></p> <p><u>Enjeux</u> : IPA souligne la complexité des soins aux personnes âgées fragiles souffrant de troubles cognitifs. Un enjeu était d'aider les membres de la famille face à la charge (provoquée par les soins au patient) du proche aidant. La relation entre le patient et le proche est parfois tendue. IPA identifie les besoins du proches aidant et prodigue des interventions de soutien, mais les proches ne reçoivent pas toujours ce soutien ce qui rend difficile à l'IPA de fournir des soins optimaux aux patients.</p> <p>L'IPA doit faire de multiples révisions de la gestion des plans pour optimiser les habiletés et les ressources des proches aidants.</p> <p><u>Facilitateurs</u> : les proches demandent de l'aide par téléphone à l'IPA et engage l'IPA pour résoudre des problèmes durant sa visite à domicile. Rester en contact étroit avec l'IPA permet aux proches de remplir leurs obligations de prestation de soins en recevant un soutien et de l'encadrement dans la gestion des soins à leurs proches malades. (ce qui facilite : la disponibilité de l'IPA).</p> <p><u>Au-delà</u> : les IPA sont également au-delà dans leur relation avec les proches. Les IPA reconnaissent le travail des proches qui est difficile et veillent à ce que les proches aidants aient des ressources pour prendre soin d'eux-mêmes. Les IPA essaient toutes les pistes pour obtenir un maximum de services qui soutiennent les proches. IPA prend fréquemment contact avec les proches, fait des efforts pour créer une relation de confiance résultant vers des buts communs.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Cette étude ajoute (à la connaissance des défis et des facilitateurs que rencontre l'IPA dans la prestation d'une intervention de TCM) et documente certaines des difficultés professionnelles de la santé de répondre au jour le jour les défis que les patients et les proches aidants doivent faire face pour gérer leurs maladies chroniques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'IPA dans cette étude doit surmonter les lacunes des connaissances et des compétences des patients et proches dans la gestion des soins post-hospitaliers et des problèmes de santé complexes et construire avec ces compétences en coordonnant leurs propres soins.</li> <li>– Prodiger des soins à une personne cognitivement déficiente est difficile. Les proches sont peu préparés à l'augmentation de la demande de leur proche. L'IPA identifie rapidement ces enjeux, travaille pour fournir des soins de haute qualité et individualisés.</li> </ul> <p>Le premier thème (<b>Avoir les informations nécessaires et les connaissances</b>) est focalisé sur comment l'IPA a</p>

identifié rapidement les déficits en connaissance et les besoins individuels, utilisant plusieurs stratégies pour assurer cet enseignement et être flexible sur comment l'information va être délivrée (téléphone, en personne...). Le déficit cognitif réduit les habiletés du patient à s'engager dans la résolution de problème et autres complications de soins. Le modèle demande de fournir les informations à temps, culturellement appropriées et l'enseignement au patient. L'IPA, dans cette étude, a créé une relation de confiance, un encadrement et utilisé une approche centrée sur la personne.

Les services fragmentés, la complexité des besoins des patients et les enjeux associés aux soins de personnes cognitivement déficientes résultent du besoin d'avoir une bonne **coordination des soins**. Ces résultats solidifient davantage l'intervention de l'IPA (décrit comme un type d'intervention qui peuvent judicieusement et systématiquement relever les défis associés aux soins de transition).

L'**expérience des proches aidants** est importante car il y a peu de preuve sur les effets du TCM sur les membres de la familles. Il est important que l'IPA crée une relation avec le proche dès le début de son intervention, qu'elle reconnaisse leurs besoins, qu'ils soient des partenaires, aide à avoir des services de soutien, qu'elle les « coach » et joue le rôle d'avocat et persiste à rester en contact.

La relation de confiance est un facilitateur aux soins de transition.

L'IPA va au-delà des attentes typiques des autres professionnels et au-delà du remboursement par le système de santé. Mais la réglementation en vigueur est de promouvoir un système fragmenté séparé, les fournisseurs de soins à base qui ne sont pas inclus dans le niveau élevé de coordination des soins et de collaboration nécessaire pour des coûts efficaces à une haute qualité de soins.

Des changements politiques doivent se produire pour relever les défis et fournir le niveau de soins nécessaires aux personnes ayant des déficits cognitifs durant la transition et au sein des systèmes de santé.

Implications dans la pratique clinique :

Les soins de transition chez les personnes ayant un déficit cognitif et leur proches aidant, devrait se focaliser sur :

- Fournir des connaissances et informations individualisées
- Aider à coordonner et à naviguer dans les besoins de santé
- Placer une haute priorité sur la relation entre les fournisseurs de soins et les patients-proches

Conclusion : les résultats de cette étude mettent en lumière les facteurs qui facilitent les soins de transitions chez les personnes ayant un déficit cognitif ainsi que leurs proches aidants, les enjeux à relever, et les stratégies employées par l'IPA pour assurer la meilleure qualité des soins. Les 3 thèmes majeurs relèvent l'importance d'assurer aux

	patients et proches les informations nécessaires, la nature critique des soins de coordination et de collaboration et la compétence de l'IPA de mettre en œuvre les soins de transition.
Perspectives	<p>Limitations :</p> <p>Même si les IPA suivaient le même TCM, chacune a son propre style dans le contenu de ses résumés de cas. Bien que les chercheurs sont convaincus d'avoir atteint la saturation des données et que les résultats sont dignes de confiance, cette analyse s'est basée sur une sélection choisie au hasard de petits sous-ensemble d'un échantillon d'étude plus vaste. Si les chercheurs avaient choisi un sous-ensemble tout à fait différent, il est possible que « nous n'aurions pas tiré les mêmes conclusions ». Ils ne peuvent donc pas les généraliser à des autres situations ou populations.</p> <p>Recherches futures :</p> <p>Devraient explorer les perceptions du patient et du proche des enjeux et facilitateurs dans les soins de transition et ensuite les comparer avec ces conclusions reportées dans cette étude-ci.</p> <p>Une recherche supplémentaire pourrait aussi regarder si l'auto-efficacité, la distance patient-proche, le niveau d'implication, la littéracie en santé et l'apprentissage des capacités impactent sur les soins de transition des patients ayant un déficit cognitif.</p> <p>Des questions vont au-delà du but de cette étude : pour qui devrait travailler l'IPA ? Y-a-t'il des situations pour lesquelles les interventions de soins transitionnels ne sont pas suffisantes ? Y at-il des limites quantifiables auxquelles les patients peuvent être maintenus de manière réaliste à la maison ? Quelles ressources supplémentaires sont indispensables si le patient veut rester à la maison ?</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Bonne présentation, résultats adaptés.
Evaluation globale	A utilisé. Donne beaucoup d'informations, de résultats, d'interventions d'une IPA durant le TCM.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

**Références de l'article analysé :**

Chouliara, N., Fisher, R., Kerr, M. & Walker, M. (2014). Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services : a qualitative study of challenges, facilitators and impact. *Clinical rehabilitation*, 28(4), 370-377. Doi : 10.1177/0269215513502212

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Indique le concept ESD et étudie les défis, les facilitateurs et les impacts de celui-ci.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Contient un abstract de 6 parties : objectifs, devis, cadre, participants (échantillon), résultats et conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Avec l'augmentation des coûts de la santé, le développement des services d'ESD pour les patients victimes d'AVC a attiré un intérêt croissant.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Décrit et résume le concept ESD Des études montrent que ce concept permet de diminuer la durée de séjour à l'hôpital. Déjà mis en place au Royaume-Uni et à l'étranger
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Concept ESD = sortie précoce soutenue de patients victimes d'AVC au domicile. Facilite le transfert des soins entre l'hôpital et le domicile permettant aux patients de continuer la réadaptation dans un environnement familial.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Explorer les perceptions des professionnels de la santé et des responsables impliqués dans l'équipe d'ESD : <ul style="list-style-type: none"><li>- Les obstacles et les facilitateurs de la mise en place du service fondés sur des preuves</li></ul>

				scientifiques - La perception des effets-conséquences de celui-ci
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X		Une bonne compréhension des facteurs est une première étape essentielle pour l'amélioration des stratégies afin de réaliser des changements durables dans la pratique.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X		Une étude qualitative transversale utilisant des entretiens semi-structurés. Les données ont été analysées par deux chercheurs en utilisant une approche analytique.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X		Deux services d'ESD au Nottinghamshire (Angleterre) Echantillonnage raisonné de 35 intervenants clés incluant des praticiens, cliniciens, gestionnaires et responsables de la mise en place du service
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X	Pas mentionné
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Entretiens semi-structurés
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		L'outil de recueil de données est cohérent avec la question de recherche et les objectifs.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Les chercheurs ont créé une feuille de renseignements avec les supérieurs hiérarchiques et l'ont fournie aux personnes interrogées afin d'obtenir leur consentement éclairé.

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			<p>Le déroulement de l'étude est bien décrit et bien structuré.</p> <p>Les enseignements faits dans cette étude sont transférables à d'autres services. De plus, le fait que des similitudes ont été relevées par les participants de différents services et leurs différents parcours professionnels, cela permet d'appuyer davantage la transférabilité des conclusions.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			<p>Les entretiens ont été enregistrés, transcrits en verbatim et anonymisés.</p> <p>La transcription a été faite en suivant les catégories suivantes : facilitateurs, obstacles et conséquences.</p> <p>Les entretiens ont été analysés séparément puis les résultats ont été comparés d'un site à l'autre afin d'identifier les similitudes et les différences.</p> <p>Un logiciel de données qualitatives pour organiser les données par voie électronique a été utilisé.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats sont présentés de manière claire et structurée.</p> <p>Ils sont structurés en 3 parties pour répondre à la question de recherche : facilitateurs, obstacles et conséquences.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Analyse avec l'approche analytique
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			La discussion reprend chaque élément ressorti dans les résultats. Elle explique, donne une éventuelle hypothèse ou fait des comparaisons avec d'autres études.

	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ce devis qualitatif ne permet pas la généralisation statistique.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Pour le futur, il faudrait explorer ce concept ESD dans les prochaines années de mise en service (étant donné que cette étude a été réalisée pendant la 1 <sup>ère</sup> année d'exécution. D'autres études devraient évaluer la valeur de l'intervention dans l'échange de connaissances entre les intervenants en vue de surmonter les obstacles identifiés et d'améliorer ceux-ci fondés sur des preuves scientifiques.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article est clair, bien structuré et bien détaillé. Il peut être analysé.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Elle contient des résultats pertinents pour la pratique infirmière dans les prestations d'ESD. Identifie les facteurs facilitants, les obstacles, les effets de ces services.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<p>Chouliara, N., Fisher, R., Kerr, M. &amp; Walker, M. (2014). Implementing evidence-based stroke Early Supported Discharge services : a qualitative study of challenges, facilitators and impact. <i>Clinical rehabilitation</i>, 28(4), 370-377. doi : 10.1177/0269215513502212</p> <p>Traduction libre par les auteures</p>
<b>Résumé</b>	<p>L'objectif de cette étude est d'explorer les perspectives des professionnels de la santé et des commissionnaires (responsable de la mise en service) travaillant avec les services d'ESD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les facteurs qui facilitent ou entravent l'exécution de ces services</li> <li>- les effets de ces services</li> </ul> <p>Le devis est une étude qualitative transversale.</p> <p>2 services d'ESD ont été choisis au Nottinghamshire (Angleterre)</p> <p>35 intervenants clés ont été interviewés : praticiens, cliniciens, gestionnaires et responsables.</p> <p>L'identification des facilitateurs de ces services :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'adaptation de l'intervention selon le contexte de soins</li> <li>- le rôle des coopérateurs (aides, auxiliaires) en réadaptation</li> <li>- la coordination et la collaboration avec les autres services</li> </ul> <p>Les obstacles perçus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de clarté dans la prise de décision lors de l'orientation du patient au service</li> <li>- le retard dans la contribution (participation de la prise en charge de soins) de « securing social »</li> <li>- manque de service de suivi dans la région</li> </ul> <p>Les effets perçus des services :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réduit la durée du séjour hospitalier</li> <li>- favorise un transfert de soins efficace (sans rupture) entre l'hôpital et la communauté</li> <li>- fourni un traitement spécifique et intensif pour les patients victimes d'AVC</li> </ul> <p>ESD est perçu comme favorable à fournir une réadaptation spécifique au domicile. Les équipes de soins ont trouvé</p>

	<p>bénéfique d'identifier les facteurs facilitants et doivent maintenant développer des stratégies pour ces obstacles. La mission et les effets du service doivent être clairs et démontrés aux équipes.</p>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p>Avec l'augmentation des coûts de la santé, le développement des services d'ESD pour les patients victimes d'AVC a attiré un intérêt croissant.</p> <p>Les services d'ESD facilitent le transfert des soins de l'hôpital au domicile permettant aux patients de continuer la réadaptation dans un environnement familial.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Des données cumulées d'essais contrôlés randomisés montrent que les ESD coordonnés avec des équipes multidisciplinaires peuvent significativement réduire la durée des séjours hospitaliers et améliorer les résultats fonctionnels des patients victimes d'AVC léger à modéré.</p> <p>Tirées d'une preuve scientifique solide, les lignes directrices de la politique nationale concernant les services d'ESD montrent qu'ils sont déjà mis en place au Royaume-Uni et à l'étranger.</p> <p>Un document consensuel a permis de clarifier les caractéristiques essentielles de l'efficacité de ces services fondées sur des preuves scientifiques.</p> <p>Toutefois, une revue de la commission de la qualité des soins d'AVC a relevé qu'il existe des projets qui ne respectent pas les modèles des services proposés par les preuves de recherche.</p> <p>La variation dans la qualité et l'accessibilité des services d'ESD sont les motifs observés appuyant que ceux-ci doivent encore être explorés.</p> <p>Les recherches précédentes ont porté une attention minime sur les opinions des personnes clés impliqués dans ces services.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>Early Supported Discharge</p> <p>L'attention est portée sur la meilleure façon de combler le fossé entre les recommandations et leur mise en pratique clinique.</p> <p>Les efforts de mise en exécution peuvent être facilités ou entravés par des influences contextuelles, telles que les attitudes des praticiens ainsi que l'organisation, la structure et la disponibilité des ressources.</p> <p>Une bonne compréhension des facteurs est une première étape essentielle pour l'amélioration des stratégies afin de réaliser des changements durables dans la pratique.</p>
<p>Question de</p>	<p>Explorer les perceptions des professionnels de la santé et des responsables impliqués dans ces services</p>

recherche	concernant :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- les obstacles et les facteurs facilitants l'exécution de ces services fondés sur des preuves</li> <li>- la perception des effets de ceux-ci</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Devis qualitatif transversal
Population et contexte	35 intervenants clés : cliniciens-praticiens délivrant l'intervention, les cadres et les personnes dans la mise en place des services d'ESD et les personnes référentes travaillant dans le service.  Deux services d'ESD dans l'Est de l'Angleterre. Site A et Site B.
Collecte des données et mesures	Les deux services ont été sélectionnés par un document spécifique fondé sur des preuves.  La sélection des personnes clés a été faite par un réseau de recherche local et des entretiens semi-structurés ont été réalisés. Les entretiens ont été faits par l'un des deux chercheurs. Ils duraient environ 45min. Les questions n'étaient pas fixes, mais couvraient les sujets suivants : l'implication, les facteurs facilitants ou entravants, les conséquences et les suggestions pour l'amélioration.  Les entretiens ont été enregistrés audio, retranscrits en verbatim et anonymisés. Ils ont été transcrits par thèmes et analysés séparément. Les chercheurs ont ensuite comparé les deux sites afin d'identifier les similitudes et les différences. Un logiciel de données qualitatives a été utilisé afin d'organiser les données électroniquement.
Déroulement de l'étude	Sélection des sites et sélection des intervenants clés  Entretiens avec consentement éclairé. Retranscription et analyse séparément. Comparaison des deux sites.
Rigueur	Une feuille de renseignement a été réalisée avec les supérieurs hiérarchiques et les chercheurs puis a été distribuée aux participants afin d'obtenir leur consentement éclairé.
<b>Résultats</b> Traitement des données	La comparaison des deux sites ont montré un chevauchement de la part des répondants. Les sujets et mêmes thèmes sont ressortis dans la discussion.

Présentation des résultats	<p><b>Facilitateurs</b></p> <p><u>1. Adapter les interventions selon le contexte de soins-santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les critères d'accessibilité des patients aux services sont clairs, il permet d'identifier les cas appropriés sans être restreint (équilibre entre flexibilité et spécificité)</li> <li>- nécessité d'adapter certaines composantes de l'intervention pour répondre au contexte de soins local et la variation des caractéristiques des personnes faisant un AVC car aucun AVC n'est pareil → la mise en œuvre de ces services doit refléter ceci (ils doivent s'adapter)</li> </ul> <p>A. : évalue la gravité de l'handicap mais la sécurité du domicile et l'identification des objectifs de réadaptation ont été mis en prioritaires.</p> <p>B. : durée d'intervention pourrait durer &gt; 6 semaines pour compenser le manque de spécialiste de réadaptation dans la région</p> <p>A. : approuve qu'il faut adopter une approche plus flexible sinon → risque de prolonger inutilement les services et retarder les nouvelles admissions car le patient a peut-être besoin d'aide que de quelques jours</p> <p><u>2. Le rôle, le soutien et la contribution des coopérateurs de réadaptation :</u></p> <p>Le rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fournir des plans de traitement de réadaptation, préétablis par des thérapeutes qualifiés</li> <li>- adapter le thérapeute en fonction des progrès du patient</li> <li>- réalisation des évaluations des résultats de santé</li> </ul> <p>A. : Les praticiens sont plus autonomes que le personnel de soutien (aides), les aides prennent en charge des patients moins complexes et aident à progresser dans les objectifs de réadaptation.</p> <p>B. : Selon 8 répondants, attribuer aux assistants de réadaptation (aides) la tâche de soutien lors des exercices quotidiens répétitifs auprès du patient ont permis au personnel hautement qualifié (praticien, clinicien) de se concentrer sur les éléments plus spécialisés de réadaptation (leader ESD)</p> <p>→ leader ESD → s'assurer des rôles et que chacun fasse la bonne partie de l'intervention.</p> <p><u>3. La collaboration avec d'autres services (travail et collaboration et coordination inter-service) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement des liens solides avec les autres services est essentiel à la réussite des services d'ESD</li> </ul>
----------------------------	---

B. : la relation étroite avec le service aigu a facilité l'identification des patients appropriés

- Facteurs clés pour une collaboration fructueuse : participer à des réunions de formation communes a été considéré comme un moyen efficace de maintenir des voies de communication, modalité de travail (rotation du personnel dans les services et promouvoir une meilleure compréhension du rôle de chaque équipe)  
→ tout cela permet l'échange des compétences et des connaissances et le sentiment de continuité le long du parcours

### Défis, enjeux et obstacles

#### 1. Manque de clarté sur le processus de prise de décision lors de l'orientation du patient aux services ESD :

- Personnel hospitalier du site A était réticent à remettre les patients aux services d'ESD car pourraient en résulter un séjour prolongé
- Le personnel était sceptique, a des lacunes concernant le contenu et les résultats des services d'ESD ainsi qu'à leur processus de prise de décision lors de l'orientation
- Besoin de plus d'informations → montrer que les services d'ESD sont bénéfiques pour les patients
- Incertitude liée à la période optimale pour décider de l'aptitude au patient pour les services d'ESD  
→ A. : opinions varient : patient devrait arriver directement après le service aigu et les autres disent que les 2 premières semaines est un stade précoce pour prendre une telle décision  
En pratique → l'approche flexible permet au personnel d'expertise clinique d'éclairer et de prendre la décision

#### 2. Fragmentation du parcours de soins de l'AVC :

- Nécessité de clarifier le moment de l'intervention des services d'ESD dans le contexte du parcours de soins de l'AVC

#### 3. Retard dans la contribution, prise en charge de l'assistance sociale :

- Le retard de cette contribution provoque un obstacle au moment opportun à la sortie du patient des services ESD

A. : propose d'inclure un travail social dans l'équipe d'ESD pour atténuer le problème.

B. : stoppe leur intervention ESD chez les patients en attente d'un forfait de prise en charge

#### 4. Manque de suivi dans la région :

- Manque de services communautaires spécialisés qui pourraient répondre aux besoins complexes des personnes invalidantes
- Fossé dans le parcours pour diriger les patients plus dépendants vers les services d'ESD → les services communautaires pensent encore que les services d'ESD sont un service social

B. : l'équipe a remarqué l'absence d'un service spécialisé d'AVC (stroke unit) dans la communauté comme l'un des plus grands défis au travail.

Les patients avec des besoins persistants doivent être renvoyés dans des services de réadaptation générale.

ESD : c'est vraiment des patients qui ont besoin d'un programme intensif et extense où le domicile est l'endroit le plus approprié.

#### 5. Répétition des évaluations de santé :

- Les répétitions inutiles des évaluations dans tous les services ont souligné la nécessité d'améliorer le partage des données pratiques entre l'hôpital et les équipes ESD
- Cet objectif d'intégration des données impliquerait la mise en place de systèmes efficaces pour le suivi des résultats

### Conséquences et effets

#### 1. Réduction du séjour hospitalier sans compromettre le niveau d'entrée de réadaptation :

« Les patients préfèrent sortir plus tôt de l'hôpital et continuer la réadaptation dans leur environnement, permettant d'avoir une vie normale et d'être auprès de leurs proches ».

#### 2. Meilleure transition de l'hôpital au domicile :

Rôle ESD :

- A. : Contribuer dans l'amélioration de la collaboration entre les services aigus et ceux de la communauté → les transferts entre les services ont été améliorés et fonctionne de manière plus lisse
- B. : Comblent une grande partie du manque des centres communautaires de réadaptation

#### 3. Interventions centrées sur le patient et prise en charge de l'AVC intensive et spécifique :

- Les prestations de soins par des spécialistes sont essentielles afin de maximiser leur potentiel de

	<p>récupération et de faciliter la continuité des soins dans les services</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir son identité et son rôle dans les services → permet d'avoir les connaissances nécessaires pour traiter les patients victimes d'AVC.</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Cette étude a exploré les facteurs contextuels associés à la mise en œuvre des services d'ESD. Elle a identifié les facteurs facilitants, les obstacles et les effets de ceux-ci.</p> <p>Les services d'ESD doivent faire passer un message clair et démontrer l'efficacité de l'intervention de ceux-ci. Les critères d'accessibilité au service ainsi que la décision quant à l'orientation du patient fondés sur des preuves par un document spécifique doivent encore être évalués au cas par cas sur des réflexions cliniques afin de mettre l'accent sur la sécurité des patients.</p> <p>La plupart des répondants sont d'accord que l'intervention de ce service doit pouvoir être adaptée sur les besoins du patient et sur l'accessibilité des services communautaires.</p> <p>Cette approche flexible favorise la réceptivité et la satisfaction des besoins du patient et des caractéristiques locales des prestations de soins.</p> <p>La subjectivité quant à la décision du processus d'orientation peut mener à des incohérences qui peuvent nuire les composantes du service fondés sur des preuves.</p> <p>Les critères du service ont été élargis pour s'adapter au manque de service dans la communauté pour les patients ayant des besoins complexes.</p> <p>Le besoin de clarté des procédures de la part des professionnels de la santé ont été identifiés comme une stratégie pour améliorer les services d'ESD.</p> <p>Il est important que les intervenants abordent la continuité des soins des services ESD au moment opportun.</p> <p>La stratégie de l'échantillon raisonné permet d'avoir les différents points de vue des différents intervenants clés ainsi que d'obtenir une appréciation complète du service ESD.</p> <p>Les observations reflètent que la participation des services ESD permettent de combler le fossé d'une étape importante dans le parcours du patient victime d'AVC dans la transition de l'hôpital à la maison.</p> <p>La suggestion de l'organisation du travail entre l'hôpital et la communauté favorise l'interaction et peut permettre une meilleure compréhension du rôle et de la fonction de chacun afin d'améliorer la collaboration.</p>

Perspectives	<p>Les enseignements faits dans cette étude sont transférables à d'autres services. De plus, le fait que des similitudes ont été relevées par les participants de différents services et leurs différents parcours professionnels, cela permet d'appuyer davantage la transférabilité des conclusions.</p> <p>La pertinence des résultats de cette étude nécessiterait d'être plus approfondie dans une prochaine étude.</p> <p>Pour le futur, il faudrait explorer ce concept ESD dans les prochaines années de mise en service (étant donné que cette étude a été réalisée pendant la 1<sup>ère</sup> année d'exécution).</p> <p>D'autres études devraient évaluer la valeur de l'intervention dans l'échange de connaissances entre les intervenants en vue de surmonter les obstacles identifiés et d'améliorer ceux-ci.</p>
<b>Questions générales</b>	Cet article est clair, bien structuré et bien détaillé.
Evaluation globale	<p>Cet article permet une meilleure compréhension du concept ESD. Il identifie les facteurs facilitants, les obstacles et les conséquences de celui-ci. Puis, il contient des résultats pertinents pour la pratique infirmière sur le concept ESD.</p> <p>Messages cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ESD est perçu positivement dans son développement afin de contribuer dans le parcours du patient victime d'un AVC.</li> <li>- Facilitateurs : adaptation de l'intervention de réadaptation, le rôle des coopérateurs dans la réadaptation et la collaboration avec les autres services</li> <li>- Obstacles : retard dans la prise en charge par « securing social », incertitude lors de l'orientation du patient à ce service.</li> </ul>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

**Références de l'article analysé :**

Cobley, C.S., Fisher, R.J., Chouliara, N., Kerr, M. & Walker, M.F. (2013). A qualitative study exploring patient's and carer's experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 27(8) 750-757. Doi : 10.1177/0269215512474030

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La population est identifiée, le devis est noté, ce que l'on cherche aussi (le vécu), l'intervention est d'explorer, la comparaison est faite avec les services de réadaptation conventionnelle et les services Early supported discharge.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'objectif, le devis, la population, les principaux résultats et les conclusions sont notés dans le résumé mis en évidence à la première page.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène étudié est l'investigation auprès des patients ayant fait un AVC et leurs proches aidants de leurs vécus durant la transition rapide à de la réadaptation à domicile.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Oui, le problème de l'accélération des séjours hospitaliers est décrit, le bénéfice que la réadaptation soit faite à domicile est exposée, les buts de l'ESD sont expliqués, les résultats des études récentes sur le sujet sont notés.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel est la période de transition entre l'hôpital et le domicile en utilisant un modèle qu'est le Early Supported Discharge.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		Il est noté de manière affirmative qu'il y a un besoin d'études qualitatives explorant les perceptions des patients et de leurs proches aidants sur les services du

					ESD durant la phase juste après la sortie.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'exploration est tout à fait cohérente avec l'envie de connaître les vécus des personnes.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Oui, c'est un devis qualitatif exploratoire. Oui, les interviews semi-structurés sont adéquats avec le devis de recherche. Les interviews durent entre 30 et 45 minutes ce qui correspond.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Les critères de sélection des patients sont listés, le cadre dans lequel les interviews vont se dérouler également (à domicile des patients).
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les interviews ont continué jusqu'à la saturation des données et a été atteinte dans chaque groupe.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interviews semi-structurés durant 30 à 45 minutes comprenant des sujets larges de base.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui, les interviews semi-structurés répondent au devis de recherche qualitatif et comme les auteurs cherchent à explorer le vécu, l'entretien semi-structuré est le bon instrument de collecte des données.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le consentement a été demandé, la confiance des données est respectée, les répondeurs sont volontaires à participer à l'étude, l'étude a été approuvée par le comité de recherche éthique de Nottingham.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et			X	Les chercheurs proposent pour les recherches futures d'acquérir des données quantitatives afin de

	transférables ?				généraliser les conclusions.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Enregistrement audio, transcription par verbatimes, thématique, codage, identification des thèmes et sous-thèmes, identification des similitudes et des différences.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Chaque thème est mis en évidence et est appuyé de verbatimes, il y a des tableaux de listes accentuant les thèmes principaux ressortis.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Chaque thème est mis en évidence et est appuyé de verbatimes.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Oui, lors de l'analyse des données, chaque donnée a été classée afin de poser des résultats permettant de conclure la question de recherche.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, ils expliquent que l'étude ne s'étend pas à toute population, qu'il serait nécessaire pour des recherches futures qu'ils y aient moins de proches aidants conjoints, comme des filles ou des proches aidants mâles.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui, les chercheurs expriment le bénéfice d'une réadaptation à domicile qui est plus confortable, d'une meilleure compréhension de la thérapie et d'un début de réadaptation plus intense. Mais ils expliquent aussi les inconvénients des proches aidants sur leur ressenti et le risque d'isolement sociale. Les chercheurs proposent pour les recherches futures

					d'incorporer des mesures quantitatives afin de généraliser les conclusions.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, chaque paragraphe à un titre qui est mis en évidence, les résultats sont bien distincts et la discussion reprend les éléments centraux de l'étude.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui, les résultats sont probants, il sera nécessaire d'en connaître plus sur la méthode du ESD pour le retour à domicile.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Cobley, C.S., Fisher, R.J., Chouliara, N., Kerr, M. & Walker, M.F. (2013). A qualitative study exploring patient's and carer's experiences of Early Supported Discharge services after stroke. <i>Clinical Rehabilitation</i> . 27(8) 750-757. Doi : 10.1177/0269215512474030  Traduction libre par les auteures
<b>Résumé</b>	Objectif : investiguer le vécu des proches aidants et des patients des « <b>services de sortie précoce soutenue (ESD = Early supported discharge)</b> » et d'informer le développement et les dispositions. Devis et population : interviews semi-structurés, 27 patients ayant fait un AVC et 15 proches aidants dans la région du Nottinghamshire qui reçoivent le ESD ou les services conventionnels. Résultats : une analyse rigoureuse à identifier des différences et des similitudes à travers les données recueillies. Thèmes spécifiques :

	<p>Patients recevant le ESD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réhabilitation à domicile</li> <li>• Réponses rapides</li> <li>• Intensité et la durée de la thérapie</li> <li>• Le temps de repos des proches aidants</li> <li>• Les exercices de réhabilitation et la disposition de l'équipement technique</li> <li>• La transition sans coupure entre le ESD et les services suivants de réadaptation.</li> </ul> <p>Les difficultés vécues des patients ayant le ESD ou les services conventionnels liées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien limité dans les opérations de tension des proches aidants</li> <li>• Le manque d'éducation et de formation des proches aidants</li> <li>• Inadéquation des dispositions et la délivrance des informations concernant l'AVC</li> <li>• La transition (non lisse) entre ESD et les services suivants de réadaptation</li> </ul> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sortie accélérée de l'hôpital à la réadaptation à domicile est perçue positivement par les utilisateurs des services.</li> <li>• Importance d'adresser les informations nécessaires</li> <li>• Soutenir les besoins des patients et des proches aidants</li> <li>• Contrôler leurs impacts sur les proches aidants en plus des patients en utilisant des mesures de résultats robustes</li> </ul>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p>Le thème principal de la recherche est : Early supported discharge services : sont les services de réadaptation à domicile. Le but est d'accélérer la sortie de l'hôpital et de fournir des soins multidisciplinaires de réadaptation à domicile (équivalent à une stroke unit).</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Avantages de l'ESD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure rentabilité que les soins hospitaliers conventionnels</li> <li>• Réduit le temps de dépendance</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduit le nombre d'admissions dans des institutions de soins</li> <li>• L'environnement physique et social du domicile crée une meilleure arène pour réapprendre ses compétences</li> <li>• Permet au patient et au proche aidant de devenir plus impliqués dans la prise de décision et d'avoir une meilleure motivation</li> </ul> <p>Le changement de soins entre l'hospitalier et le domicile provoque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation des questions, comme c'est une fois à domicile que les conséquences de la maladie sont les plus comprises</li> <li>• Sont plus demandants et complexes</li> <li>• Augmente le stress et le fardeau en plus des effets indésirables sur le bien-être physique et psychique des proches aidants</li> <li>• Appauvri la santé mentale des proches aidants</li> </ul> <p>D'autres études ne montrent pas d'impact sur le bien-être et la réduction du fardeau des proches aidants. Mais aucune étude qualitative n'a décrit ces expériences dans leurs propres mots.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Early Supported Discharge, transition, réadaptation à domicile
Question de recherche	Besoin d'études qualitatives explorant les perceptions des patients et des proches aidants des services d'ESD durant la phase précoce de la sortie.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Devis qualitatif exploratoire, devis en coupe transversale.
Population et contexte	27 patients ayant fait un AVC et 15 proches aidants. Les patients qui entrent dans les critères de la sortie précoce ESD de 2 stroke units de la région de Nottinghamshire, ayant fait un AVC, pour qui la réadaptation est souhaitable et éligible par les critères : Index de Barthel >14/20, 14 jours post-AVC, transférer indépendamment ou avec assistance de qqun, identifier les buts de la réadaptation, leur hôpital a agréé être dans une situation stable. D'autres patients n'étaient pas référés au ESD sont également recrutés mais qui entrent dans les critères

	<p>recommandés de Cochrane.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour les services ESD : 19 patients et 9 proches aidants.</li> <li>– Les autres étaient soit des patients ambulatoires de l'hôpital ou soit recevant des services d'AVC communautaires conventionnels</li> </ul>
	<p>Ethique : reçoivent une feuille et s'ils souhaitent y participer sont invités à contacter les chercheurs directement, de façon volontaire, toute information est traitée dans la confiance. L'étude a été approuvée par le Nottingham Research Ethics Committee et le consentement a été obtenu pour tous les patients et proches aidants.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Interviews semi-structurés durant 30 à 45 minutes. Chaque interview couvre les larges sujets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vécu des services de réadaptation suivant la sortie de l'hôpital</li> <li>• Amélioration suggérée dans la disposition des services de réadaptation</li> <li>• Formation, soutien, équipement et informations fournies</li> <li>• Changement dans le bien-être physique et psychique</li> <li>• Participation aux activités de la vie quotidienne et aux activités sociales</li> </ul>
	<p>Les interviews ont été conduits au domicile des patients 1 à 6 mois après la sortie de l'hôpital de façon fiable.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les interviews ont été enregistrés et transcrits en verbatimes. Chaque groupe d'interviews a été analysé séparément.</p> <p>Une thématique a été suivie pour identifier et reporter les thèmes dans les données. Les données ont été lues et codées et assignées aux segments de test qui renvoyaient une information intéressante en lien avec la question de recherche. Les données ont été continuellement comparées pour identifier des similitudes et des différences.</p> <p>Les thèmes qui émergent de chaque groupe d'interviews sont comparés et contrastés, résultat d'identification de thèmes qui sont seulement relevés par les réponses des participants ayant le ESD.</p> <p>Un autre chercheur revoit les transcriptions et regarde la pertinence de chaque thème.</p>
Rigueur	--

<b>Résultats</b> Traitement des données	Les interviews ont continué jusqu'à la saturation des données et a été atteinte dans chaque groupe. Un logiciel (QSR Nvivo 9) d'analyse qualitative des données a été utilisé pour organiser les données de manière efficace et systématique.
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyenne des interviews des jours post-discharge était entre 29 et 110 jours.</li> <li>• Moyenne âge des patients interviewés entre 56 et 83 ans.</li> <li>• Moyenne âge des proches aidants entre 58 et 86 ans.</li> <li>• 87% des proches aidants étaient des femmes.</li> </ul> <p><b>Résultats spécifiques à ESD :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• satisfait des exercices de réadaptation : presque tous les répondants sont satisfaits de la variété des exercices de réadaptation du ESD, sont bien enseignés et permettent un fonctionnement optimal du rétablissement. C'est bénéfique de recevoir des sessions thérapeutiques dans et dehors du domicile.</li> <li>• Le domicile est le meilleur arène pour la réadaptation : il y a un consensus de préférence des participants pour retourner au domicile le plus tôt possible. La réadaptation à domicile est plus rentable et demande moins d'exigence et c'est mieux centré sur les résultats de réhabilitation.</li> <li>• Temps de ne pas être un proche aidant : émerge comme un thème signifiant et proéminent des proches aidants : ils ont le temps de s'engager dans leurs propres activités entre le patient et le ESD. Au contraire, d'autres disent que les thérapeutes ne sont pas assez de temps avec le patient pour qu'ils aient un temps de répit.</li> <li>• Rapidité de la réponse : la majorité des patients sont positivement surpris de la transition sans coupure entre l'hôpital et le programme de réadaptation à domicile avec la 1<sup>ère</sup> visite du ESD 24h après la sortie.</li> <li>• L'intensité de la thérapie : 4 visites par jours, 7 jours sur 7 sur une durée de 6 semaines sont vues positivement par les répondants. La consistance et la régularité procurent un sentiment de sécurité durant cette période de bouleversement de transition (hôpital – domicile).</li> <li>• Satisfaction de la disposition et de la livraison des équipements : ESD fait une visite pour s'assurer du matériel nécessaire et en place au domicile avant la sortie du patient.</li> <li>• Transition disjointe entre ESD et les services futurs de réadaptation (post-ESD) : le ESD dure 6 semaines puis les services communautaires prennent le relais. Les patients trouvent la transition coupée et abrupte</li> </ul>

	<p>qu'il n'y a pas assez de continuité.</p> <p><b>Thèmes communs dans les deux groupes d'entretien (recevant ESD et recevant services conventionnels) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien limité dans le vécu des proches aidants : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ se sentent épuisés et physiquement tendus</li> <li>→ doivent entreprendre les tâches que précédemment les patients faisaient</li> <li>→ décrivent de la souffrance car leur temps de loisirs et d'activités sociales est diminué</li> <li>→ des nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités dans le soutien du patient atteint d'AVC, adapter sa nouvelle relation avec son époux</li> <li>→ ils se trouvent jetés dans le rôle de soutien sans recevoir assez de soutien eux-même des professionnels communautaires.</li> </ul> </li> <li>• Manque d'éducation et de formation pour les proches aidants : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ la plupart des proches aidants répondent être peu informés sur la mesure de soutien disponible après la sortie</li> <li>→ se sentent également négligés : « ces professionnels de la santé oublient le proche aidant et ce qui se trouve après la maladie du patient ».</li> <li>→ leur formation dans le soutien physique des patients est décrit comme inadéquat. Ils mettent en évidence leur difficulté dans l'aide et soutien dans les besoins émotionnels et psychologiques du patient (dépression).</li> </ul> </li> <li>• Disposition et livraison inadéquate de l'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ dans la plupart des interviews, ils se trouvent limités dans la compréhension de l'AVC, ses causes, ses mesures de prévention secondaire et son changement de style de vie</li> <li>→ ils donnent leurs difficultés rencontrées à accéder à l'information concernant les avantages sociaux, l'assistance statuaire et le soutien informel</li> <li>→ les informations sont délivrées dans un format inadéquat.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Positif :</p> <p>La sortie accélérée de l'hôpital et la réadaptation à domicile sont perçues positives.</p> <p>Les résultats soulignent l'importance d'explorer la méthode d'adresser l'information et les besoins de soutien aux utilisateurs des services.</p>

	<p>Compréhension plus grande des barrières lors de la transition entre ESD et les services futurs est demandée.  Grande satisfaction de recevoir la réadaptation dans son environnement familial.  Sentent plus capables d'entreprendre les activités de vie quotidienne et de participer à leurs choix de vie.  La thérapie à domicile est plus commode, confortable et permet au patient de prendre des décisions et d'avoir une meilleure compréhension de la thérapie (partenariat).  La réadaptation commence à temps et intensivement avec des visites fréquentes.</p> <hr/> <p>Négatif :</p> <p>Proches aidants se sentent isolés, négligés, exclus des décisions et des programmes de sortie → ATTENTION la participation de la famille dans la réadaptation est impérative pour le rétablissement !  Les patients et les proches aidants admettent que leur rôle change et que ces changements ont un impact sur leur relation sociale et familiale.  Les proches aidants exigent un soutien émotionnel accru.  Ont besoin de soutien et de formation (proches aidants) dans les compétences essentielles pour gérer le quotidien des patients.  Sont inadéquatement informés sur les aspects importants de l'AVC (causes, pronostic, mesure préventive secondaire, soutien informel)  Le manque de connaissance est une source d'anxiété et de souci et contribue à l'échec du patient.</p> <hr/> <p>Leurs conclusions soulignent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'importance d'utiliser les proches aidants dans leur résultat de mesure dans le but d'évaluer l'efficacité de la réadaptation et souligne l'inadéquation d'utiliser seulement le traditionnel résultat centré sur le patient.</li> <li>• L'importance du soutien au proche aidant</li> <li>• Mettre en évidence leurs aspects de leur vécu pour informer du développement de l'autoévaluation de leur fardeau</li> <li>• Une active plutôt qu'une passive information est plus efficace dans l'amélioration du patient et du proche aidant dans leur connaissance, satisfaction et dépression.</li> <li>• Meilleure communication entre les patients, les membres de la famille et les professionnels de la santé est essentielle pour assurer une transition efficace et sécurisée entre ESD et les services futurs de réadaptation</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les barrières et les processus sociaux entre les services</li> </ul>
Perspectives	<p>Critique de leur méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la méthode qualitative a permis d'explorer en profondeur les perceptions et les vécus des répondants</li> <li>• La comparaison constante analytique a permis l'identification des similitudes et des différences entre les 2 cohortes d'interviews.</li> <li>• Les bénéfices spécifiques à ESD ont été mis en évidence.</li> <li>• La majorité des entretiens se sont déroulés pendant qu'ils recevaient leur réadaptation à domicile facilitant le rappel opportun et précis de leurs expériences</li> </ul> <p>Futures recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• devraient adresser si les questions identifiées sont pertinentes à, non des époux/ses, mais des filles et des travailleurs sociaux masculins</li> <li>• le devis de cette recherche ne capture pas les changements de temps, pour les futures incorporer les mesures quantitatives pour généraliser les conclusions.</li> </ul>
<b>Questions générales</b>	Bon article, présente les services ESD comme étant une stratégie pour améliorer la transition entre l'hôpital et le domicile.
Présentation	
Evaluation globale	Evalue la pertinence de l'utilisation de la méthode du ESD.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

**Références de l'article analysé :**

Gache, K., Leleu, H., Nitenberg, G., Woimant, F., Ferrua, M. & Minvielle, E. (2014). Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France : a qualitative study. *BCM Health Services Research*, 14. doi : 10.1186/1472-6963-14-95

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			L'étude recherche les obstacles concernant la mise en œuvre du parcours de soins pour l'AVC (=stroke care pathways).
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Bien structuré. Contient contexte, méthode, résultats, discussion et conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Parle de l'AVC en général.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			L'accès bien organisé des patients dans les soins multidisciplinaires des unités spécialisés des AVC (stroke unit) a démontré une amélioration de la qualité du service et une réduction du taux de morbidité et de mortalité.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Le concept SCP (stroke care pathways) n'est pas assez décrit.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Le but de l'étude est énoncé et clair.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'étude découle de l'état des connaissances.
<b>Méthodes</b>	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Étude qualitative

Tradition et devis de recherche	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				Une grille contenant les différentes composantes du parcours de soins de l'AVC.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			44 professionnels de la santé (corps de métier très variés)
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Pas mentionné
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			51 entretiens ont été réalisés
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Etant donné que la population est les professionnels de la santé, les interviews sont une mesure appropriée de collecte de données.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'étude a été épargnée de l'approbation du comité éthique.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	Cette étude comprend certaines limites (5). Les conclusions sont crédibles mais pas transférables.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Un codage axial et un codage vertical (analyse séparée puis comparaison).
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de texte, tableaux et figures

<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats répondent aux objectifs recherchés.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Certaines données sont généralisables, cependant d'autres ne sont pas transférables.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les 5 limites de l'étude sont énoncées.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			4 perspectives pour le futur sont énoncées.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré, clair et compréhensible.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude identifie les 10 à 17 obstacles liés à la continuité des soins. En sachant les manques, les obstacles et les besoins, nous pouvons adapter et modifier nos interventions afin d'y agir.

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<p>Gache, K., Leleu, H., Nitenberg, G., Woimant, F., Ferrua, M. &amp; Minvielle, E. (2014). Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France : a qualitative study. <i>BCM Health Services Research</i>, 14. Doi : 10.1186/1472-6963-14-95</p> <p>Traduction libre par les auteures</p>
<b>Résumé</b>	<p>« Stroke Care Pathways » = (accès au) parcours de soins de l'AVC = SCP. Ce concept vise à améliorer la qualité des soins en fournissant un meilleur accès aux unités spécialisées d'AVC, aux centres de réadaptation et aux soins à domicile pour les patients dépendants.</p> <p>L'objectif est d'identifier les principaux obstacles à la mise en œuvre efficace du SCP en France.</p> <p>4 types de SCP ont été sélectionnés qui diffèrent en termes de localisation géographique, de la taille de la population, des conditions socio-économiques et de la disponibilité des établissements de soins.</p> <p>51 entretiens semi-structurés ont été réalisés dont 44 professionnels clés de la santé impliqués dans le SCP. Les données ont été classées selon deux typologies qui ont été validées par 15 professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un codage axial : les obstacles organisationnels à la mise en œuvre des SCP</li> <li>- Un codage vertical : le contenu de ces obstacles</li> </ul> <p>4 principaux obstacles ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de ressources</li> <li>- problèmes de coordination entre le personnel et les services</li> <li>- pratiques professionnelles et organisationnelles sont sous-optimales</li> <li>- l'éducation publique sur les AVC est insuffisante</li> </ul> <p>10 à 17 obstacles ont été identifiés perturbant la continuité des soins</p> <p>Le manque de ressources a été considéré comme le principal obstacle. Cependant, la principale faiblesse est une mauvaise communication et coopération entre les professionnels de la santé et les établissements de soins.</p> <p>Les résultats ont l'intention d'être utilisés afin de construire un ensemble d'indicateurs de qualité pour des initiatives d'amélioration de la qualité des SCP et dans la mise en œuvre de lignes directrices pour la pratique clinique.</p>

<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>L'AVC est un problème majeur de santé publique dans le monde entier et en particulier dans les pays industrialisés. Le taux d'incidence varie de 73 à 223 cas sur 100'000 citoyens selon la région.</p> <p>L'AVC est la deuxième cause de mortalité, parfois la première dans de nombreux pays.</p> <p>Il est également une cause majeure d'invalidité, de détérioration cognitive, de dégradation de la qualité de vie et de dépendance un patient sur deux.</p>
Recension des écrits	<p>Les SCP ont été mis en place en Amérique du Nord et dans plusieurs pays européens.</p> <p>L'accès bien organisé des patients dans les soins multidisciplinaires des unités spécialisés des AVC a démontré une amélioration de la qualité du service et une réduction du taux de morbidité et de mortalité.</p> <p>Peu de données valables ont démontré un lien de causalité entre la mortalité et les mesures de traitement des AVC.</p> <p>La fragmentation du parcours de soins, la coordination sous-optimale et la collaboration du personnel ont entravé les progrès en matière de diagnostic et de traitement dans la pratique clinique entraînant un gaspillage des ressources et des résultats décevants.</p> <p>Continuité des soins : une prestation de service étant définie par les différents fournisseurs d'une façon cohérente, logique et en temps opportun.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>SCP = concept.</p> <p>Il englobe les soins multidisciplinaires, la coordination des soins, la coopération globale et comprend les éléments suivants : premier contact avec les fournisseurs de soins, la notification des soins d'urgence, leur réponse à assurer un accès rapide aux unités spécialisé d'AVC (stroke unit, l'accès à la réadaptation, aux centres de soins de longue durée ainsi qu'aux soins à domicile pour les patients dépendants).</p>
Question de recherche	<p>Le but de cette étude est d'identifier les barrières rencontrées par les professionnels de la santé en France dans la mise en place des SCP. Les obstacles sont définis comme étant des causes de discontinuités des soins rencontrés dans la pratique quotidienne.</p> <p>L'étude faisait partie d'un projet national pour le développement d'indicateurs de qualité dans le parcours de soins afin d'être utilisé par les services régionaux de santé en France.</p> <p>Le développement d'indicateurs de qualité spécifiquement pour l'usage hospitalier exige une revue de littérature et des lignes directives cliniques.</p>
<b>Méthodes</b>	Une étude qualitative

Tradition et devis de recherche	
Population et contexte	<p>51 entretiens ont été réalisés auprès des professionnels de la santé (échantillon varié, p.3)</p> <p>4 types de SCP en France (tableau 1)</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été obtenues par des entretiens étant donné que l'observation directe des parcours de soins individuels n'étaient pas possible à suivre.</p> <p>Les entretiens se sont basés sur une grille (p.3) contenant les principales composantes du parcours de soins de l'AVC, conçues par les deux chercheurs sur la base de documents officiels classés par niveau de preuve. La grille a été soumise à 3 services régionaux qui ont approuvé l'étude et qui ont établi une liste des répondants potentiels ayant une expertise dans les SCP dans leur région.</p> <p>Les entrevues ont eu lieu entre juillet 2011 et mars 2012. Les chercheurs ont obtenu 51 entretiens de 44 professionnels de la santé. (7 ont été refaits auprès des 33 premiers interrogés afin de préciser les données obtenues).</p> <p>Les deux chercheurs ont traité les données et les ont classées en utilisant le codage axial pour relier les réponses obtenues quant à la composition du parcours de soins de l'AVC (obstacles organisationnels).</p> <p>Un codage vertical a été utilisé pour une meilleure compréhension de chaque obstacle.</p> <p>Chaque résultat a été comparé aux autres.</p> <p>La typologie et le contenu des obstacles ont été discutés et validés d'abord par 4 chercheurs puis par le groupe d'experts des 15 membres de professionnels de l'AVC.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Cadre / Milieu :</p> <p>L'étude a débuté en octobre 2011. La mission principale de l'équipe était de valider les indicateurs de qualité pour les autorités de santé française. La tâche de développer ces indicateurs a été fixée par le ministère français de la Santé et de l'Autorité nationale pour la santé (HAS). De nombreux fournisseurs de soins se sont impliqués dans la gestion du parcours de l'AVC (samu, centres d'appels coordonnés pré-hospitaliers). Les services d'appels aux médecins permettent d'envoyer les pompiers, une ambulance ou une unité de soins intensive mobile sur le site ainsi que de se renseigner sur la disponibilité des lits dans les hôpitaux prenant en charge des patients victimes d'AVC. Les unités spécialisées d'AVC prennent en charge les patients de manière autonome ou par l'intermédiaire de la</p>

	<p>télémedecine (échanges d'informations à distance sur la prise en charge ou prestation de soins) avec d'autres hôpitaux. Le secteur comprend des centres de réadaptation, des soins infirmiers, des soins à domicile et les médecins généralistes. Les services régionaux ont un rôle de surveillance dans la coordination entre les services médicaux et sociaux.</p> <p>Sélection des SCP (l'accessibilité aux soins) :</p> <p>Les services régionaux ont désigné 15 membres qui recouvre un panel large dont l'expertise globale couvre tous les aspects clés d'un SCP. Différents types d'accès aux soins ont été relevés et montrent des inégalités quant à l'accès aux soins de l'AVC. 5 critères discriminatoires ont été identifiés. Les 5 critères ont été appliqués aux 6 emplacements géographiques en France → 4 types de SCP ont été relevés = tableau 1</p> <p>Les chercheurs ont décrit le contexte et les différents accès aux soins selon les régions en France avant de collecter et analyser les données.</p>
Rigueur	<p>HAS a demandé la présente étude et a épargné les chercheurs de l'approbation du comité éthique. L'autorisation de mener cette étude qualitative a été accordée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – CNIL) qui veille à ce que les informations restent pour le bon service des citoyens, ne compromettent pas l'identité de l'homme et ne violent pas les droits de l'homme, de la vie privée ou des libertés individuelles ou publiques.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>En général, les personnes interrogées étaient au courant de la preuve fournie par la littérature sur le parcours de soins d'AVC et étaient convaincues que celui-ci promeut la sécurité des patients, la satisfaction et optimise l'utilisation des ressources.</p> <p>Ils ont rencontré des obstacles techniques, sociaux et organisationnels lors de l'application des principes recommandés.</p> <p>Selon les types de SCP, 10 à 17 obstacles peuvent causer une discontinuité des soins.</p> <p>Les données ont été classées selon 5 typologies suivant leur fréquence d'apparition.</p>
Présentation des résultats	<p><b>Manque de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de personnel</li> <li>- indisponibilité de lits pour les patients dans les stroke units</li> <li>- Indisponibilité d'ambulance ou d'hélicoptère</li> </ul> <p>Problèmes de coordination entre des réseaux de soins et les établissements de soins</p> <p>Entre l'équipe hospitalière et les responsables des centres de réadaptation en ce qui concerne l'admission de ceux-</p>

ci :

- Les médecins ne savent pas quels services acceptent les patients victimes d'AVC, ils sous-estiment les troubles ainsi que la nécessité pour les patients de recevoir des soins à domicile après une sortie précoce.

Entre les médecins généralistes et les consultants à l'hôpital :

- Les consultants se plaignent que les médecins envoient souvent les patients pour des tests dans le secteur privé sans se renseigner sur les admissions à l'hôpital
- Les médecins modifient les prescriptions sans demander l'avis au consultant (par ex. interrompt le TTT antiplaquettaire avant la prochaine visite à l'hôpital).

Entre les spécialistes de différentes disciplines, en particulier entre les médecins urgentistes et les neurologues :

- La transmission de l'information a été considérée comme sous-optimale.
- Les rapports médicaux sont toujours transmis trop tard aux services de soins et contiennent des informations insuffisantes sur les évaluations cliniques.

Formation inadéquate :

- Les infirmières de triage, les personnes résidentes à l'hôpital ( ?) et les pompiers ont été considérés comme insuffisamment formés à la reconnaissance des symptômes de l'AVC.
- Les médecins eux ont été considérés comme ayant des connaissances insuffisantes sur les avancées récentes en médecine comme par exemple le temps prolongé pour une administration intraveineuse de l'activateur tissulaire du plasminogène (thrombolyse).

**Problèmes de coordination entre les services de soins**

- Entre le cadre hospitalier, les pompiers et SAMU par rapport à l'orientation du patient.
- Entre le pré-hospitalier et l'hospitalier lorsque le SAMU transporte des patients à l'hôpital sans avoir averti au préalable et sans avoir obtenu le feu vert.
- Entre l'hôpital et les services en aval à cause des différents fonctionnements de programme (agenda). Les stroke units fonctionnent sur une base quotidienne alors que les comités d'admission des centres de réadaptation se réunissent généralement une fois par semaine.
- Les procédures administratives prennent beaucoup trop de temps (par ex. reconnaissance d'une personne handicapé autorisant l'admission à une maison départementale des personnes handicapées.

**Problèmes relatifs aux pratiques professionnelles et organisationnelles**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps d'attente trop long lors de l'appel du SAMU</li> <li>- Aucun protocole formel hospitalier pour la prise en charge en soins d'AVC (parcours critique)</li> <li>- Stroke units refusent les patients ne nécessitant pas de thrombolyse</li> <li>- Longue attente pour les résultats d'examen jusqu'à la sortie</li> <li>- Refus des centres de réadaptation aux patients ayant des difficultés financières</li> </ul> <p>Education public</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser davantage le public en ce qui concerne les symptômes, la gravité de la maladie et les traitements.</li> <li>- Trop peu de patients ou médecins ont fait des appels direct au samu.</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>L'obstacle le plus souvent cité était le manque de ressources, ce qui confirme que la France a besoin d'investir davantage dans la gestion de la prise en charge des patients victimes d'AVC en dépit des résultats remarquables dans certaines parties du pays.</p> <p>La coordination des soins est de plus en plus considérée comme un aspect fondée sur des preuves de la prestation des soins de haute qualité. Cependant, il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue la coordination des soins ou de comment construire une base de données probantes pour la coordination des soins ou de comment développer des mesures de coordination.</p> <p>Les personnes interrogées se plaignent du manque de communication et de coopération dans le milieu hospitalier, avec des médecins et des neurologues souvent en désaccord sur ce qui est des soins appropriés.</p> <p>Les mesures correctives proposées sont le travail en équipe, la mise en œuvre de voies dans les stroke units, la reconnaissance du rôle clé joué par les infirmières et la mise en place d'équipes spécialisées dans les hôpitaux sans stroke units ou avec peu de ressources.</p> <p>Les principaux problèmes de coordination rencontrés après la sortie du patient étaient des transferts d'informations pauvres aux services communautaires et le retard des procédures administratives. Les solutions à ceux-ci peuvent être des initiatives tels que intégrer des parcours de soins de l'AVC et des procédures de sortie précoce soutenues qui ont montré une réduction de la durée du séjour hospitalier surtout chez les personnes âgées victimes d'AVC avec une incapacité modérée.</p> <p>En résumé, pour qu'un SCP fonctionne bien, les professionnels de la santé doivent collaborer étroitement. L'introduction en France de coordinateurs dans le parcours de soins de l'AVC (SCP) implique la mise en place et le</p>

	<p>fonctionnement de SCP afin d'aider à promouvoir la collaboration.</p> <p>Les objectifs du plan national 2010-2014 de l'AVC n'étaient pas seulement d'augmenter le nombre de stroke units et d'introduire des coordinateurs pour accroître l'efficacité du parcours de soins, mais aussi d'améliorer la formation et l'information du public ainsi que d'étendre les soins de l'AVC au-delà de la prévention, c'est-à-dire des soins primaires par la mise en place d'un ensemble de programmes et d'actions coordonnées pour la protection sociale.</p> <p>Entre 2010 et 2030, la prévalence de l'AVC devrait augmenter de 25% et les coûts des traitements médicaux pour les soins vont tripler. Cependant, dans la politique économique actuelle, il est peu probable que plus d'argent sera fourni pour les dépenses de santé publique. → La continuité des soins sera donc probablement diminuer à mesure que les ressources diminuent. → Ces lacunes devront donc être compensées par une meilleure organisation des soins.</p> <p>Les patients et le public devraient avoir une meilleure connaissance des symptômes de l'AVC et les infirmières de triage devraient être plus familiarisées dans les soins de l'AVC en général. Des campagnes d'informations sur la reconnaissance précoce des symptômes de l'AVC et sur la gravité de la maladie devraient être mises en place au niveau cantonal et régional.</p> <p>Limitations de l'étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas une vue d'ensemble exhaustive à la mise en place de SCP étant donné que les personnes interrogées ne mentionnent pas de mesures clés fondées sur des preuves facilitant la mise en œuvre des SCP.</li> <li>- L'étude est fondée sur les données et sur la documentation des entretiens et non pas sur des observations du monde réel.</li> <li>- Les données fournies par les 44 personnes interrogées venaient de seulement 4 régions de France et ne peuvent pas fournir une image du contexte national global.</li> <li>- Les patients et l'expérience des proches n'ont pas été interrogés et n'ont pas donné leur idée sur l'idéal d'un SCP.</li> <li>- Les conclusions sont applicables au système de santé français et ne peuvent pas être plus largement applicable, même si elles sont souvent soutenues par des résultats obtenus ailleurs.</li> </ul>
--	---

Perspectives	<p>Les résultats ont des implications pratiques pour le développement des indicateurs de qualité pour les SCP pour une utilisation par les agences de santé régionales françaises :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les initiatives d'amélioration devront se concentrer sur les failles dans les aspects organisationnels, en particulier sur la coordination entre le personnel et entre les installations.</li> <li>- Plus d'un type de parcours de soins de l'AVC devra être validé comme SCP dépendant de la géographie locale, mais le nombre devant rester toutefois limité.</li> <li>- Les indicateurs de qualité afin d'évaluer les SCP doivent être validés dans les différents contextes.</li> <li>- Les expériences récentes soutiennent l'hypothèse que bien organiser la prise en charge multidisciplinaire peut améliorer la qualité du service et réduire la mortalité et la morbidité liés à un AVC aigu ainsi que la réadaptation après un AVC.</li> </ul>
<b>Questions générales</b> Présentation	Structuré, clair, compréhensible.
Évaluation globale	<p>L'étude identifie les 10 à 17 obstacles liés à la continuité des soins.</p> <p>En sachant les manques, les obstacles et les besoins, nous pouvons adapter et modifier nos interventions afin d'y agir dessus.</p>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

**Références de l'article analysé :**

Giosa, J., Stolee, P., Dupuis, S., Mock, S. & Santi, S. (2014). An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 33, 137-153. Doi : 10.1017/S0714980814000026

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Oui, le contexte, la population et l'intervention sont mentionnés dans le titre.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Oui, le résumé contient le but de l'étude, le devis de recherche, la méthodologie et les résultats.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs explorent les besoins de soutien des proches aidants des patients victimes d'une fracture de la hanche ou d'un AVC durant la transition des soins entre l'hôpital et le domicile.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Oui, les soins de transition sont définis, le contexte des connaissances actuelles sur la problématique des proches aidants est exposé ce qui amène au but de l'étude.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Les soins de transition sont définis ainsi que le rôle des proches aidants.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		Il n'y a pas de question de recherche clairement formulée, mais il y a le but de la recherche qui est clairement formulé à la fin de l'introduction-contexte (background).
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le but de la recherche découle bien de l'état des connaissances et remplit les lacunes en ce qui

					concerne la compréhension des proches aidants dans leur expérience des soins de transition entre l'hôpital et le domicile.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Oui le devis de recherche est décrit : approche qualitative qui suit une théorie ancrée. Les outils de récolte de données sont décrits (entretiens semi-structurés) correspondant au devis de recherche. Le temps passé sur le terrain est en adéquation avec le devis et avec le nombre de questions à poser (environ 38 et 44 minutes).
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Les échantillons sont bien détaillés, les phases comment se déroulent les récoltes également.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les chercheurs ont continué leur échantillonnage des proches aidants et des case managers jusqu'à la saturation des données, lorsqu'aucune donnée ne donnait de nouvelles informations.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les entretiens basés sur un questionnaire sont décrits.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié, le but de la recherche et les instruments de collecte de données sont en adéquation et veulent explorer un phénomène.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le déroulement de l'étude est bien décrit (les chercheurs ont récolté leurs données en 3 phases, une fois avec les case managers, une fois avec les proches aidants et une fois avec des autres membres de ces populations). Les proches aidants ont participé à l'étude après avoir signé un consentement éclairé.

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	Les auteurs notent qu'ils se sont basés sur un guide de protocole de discussions et d'interviews contenant des questions générales pour guider ce processus rendant les résultats crédibles.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les auteurs décrivent les logiciels utilisés, le déroulement des catégorisations des données recueillies.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils sont présentés dans l'ordre chronologique de la transition et sont argumentés par des verbatims des proches aidants et case managers.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont mis en lien avec la recension des écrits et les connaissances actuelles.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs notent qu'étant donné la taille de l'échantillon, les résultats ne peuvent être généralisés et transférables à d'autres pathologies ou autres situations de transition.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs font part des limites de leur étude dans la discussion.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs amènent des pistes concernant des recherches futures sur ce thème afin de développer et d'affiner leur théorie ancrée et d'autres pour avoir une autre vision des soins de transition par les professionnels hospitaliers et non communautaires (comme les case managers dans cette étude).
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il contient tous les chapitres nécessaires en rigueur pour une étude scientifique. Il amène des résultats

					valident et offre une nouvelle perspective des soins de transition par cette théorie ancrée.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont probants et viennent de données du terrain, c'est-à-dire de proches aidants et de case managers.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Giosa, J., Stolee, P., Dupuis, S., Mock, S. & Santi, S. (2014). An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. <i>Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement</i> , 33, 137-153. Doi : 10.1017/S0714980814000026  Traduction libre par les auteures
Résumé	<p>But : étude explore les expériences des proches aidants informels dans le soutien dans les soins de transition entre l'hôpital et le domicile pour les personnes âgées avec des conditions médicales complexes.</p> <p>Devis : approche basée sur la théorie ancrée qualitative. Entretiens semi-structurés avec des proches aidants de patients victimes d'AVC ou de fractures de hanche et des case managers de la communauté.</p> <p>Résultats : 6 propriétés caractérisant les besoins dans les soins de transitions ont été intégrés dans une théorie répondant à la fois au transitional care timeline (chronologie des soins de transition) et emotional journey (voyage des émotions) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la situation familiale unique</li> <li>- Information pratique, éducation et enseignement</li> <li>- Implication dans le processus de planification</li> <li>- Accord entre formels et informels proches aidants</li> <li>- Temps de prendre des dispositions dans la vie personnelle</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Préparation émotionnelle</li> </ul>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Les soins de transition sont définis comme une période de temps quand un individu se déplace dans un nouveau programme de soins ou change de niveau de soins dans un programme.</p> <p>Les transitions engendrent souvent des changements de fonction et de statut de santé qui demandent différentes intensités et niveaux de soins.</p> <p>L'intégration des services de soins entre les différents programmes est essentielle à la qualité des soins de transition. Une personne âgée a plus de risque durant cette période (+++ personnes âgées avec problèmes médicaux complexes comme fracture, AVC sont spécialement vulnérables).</p>
Recension des écrits	<p>Les ressources limitées des systèmes de santé et l'accent sur les soins à domicile résultent d'un séjour hospitalier plus court et une transition à domicile avant que les patients soient complètement rétablis.</p> <p>Dans ce changement de contexte de soins, le rôle de la famille est devenu de plus en plus important pour répondre aux besoins de la population vieillissante. Le nombre de proches aidants estimé au Canada est de plus de 4 millions qui prodiguent environ 80% des services aux personnes âgées dans la communauté. Ces services représentent plus de 5 billions de dollars de travail non-rénuméré chaque année.</p> <p>Il y a un besoin grandissant de soutien à ces personnes âgées et à leur famille dans la transition de l'hôpital à domicile comme dans leurs efforts à l'auto-gestion de leurs besoins de soins.</p> <p>Ces transitions impliquent des changements de responsabilité des soins des fournisseurs de soins et des proches aidants. C'est une période de stress intense pour les membres de la famille.</p> <p>Ce stress est précipité par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Des lacunes dans les compétences nécessaires</li> <li>– les connaissances</li> <li>– les outils pour gérer les soins avec confiance et efficacité.</li> <li>– A la suite d'être mal préparé, les proches aidants ont tendance à ressentir un niveau d'anxiété et stress accru et ressentent de la frustration, énervement, épuisement, culpabilité et impuissance.</li> <li>– Un impact significatif sur les soins à leur proche résultant dans un risque accru d'erreurs médicamenteuses, d'erreurs thérapeutiques et d'infection.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Et cette situation conduit à une potentielle réhospitalisation.</li> </ul> <p>La recherche a mis l'accent sur les résultats de soins des pauvres soins de transition, la littérature s'est limitement consacrée au développement de stratégies proactives pour soutenir les proches aidants, ce qui empêche de développer des interventions pertinentes et significatives qui soutiennent les familles et ce rôle de proche aidant.</p> <p>The Next Step in Care = programme online pour assister les proches aidants dans la reconnaissance de leurs besoins à fournir des soins efficaces de transition.</p> <p>Avant de développer des programmes de soutien efficaces, une meilleure compréhension de l'expérience des soins de transition entre l'hôpital et le domicile est nécessaire.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Transition, proches aidants, personne âgée vulnérable et conditions médicales complexes
Question de recherche	<p>But de l'étude : développer une meilleure compréhension de l'expérience des proches aidants dans les soins de transition entre l'hôpital et le domicile et les besoins de soutien des proches aidants durant cette transition.</p> <p>3 composantes sont ressorties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Défis et succès rencontrés</li> <li>- Idées sur les facteurs qui contribuent à ces expériences</li> <li>- Recommandations pour améliorer le soutien aux proches aidants durant les soins de transition</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	<p>Intégration des données des professionnels de la santé dans le développement d'une théorie ancrée pour guider les soins de transition de l'hôpital au domicile et pour contextualiser les expériences des proches aidants.</p> <p>Cette étude qualitative suit une théorie ancrée. Elle est précieuse pour interprétée des significations que les gens attachent à l'expérience de santé et de maladie. La théorie ancrée joue un rôle dans le développement des « best practices ». La théorie ancrée permet aux chercheurs de développer des théories qui sont fondées dans la réalité de la pratique clinique quotidienne.</p> <p>Les auteurs utilisent la méthodologie de la théorie ancrée dans cette étude pour explorer l'expérience des proches aidants durant les soins de transition.</p>
Population et contexte	<p>Des case managers (n=6)</p> <p>Des proches aidants (n=12)</p> <p>Des « member check » sessions où les chercheurs valident les résultats avec un sous-groupe de l'original interrogé</p>

	(n=9)  Voir déroulement de l'étude.
Collecte des données et mesures	<p>Dans un processus itératif (= qui est répété plusieurs fois), la méthode a lieu en trois phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase 1 consiste à recruter les case managers (n=6)</li> <li>- Phase 2 consiste à recruter les proches aidants (n=12)</li> <li>- Phase 3 implique des « member check » sessions où les chercheurs valident les résultats avec un sous-groupe de l'original interrogé (n=9)</li> </ul> <p>Phase 1 : contextualisation de l'expérience des soins de transition → nécessaire d'explorer le contexte de la transition qui se produit avant de considérer l'expérience des proches aidants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement des case managers pour susciter leurs perspectives dans les expériences de soins de transition et l'implication des proches durant la transition de l'hôpital au domicile (travaillant dans la communauté) recrutés par email. 6 case managers volontaires ont pris part : 4 étaient des ressources managers et 2 étaient des community managers. Les 6 ont une formation en soins infirmiers cliniques. Moyenne d'âge : 42 ans, 16 d'expériences moyennes</li> <li>- En Ontario, le Ministry of Health and Long-Term Care funds (CCACs) offre des services de santé communautaires en fournissant des case management en travaillant avec les patients et leurs familles en élaborant des plans de soins personnalisés soit par téléphone ou en personne.</li> <li>- Rôle du case manager : assister les patients dans la navigation à travers les services de soins disponibles quand ils rentrent à domicile, travaille avec la famille pour trouver un équilibre entre leurs besoins, préoccupations et préférences tout en les aidant avec des résolutions des problèmes de prestation de services.</li> <li>- Les case managers ont de l'expérience dans la collaboration avec les membres des familles de gérer les situations de soins à domicile ainsi que les défis qui se produisent durant les soins de transition entre l'hôpital et le domicile.</li> </ul> <p>→ entretiens semi-structurés, face à face de 38 minutes environ, interview débute par décrire le processus des soins de transition de l'hôpital au domicile des personnes âgées qui ont une expérience de fracture de hanche ou AVC et</p>

leur rôle dans ce processus. Puis explorer les perceptions du case manager dans l'expérience des soins de transition des proches aidants en donnant les détails des rôles des familles et leurs besoins. Décrire les enjeux rencontrés par les familles et identifier les facteurs, les ressources et les soutiens qu'ils croient être importants pour une transition saine.

#### Phase 2 : Compréhension des expériences des soins de transition des membres de la famille

- Échantillon de proches aidants qui fournissent des soins de soutien à des personnes âgées qui ont récemment eu une fracture de hanche ou un AVC (deux conditions médicales qui sont fréquemment rencontrées chez les personnes âgées : l'AVC est une crise médicale soudaine qui conduit à des handicaps, environ 350'000 canadiens vivent actuellement avec les effets de l'AVC, un AVC se produit toutes les 10 minutes chez les personnes âgées. 68 à 74% des personnes victimes d'AVC sortent de l'hôpital sous les soins d'un membre de la famille.
  - Les proches aidants étaient éligibles à participer si : fournissaient des soins à une personne âgée (>65ans) qui a expérimenté une fracture de hanche ou un AVC avec une transition de l'hôpital au domicile dans les 6 mois précédents.
  - Les chercheurs ont inclus une variété de proches aidants reflétant l'hétérogénéité des proches aidants canadiens.
  - Ont été recruté par le CCAC, ont obtenu leur consentement éclairé.
  - 12 proches aidants : 2 proches de patients victimes d'AVC et 4 de fractures de hanche. Moyenne d'âge 58.75 ans, la majorité des proches aidants et des personnes âgées étaient des femmes, la majorité des proches étaient des filles ou belles-filles.
- Entretiens semi-structurés de 44 minutes environ qui ont débuté par décrire leurs expériences entourant les soins de transition de leurs proches puis d'explorer leurs perceptions sur leurs besoins durant le processus et les enjeux qu'ils doivent faire face, ce qu'ils trouvent être le plus soutenant et le plus aidant et comment il se sentaient prêts dans leurs nouveaux rôles une fois que leur proche est rentré à domicile. Dernière question : s'ils devaient élaborer un programme pour aider les proches, ce qu'ils recommandent comme étant le plus utile.

#### Phase 3 : Vérification de la théorie ancrée avec les participants

- des groupes de discussion et des entretiens ont été utilisés pour engager les participants dans les sessions

	<p>member-check durant cette phase une fois que la théorie fondée initiale ait été développée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un protocole du groupe de discussion et des interviews contenant plusieurs questions générales était développé par les chercheurs pour guider et soutenir le processus et assurer la crédibilité des résultats.</li> <li>– 5 case managers ont participé au groupe de discussion et ont été questionnés pour fournir un feedback sur le développement de cette théorie des expériences des proches aidants. Ils ont aussi été questionnés sur la faisabilité des différents aspects de la théorie.</li> <li>– 4 membres de famille ont été questionnés pour indiquer l'ampleur à laquelle la théorie a capturé leurs expériences et leurs besoins tout au long de la période de transition</li> <li>– les informations obtenues à partir des groupes de discussion et des entrevues vérifient que la théorie était fondée sur les données et que les nouvelles idées ont été intégrées dans la théorie</li> </ul>
	Tous les interviews ont été enregistrés et transcrits par verbatim.
Déroutement de l'étude	<p>Pour conduire une théorie ancrée il faut appliquer une méthode cyclique pour l'analyse des données. Les chercheurs collectent et analysent les données en même temps que le développement de la théorie confirme, développe, élabore et teste l'applicabilité des thèmes émergents des données. Les interviews de la phase 1 et 2 ont été menés et ensuite analysés avant le recrutement du prochain participant. L'auteur principal a conduit l'analyse des données, mais les interprétations thématiques ont été modifiées, étendues et validées par des réunions régulières tenues entre les chercheurs pour assurer le consensus tout au long du processus de recherche.</p> <p>L'analyse des transcriptions des interviews a suivi la méthode de codage hiérarchique de la théorie ancrée : aller de la description initiale des expériences de soins de transition à l'abstraction des propriétés clés et des concepts.</p> <p>L'auteur lit à plusieurs reprises ses retranscriptions puis utilise 3 niveaux de codage pour compléter la méthode hiérarchique. Les chercheurs ont transmis les codes écrits dans un document électronique : software program, Nvivo8. Le chercheur regroupe ses codes dans des catégories ou des thèmes et puise dans l'élucidation des propriétés de chaque thème.</p>
Rigueur	<p>L'échantillonnage de la phase 1 et 2 a continuité jusqu'à ce que la saturation théorique ait été atteinte.</p> <p>Les chercheurs assurent l'anonymat des participants et la confidentialité.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Voir déroulement de l'étude.

Présentation des résultats	<p>1. Une théorie de soutien des besoins des proches aidants durant les soins de transition de l'hôpital au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la thématique de développement de cette théorie intègre les données des expériences des proches aidants avec les fournisseurs de soins.</li> <li>– 6 propriétés sont décrites des besoins de soutien des proches durant la transition : évaluation de la situation familiale unique, information pratique, éducation et enseignement, implication dans le processus de planification, entente entre les soignants formels et informels, temps pour faire ses arrangements personnels, préparation émotionnelle.</li> <li>– Des actions et activités spécifiques pour adresser chaque besoin de soutien ont aussi été identifiées</li> <li>– Organisation d'interrelation entre les catégories découvertes dans la théorie de fond dans le contexte de la transition des soins.</li> <li>– Les besoins de soutien des proches surviennent à un moment spécifique de la chronologie de la transition des soins et si rencontrés peuvent favorablement impacter sur les émotions des proches.</li> <li>– Concept de base de la théorie = renforcement de la capacité aux soins.</li> <li>– Même si le fait de prodiguer des soins est un challenge, beaucoup de proches se sentent physiquement et mentalement capables de prodiguer du soutien à leur proche.</li> <li>– Les proches ne sont pas capables de reconnaître ou d'assumer la responsabilité des soins entourant la transition entre l'hôpital et le domicile. Ça devient clair qu'il y a un besoin des fournisseurs de soins de travailler étroitement avec les familles pour identifier et adresser les besoins de soutien durant la transition. Ce soutien renforce la capacité des proches à soigner durant le séjour hospitalier et à se préparer à la sortie à domicile.</li> <li>– La capacité de soigner est un processus dynamique qui reflète les étapes de la chronologie de la transition avec les émotions correspondantes des proches.</li> </ul> <p>2. Crise médicale et admission à l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le rôle de fournisseur de soins à qqun n'est ni planifié ni préparé mais est déclenché par une crise médicale</li> </ul>

(AVC)

- Durant la période d'admission, les proches se décrivent frustrés, craintifs, stressés et inquiets, sans temps adéquat pour s'adapter à leur nouvelle réalité de leur relation avec leur proche recevant des soins.
- Case managers et proches aidants sont d'accord sur le fait que les fournisseurs de soins devraient prendre du temps pour évaluer les connaissances de la famille et leur dynamique familiale. Cette évaluation aide les fournisseurs à avoir une vision complète de chaque situation familiale et son influence sur la capacité de base des proches à fournir des soins. Ceci éviterait des confusions et conflits familiaux.
- Connaissances de base des proches : les 2 disent qu'il serait important de vérifier à l'admission du patient si les proches ont les compétences médicales et l'habileté de comprendre les terminologies médicales et la compréhension du système de santé.
- L'enjeu de prendre le rôle de fournisseur de soins (proches aidants) quand d'autres membres de la famille sont impliqués → perspectives, attentes différentes, situations financières divergentes. Cela affecte la dynamique de comment les autres fournissent les soins.

### 3. Soins de courte durée / soins aigus

- Même si séjour de courte durée → occasion manquée pour les fournisseurs de soins de travailler avec les proches.
- Cette phase devrait : renforcer les connaissances des proches, les aider à surmonter leur sentiment de stress et d'appréhension et de se sentir plus supporté et optimiste.
- Proches aidants décrivent période hospitalière comme : peu attirante, décourage les conversations qui pourraient les préparer à leurs responsabilités futures à domicile, manque d'informations pour préparer les nouvelles responsabilités de soins.
- Développement d'une compréhension préliminaire de la situation des proches aidants à l'admission : fournir des informations pratiques efficaces, de l'éducation et de l'enseignement qui soient pertinents et adaptés à leurs besoins propres pour plus les engager dans les sessions de thérapies hospitalières leur permettant d'être proactifs et de poser des questions AVANT la transition à domicile.
- Les sensibiliser aux soutiens communautaires disponibles durant le séjour hospitalier du patient pour permettre de les planifier avant.

- Les proches partagent que les informations ne sont pas toutes données, sont données trop tôt ou trop tard ou trop d'informations en même temps dans la chronologie de la transition.
- Les proches disent que les fournisseurs de soins feraient un meilleur travail en les engageant dans les conversations importantes à propos des soins.
- Case managers soulignent que le besoin pour les fournisseurs de soins est d'utiliser une approche active et inclusive pour impliquer les proches dans le processus de planification de soins durant l'hospitalisation.
- Case managers décrivent l'importance d'une rencontre face à face avec la famille à la sortie pour les aider à surmonter toute anxiété et à augmenter son optimisme à propos de la transition.

#### 4. Sortie

- Sortie = processus crucial dans la chronologie de la transition pour tous les impliqués (proches, patients, fournisseurs de soins) pour être sur le même front concernant le plan de soins et les prochaines étapes.
- Plusieurs cas d'erreurs de mauvaise communication et de partage d'informations qui arrivent durant la transition. L'information est principalement partagée verbalement résultant d'une mauvaise communication qui a été favorisée par une information non écrite
- Proches aidants proposent de remplir un plan de soins écrits et détaillés de leurs responsabilités dans les soins à domicile avec les fournisseurs de soins → un tel document renforcerait la confiance des proches. Case manager est d'accord avec cette idée. Il a été suggéré que les deux (proches aidants et fournisseurs de soins) signent officiellement ce document pour formaliser ce processus.

#### 5. Réadaptation hospitalière

- Les proches aidants se décrivent comme ayant une vie personnelle chargée (professionnellement et horaires de la famille).
- La réadaptation hospitalière facilite le suivi de la sortie des soins aigus et permet aux proches de s'arranger dans leur vie personnelle en prenant en compte les responsabilités qu'ils devront assumer lors du retour à domicile.
- Ce temps permet de réarranger ses horaires, organiser l'environnement familial et faire de petites étapes vers l'engagement des responsabilités supplémentaires afin de se sentir mentalement préparé au retour à

	<p>domicile.</p> <p>6. Domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les participants partagent que leurs plus grands défis est l'isolement et le doute en leur capacité de fournir des soins.</li> <li>- Comment pourrait-on transformé ces émotions négatives ? → proches aidants répondent : le besoin d'avoir ses émotions validées par qqun d'autre et d'avoir qqun à contacter pour poser des questions ou pour parler avec.</li> <li>- Case managers reconnaissent aussi le besoin des proches de se sentir plus soutenus à domicile. L'accent est beaucoup mis sur les patients.</li> <li>- Fournir ce type de soutien permet de renforcer et de maintenir la confiance en soi des proches aidants. La confiance est vue comme essentielle par les proches pour maintenir leurs capacités à prodiguer des soins à leur proche malade et a été vue comme étant construite au cours de la chronologie de la transition.</li> </ul> <p>7. Feedback et approbation de la théorie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les member-check de la phase 3 approuvent le développement de cette théorie des besoins de soutien des proches durant les transitions de soins de l'hôpital au domicile.</li> <li>- Proches apprécient l'organisation en 6 catégories selon la chronologie des soins et leurs émotions correspondantes.</li> <li>- Cette théorie pourrait être utilisée pour guider les interactions entre les proches et les fournisseurs de soins durant les soins de transitions entre l'hôpital et le domicile aussi bien que les « best practices ».</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Résultat principal : développement d'une théorie ancrée des besoins de soutien des proches aidant durant la transition entre l'hôpital et le domicile.</p> <p>Le concept principal : renforcement de la capacité aux soins (des proches aidants) incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation de la situation unique des proches et famille pour adapter et fournir des informations pertinentes, de l'éducation et de l'enseignement.</li> <li>- Les impliquer adéquatement dans la planification de soins</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Permet de bien s'équiper et bien se préparer et avoir confiance pour fournir des soins à domicile</li> <li>– Le renforcement de la confiance en soi à travers la chronologie des soins de transition est important pour surmonter les émotions négatives et renforcer la capacité à fournir des soins à domicile = auto-efficacité = confiance en soi.</li> <li>– Le facteur clé dans la conception de l'éducation des proches et le soutien est la reconnaissance que la relation entre les fournisseurs de soins et les proches aidants est mutuellement bénéfique → le renforcement de la capacité aux soins doit être joint aux efforts de toutes les parties impliquées dans le cercle des soins.</li> </ul>
	<p>Littérature actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cameron &amp; Gignac (2008) : suggèrent que les fournisseurs de soins doivent être compétents dans les aspects dynamique des besoins des proches et doivent tempérer leurs communications, styles d'éducation et le niveau de soutien.</li> <li>– Given &amp; Sherwood (2008) : reconnaissent que l'évaluation des capacités des proches pour fournir des soins et l'identification des proches qui ont besoin d'aide est essentiel pour améliorer les soins au patient → réduit les réhospitalisations et améliore les résultats de soins des patients.</li> <li>– Important d'employer les pratiques, adapter l'éducation et l'information, ainsi que d'inclure les proches dans la planification des activités.</li> <li>– C'est important de comprendre les besoins de connaissances des proches pour cibler les méthodes d'enseignement correspondant à ces besoins.</li> <li>– Un feedback devrait être établi entre les professionnels et la famille pour maintenir la communication et promouvoir une compréhension mutuelle de la continuation des responsabilités.</li> </ul>
	<p>Conclusion :</p> <p>Globalement les case managers et les proches illustrent le contexte actuel des soins de transition qui est largement insatisfaisant pour les proches aidants.</p> <p>Le développement d'une théorie des besoins de soutien des proches durant les soins de transition de l'hôpital à domicile est précieux pour décrire l'expérience des proches et leurs besoins de soutien.</p> <p>La forte adhésion des participants à la théorie démontre de son utilité dans l'information et l'orientation qui répondent aux besoins des proches. Cette théorie peut aussi aider les professionnels pour fournir rapidement et de façon appropriée le soutien aux proches dans les situations médicales complexes de transition.</p>

<p>Perspectives</p>	<p>Recherches futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une pour valider et affiner la théorie ancrée développée dans cette étude pour l'adresser aux proches aidants</li> <li>- Une pour développer, tester et évaluer les interventions axées sur l'évaluation des connaissances des familles et des circonstances à l'admission → pour apprendre sur la famille, comment s'est passée l'admission, les compétences médicales, la compréhension du vocabulaire médical, l'implication de la famille, les attentes, les finances.</li> <li>- Une pour la mise en œuvre d'un document de sortie → résumé de sortie écrit : a le potentiel d'améliorer considérablement les soins communautaires du patient, incluant : planification de soins et des services, responsabilités des proches, contact en cas d'information à la sortie de l'hôpital.</li> </ul> <p>→ dans le but de renforcer l'impact de leur capacité à travailler ensemble et d'améliorer la capacité du proche à fournir des soins.</p> <p>Forces de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 3 niveaux de besoins des proches</li> <li>- L'aspect temporel des besoins fournis l'opportunité de développer des interventions ciblées qui soutiennent les proches durant les différentes phases de leur rôle de proche aidant.</li> <li>- Incorporer les chemins des émotions (emotional journey)</li> <li>- Les accords entre les proches et les professionnels sur les besoins de soutien des proches durant les soins de transition</li> <li>- L'échantillon était approprié pour accéder à la gestion des proches des crises médicales pour les patients ayant des situations de santé complexes.</li> <li>- Tous les proches aidants ont dit que la théorie ancrée contenait les principaux éléments qui décrivent l'expérience de transition de soins globale et soutient les besoins des différents types de proches aidants.</li> </ul> <p>Limitations de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échantillon restreint, petit, amenant à des lacunes dans la généralisabilité des conclusions, limite l'applicabilité des résultats de l'étude à d'autres situations médicales.</li> <li>- Manque de représentation des proches de patients victimes d'AVC dans l'échantillon (2/12)</li> </ul>
---------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'étude a inclus que des professionnels d'une profession (case manager), les besoins de la communauté en soins ont été examinés et pas ceux de l'hôpital. Il faudrait inclure les case manager hospitaliers et les infirmières.</li> </ul>
<b>Questions générales</b> Présentation	Bien présenté, clair, conclusion en lien avec la recension des écrits et les résultats.
Evaluation globale	Permet de mettre en évidence une théorie ancrée qui analyse l'expérience des proches aidants dans la période de transition et met en avant les principaux besoins de ces derniers. Met en avant le rôle du case manager.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.  
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J., Freidank, A. & Radziwill, R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 286-291. doi : 10.1111/jcpt.12140

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Fournir des informations détaillées sur le traitement au moment de la sortie de l'hôpital est une étape importante dans l'amélioration des soins de transition.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Etat des connaissances, les objectifs, résultats, discussion et conclusion
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Après la sortie de l'hôpital, près de la moitié des patients (49%) ont eu l'expérience d'une erreur médicale liée à la continuité des médicaments.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Bergkvist et al. ont démontré que les résumés des séjours hospitaliers contenant à la fois un rapport de médicaments, les motifs de modification apportés au traitement et une liste de médicaments réduisent le taux d'erreurs lors du transfert d'informations de l'hôpital au soins communautaires.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			« Transitional care » et l'adhérence thérapeutique sont définis.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Il n'y a pas d'hypothèse.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			L'étude découle des études antérieures.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis quantitatif. Une étude prospective

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui, flow chart
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Pas mentionné, il n'y a pas de chapitre concernant la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens par téléphone Questionnaire
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Une analyse statistique a été faite
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le consentement éclairé à été donné par écrit.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Des analyses statistiques ont été faites, mais l'étude n'a pas fait d'hypothèse.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Comporte des tableaux et des figures
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats répondent aux objectifs mentionnés.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	N'a pas été abordée et on ne sait pas si les résultats sont transférables.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont mentionnées
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux		X		L'article ne tient pas compte des travaux de recherches d'avenir ou des perspectives futures.

	de recherche à venir ?				
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré, clair et compréhensible.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Un rapport structuré des médicaments dans la lettre de sortie améliore la transmission de l'information et évite des erreurs médicamenteuses dans la transition des soins.

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J., Freidank, A. & Radziwill, R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. <i>Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics</i> , 39, 286-291. Doi : 10.1111/jcpt.12140 Traduction libre par les auteures
<b>Résumé</b>	Introduction et objectif : Une bonne communication entre l'hôpital et les médecins de soins primaires est importante pour la continuité des soins aux patients dans la phase de transition après un traitement hospitalier. Des problèmes liés aux médicaments et les erreurs médicamenteuses peuvent se produire à ce moment-là. Les lettres de sortie manquent un rapport structuré des médicaments, ce qui entraîne de faibles taux d'adhérence des patients. Les objectifs de cette étude sont de développer un rapport de médicaments structuré dans le cadre de la lettre de sortie afin d'évaluer l'impact de celui-ci chez les patients victimes d'AVC ischémiques et d'identifier les questions les plus importantes dans le processus des soins de transition chez ces derniers.  Méthode : Un rapport de médicament structuré a été mis au point. Par la suite, l'impact de celui-ci sur la pratique clinique a été évalué par une étude ouverte avec une prospective interventionnelle sur deux phases réalisées en Allemagne qui comprenait des patient ayant subi un AVC ischémique et avec plus de deux médicaments à la sortie. Dans le groupe de contrôle (CG), le neurologue inclut les médicaments en cours dans la lettre de sortie. Dans le groupe d'intervention (GI), le pharmacien clinicien ajoute les informations détaillées

	<p>au rapport. Afin d'évaluer l'adhésion au traitement lors de la sortie, les médecins de soins primaires ont été interviewés 3 mois après la sortie de l'hôpital. L'adhésion a été mesurée sur l'ensemble du traitement médicamenteux (médicaments anti-thrombotiques, statines et médicaments abandonnés). Les questions les plus importantes dans les soins de transition pour les patients atteints d'un AVC ischémique ont été identifiées sur la base de la prévention secondaire et sur les facteurs de risques cardiovasculaires.</p> <p>Résultats et discussion : Dans l'ensemble, 312 patients ont été recrutés dans l'étude (156 patients dans chaque groupe). En fournissant des informations détaillées dans la lettre de sortie nouvellement développée, l'adhérence thérapeutique a augmenté de manière significative de 83,3% à 90%. Des différences significatives entre les deux groupes ont été trouvées à l'égard de l'adhésion aux deux médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti-thrombotiques de 83.8% à 91.9%</li> <li>- Traitement par statine de 69.8% à 87.7%</li> </ul> <p>Conclusion : L'utilisation d'un rapport de médicament structuré dans le cadre de la lettre de sortie conduit à une meilleure adhérence thérapeutique lors de la sortie de l'hôpital.</p>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p>Afin d'améliorer le processus des soins de transition, il est important qu'il y ait une bonne communication entre les hôpitaux et les médecins de soins primaires afin d'assurer la continuité des soins des patients.</p> <p>Après la sortie de l'hôpital, près de la moitié des patients (49%) ont eu l'expérience d'une erreur médicale liée à la continuité des médicaments.</p> <p>Les patients sortent de l'hôpital avec un traitement médicamenteux différent de celui qu'ils avaient à l'admission. Le traitement peut être modifié de façon significative au cours du séjour à l'hôpital en raison d'une phase aiguë ou d'un nouveau diagnostic. Ces changements sont souvent pris sans raison. Par conséquent, les médecins généralistes doivent décider de poursuivre ou non ces nouveaux traitements.</p> <p>Une composante importante lors de la transition est le transfert précis et complet des informations concernant le traitement du patient.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Bergkvist et al. ont démontré que les résumés des séjours hospitaliers contenant à la fois un rapport de médicaments, les raisons de modifications apportées au traitement et une liste de médicaments réduisent le taux d'erreurs lors du transfert d'informations de l'hôpital au soins communautaires.</p> <p>Au cours des dernières années, il a été de plus en plus reconnu que les pharmaciens cliniciens ont un rôle essentiel dans l'utilisation sécuritaire des médicaments. La participation des pharmaciens sur les services de soins améliore la sécurité des médicaments et la collaboration pharmacien-médecin-patient. Les pharmaciens</p>

	soutiennent le transfert de l'information grâce à la révision des médicaments et à un comparatif des médicaments à l'admission et ceux lors de sortie.
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les soins de transition sont définis comme un ensemble d'actions visant à assurer la coordination et la continuité des soins des patients transférés entre les différents lieux ou les différents étages de soins dans le même établissement.</p> <p>Un rapport structuré avec les informations détaillées des médicaments lors de la sortie</p> <p>Soins de transition / Adhérence thérapeutique</p>
Hypothèses	<p>Développer un rapport de médicament structuré dans le cadre de la lettre de sortie et évaluer l'impact de celui-ci chez les patients victimes d'AVC ischémiques.</p> <p>Identifier les problèmes les plus importants dans la prise en charge transitoire des patients victimes d'AVC</p> <p>Évaluer l'utilité des informations détaillées sur les modifications de traitement dans la lettre de sortie aux soins communautaires.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Devis quantitatif</p> <p>Une étude prospective interventionnelle sur deux phases.</p>
Population et contexte	<p>312 patients (156 dans chaque groupe) au début de l'étude et puis 155 inclus dans l'étude de chaque groupe et après les 3 mois de suivi, 135 patients inclus pour le groupe contrôle et 146 patients inclus pour le groupe d'intervention.</p> <p>Patients ayant soit un diagnostic d'AIT ou d'AVC ischémique, d'au moins 18 ans et qui avait deux ou plus de médicaments pendant le séjour et à la sortie de l'hôpital.</p> <p>Dans une clinique en Allemagne, impliquant une stroke unit, un pharmacien et tous les médecins de soins primaires de la région.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Groupe contrôle : le neurologue inclus les médicaments en cours, y compris le nom commercial et le dosage dans la lettre de sortie</p> <p>Groupe d'intervention : le pharmacien inclut le rapport structuré de médicaments avec des informations détaillées dans la lettre de sortie, approuvé par le neurologue. Pour les patients qui ont été transférés dans une clinique de réadaptation, la lettre de sortie a également été envoyée aux médecins généralistes par la poste.</p> <p>3 mois après la sortie de l'hôpital, les médecins des soins primaires (généralistes) ont été interviewés par</p>

	<p>téléphone au sujet du traitement actuel de chaque patient.</p> <p>Identifier les problèmes les plus importants dans la prise en charge transitoire des patients victimes d'AVC :</p> <p>Les problèmes les plus importants dans la prise en charge transitoire pour les patients ayant subi un AVC ischémique ont été identifiés sur la base de prévention secondaire de l'AVC et sur les facteurs de risque cardiovasculaires.</p> <p>L'évaluation de l'utilité des informations détaillées dans la lettre de sortie :</p> <p>L'utilité des informations des médicaments dans la lettre de sortie a été évaluée par un questionnaire envoyé aux médecins généralistes. Après l'inscription définitive des patients dans le groupe d'intervention, une enquête a été faite à tous les médecins de soins primaires par la poste, qui ont reçu des lettres des patients participants au groupe d'intervention. Le questionnaire a été conçu par les 4 éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- comparaison des médicaments à l'admission et à la sortie</li> <li>- des informations détaillées pour les nouveaux traitements introduits, interrompus ou modifiés pendant le séjour</li> <li>- amélioration de la transparence dans les changements des traitements thérapeutiques</li> <li>- réduction des erreurs médicamenteuses entre l'hôpital et l'ambulatoire</li> </ul> <p>Les questionnaires pouvaient être envoyés par fax, courrier ou mail.</p>
	<p>Les paramètres suivants ont été enregistrés pour chaque patient : âge, sexe, fonction rénale, allergies, diagnostic principal, facteurs de risque cardiovasculaires, médicaments prescrits avant l'admission, les médicaments actuels à l'hôpital et à la sortie et les raisons des changements.</p> <p>Les analyses statistiques ont été réalisées avec un logiciel « PASW Statistics 18.0 ». Les données descriptives ont indiqué par la médiane et l'interquartile ou des moyens de dérivation standard (SD). Le test chi carré a été utilisé pour évaluer les différences de proportion. Le test t a été utilisé pour comparer les moyennes des deux groupes. Un autre test a été utilisé pour déterminer la distribution normale des variables. Le test de somme des rangs a été utilisé pour comparer la distribution des rangs entre les groupes. La valeur <math>p &lt; 0.05</math> a été considérée comme statistiquement significative.</p>
Dérroulement de l'étude	Basé sur une revue de littérature et sur plusieurs discussions au sein des réunions pharmacologiques entre les médecins des hôpitaux et les médecins généralistes ainsi que sur l'expérience de nombreuses années de pratique clinique, ils ont identifié les éléments suivants qui devraient être inclus dans le rapport de

	<p>médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un tableau avec deux colonnes afin d'identifier la liste des médicaments à l'admission et celle lors de la sortie visible à un coup d'œil.</li> <li>- Donner les informations détaillées sur tous les changements de médicaments pendant le séjour et les raisons de ces changements en utilisant des formulations standardisées.</li> <li>- Afficher le nom commercial plus le principe actif</li> <li>- Mentionner « commencer pendant le séjour hospitalier » si le médicament a été introduit à ce moment-là</li> <li>- Rapport structuré : nom commercial, principe actif, dosage, forme posologique, fréquence</li> <li>- Mentionner les raisons du changement ou de l'arrêt d'un traitement (contre-indication, interaction, effets indésirables)</li> <li>- Informations détaillées et standardisées</li> </ul> <p>L'étude a été menée en janvier 2011 pour le groupe contrôle et d'octobre 2011 à mars 2012 pour le groupe d'intervention.</p> <p>L'adhésion a été définie comme la poursuite du traitement à la sortie de l'hôpital à 3 mois après la sortie par les médecins de soins primaires (généralistes). Chaque écart du médicament recommandé à la sortie était défini comme le non-respect à l'exception de la substitution générique pour les médicaments hypertenseurs. Une modification de la posologie des médicaments anti-hypertenseurs et antidiabétiques a également été autorisée. L'adhérence de chaque médicament a été évaluée de façon dichotomique. L'adhérence de l'ensemble du traitement médicamenteux a été quantifié comme étant la moyenne de l'adhérence de chaque médicament.</p> <p>L'étude a été menée en conformité avec les exigences du comité d'examen institutionnel, Université Philipps de Marburg (Allemagne). Tous les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont été réalisées avec un logiciel « PASW Statistics 18.0 ».</p> <p>4 tableaux ont été réalisées avec les données.</p> <p>Dans l'ensemble, 312 patient ont été inclus dans l'étude avec 156 patient de chaque groupe.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><u>Evaluation de l'impact du rapport de médicaments :</u></p> <p>Aucune différence significative en ce qui concerne l'âge, le sexe, le type ou les facteurs de risque cardiovasculaires ont été constatés entre les deux groupes.</p>

Le facteur de risque le plus fréquent dans les deux groupes est l'HTA.

La moyenne du nombre de médicaments entre les 2 groupes et suivant l'admission, la sortie de l'hôpital et après 3 mois varient.

La figure 2 montre les différents taux d'observance à la médication à la sortie de l'hôpital concernant l'ensemble du traitement médicamenteux.

En fournissant une information systémique dans la lettre de sortie l'adhérence a augmenté de manière significative de 83.3% à 90.9%.

Les types de non-adhérence du médicament recommandé pour les médicaments anti-thrombotiques et par les statines sont illustrés dans le tableau 3.

Aucune amélioration significative n'a été observée dans l'arrêt (suppression) d'un médicament par le patient.

#### Identification des problèmes importants lors de la transition :

Les médicaments anti-thrombotiques, la thérapie par statine ainsi que le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires sont les problèmes les plus importants dans la prise en charge transitoire des patients atteints d'AVC ischémique. Le traitement médicamenteux anti-thrombotique est un aspect important dans la prévention secondaire. Pour continuer un anti-plaquettaire ou un traitement anti-coagulant oral après la sortie de l'hôpital, il est utile ou bénéfique de comprendre l'augmentation de ceux-ci, l'indication du traitement anti-coagulant ciblant INR, indication et la durée du traitement anti-plaquettaire (aspirin plus clopidogrel) ou la combinaison de l'aspirine plus un anti-coagulant oral.

Chez les patients traités avec la thérapie par statine, une raison pour ajouter le simvastatine 40mg une fois par jour à un traitement existant doit être donnée.

Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires est le contrôle de la TA.

#### L'évaluation de l'utilité des informations détaillées dans la lettre de sortie :

Un sondage a été envoyé par la poste à 111 médecins généralistes avec un taux de 54% de retour. L'évaluation des médecins généralistes en ce qui concerne l'utilité des informations détaillées dans la lettre de sortie est indiquée dans le tableau 4.

L'étude démontre que fournir des informations détaillées systématiques sur les médicaments au moment de la sortie de l'hôpital en plus d'un rapport de médicaments est une étape importante vers l'amélioration des soins de transition.

Les résultats montrent une adhésion plus élevée de la part des médecins généralistes aux changements

	<p>apportés à l'hôpital en raison d'une meilleure communication.</p> <p>Les médecins de soins primaires ont reçu des informations détaillées sur le changement de traitement dans seulement 5 sur 130 des lettres de sortie, ce qui illustre clairement la nécessité d'amélioration.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>D'autres auteurs ont montré que dans la pratique en Allemagne, seulement 19.4% des traitements thérapeutiques proposés à l'hôpital ont été inchangé.</p> <p>Une étude canadienne a démontré que l'intégration sous une seule forme de conformité à propos des médicaments à l'admission, des changements à l'hôpital et les médicaments est un outil dans la diminution du problème.</p> <p>Sur la base des résultats d'une étude précédente sur l'évaluation de l'impact des soins pharmaceutiques sur la qualité de vie liée à la santé des patients ayant subi un AVC ischémique en Allemagne, ils ont décidé de ne pas inclure les pharmacies communautaires à cette étude. En Allemagne, les soins pharmaceutiques et la gestion de la thérapie médicamenteuse ne sont généralement pas mis en place par les pharmacies dans les soins de transition, c'est pourquoi ils ont décidé d'inclure seulement les médecins de soins primaires qui sont inclus dans le processus de suivi.</p> <p>Midlöv et al. a également montré qu'en utilisant un devis d'étude similaire, mais avec une population différente de patients et des paramètres applicables, le rapport de médicaments structuré peut aussi réduire les erreurs de médication.</p> <p>Karapinar et al. ont montré que plus de 85% des médecins généralistes ont voulu savoir quels médicaments avaient été arrêtés et changés au cours de l'admission à l'hôpital. Avoir l'information et être au courant des raisons sont vues comme des points importants de fournir des soins de suivi adéquat.</p> <p>Dans cette étude, l'erreur médicamenteuse la plus fréquente était l'ajout de médicaments lorsque les patients âgés sortent de l'hôpital pour aller dans un foyer.</p> <p>En résumé un rapport de médicaments structuré est un outil important pour réduire les erreurs médicamenteuses dans le transfert des patients et pour augmenter le taux d'observance à la médication recommandée lors de la sortie de l'hôpital.</p> <p>Les médecins de soins primaires ont évalué les lettres de sortie détaillées aux changements de traitement comme « très bien », ce qui démontre la nécessité de plus d'informations afin d'augmenter la transparence dans le traitement médical.</p> <p>Certaines limites de l'étude doivent être discutées. Ils ont choisi une période de suivi de 3 mois, ce qui est</p>

	<p>relativement court, mais assez long pour évaluer l'adhésion au traitement médicamenteux dans les 3 phases importantes : après la sortie de l'hôpital, après la sortie de la clinique de réadaptation et en milieu ambulatoire.</p> <p>Les raisons de modifier ou d'interrompre la médication au cours des 3 mois de suivi sont inconnues car les médecins généralistes ne sont pas obligés de fournir les raisons du changement de la thérapie.</p> <p>Ils ne disposent pas de donnée sur les différences dans les résultats de soins et les événements indésirables médicamenteux entre les deux groupes.</p> <p>De plus, ils ne disposent pas de donnée sur les comportements du patient concernant la prise des médicaments étant donné que le but était de mesurer l'adhésion à la médication par les médecins de soins primaires lors de la sortie de l'hôpital.</p>
Perspectives futures	<p>Cette étude est la première en Allemagne qui a développé un rapport de médicaments comme une partie de la lettre de sortie pour une meilleure communication des soins de transition.</p> <p>Les résultats indiquent qu'il est nécessaire d'améliorer la transmission de l'information entre l'hôpital et les soins ambulatoires et que l'utilisation de ce rapport de médicaments avec des informations systématiques détaillées est une étape importante.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'étude contient tous les chapitres nécessaires à une étude scientifique. Les résultats donnés sont probants et peuvent être utilisés pour les stratégies facilitant la période de transition.</p>
Evaluation globale	<p>Un rapport structuré de médicaments dans la lettre de sortie améliore la transmission de l'information et évite des erreurs médicamenteuses dans la transition des soins.</p> <p>En tant qu'infirmière, nous pouvons aussi fournir systématiquement les informations détaillées aux patients en lui expliquant les raisons des changements de traitement après avoir reçu l'ordonnance du médecin.</p>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

Howells, A., Morris, R. & Darwin, C. (2012). A Questionnaire to Assess Carer's Experience of Stroke Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19 :3, 256-267. Doi : 10.1310/tsrl1903-256

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre expose clairement sur quoi l'étude a été faite, soit un questionnaire pour évaluer les expériences des proches aidants des réadaptations des AVC.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient le but de l'étude, la méthode, les résultats, les conclusions et les mots-clés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le contexte de la pathologie est exposé jusqu'à arriver à la charge de travail que demande la personne victime d'un AVC à son proche aidant. L'étude souligne le rôle central des proches aidants dans le rétablissement du patient et souligne le besoin d'évaluer leurs expériences dans les services et leurs perceptions des soins donnés au patient.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les auteurs s'appuient sur diverses études pour recenser les écrits sur le rôle des proches aidants et leurs besoins de soutien. Ils recensent 2 questionnaires déjà existants qui évaluent la satisfaction générale des proches et non leurs propres expériences.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui, les auteurs s'appuient sur les proches aidants, la réadaptation de l'AVC, la mise en place d'un questionnaire.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Les auteurs veulent valider un questionnaire pour combler les lacunes en ce qui concerne l'examen des expériences des proches aidants. L'hypothèse est

					sous-entendue dans le fait de savoir si cet outil va être validé.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			Elle comble les lacunes des pratiques actuelles.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Il est sous-entendu. L'étude se base sur des données qualitatives mais la méthode contient des statistiques afin de valider la fiabilité du questionnaire. Le devis est donc quantitatif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui, la description des participants est claire, le nombre, comment ils ont été contactés et choisis.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui, il n'y a pas de convention établie pour la taille de l'échantillon pour le développement d'un questionnaire. Mais des publications similaires validées avaient entre 93 et 40 participants.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui, il y a 3 questionnaires : 2 échelles de satisfaction et une mesure des habiletés fonctionnelles (Index de Barthel). Les questionnaires ont été envoyés par mail ou complétés par téléphone.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?			X	Peu clair, les variables sont les données qualitatives, les réponses aux questionnaires.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Elle n'est pas introduite ou résumée. Les auteurs ont débuté par une description du développement du questionnaire, puis ont décrit l'étude pilote qui a permis d'achever le questionnaire final. Puis, l'étude principale a été l'analyse planifiée du

					SCEQ. Au niveau éthique, la recherche pilote a été approuvée par la Southmead Research Ethics Committee. L'étude principale a été approuvée par la South East Wales Research Ethics Committee. Tous les participants ont donné leurs consentements éclairés écrits.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui, des corrélations ont été faites entre différents items du questionnaire, des médianes, moyennes et écart types ont été calculés, la valeur p est présente.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils sont présentés en chapitre et représentés sous forme de tableaux.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui, ils développent un questionnaire pour évaluer les expériences des proches aidants et sont donc en lien avec la recension des écrits qui montre une lacune dans les questionnaires relevant les expériences des proches aidants.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs disent que ce questionnaire n'est pas un substitut des audits contre les directives cliniques nationales car les proches aidants ne commentent pas sur les compétences techniques ou s'ils reçoivent actuellement la meilleure pratique ou si les éléments des soins sont recommandés par des guidelines.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, les auteurs notent que le SCEQ est un indice de réponse à l'activité du service et il n'y a aucune raison de supposer que les différents aspects du service sont liés.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux	X			Les chercheurs notent que des échelles futures devraient comparer les unités de réadaptation des

	de recherche à venir ?				AVC systématiquement pour déterminer si les réponses reflétées dans les aspects du questionnaire SCEQ des prestations de services tels que le travail d'équipe efficace ou la participation des proches dans les programmes sont identiques.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Tous les chapitres d'un article scientifique sont présents. Les conclusions en lien avec le but de l'étude sont claires.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Le questionnaire est fiable et peut être utilisé auprès des proches aidants des patients victimes d'un AVC.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Howells, A., Morris, R. & Darwin, C. (2012). A Questionnaire to Assess Carer's Experience of Stroke Rehabilitation. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 19 :3, 256-267. Doi : 10.1310/tsrl1903-256 Traduction libre par les auteures
<b>Résumé</b>	But : établir la validité et la fiabilité d'un questionnaire mesurant l'expérience des proches aidants des patients victimes d'un AVC durant le traitement hospitalier aigu et de réadaptation. Méthode : 6 stroke units dans le Royaume Uni. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participants : proches de patients victimes d'un AVC.</li> <li>- Le questionnaire développé est le Stroke Carer Experience Questionnaire (SCEQ) qui questionne sur les éléments spécifiques des soins et qui a été construit en utilisant une analyse qualitative.</li> <li>- Validités convergentes et discriminantes ont été évaluées par des corrélations avec d'autres</li> </ul>

	<p>questionnaires et variables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les critères de validité sont examinés par corrélation avec des indices dérivés des données qualitatives.</li> <li>– La stabilité temporelle a été évaluée par corrélation avec une administration répétée du questionnaire.</li> <li>– La performance du questionnaire est comparée à un autre questionnaire : le Carer Hospital Satisfaction Questionnaire (Carer HospSat).</li> </ul> <p>Résultats : 72 des 147 questionnaires ont été retournés. Le questionnaire est corrélé avec le Carer HospSat, mais n'est pas corrélé avec les variables démographiques. Le SCEQ détecte des expériences spécifiques négatives parmi les proches qui ont un score global de satisfaction élevé dans le Carer HospSat (donc détecte mieux les expériences négatives).</p> <p>Conclusions : le SCEQ est préférable aux autres questionnaires pour les proches des patients victimes d'AVC grâce à sa validité et à sa fiabilité. Il identifie des expériences dans les services que les questionnaires de satisfaction échappent.</p>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p>L'AVC a un impact dévastateur sur le patient et sa famille. Autour de 89% des patients, auparavant indépendants, rentrent chez eux après un AVC, entre 40 et 50% demandent une assistance de leurs proches, souvent des membres de la famille, pour vivre de façon indépendante en société. Kwakkel et al. concluent que les proches aidants sont les plus importants et fiables facteurs contribuant au rétablissement du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ils maintiennent le bien-être psychologique des patients</li> <li>– Réduisent la probabilité de réhospitalisation et d'institutionnalisation</li> <li>– Augmentent leur adhérence aux traitements</li> <li>– Ils diminuent l'impact économique de la santé et des services sociaux</li> </ul> <p>Des politiques et des recommandations ont été développées pour soutenir leur rôle et les impliquer.</p> <p>→ La charge imposée aux proches est significative.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Il y a des preuves que le taux de stress lié aux problèmes psychologiques est élevé incluant des sentiments de surcharge, fatigue, dépression, perturbation sociale et des relations familiales et réduisant l'épanouissement sexuel.</li> <li>– L'état psychologique des proches aidants influencent l'affect des patients victimes d'AVC</li> <li>– Ils fournissent un appauvrissement des soins au patient</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sont moins capables de répondre aux besoins des patients.</li> <li>– Dépression associée à une pauvre réinsertion sociale augmente les dépression chez les personnes dont ils fournissent des soins.</li> </ul> <p>Dans un autre cas (étude de Maclean et al.) les attitudes des proches, comme surprotectrice, réduisent la motivation des patients et entravent le rétablissement des patients victimes d'AVC.</p>
Recension des écrits	<p>Le rôle central des proches implique d'évaluer leurs expériences dans les services comme leur perception des soins donnés au patient et la considération et le soutien qu'ils reçoivent.</p> <p>Dans une étude, 40% des femmes sont satisfaites du soutien des services mais 25% sentent que les soins sont de qualité inférieure.</p> <p>Les proches commencent à ressentir du stress et du fardeau tôt lorsque le patient est hospitalisé. Donc, l'évaluation des expériences des proches doit s'étendre à toutes les étapes de soins incluant les périodes d'hospitalisations aiguës.</p> <p>2 questionnaires des proches aidants de patients hospitalisés pour un AVC ont déjà été développés : Carers' Perceptions of Rehabilitation Questionnaire (1) et le Carer Hospital Satisfaction Questionnaire (Carer HospSat) (2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le (1) n'a pas rapporté de fiabilité et de validité</li> <li>– Le (2) la stabilité temporelle manque et il évalue la satisfaction générale des proches plutôt que leurs expériences spécifiques de soins. La satisfaction est influencée par divers facteurs (âge, genre, santé). Des idées positives sur les équipes soignantes peuvent coexister avec des idées négatives sur les aspects des prestations de service, par exemple → ce n'est donc pas exploitable car les perceptions ne se prêtent pas à être résumées par un indice de satisfaction unique ! Les patients ont aussi peur d'exprimer leur insatisfaction en regard à la confiance avec leurs fournisseurs de soins, leurs sentiments et leurs loyautés et équités. Tout ça peut donc cacher l'insatisfaction des services et également les expériences négatives dans les soins.</li> </ul> <p>Une étude d'une large échelle a montré que 40% des patients sont insatisfaits avec au moins un aspect de leurs soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Questionnaire, proches aidants, patients victimes d'un AVC, expériences des proches aidants dans la réadaptation AVC.

Hypothèses	<p>Actuellement, il n'y a pas de questionnaire qui évalue l'expérience des proches aidants des patients victimes d'un AVC durant le traitement hospitalier.</p> <p>Cette étude a été conçue pour combler cette lacune et développer et valider un questionnaire (le SCEQ) pour évaluer leurs expériences durant leurs soins fournis au patient, le soutien qu'ils reçoivent durant la phase aigüe à l'hôpital et la réadaptation.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif (statistique) basé sur des données qualitatives.
Population et contexte	<p>Les participants sont des aidants informels (proches aidants) de patients (qui peut commenter le parcours de soins du patient) qui ont été déchargés d'une stroke unit dans les 6 mois (pas plus car risque d'oubli), plus de 18 ans, parlant anglais, dans 6 stroke units à travers l'Angleterre et le Pays de Galles.</p> <p>147 participants initiaux ont rendu le consentement éclairé et ont reçu le dossier de l'ensemble des questionnaires. 72 questionnaires ont été retournés. Au total 53 questionnaires SCEQ ont été répétés et renvoyés et 43 ont été retournés.</p> <p>Moyenne d'âge : 59.82, la majorité était des femmes (72.2%), la majorité est des épouses (52.8%), la majorité vit avec leurs proches victimes d'AVC (62.5%), la majorité de ces patients ont des difficultés de communication (31.9%), la majorité des proches aidants ne travaillent pas, incluant la retraite (52.8%), 25% répondant à la question disent ne pas fournir des soins pratiques à leur proche, heures passées par semaine pour les soins à leur proche (moyenne) 61.3, heures passées par semaine pour ses propres soins personnels (moyenne) 17.24 (bcp moins), nombre de jours que le patient était en stroke unit (moyenne) 52.17.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les participants ont été interpellés par des membres de l'équipe soignante des stroke units et les ont ensuite contacté par téléphone (ce qui augmente le taux de réponse) après le consentement éclairé rempli par les proches.</p> <p>Puis les participants ont reçu le dossier des questionnaires par mail, qu'ils peuvent retourner par mail ou le compléter par téléphone (ils ont envoyé ces questionnaires 7 jours après le premier essai pilote du questionnaire pour promouvoir la fiabilité temporelle du projet).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>er</sup> questionnaire : informations démographiques (âge, genre, ethnie, relation avec le patient, temps de soins...)</li> <li>- 2<sup>ème</sup> questionnaire : le SCEQ qui comprend 39 questions : 35 affirmations et 4 questions ouvertes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 3<sup>ème</sup> questionnaire : Indice de Barthel pour mesurer les habiletés fonctionnelles spécifiquement durant les activités de la vie quotidienne et la mobilité</li> <li>– 4<sup>ème</sup> questionnaire : le Carer HospSat qui mesure la satisfaction</li> <li>– 5<sup>ème</sup> une échelle visuelle analogique pour mesurer la satisfaction globale (FACES scale)</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Les auteurs ont débuté par une description du développement du questionnaire, puis ont décrit l'étude pilote qui a permis d'achever le questionnaire final.</p> <p>Puis, l'étude principale est l'analyse planifiée du SCEQ.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Stabilité temporelle : par l'envoi et les questionnaires retournés</p> <p>Validité convergente et discriminante : ont été évaluées par 3 questionnaires (2 échelles de satisfaction et 1 mesure des habiletés fonctionnelles), des données démographiques et des associations entre ces mesures et les scores du SCEQ.</p> <p>Critères de validation : évalués par la comparaison du questionnaire avec des indices quantitatifs dérivés des réponses des questions ouvertes.</p>
Présentation des résultats	<p>Les 2 achevements du SCEQ montre une fiabilité et stabilité temporelle modérées à élevées (corrélation 0.77, <math>P &lt; 0.01</math>, <math>n=42</math>).</p> <p>La validité convergente a été réévaluée par les corrélations entre le SCEQ et le Carer HospSat (corrélation 0.57, <math>P &lt; 0.01</math>). Et le FACES scale (corrélation 0.56, <math>P &lt; 0.01</math>).</p> <p>Le Carer HospSat et le FACES scale sont aussi corrélés à 0.68, <math>P &lt; 0.01</math>.</p> <p>Il n'y a pas de corrélation significative entre le SCEQ et l'indice de Barthel (0.13, <math>P &lt; 0.01</math>).</p> <p>Le pourcentage des répondants fournissant une réponse positive pour chaque item du SCEQ est de 57 à 96% avec une médiane de 83.1%.</p> <p>Pas de lien entre le SCEQ et l'âge des participants, ni le genre, ni la relation avec le patient, ni les autres variables démographiques.</p> <p>Comparaison du SCEQ et du Carer HospSat :</p> <p>Au total 17 participants ont répondu le maximum du score du Carer HospSat (=signifiant satisfait des services). Mais 10 de ces scores étaient inférieurs au maximum dans le SCEQ et la moyenne du nombre d'expériences négatives était de 1.5 Au total 41 participants ont répondu satisfait dans le Carer HospSat alors qu'ils relevaient</p>

	des expériences négatives dans le SCEQ.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Cet arrière-plan fourni des informations démographiques sur les soins fournis avant et après la sortie du patient de l'hôpital. Une proportion significative de proches aidants ne fournissent pas de soins pratiques mais se voient néanmoins comme des soignants pour le patient.</p> <p>Les définitions des proches aidants et leurs rôles en tant que soignant constituent des soins complexes et demandent plus d'attention.</p> <p>Le taux de retour des questionnaires (49%) obtenu dans cette étude est plus élevé que dans les autres études similaires.</p> <p>La validation de cette étude demande que les participants complètent toutes les questions.</p> <p>Les items concernés ont tous été considérés comme important ou extrêmement important par les proches dans l'étude pilote.</p> <p>La médiane de 27.5 montre que la majorité des proches ont des expériences positives dans beaucoup de domaines.</p>
	<p>C'est la première fois que la version d'un questionnaire a la propriété d'être lors de l'hospitalisation du patient et évalue l'expérience des proches.</p> <p>La corrélation modérée entre le Carer HospSat et le SCEQ indique que la nouvelle échelle de mesure a une construction similaire, sans être la même.</p> <p>L'évidence pour le critère de validation du questionnaire est fourni par une corrélation significativement positive avec l'indice de Barthel et les expériences positives produites par les commentaires sur les services.</p> <p>Autre preuve : corrélation significativement négative entre le SCEQ et le nombre d'aspects non aidants des services et le nombre de suggestions pour l'améliorer.</p> <p>5 items montrent plus de 20 réponses négatives. Ceci est congruent avec les zones identifiées des proches dans la recherche précédente comme ces services ont des déficits fréquents.</p>
	<p>La comparaison entre le SCEQ et le Carer HospSat : comment une satisfaction globale peut masquer des déficits de services spécifiques qui engendre des expériences négatives ? → Plus de la moitié des proches aidants, avec comme score « satisfait » des services, reportent des expériences négatives dans le SCEQ.</p>
Perspectives futures	<p>Des futures larges échelles pourraient comparer systématiquement les unités de réadaptations des AVC pour déterminer si les réponses du SCEQ reflètent les aspects des prestations de service telles que l'efficacité du</p>

	travail ou la participation des proches dans le programme global.
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>Le questionnaire SCEQ fournit des informations importantes concernant les services spécifiques et permet l'identification de domaines spécifiques qui engendrent des expériences positives ou négatives. Il peut être utilisé comme un outil explorant les aspects des prestations des services, conduisant à des mesures d'amélioration des expériences des proches aidants.</p> <p>On ne peut pas interpréter le SCEQ globalement, car on a vu qu'il y avait des expériences négatives dans les expériences positives.</p> <p>Une alternative de cette méthode est les interviews directement avec le proche ce qui augmente le taux de réponse.</p> <p>La relation entre les réponses du SCEQ et la morbidité psychologique des proches aidants pourrait être examinée pour déterminer si les expériences des services sont des facteurs contribuant.</p>
Evaluation globale	Intervention : utiliser le SCEQ pour déterminer l'expérience des proches aidants dans les prestations de service.

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

**Références de l'article analysé :**

Neiterman, E., Wodchis, W. & Bourgeault, I. (2015). Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging* 34, pp. 90-99. Doi : 10.1017/S0714980814000518

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La population est les personnes âgées, le phénomène d'intérêt est l'expérience de la transition, le contexte est l'hôpital.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé présente le but de l'article, la méthode et le devis de recherche utilisé ainsi que la population étudiée. Les questions posées à la population sont formulées et les résultats sont transcrits.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le but de l'étude est d'examiner comment les soins de transition sont vécus, organisés et coordonnés par les patients et leurs proches aidants à domicile.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Le manque de continuité des soins durant la transition de l'hôpital à la communauté a été identifié comme un problème avec de sérieuses implications négatives pour le bien-être des individus. L'importance de ce manque d'interventions surtout dans les besoins sociaux des patients est bien mise en évidence. Il provoque également des réadmissions à la suite de la sortie de l'hôpital qui pourraient être évitées.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				Le concept principal développé est la transition des soins de l'hôpital aigu à domicile.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les questions de recherche sont : quels sont les enjeux que vivent les patients dans leur transition de l'hôpital à domicile ? Quels sont les systèmes et les

					solutions politiques qui peuvent répondre aux enjeux de ces patients ?
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le but de l'étude découle bien de l'état des connaissances.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche n'est pas explicitement décrit dans la méthode. Les interviews étaient semi-structurés, duraient entre 30 et 90 minutes et correspondaient au devis de recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon est de 17 patients et leurs proches aidants (n=19). Les patients étaient sortis de l'hôpital pour le domicile et avaient un haut risque de réadmission (LACE). Contexte : à domicile du patient, soit accompagné ou pas de son proche aidant.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Les auteurs ne parlent pas explicitement de saturation des données, mais ont trouvé des données homogènes et étroitement liées.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interviews avec le patient avec ou sans son proche aidant de 30 à 90 minutes. Ensuite le proche-aidant était également interviewé seul ou avec le patient, à choix. La transcription des interviews est codifiée dans le QSR International's Nvivo 8, et le logiciel utilisé pour la gestion des données qualitatives est le Charmaz's (2006).
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui, l'utilisation d'entretiens semi-structurés correspond à l'approche qualitative et au phénomène

					étudié (expériences des proches aidants).
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le choix des participants et la méthode sont décrits. Le consentement des patients était obtenu pour des interviews à domicile. La Research Ethics Board of the University of Western Ontario a approuvé l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs décrivent bien l'ensemble de leur recherche, la recension des écrits, la méthode ce qui traduit de la bonne crédibilité de l'étude. Les données qualitatives analysées sont régulièrement remises en lien avec les interviews sous formes de « verbatimes ». Ils ont utilisé un programme de codage, Nvivo 8, ce qui augmente également la crédibilité des résultats.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui, les auteurs, après la transcription des données analysées de l'ensemble des interviews, ont divisé les dires des proches aidants et ceux des patients et ont vu des similitudes et des différences. Mais ils ont identifié un nombre de thèmes étroitement liés et pertinents de l'organisation et de la coordination des soins.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés par thèmes. La synthèse des résultats est présentée sous forme de tableau récapitulatif (Table 3). Les auteurs utilisent des verbatimes pour appuyer leurs résultats.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Les auteurs font référence à des recherches antérieures, mais ce n'est pas explicitement décrit. Les auteurs décrivent dans quels domaines les patients et proches aidants ont besoin de plus d'aide lors de cette

					transition et présentent un modèle de transition qui serait intéressant de faire plus de recherche. Un tableau récapitulatif présente les facilitateurs de la transition ainsi que les barrières et enjeux ressortis des interviews.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Oui, les auteurs décrivent leurs conclusions en deux principaux points : les facilitateurs, les barrières et les enjeux à la transition.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Non, les auteurs ne mentionnent pas les limites de leur étude.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Pas de manière implicite. Mais dans la recension des écrits ils mentionnent que ces interventions dans la période de transition sont de plus en plus importantes étant donné le mouvement des soins hospitaliers de plus en plus courts.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré et clair. Les titres sont visibles. Les données sont référencées.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les interventions proposées implicitement dans le tableau des « facilitateurs de la transition » peuvent être mises en place dans la pratique.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Neiterman, E., Wodchis, W. & Bourgeault, I. (2015). Experiences of older adults in transition from hospital to community. <i>Canadian Journal on Aging</i> 34, pp. 90-99. Doi : 10.1017/S0714980814000518

	Traduction libre par les auteures
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude a examiné comment les patients expérimentent les transitions de l'hôpital à la communauté incluant les problèmes de la vie quotidienne et des préoccupations médicales.</p> <p>Méthode : fondée sur l'analyse de données qualitatives venant d'interviews de 36 individus incluant 17 personnes âgées à haut risque avec des comorbidités et récemment sortis de l'hôpital pour le domicile ainsi que 19 proches-aidants qui fournissent des soins.</p> <p>Deux questions principales ont été mentionnées : quels sont les enjeux dans l'expérience des patients dans la période de transition de l'hôpital à domicile et quels sont les systèmes et les solutions politiques qui peuvent répondre aux enjeux de ces patients ? Résultats : défis à court et à long terme. Court terme : préparation du domicile et compréhension de l'organisation des soins à domicile. Long terme : problèmes pratiques et émotionnels.</p> <p>Discussion : besoins sociaux relèvent d'une importance égale aux besoins médicaux.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le raccourcissement des séjours hospitaliers devient l'emblème de plusieurs systèmes de soins. Mais dans ce contexte, le manque de continuité des soins durant la période de transition de l'hôpital à domicile a été identifié comme un problème majeur engendrant des répercussions sur le bien-être des individus.
Recension des écrits	<p>Les soins de transition sont définis comme des soins fournis durant la transition d'un contexte de soins à un autre.</p> <p>Pour réduire les lacunes des services de soins, plusieurs modèles d'interventions sont mis en œuvre, tels que : une planification de sortie à l'hôpital ou la création de soins intermédiaires.</p> <p>La majorité des interventions proposées relèvent de besoins médicaux, mais les besoins sociaux des patients dans la communauté ne sont pas proposés alors qu'ils affectent négativement le rétablissement des patients.</p> <p>La diminution de la durée des hospitalisations exige des soins plus sophistiqués et prolongés à domicile. Quand les soins durant la transition sont mal coordonnés, cela peut créer des erreurs dans la gestion des soins par les professionnels. Ce résultat est surtout alarmant chez les personnes âgées qui ont des comorbidités et plusieurs thérapies (ou médicaments). Les soins communautaires peuvent ne pas savoir et connaître les traitements des soins établis à l'hôpital.</p> <p>Plusieurs solutions sont amenées pour améliorer la situation des systèmes de soins fragmentés : créer des soins intermédiaires, introduire le but de fournir une gamme de services incluant la réadaptation et des soins intégrés à domicile. D'autres modèles incluent, à la sortie de l'hôpital, un suivi communautaire (en personne ou par téléphone) et l'établissement de canaux de communication entre l'hôpital et les services communautaires.</p>

	<p>Par ces interventions de transition, on recense une réduction du nombre de réhospitalisations.</p> <p>Puisque la charge, la responsabilité de l'organisation et de la coordination des soins primaires reposent sur les épaules des patients et de leurs proches, il est impératif que ces individus aient les informations nécessaires à propos de ce qui leur attend après la sortie de l'hôpital.</p> <p>Si les informations ne sont pas adéquatement transmises, les patients et proches peuvent être anxieux et inquiet quant à la gestion des soins à domicile.</p> <p>Les besoins sociaux des patients tels que la disponibilité et le soutien d'un environnement familial, la stabilité financière et les connaissances des services communautaires sont implicitement présents dans les interventions et sont à prendre en compte. Ce besoin social ne peut pas être séparé du rétablissement physique. Certaines caractéristiques des patients : statut socio-économique faible, vivre seul, langage appauvri provoque une transition sans succès à la communauté et donc requièrent une attention particulière. L'augmentation de l'attention des besoins sociaux est une aide dans le rétablissement post-hospitalier.</p> <p>Le succès d'une transition saine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fourni soutien social qui stimule la confiance des patients</li> <li>- Améliorer la préparation à la transition</li> <li>- Améliorer le fonctionnement à domicile</li> <li>- Faire attention aux besoins de la vie quotidienne</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre conceptuel est les soins de transition.
Question de recherche	<p>La question de recherche est : comment les patients et leurs proches aidants expérimentent-ils la transition à la communauté et quelles barrières et quels facilitateurs identifient-ils durant leur rétablissement ?</p> <p>Le but de la recherche est d'examiner comment les soins de transition sont expérimentés, organisés et coordonnés par les patients et leurs proches aidants à domicile en se concentrant sur l'organisation et la coordination des soins variant des besoins médicaux des AVQ.</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est qualitatif.

Population et contexte	<p>L'échantillon est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 patients sortant de l'hôpital (soins aigus) pour le domicile</li> <li>- avec un haut risque de réadmission (échelle LACE)</li> <li>- et leurs proches aidants (n=19)</li> </ul> <p>Contexte : à domicile du patient, soit accompagné ou pas de son proche aidant.  Les proches et les patients font parti d'un projet pilote pour favoriser la transition avec une infirmière praticienne.  Population à risque de réadmission (comorbidités) → les auteurs utilisent une échelle de dépistage du risque de réadmission (LACE) pour sélectionner les patients pour l'étude : les réadmissions sont coûteuses et souvent évitables, les hôpitaux utilisent cette échelle pour identifier et réduire les réadmissions.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L = length of stay = durée de séjour</li> <li>- A = Acuity of admission = si le patient a été admis par le service des urgences ou un autre.</li> <li>- C = comorbidités</li> <li>- E = Emergency department visits = combien de fois durant les 6 derniers mois le patient s'est rendu au service des urgences.</li> <li>- Résultats : scores de 1 à 19, haut risque de réadmission &gt; 10,</li> </ul> <hr/> <p>Caractéristiques de l'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge patients : entre 70 et 89 ans.</li> <li>- La moyenne de séjour :15 jours à l'hôpital.</li> <li>- Le diagnostic le plus fréquent : maladies cardiovasculaires (décompensation insuffisance cardiaque, AVC) et problèmes respiratoires (BPCO, pneumonie).</li> <li>- Autres comorbidités : diabètes, insuffisance rénale, maladie gastro-intestinale, neurologique et cancer.</li> <li>- En moyenne, les patients avaient 12 médicaments prescrits</li> <li>- Score moyen de LACE de 12.5 (=haut risque de réadmission).</li> <li>- La plupart des patients avaient besoin d'assistance pour la prise de décision, mais 6 étaient compétents pour les prendre seul.</li> </ul>
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité des proches aidants étaient des femmes (épouse et fille).</li> <li>- La majorité des patients étaient des hommes.</li> </ul>
Collecte des données et mesures	<p>Instrument de mesure : interviews semi-structurés avec le patient et avec ou sans le proche aidant et vice versa de 30 à 90 minutes.</p> <p>36 interviews sont faits de 2010 à 2012.</p> <p>La majorité des patients préféraient avoir leur proche aidant avec.</p> <p>Les intervieweurs avaient un nombre de questions à poser sur l'expérience des patients dans la transition et celle des proches aidants.</p> <p>Certains proches aidants préféraient répondre seuls à l'interview (sans la présence du patient) → parlaient plus ouvertement de la charge et de l'impact des soins au patient sur leur bien-être.</p> <p>La visite d'une infirmière à l'hôpital et une autre 72h après la sortie à domicile. L'infirmière complète le dossier patient.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Entretiens semi-structurés / Analyses des données qualitatives</p> <p>Consentement éclairé demandé</p>
Rigueur	<p>Les données qualitatives analysées sont régulièrement remises en lien avec les interviews sous forme de « verbatimes ». Ils ont utilisé un programme de codage, Nvivo 8, ce qui augmente également la crédibilité des résultats.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>La transcription des interviews est codifiée dans le QSR International's Nvivo 8, et le logiciel utilisé pour la gestion des données qualitatives est le Charmaz's (2006). D'abord la codification a été faite ligne par ligne puis ils ont cartographié les rapports entre les thèmes pour faire ressortir des catégories de thèmes. Les données sont ensuite divisées entre interviews des proches aidants et des patients pour identifier les similitudes et les différences.</p> <p>Les auteurs ont identifié un nombre de thèmes étroitement reliés entre eux et pertinents sur l'organisation et la coordination des soins, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les difficultés à s'adapter à la transition du retour à domicile</li> <li>- La confusion sur l'organisation des soins et la navigation à travers le système de santé</li> <li>- Les facteurs facilitateurs améliorant l'expérience de transition..</li> </ul>

Présentation des résultats	<p>Les auteurs ont présenté leurs conclusions centrées sur les enjeux et ensuite sur les facilitateurs d'un rétablissement de succès.</p> <p>Ces <b>enjeux et confusions</b> sont présentés sous forme de thèmes :</p> <p><u>1. Rentrer à domicile :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'adapter au retour à la vie quotidienne à la suite d'une sortie de l'hôpital</li> <li>- Les AVQ deviennent difficile à gérer dans l'immédiat</li> <li>- Des moyens auxiliaires doivent être mis en place</li> <li>- Des réaménagements de l'environnement doivent être faits</li> </ul> <p>Les proches aidants admettent que la sortie est trop rapide et qu'ils n'ont pas le temps de préparer le domicile pour le retour du patient. Pour les patients n'ayant pas de proches aidants, la transition est chaotique, confuse.</p> <p><u>2. Traitement avec confusion médicale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients qui sortent de l'hôpital à la suite d'une opération reçoivent un résumé des fournisseurs de soins. Ils reçoivent des visites de plusieurs professionnels de santé (infirmière praticienne, assistante sociale, physiothérapeute...) et sont confus quand à « qui fait quoi ? »</li> </ul> <p>Cette transition aboutit à plusieurs changements dans leur vie → l'établissement de la routine est vue comme l'élément central de l'adaptation au retour à domicile.</p> <p><u>3. L'organisation des transports :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est un problème/enjeux permanent associé à la vie quotidienne rapporté par les proches aidants.</li> <li>- Il est important d'organiser la livraison de la nourriture</li> <li>- D'organiser les rdv chez le médecin traitant.</li> </ul> <p><u>4. Les facilitateurs du rétablissement :</u> Le réseau social et le soutien social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes qui ont un réseau personnel et un soutien social sont des facteurs cruciaux d'un rétablissement à succès.</li> <li>- La plupart des patients (interviewés) ont une famille sur qui compter, pour aller au rdv du médecin ou pour recevoir un soutien moral, par ex.</li> <li>- Mais les visions sont différentes : les patients sont satisfaits de leurs proches aidants, pensent qu'ils ont les connaissances médicales et la coordination nécessaire des soins alors que les proches aidants se disent</li> </ul>
----------------------------	---

écrasés et épuisés par ce besoin constant de coordonner les soins et de s'assurer que les patients aillent bien.

- Mais la plupart des proches aidants n'ont pas les connaissances sur les services communautaires.
- Le manque de connaissances disponibles des services communautaires n'affecte pas seulement le bien-être des proches aidants mais aussi l'expérience des patients dans leur rétablissement.

#### 5. Initiative ciblée des infirmières praticiennes :

- Les patients recrutés pour cette étude recevait la visite d'une infirmière praticienne. Mais la plupart des patients ne comprennent pas exactement ce que l'infirmière fait, elle « s'occupe un peu de tout ».
- Pour les patients et proches aidants, la visite de l'infirmière est la plus précieuse assistance reçue durant la transition de l'hôpital à domicile.
- La visite de l'infirmière permet initialement d'organiser les soins, mais pas de les coordonner sur le long terme.

#### 6. Une personne pour coordonner les soins:

- Facilitateurs aux soins : Avoir une personne de référence dans le changement des soins qui assisterait en donnant des conseils, en organisant et en naviguant dans le système de santé.
- Barrières aux soins : Les proches aidants, parfois, sont une barrière aux soins, ils regardent avec leur amour pour les soins du patient. Ceux qui ont des connaissances sur le système de santé prennent sur eux la responsabilité d'organiser les soins, mais ils leur manquent des connaissances sur le système de santé.  
→ Leur désir est d'avoir juste une personne pour coordonner et organiser les soins. Quand il y a plusieurs personnes qui s'occupent, on ne sait plus qui fait quoi → d'où l'importance qu'il n'y ait qu'une personne qui coordonne le tout.

#### 7. Répondre aux besoins quotidiens :

- Thème récurrent : difficulté à faire face à la ré-adaptation aux besoins quotidiens des patients.  
→ Facteurs facilitateurs de cette situation :
  - Connaissance des patients des services disponibles
  - Capacité à organiser les soins à domicile
  - Sécurité financière dans les cas où les services doivent être payés (privé)

	<p>Le manque de connaissance sur les possibilité d'organiser de tels services est relevé.</p> <p>Recevoir des soins de la part des professionnels à domicile est un facteur facilitateur aux soins dans des centres de soins.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>En résumé : cf. tableau à la fin de la grille.</p> <p>Un nombre de barrières empêchent les adaptations à la vie quotidienne durant la période post-hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Besoins sociaux doivent porter une attention particulière dans la gestion des soins de transition de l'hôpital à domicile.</li> <li>– Manque de soins transitionnels efficaces provoquant une augmentation des réadmissions hospitalières.</li> </ul> <p>Une composante standard des sorties de l'hôpital devrait faire l'évaluation des besoins à la sortie du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nourriture</li> <li>– Moyens auxiliaires</li> <li>– Réaménagement du logement</li> <li>– Transport pour les futurs rdv médicaux</li> <li>– Coordination et suivi médical</li> <li>– Services soutien social.</li> </ul> <p>Utilisation de Naylor's (2012) = transitional care model : est une des façons de fournir des soins dans la période de transition, il reconnaît son importance, permet l'évaluation des besoins du patient.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>Bonne présentation, claire, problématique importante et actuelle.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>Propose des résultats probants pouvant être pris en compte dans la pratique afin d'adapter les interventions dans les soins de transition.</p>

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.

Tistad, M. & von Koch, L. (2015). Usual Clinical Practice for Early Supported Discharge after Stroke with Continued Rehabilitation at Home : An Observational Comparative Study. *PLoS ONE* 10(7). Doi : 10.1371/journal.pone.0133536

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le type d'étude est nommé, il y a une comparaison, ce que l'on cherche à savoir est écrit (la pratique clinique habituelle des services ESD).
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient une introduction, la méthode et le matériel utilisé, les principaux résultats énumérés et les conclusions.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui, le problème de recherche est clairement décrit, ce qui se fait actuellement en Suède est noté.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les études antérieures sont énumérées, les principaux résultats déjà connus sont notés.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les principaux concepts sont énumérés et définis : Early supported discharge, stroke units, services conventionnels
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	À la fin de l'introduction, les auteurs écrivent : La mesure des services ESD dans laquelle ils ont été mis en œuvre n'est pas bien connue. De plus, les effets sur les résultats de soins des patients et sur les proches, ainsi que les coûts engendrés par ces services ne sont pas investigués et comparés aux services conventionnels. Les auteurs comparent ces deux types de groupes de patients sur les termes de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats de soins des patients après 3 et 12 mois</li> <li>- L'utilisation et les coûts des services de santé durant la première année après l'AVC</li> </ul>

					- La charge des proches aidants
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Il y a des lacunes à ce niveau-là et les auteurs cherchent à combler cette lacune en faisant cette étude.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis est noté dans la méthode, c'est une étude d'observation prospective longitudinale (basée sur des statistiques : quantitative).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les auteurs expliquent le déroulement de la recension de l'échantillon, ont fait un flow chart pour montrer au fur et à mesure la population qu'il restait. Les critères d'inclusion sont décrits et la localisation géographique des participants également.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Les auteurs notent à la fin de l'étude que l'échantillon est trop petit et donc n'ont pas pu faire « l'effet plafond ». Mais la recension de base contenait 349 patients et 162 proches ce qui représentaient un bon échantillon par rapport au contexte de la recherche.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les différents questionnaires, les registres nationaux utilisés et la façon dont ils ont été envoyés sont décrits.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables mesurées (données cliniques, coûts de la santé) ont chacune un paragraphe et sont décrites par quel instrument elles sont analysées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Au niveau éthique, les auteurs ont demandé aux participants de signer un consentement éclairé et l'étude a été approuvée par The Regional Ethical Review Board in Stockholm en Suède.  La procédure d'analyse est décrite (statistique) et les tests utilisés sont notés (chi-square tests, Mann-Whitney U test).

				<p>Le logiciel des statistiques utilisé (version 10, StatSoft Inc Tulsa, OK, USA) est noté.</p> <p>Le niveau significatif des statistiques (<math>p</math> plus petit ou égal à 0.05).</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Chaque hypothèse est analysée statistiquement.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont divisés en chapitre contenant chacun une hypothèse testée statistiquement et illustrés d'un tableau. Les résultats statistiquement significatifs sont décrits narrativement.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Les résultats permettent de remplir les lacunes des connaissances actuelles sur les services ESD en comparant aux services conventionnels. Des recherches antérieures sont reprises pour soutenir les résultats énumérés dans cette étude ou pour les contredire.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Les auteurs ne généralisent pas les conclusions.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les auteurs amènent des limitations de l'étude (par rapport au manque de définition explicite des services ESD, des critères d'inclusion des patients, des coûts de la santé ne prenant pas en compte la perspective sociétale liée aux coûts des proches aidants).
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>Les auteurs concluent que les services ESD apportent les mêmes bénéfices que les services conventionnels dans la pratique clinique quotidienne mais que la façon d'utiliser les ressources est différente.</p> <p>Une étude supplémentaire est nécessaire pour explorer la façon dont les proches sont affectés et comment un soutien</p>

				adéquat peut être fourni.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article est clair, précis, les résultats sont statistiquement probants.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		Les auteurs s'appuient sur des études et revues antérieures et amènent des résultats probants utiles pour la pratique.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Tistad, M. & von Koch, L. (2015). Usual Clinical Practice for Early Supported Discharge after Stroke with Continued Rehabilitation at Home : An Observational Comparative Study. <i>PloS ONE</i> 10(7). Doi : 10.1371/journal.pone.0133536  Traduction libre par les auteures
<b>Résumé</b>	<p><b>Introduction</b> : Des preuves existent que les services ESD de l'hôpital continuant la réadaptation à domicile a des effets bénéfiques après un AVC. Mais ces effets dans la pratique clinique quotidienne n'a pas été investiguée.</p> <p><b>Le but de l'étude</b> est de comparer les services ESD avec les services conventionnels de réadaptation en terme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Résultats de soins du patient après 3 et 12 mois (AVQ, fréquences des activités sociales, satisfaction de la vie)</li> <li>– L'utilisation et les coûts des soins de santé durant la première année après l'AVC</li> <li>– La charge des proches aidants après 3 et 12 mois</li> </ul> <p><b>Méthode</b> : Devis : analyse de sous-groupe d'une étude d'observation longitudinale de patients en stroke units (Karolinska University Hospital en Suède), afin de comparaître deux groupes de patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients remplissant les critères d'inclusion pour les services ESD (d'une étude expérimentale</li> </ul>

	<p>antérieure) (n=40)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients recevant des soins de réadaptation des services conventionnels (n=110)</li> </ul> <p><b>Résultats</b> : A 3 et 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pas de différence observée en regard aux résultats de soins entre les deux groupes de patients.</li> <li>– Mais les services ESD rapportent moins de charge pour les proches (p=0.01) à 12 mois.</li> <li>– Le temps de séjour hospitalier avec ESD est de 8 jours et avec les services conventionnels = 15 jours.</li> <li>– La médiane des contacts des patients avec la réadaptation ambulatoire est de 20.5 avec ESD et 3 avec les services conventionnels (p&lt;0.001).</li> <li>– Il n'y a pas de différence en ce qui concerne les coûts globaux des soins de santé.</li> </ul> <p><b>Conclusions</b> : Pas de différence dans la pratique clinique quotidienne avec les services ESD mais utilise de manières différentes les ressources disponibles.</p>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p>Dans plusieurs pays européens → les directives nationales en ce qui concerne les soins pour AVC recommandent des soins en stroke units (sur des preuves expérimentales et observationnelles). En Suède, la proportion de patients recevant des soins dans une stroke unit ne fait qu'augmenter (en 2012 = 90% des patients), selon le registre du Swedish stroke register, RIKS-stroke.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Des preuves d'essais contrôlés randomisés révèlent que les services ESD de l'hôpital impliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Réduction des décès</li> <li>– Réduction des dépendances</li> <li>– Réduction des admissions dans des institutions</li> <li>– Diminution des durées de séjours hospitaliers</li> <li>– Travail interdisciplinaire : les membres de l'équipe ont un domaine d'activités plus large que dans la pratique clinique régulière pour se soutenir et se consulter mutuellement.</li> <li>– Coordonné une sortie précoce de l'hôpital</li> <li>– Continuation de la réadaptation au domicile du patient</li> <li>– A domicile, l'équipe : encourage le patient dans ses compétences de résolution de problèmes, soutien la continuité de la vie quotidienne du patient, l'aident à se reconnaître dans ses anciens rôles</li> </ul>

	<p>Les directives nationales suédoises recommandent l'utilisation des services d'ESD.</p> <p>→ Mais la mesure dans laquelle ils sont mis en œuvre n'est pas bien connue. Les effets sur les résultats de soins des patients et sur les autres ainsi que les coûts des services d'ESD n'ont pas été investigués et comparés aux autres méthodes de réadaptation.</p> <p>L'étude cherche à augmenter les connaissances sur les prestations des services d'ESD dans la pratique clinique quotidienne/régulière en comparant un groupe de patient recevant les services d'ESD et un autre recevant les services conventionnels en terme de résultats de soins et de charge pour le proche à 3 et 12 mois et aux coûts des services de santé durant la première année après l'AVC.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Services d'ESD, stroke units, résultats de soins, proches aidants, coûts des services de santé.
Hypothèses	<p>La mesure des services d'ESD dans laquelle ils ont été mis en œuvre n'est pas bien connue. De plus, les effets sur les résultats de soins des patients et sur les proches, ainsi que les coûts engendrés par ces services ne sont pas investigués et comparés aux services conventionnels.</p> <p>Les auteurs comparent ces deux types de groupes de patients sur les termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Résultats de soins des patients après 3 et 12 mois</li> <li>– L'utilisation et les coûts des services de santé durant la première année après l'AVC</li> <li>– La charge des proches aidants</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude d'observation prospective longitudinale, basée sur des statistiques (quantitatives).
Population et contexte	<p>Phase 1 : Life after stroke (LAS 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Objectif de LAS 1 : augmenter les connaissances de base concernant le processus de réadaptation après un AVC (ex. identifier les besoins des patients et proches en lien avec la réadaptation et le soutien durant la première année après l'AVC).</li> <li>– Tous les patients avec un AVC et admis dans une stroke unit au Karolinska University Hospital in Huddinge and Solna en Suède entre 15 mai 2006 et 14 mai 2007 ont été inclus : 349 patients, chacun devait identifier une personne significative (proche aidant) : 162 ont été contactés.</li> </ul> <p>Après les critères d'inclusion des services ESD (mis en évidence dans des études antérieures) et les critères de cette étude-ci :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indice de Barthel &gt;ou égal à 50 et la capacité de se mobiliser sans assistance d'une chaise à un lit</li> <li>- Une sortie à domicile</li> <li>- Le besoin de réadaptation à la sortie de l'hôpital</li> </ul> <p>Les patients qui entrent dans les critères d'ESD → groupe recevant les services ESD.</p> <p>Autres patients → services conventionnels = NoESD groupe.</p> <p>Sur les 349 patients de la phase 1 (LAS 1), 152 remplissaient les critères d'inclusion pour cette étude. 2 ont été exclus car ils vivaient dans des régions où les données sur les coûts n'étaient pas disponibles. <b>Les 150 restants ont constitué l'échantillon de l'étude :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40 ont reçu les services d'ESD</li> <li>- 110 ont reçu les services conventionnels</li> </ul>
Collecte des données et mesures	<p>L'évaluation de base a été conduite dans la stroke unit durant la première semaine après l'admission par l'ergo ou physio : par interview face à face.</p> <p>Informations concernant les conditions actuelles de santé et les déficits sont extraites du dossier médical.</p> <p>Les données concernant l'état de santé avant l'AVC ont également été collectées (niveau de dépendance/indépendance dans les AVQ etc).</p> <p>Les questionnaires ont été répétés à 3 mois et à 12 mois après l'AVC.</p> <p>Où ont été extraites les données et par quelle méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données sur les résultats de santé <b>du patient</b> ont été collectées par divers instruments :</li> <li>- → la fonction cognitive des patients par le Mini Mental State Examination</li> <li>- → leur discours par le Scandinavian Stroke Scale (aphasique ou non aphasique)</li> <li>- → la dépendance/indépendance dans les AVQ par l'indice de Barthel et le Katz Index of ADL Extended</li> <li>- → la fréquence des activités sociales par le Franchay Activities Index</li> <li>- → la satisfaction globale de la vie par le Life Satisfaction Checklist (sur une échelle de « très satisfait » à « très insatisfait »)</li> <li>- Données sociodémographiques, l'utilisation des services d'aide à domicile et l'habileté à la marche ont été enregistrées</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les données sur la charge des <b>proches aidants</b> par le Caregiver Burden Scale, incluant les facteurs : pression générale, déception, implication émotionnelle et environnement.</li> <li>– → des données concernant âge, sexe et relation avec le patient ont été enregistrées</li> <li>– Données concernant <b>l'utilisation des services de santé</b> → base de données du Stockholm County Council's computerised.</li> <li>– Durée des séjours hospitaliers dans la stroke unit et les contacts avec les services de santé ultérieurs (après la stroke unit) → base de données du Stockholm County Council's computerised</li> <li>– Données concernant les coûts des services ont été collectées par la Swedish Association of Local Authorities and Regions (incluant les coûts par jour)</li> <li>– → les coûts des hospitalisations et spécialistes externes basés sur les DRG ont été gardés par le SALAR</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Une semaine après l'admission en stroke unit, ergo et physio ont interviewé les patients et proches par ces questionnaires.</p> <p>Les analyses statistiques pour les différences entre les groupes ont utilisé le chi-square tests ou the Mann-Whitney U test.</p> <p>Dans les données concernant l'utilisation des ressources, le mot « service d'ESD » n'est pas sorti, les chercheurs ont supposé que lorsque les patients disent : équipe interdisciplinaire avec réadaptation à domicile, première visite de l'équipe avant la sortie de l'hôpital ou pendant les 7 premiers jours post-hosp.</p> <p>Les services conventionnels de réadaptation incluaient : réadaptation hospitalière, réadaptation en hôp. de jour ou dans une clinique, réadaptation dans un centre de soins primaires, réadaptation à domicile avec plusieurs visites des professionnels du centre de soins primaires plus d'une semaine après la sortie de l'hôpital (pas comme ESD).</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	349 patients élus, 150 patients répondant aux critères d'inclusion, 122 à 3 mois (les autres ont décliné ou sont décédés) et 109 à 12 mois (ont décliné ou sont décédés).
Présentation des résultats	<p><b>Résultats de soins des patients :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– les résultats étaient similaires avant l'AVC</li> </ul>

- au début des AVC, le groupe ESD avaient plus de déficits du discours
- Plus de différences après 3 et 12 mois en ce qui concerne le nombre de patients qui utilisaient les services sociaux ou déménageaient dans les maisons de repos
- Pas de différences dans l'indépendance des AVC à 3 et 12 mois
- Pas de différences dans la fréquence des activités sociales à 3 et 12 mois
- Pas de différence dans la capacité à la marche à 3 et 12 mois
- Pas de différence dans la satisfaction de la vie à 3 et 12 mois

→ **Pas de différence dans les résultats de soins à 12 mois.**

**Utilisation des services de santé et de réadaptation :**

- Durée de séjour dans une stroke unit avec service d'ESD = 5.5 jours < durée de séjour dans une stroke unit avec services conventionnels = 7 jours.
- Après séjour stroke unit, 17 patients ESD reçoivent réadaptation hospitalière < 76 patients NoEsd.
- Médiane totale de la durée de séjour d'un épisode de soins (stroke unit + réadaptation hospitalière) : ESD groupe 8 jours < NoESD groupe 15 jours ( $p=0.02$  = statistiquement significatif).
- Soins hospitalisés total durant la première année après l'AVC : groupe ESD 14 jours < NoESD groupe 20 jours ( $p=0.13$ , attention pas significatif).
- Groupe ESD : 10 patients ont reçu la 1<sup>ère</sup> visite au moins d'un membre de l'équipe avant la sortie de l'hôp., 7 ont reçu le jour de la sortie, 5 1<sup>er</sup> jour après la sortie, 7 2<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> jour après la sortie, 10 5<sup>e</sup>-7<sup>e</sup> jour après la sortie.
- Nombre de visites par un membre des services d'ESD par profession : +++ thérapeute logopédiste et assistant social ont la plus haute médiane, physiothérapeute a visité le plus de patients
- Groupe ESD reçoivent médiane de 11 visites de l'équipe interdisciplinaire durant les 3 premiers mois avec au total 13 contacts avec l'équipe de réadaptation externe > groupe NoESD médiane de 1 contact de réadaptation externe. Même tendance durant les 3 mois d'après → services ESD font plus de visites.

**Coûts des soins :**

- Moyenne des coûts par personne dans le groupe ESD était de 260.425 SEK < moyenne des coûts par personne NoESD groupe 287.964SEK ( $p=0.52$  = statistiquement pas significatif !!!)

	<p>→ services ESD coûtent moins chers</p> <p><b>Charge des proches aidants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ESD groupe a une diminution significative de la charge des proches aidants que le groupe NoESD à 12 mois dans tous les facteurs (pression générale, isolement, déception, implication émotionnelle) → tout est statistiquement significatif !</li> <li>– Total : ESD groupe moyenne 1.3 et NoESD groupe moyenne 1.9 (p=0.008).</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Méta-analyses ont montré que les services d'ESD ont des bénéfices. Mais il y a un manque de connaissance concernant leurs bénéfices dans la pratique clinique régulière/quotidienne. Cette étude a montré des équivalences dans l'indépendance dans les AVQ, l'habileté à la marche et la satisfaction de la vie dans les deux groupes. Cependant la charge des proches est diminuée avec les services d'ESD. Malgré que les services d'ESD sont recommandés par les directives nationales, seulement ¼ des patients aurait pu bénéficier de ces services dans la présente étude (40 contre 110). La mise en œuvre des innovations fondées sur des preuves (comme la mise en place de service) est souvent lente. Les services d'ESD sont associés à de tels défis : incluant les besoins potentiels de changements organisationnels et financiers, les difficultés d'arrêter un service s'il ne fonctionne pas et les difficultés à définir précisément la performance requise. Le manque de clarté et de précision concernant l'éligibilité des patients dans la durée optimale des services d'ESD pourrait entraver sa mise en œuvre. Mais ils peuvent aussi être vus comme facteurs facilitant permettant aux experts la prise de décision et des considérations locales. La réadaptation après un AVC est complexe et les facteurs échappant au contrôle du système de santé (c'est-à-dire la possibilité des services de sécurité sociale) pourraient influencer si les patients reçoivent les services d'ESD ou pas.</p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent des efforts nécessaires si les services d'ESD devraient être mis en œuvre dans la pratique clinique, réduisant ainsi l'écart entre les recommandations basées sur des preuves (requérant les services d'ESD) et la pratique clinique.</p> <p>Dans cette étude il est ressorti que la durée de séjour hosp est diminuée avec les services ESD comme dans</p>

	<p>les méta-analyses.</p> <p>Une revue systématique a montré une diminution des coûts avec les services ESD comprise entre 4 et 30% (Mas &amp; Inzitari, 2012).</p> <p>Méta-analyse a montré une réduction des coûts en faveur des réadaptations à domicile.</p> <p>La diminution des durées de séjours hosp par les services d'ESD pourrait expliquer la diminution de leurs coûts.</p> <p>Pas d'explication existe pourquoi la charge des proches est plus faible avec les services d'ESD. Des études antérieures ont montré une qualité de vie égale des proches entre les services d'ESD et les conventionnels. Avec cette étude, on nous montre une charge diminuée.</p> <p>Une étude qualitative a trouvé que les proches dans les deux groupes reportaient un manque d'éducation, d'informations et d'enseignement ce qui limite leur soutien dans le rôle de proche aidant.</p> <p>Des études ont suggéré que les services d'ESD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Soutiennent les patients avec leur AVC dans le processus d'assumer la responsabilité et l'influence sur les activités précédemment évaluées et leurs rôles quotidiens dans la résolution de problèmes liés aux difficultés <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Rendant le patient moins dépendant des autres et des services de santé</li> </ul> </li> </ul> <p>Dans cette étude, les services d'ESD étaient basés dans la communauté, dans d'autres études ils sont basés à l'hôpital ce qui est mieux pour faciliter la coordination et permettre à l'équipe d'ESD d'avoir un rôle actif dans le processus de sortie.</p> <p>Dans cette étude, les services basés à l'hôpital aurait permis une transition en douceur/lisse et contribué à une réduction plus marquée de la durée de séjour.</p> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>Le système de santé a des ressources limitées, il est donc important que ces ressources soient disponibles et utilisées de manières à assurer la plus grande influence possible sur la santé de la population.</p> <p>Les services d'ESD rendent des bénéfices similaires mais a un mode d'utilisation des ressources différent.</p>
Perspectives futures	<p>Cette étude est la première à décrire les services d'ESD dans leur pratique clinique quotidienne et à les comparer à des services conventionnels.</p>

<b>Questions générales</b> Présentation	Bien structuré, apporte des réponses et des interventions, contredis d'autres études analysées.
Évaluation globale	<p>Force de l'étude : utilisation des registres nationaux pour les coûts limitant les risques de biais.</p> <p>Plusieurs limitations : par rapport au manque de définition explicite des services d'ESD (tous les patients qui reçoivent une visite d'un membre de l'équipe dans les 7 jours post-hosp sont considérés comme service d'ESD, durée de séjour &lt;90 jours, early = varie entre 9.8 et 41.9 jours), des critères d'inclusion des patients, des coûts de la santé ne prenant pas en compte la perspective sociétale liée aux coûts des proches aidants, la taille petite de l'échantillon.</p> <p>C'est important d'être conscient que le fait que le patient sorte plus rapidement de l'hôpital avec les services d'ESD, les proches doivent parfois prendre congé pour s'en occuper.</p>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>me</sup> éd.

**Références de l'article analysé :**

Toles, M., Abbott, K., Hirschman, K. & Naylor, M. (2012). Transitions in Care among Older Adults Receiving Long Term Services and Supports. *J Gerontol Nurs.* 38(11) : 40-47. Doi : 10.3928/00989134-20121003-04

Article trouvé depuis le site du modèle de Naylor (<http://www.transitionalcare.info/publications>)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le contexte est posé, la population est connue, on parle de pathologie chronique.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Oui, le résumé contient le contexte, la population à l'étude, l'instrument de recueil de données, ce qui est décrit, les principaux résultats, leurs conclusions et le besoin en recherche future.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème est contextualisé, la population est définie et décrite, les problèmes sont identifiés.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Des études antérieures sont énumérées, les manques d'études également sur l'exploration de la perception des patients et de leurs proches sur les services de soins transitionnels durant les transferts entre les services de soins à long terme (LTSS) et les programmes hospitaliers.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre théorique est les soins de transition (transitional care). On parle de LTSS : long term services and supports.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	La question de recherche n'est pas clairement formulée, mais elle est décrite en sous points.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches	X			Il manque ce genre d'étude pour comprendre les perceptions des patients et des proches durant la

	antérieures) ?				période de transition des soins de longue durée.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis est décrit : devis qualitatif approche descriptive. Les méthodes de recueil de données sont des entretiens semi-structurés (interviews) face à face avec les participants de l'étude. Cette méthode correspond tout à fait au devis qualitatif de l'étude. Le temps sur le terrain est de 30 minutes à une heure. Ce qui permet de prendre du temps pour répondre aux questions.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La population est décrite en terme de quantité et en critères d'inclusion.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	N'est pas décrit explicitement mais parle de condensation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les instruments sont décrits dans le chapitre de la méthode (entretiens semi-structurés, durant 30 minutes à 1h).
	-Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Tout est en lien et correcte. Les auteurs cherchent à analyser un phénomène par un devis qualitatif en faisant des entretiens semi-structurés.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Toutes les procédures ont été revues et approuvées par l'University International Review Board. Les participants doivent remplir un consentement éclairé avant de débiter l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et	X			Ils ont encore plus approfondi et analysé leurs données pour atteindre la condensation, par des fragments d'interviews plus larges.

	transférables ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Ils décrivent leur retranscription des interviews, puis ils ont codés via des logiciels de codage (Atlas,ti software). Ce processus de codage vient de fragments de texte liés aux thèmes et aux sous-thèmes créés à travers des comparaisons et des contrastes de segments de codes.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont clairs, par une synthèse puis décrits en catégories.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats complètent les manques de connaissances en terme de perceptions des patients et de leurs proches sur la période de transition.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Oui, lors de l'analyse des données, chaque donnée a été classée afin de poser des résultats permettant de répondre au problème de recherche.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs avouent que leur étude est limitée par un devis exploratoire, un recueil de données aboutissant d'un petit échantillon et dans une localisation géographique limitée. Le devis limite les résultats étant donné qu'il ne prend pas en compte les observations ou les interviews avec les professionnels de la santé (mais uniquement proches aidants et patients).
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils expliquent qu'il serait intéressant pour une étude future de développer des recherches d'amélioration des soins transitionnels pour soutenir les receveurs des LTSS en incorporant également les perceptions

					des professionnels de la santé.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			À part un résumé, il a tous les chapitres nécessaires à l'analyse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Il permet d'identifier les besoins des patients et des proches aidants et propose des interventions infirmières dans la transition.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Toles, M., Abbott, K., Hirschman, K. & Naylor, M. (2012). Transitions in Care among Older Adults Receiving Long Term Services and Supports. <i>J Gerontol Nurs.</i> 38(11) : 40-47. Doi : 10.3928/00989134-20121003-04 Traduction libre par les auteures
<b>Résumé</b>	LTSS = soins et soutien à long terme. Contexte : Les personnes recevant des soins sur le long terme vivent fréquemment les transitions entre des programmes de soins et les soins aigus hospitaliers. Méthode : Cette étude est qualitative, analyse 57 interviews de patients récemment hospitalisés et de leurs proches aidants. Elle décrit les barrières et les facilitateurs de la qualité des soins de soutien de ces personnes âgées durant les soins de transition. Résultats : Les résultats montrent que ces personnes ne reçoivent pas assez d'informations sur les raisons de leurs transferts, les diagnostics, la planification des traitements dans leur changement de santé. Conclusion : Les conclusions montrent un manque de soins infirmiers et d'un membre des soins qui discute

	<p>avec les patients et leurs proches pour assurer qu'ils les engagent et les informent.</p> <p>Recherche ultérieure : Besoin en recherche pour tester les preuves fondées des soins transitionnels dans les hauts risques des patients chroniques et de leurs familles.</p>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p>Les personnes âgées recevant des services de soutien sur le long terme sont médicalement vulnérables et ont des besoins prolongés de surveillances par des services d'assistance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Des changements importants de la santé associés aux périodes de transition entre les LTSS et l'hôpital sont fréquents</li> <li>– Environ 10 millions de personnes âgées demandant des soins sont hospitalisés chaque année, dont 20% sont réhospitalisés dans les 30 jours suivants la sortie</li> </ul> <p>Des études ont montré que cette transition entre les fournisseurs de soins sont des facteurs de risques d'appauvrissement des résultats de soins parmi les personnes âgées.</p> <p>En 2006 les coûts des réhospitalisations pour les personnes de plus de 65 ans ont été estimés à 17 billions de dollars.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Les services limités dans le temps (comme les soins de transitions = transitional care) favorise la sécurité et l'efficacité des soins chez les personnes âgées durant la période de transition entre les fournisseurs de soins. Des études ont montré que les interventions de soins améliorent la continuité des soins et préviennent l'appauvrissement des résultats de soins chez ces personnes.</p> <p>Actuellement, les études n'ont pas exploré les perceptions des personnes âgées et de leurs proches sur les services de soins de transition durant les transferts LTSS et hôpital.</p> <p>Des études ont montré l'importance d'être centré sur le patient durant ces soins de transition.</p> <p>Les préférences et les besoins de ces receveurs de soins LTSS (donc les personnes âgées) ne sont pas connus. Ce manque de connaissance de leurs opinions provoquent une méconnaissance des facilitateurs et des barrières pour prodiguer des soins de transition.</p> <p>→ On ne sait pas quels éléments des soins de transition ils reçoivent ni ce qu'ils espèrent recevoir dans les LTSS avant d'être hospitalisé et durant l'hospitalisation par leurs infirmières, médecins et les autres professionnels.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>Soins de transition, soins de longue durée, personnes âgées, proches aidants.</p>
<p>Question de</p>	<p>Le but de cette étude est de décrire les perceptions des personnes âgées recevant des LTSS et de leurs proches</p>

recherche	<p>aidants durant la période de transition entre les programmes LTSS et l'hôpital, hospitalisé pour des soins aigus, médical ou chirurgical.</p> <p>Les auteurs cherchent à comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leurs engagement et implication durant les soins de transition fournis par les professionnels dans les deux programmes LTSS et hôpital</li> <li>- Leurs compréhensions liées à leurs expériences avec les soins prodigués par les professionnels</li> </ul> <p>Avec les conclusions, ils veulent fournir une guidance pour diriger les soins infirmiers centrés sur le patient et sa famille pour fournir des soins de transition. Ils veulent apprendre plus sur la nature et les types d'interventions de transition pour améliorer les résultats de santé des patients et l'inefficacité des services de santé.</p> <p>Ils veulent comprendre les modèles de soins de transition en explorant les descriptions des participants et de leurs interactions avec les services de santé.</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Devis qualitatif exploratoire, approche descriptive
Population et contexte	<p>La population a été sélectionnée d'un échantillon des sites de LTSS (nursing homes, assisted living facilities, program of all inclusive care for the elderly PACE).</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisation dans les 30 jours précédents</li> <li>- Habileté à parler anglais</li> <li>- Au moins 55 ans</li> <li>- Score du Mini Mental State Examination d'au moins 18</li> </ul> <p>Au total, 57 participants ont été sélectionnés (30 nursing home residents, 11 assisted living facility residents, 10 in a PACE program, 6 proches aidants de résidents cognitivement déficients.</p> <p>Au final 51 participants ont été inclus. Des proches aidants ont été inclus quand les patients ont des déficits cognitifs sévères à modérés. Au total 6 proches aidants inclus.</p> <p>Les informations démographiques et les durées de séjour ont été collectées dans les dossiers médicaux des</p>

	<p>résidents.</p> <p>Dans l'échantillon, la moyenne d'âge est de 73.8 ans NH (nursing homes), 84.6 ALF (assisted living facilities) et 75,2 PACE (program of all inclusive care for the elderly), plus de femmes (23/30) NH, (11/13) ALF, (7/10) PACE, caucasien (13/13), afro-américain (22/30), Afro-américain (9/10).</p>
Collecte des données et mesures	<p>Entretiens semi-structurés durant 30 minutes à une heure.</p> <p>Un guide a été préparé avant que la collecte débute.</p> <p>Les données sont collectées dans le nord-est des Etats-Unis et publiquement financées.</p> <p>Collecte des données de juillet 2008 à avril 2009.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les chercheurs assistants, utilisant le guide, conduisent les interviews face à face avec les participants.</p> <p>Les entretiens sont enregistrés numériquement, professionnellement transcrits et passés en revue avec des fichiers audio et des transcriptions tapées pour évaluer l'exactitude des transcriptions.</p>
Rigueur	<p>Toutes les procédures ont été revues et approuvées par l'Université Institutionale Review Board.</p> <p>Consentement éclairé demandé avant de participer aux entretiens.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les membres de chercheurs ont lu toutes les transcriptions des entretiens et ont discuté des modèles et des thèmes potentiels des données.</p> <p>Utilisant une technique de codage ouverte, les entretiens ont été codés en utilisant le logiciel Atlas.ti software. Ce processus de codage a impliqué un groupement de fragments de texte liés aux thèmes individuels en créant des sous-thèmes à travers les comparaisons et les contrastes de ces codages de segments.</p> <p>La précision et la cohérence du codage ont été confirmés avec un redondant d'un membre d'une seconde équipe.</p> <p>Les codages incluent la description des patients et des proches aidants dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La raison du transfert entre le LTSS et l'hôpital</li> <li>- Les stratégies employées par les professionnels des LTSS et des hôpitaux pour engager les patients et leurs familles dans les soins</li> <li>- La compréhension des buts de soins des patients et de leurs proches, des décisions et des planifications</li> </ul> <p>Les données codées sont d'abord analysées jusqu'à condensation facilitée en groupement de fragments d'interviews dans des groupes de thématiques plus larges. Quand la condensation est complète pour tous les fragments des</p>

	<p>données, les auteurs ont écrit les descriptions des thématiques des perceptions des participants et proches aidants de participation et des réponses de participation dans les soins transitionnels identifiés.</p> <p>Les chercheurs font constamment des comparaisons entre les entretiens et l'entretien original transcrit et utilise une équipe de processus de revue pour assurer que cela reflète les données complètes avec précision.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous 3 thèmes principaux et appuyés par des verbatimes des entretiens.</p> <p>Les perceptions des soins de transition des patients et proches sont caractérisés par une trajectoire commune de contact avec les fournisseurs de santé et en mouvement à travers les continuums de soins.</p> <p>Après un changement aigu dans sa santé, un patient décrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un bref interval de temps de conversation avec les fournisseurs de LTSS avant le transfert à l'hôpital</li> <li>- Une hospitalisation aiguë, souvent pour plusieurs jours, avec l'opportunité de discuter avec les professionnels de l'hôpital</li> <li>- Le transfert au service de soins LTSS</li> </ul> <p>À travers tous les interviews, les auteurs ont remarqué la limitation de l'engagement dans la conversation en regard aux soins de transition. Les patients et proches sont souvent incertains quant à leurs soins et veulent plus d'informations.</p> <p>Dans l'analyse, 3 thèmes ont été liés à l'engagement des patients et proches dans les soins de transition :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Avant le transfert à l'hôpital, implication limitée dans la planification avec les services LTSS</b></li> <li><b>2. Durant l'hospitalisation : engagement limité dans la planification avec les professionnels hospitaliers</b></li> <li><b>3. Incertitude quant aux soins hospitaliers et aux planifications de suivi</b></li> </ol> <p>1. Les professionnels (communautaires) organisent souvent des transferts des patients à l'hôpital sans même expliquer la raison aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 37% des patients de l'étude rapporte ne pas avoir discuté avec le professionnel sur son changement de santé et la raison du transfert</li> <li>- les proches aidants reportent aussi leurs besoins de plus s'impliquer dans les soins avant le transfert à l'hôpital</li> <li>- le manque de communication avec les professionnels, les patients et proches sont incertains de la raison du transfert.</li> </ul>

- Très peu de participants comprennent exactement la raison de leur transfert.
- 65% des patients LTSS ne sont pas accompagnés durant leur transfert des services LTSS au département d'urgence pour une évaluation
- les proches aidants disent ne pas parler avec les fournisseurs de soins avant le transfert.

2. La durée moyenne de séjour hospitaliers est de 4 jours avec un éventail de 1 à 42 jours. Durant ces jours hospitaliers, les patients et leurs familles rapportent que l'implication avec les médecins, infirmières et assistants sociaux est incohérente et restreinte.

- « They didn't have the time ».
- Quand ils parlent avec leur médecin, ils apprécient toujours ces occasions d'être impliqués dans les soins.
- Seulement 33% des patients et familles rapportent des discussions sur leurs conditions médicales avec les infirmières de l'hôpital.
- Seulement 21% rapportent des discussions avec les assistants sociaux de l'hôpital.
- Pour obtenir des informations sur le soin hospitalier et la planification, les destinataires ou les proches aidants ont dû débiter la conversation, qui dans notre échantillon, était rare.

Conclusion : à un degré frappant, les patients et proches sont des spectateurs dans les soins hospitaliers (restent passifs).

3. Patients et familles ont besoins de mettre du sens à leurs propres changements de santé et traitements.

- Ils expriment le désir d'avoir plus d'informations et d'explications des médecins, infirmières et assistants sociaux.
- Ils ont des idées claires sur les informations dont ils ont besoin et de l'implication dans les soins qu'ils ont besoin.
- Plusieurs fois, ils disent avoir envie de comprendre plus la nature des problèmes médicaux et les traitements liés.
- Comme soins hospitaliers complets, ils veulent savoir comment suivre, qui aide avec le suivi et ce qui allait arriver ensuite.
- Les patients veulent quelqu'un qui écoute leurs préférences dans les soins : « I wanted to go somewhere else... ».

<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Beaucoup d'études ont montré une défaillance dans l'implication des patients et de leurs familles dans les soins de transition réduisant leurs capacités à gérer leurs besoins en soins de santé après les sorties pour adhérer aux traitements médicaux recommandés et à participer aux activités pour améliorer leurs fonctions physiques.</p> <p>Cette étude a rapporté que les patients et leurs familles ont peu d'opportunité de parler avec les fournisseurs LTSS services. Environ la moitié ne discutent pas avec les fournisseurs de soins avant les transferts à l'hôpital. Presque un tiers ne discute pas avec les médecins et presque 2/3 ne discutent pas à l'hôpital ou pour le suivi des planifications avec l'infirmière ou l'assistant social.</p> <p>Avec l'absence d'implication des patients et familles dans les soins transitionnels, ils ne comprennent pas les changements de santé ni les traitements. Ils sont des spectateurs de leurs propres soins et veulent et ont besoin de plus d'informations et de guidance.</p> <p>Ce gouffre dans les soins transitionnels demandent des améliorations et l'opportunité des infirmières d'engager, soutenir et responsabiliser les patients dans leur transition. Elles doivent parler attentivement avec le patient et sa famille, plus spécialement sur les changements de santé, les traitements utilisés et demandés. L'infirmière joue un rôle primaire dans la préparation des personnes âgées et de leurs familles dans les transitions. En particulier, les infirmières ont les connaissances et attention requises pour délivrer des éléments fondamentaux pour les soins de transitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordination de la médication entre l'hôpital et les services LTSS</li> <li>– Encourager et activer les patients et familles de prendre part dans les soins</li> <li>– Fournir des planifications écrites, instructions et programmes pour guider les soins après la sortie</li> <li>– Enseigner des compétences d'auto-gestion avertissant les signes d'alerte et les réponses appropriées aux changements de santé</li> <li>– Expliquer la planification de sortie et le suivi</li> </ul> <p>Conclusion de cette étude :</p> <p>Assurer ces soins de transitions par une infirmière en pratique avancée ou un « transitional coach ». Par exemple, par le soutien des soins infirmiers dans la transition, planification de soins peut être coordonnés entre les fournisseurs et assurer une continuité des soins et une communication vitale des informations cliniques tel que les changements de médication.</p>
--	--

	<p>Le transitional Care Model (Naylor) peut être spécialement aidant pour les patients avec des déficits cognitifs et des besoins en soins complexes.</p> <p>En conclusion, les composants des soins de transition ne sont pas disponibles pour soutenir les personnes âgées et leurs familles tel qu'ils sont transférés entre les LTSS et hôpitaux. Les patients et familles sont confus des raisons des transferts et des planifications de leurs traitements durant l'hospitalisation et de leur retour dans les services LTSS.</p>
Perspectives	<p>Un besoin de recherche pour tester l'efficacité de l'evidence-based des modèles de soins de transition pour soutenir les patients des services LTSS dans leurs transferts.</p> <p>Une importante prochaine étape serait de développer une recherche pour améliorer les soins de transition pour soutenir les patients LTSS en développant des mesures des résultats de soins incorporant les perceptions des patients, proches et professionnels.</p> <p>Plus loin, la recherche serait aussi nécessaire pour expliquer comment la participation des patients dans les soins transitionnels influence leur compréhension de leurs diagnostics et traitements. Par exemple en utilisation le transitional care model dans le programme de soins LTSS.</p> <p>Limitation de l'étude : les conclusions de l'étude sont limitées par le type de devis et le recueil de données d'un petit échantillon dans les limitations géographiques. Par contre, la diversification des âges, sexes, races et des sujets de programmes LTSS ont permis une recherche exploratoire. Le devis n'incluait pas les observations et les interviews avec les professionnels de la santé.</p>
<b>Questions générales</b>	Article contient tous les paragraphes pour une étude scientifique. Structure claire.
Présentation	
Evaluation globale	Donne des interventions et des résultats probants.

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> éd.