

# LES SOINS DE TRANSITIONS AUX AÎNÉS HOSPITALISÉS



Les assises de la médecine romande

---

Cédric Mabire, Professeur associé

Vice directeur enseignement

Responsable du programme Master Sciences Infirmières

# ■ OBJECTIFS



**Comprendre les enjeux des aînés hospitalisés**



**Définir les soins de transition**



**Connaitre les principales composantes des soins de transition**



## ■ LES ENJEUX

### VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

- 1/3 hospitalisations ont 65+ (OCDE, 2021)
- Besoins multifactoriels de santé et sociaux : augmente durée hospitalisation et les risques de complications iatrogéniques
- Nouveaux traitements et auto-soins à gérer (Boehmer et al., 2021; Buffel du Vaure et al., 2016)

### REHOSPITALISATIONS

- 1 patient sur 5 réhospitalisé dans les 30 jours (Jencks et al., 2009)

### ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES

- 19% évènements indésirables après le retour à domicile (Forster et al., 2004)
  - Manque d'information et d'enseignement (Holland et al., 2011; Pellet & Mabire, 2000)
  - Médicaments, chutes, infections (Tsilimingras et al., 2015)
  - Fatigue, anxiété, apathie (Bradshaw et al., 2013; van Seben et al., 2019, Allen et al., 2017; Goldwater et al., 2018)

### SYNDROME POST-HOSPITALIER (Krumholz, 2013)

# Selon vous !

Qu'est-ce que les *soins de transition* ?



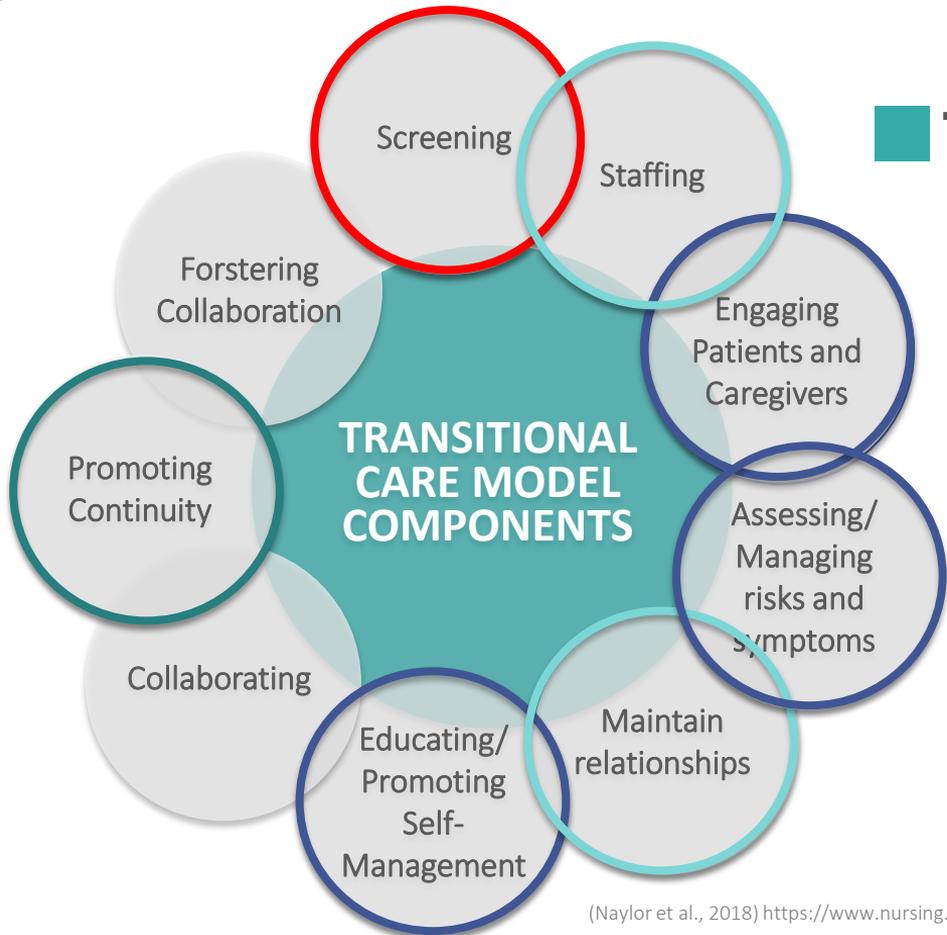
# LES SOINS DE TRANSITIONS

«Services limités dans le temps afin d'assurer la coordination et la continuité des soins de santé, prévenir les effets adverses évitables des populations à risques et promouvoir le transfert du patient en sécurité et dans les temps d'un milieu de soins à un autre.» (Coleman, 2003)

La transition des soins de l'hôpital au domicile est une période vulnérable dans le continuum des soins aux personnes âgées. (Arbaje, 2014)

# Selon vous !

Quelles sont les *composantes essentielles*  
des soins de transition ?



## ■ TRANSITIONAL CARE MODEL

Développé par Prof. Mary Naylor en 2004

(Naylor et al., 2018) <https://www.nursing.upenn.edu/ncth/transitional-care-model/about-the-tcm/>

# COMPOSANTES DES SOINS DE TRANSITION



## DEPISTAGE DES PATIENTS A RISQUE

### Facteurs de risque

5+ médicaments  
Chute récente / AVQ  
Tr. Neuro-cognitif  
Vie seul  
Hosp. - 30 jours

(Hirschman et al. 2015)

Institut universitaire de formation et de recherche en soins

### Echelles

ISAR  
ESDP  
ED Screener  
HOSPITAL  
In-HospitoOL

### Evaluer les besoins

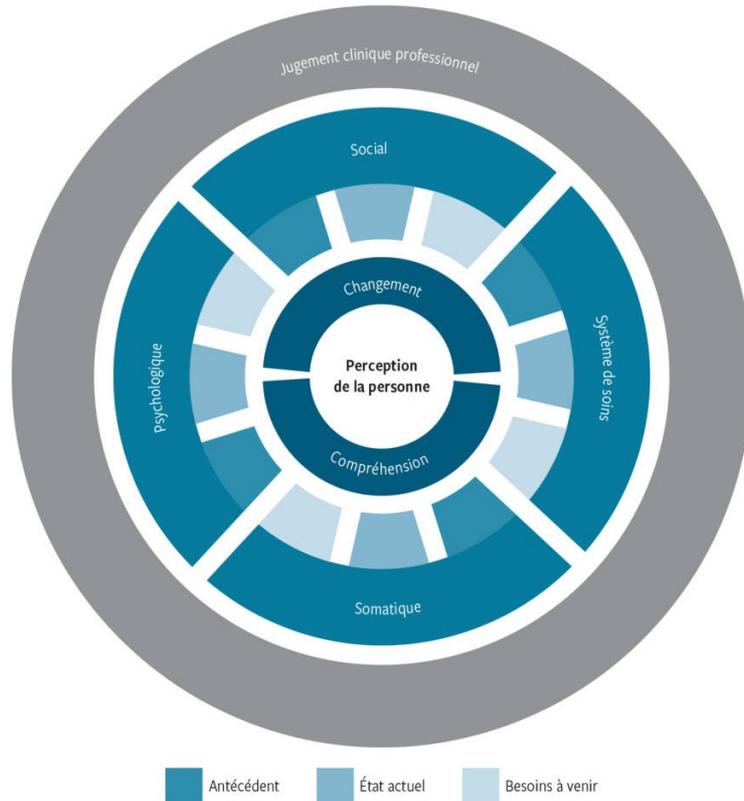
Soins – Santé  
Social - Financier

# EARLY SCREEN DISCHARGE PLANNING

<b>Self-rated Walking Limitation</b>	Yes (3 points)
<b>Age</b>	Age in years _____ 18-44 = 0 points 45-64 years = 4 points 65-79 years = 6 points 80+ years = 8 points
<b>Prior Living Status</b>	_____ ALONE: IN OWN HOME (House or Apartment) ( 3 points)
<b>Rankin Disability Score</b>	(Check one) _____ (1) No significant disability (0 points)
<b>This is an assessment question, not self-report from the patient</b>	_____ (2) Slight disability (3 points)
	_____ (3) Moderate or greater disability (9 points)

(Holland et al., 2006)

# POPULATION À RISQUE



## Critères population à risque de transition complexe

- Perception du patient et/ou de son proche (préférences, capacités à gérer la situation à domicile)
- Changements du plan de soins de sortie
- Capacités de compréhension (au niv. Individuel et/ou culturel)
- Soutien social (présence/capacité de soutien de l'entourage)
- Environnement du patient (accessibilité géographique, capacité financière)
- État psychologique et cognitif
- Environnement externe (organisation de la sortie de l'hôpital, professionnels impliqués, absence de coordinateur)
- État physique et biologique (multimorbidité, polymédication)

DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.847.2021

***Selon vous !***

*Comment faire l'enseignement des soins de transition à l'hôpital ?*

## ■ ET POURTANT...

40%

des infirmières rapportent qu'elles n'ont **pas pu faire de l'enseignement** au patient durant leur dernier horaire

1/3

patients âgés **bénéficient d'enseignement** infirmier avant la sortie

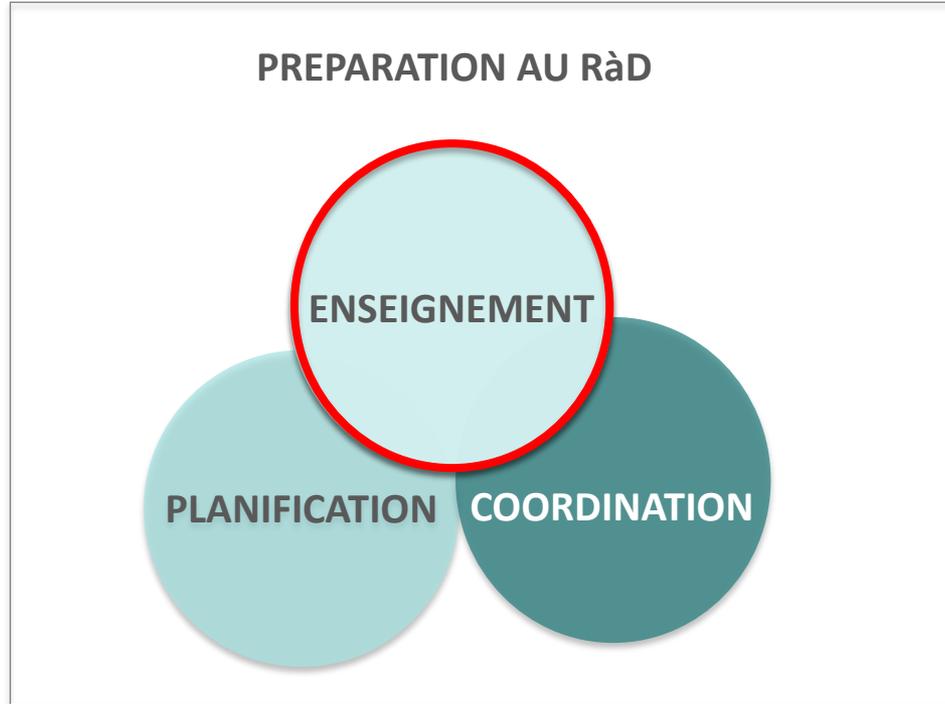
3/4

patients **manquent d'informations** après la sortie

40-80%

des patients **oublent les informations** discutées à l'hôpital

(Qureshi, 2019; Ausserhofer, 2014; Mabire, 2015; Pellet, 2020; Kessels, 2003 )



(Weiss et al., 2015)

# BARRIÈRES À L'ENSEIGNEMENT



## ORGANISATION

- Processus de soins organisés pour traiter des épisodes de maladies aiguës
- Charge de travail /Dotation
- Valorisation de l'enseignement / Documentation
- Organisation de la sortie



## PROFESSIONNELS

- Manque de connaissances sur les pathologies
- Priorisation d'autres tâches
- Sous-estimation de l'importance de l'enseignement
- Manque de compétences et de connaissances dans l'éducation aux patients – manque de formation

(Dahlke, 2019; Tinetti, 2012; Boyde, 2021; Bergh, 2012; Friberg, 2012; Bergh, 2014; Chidume, 2019; Jones, 2015; Mabire, 2018; Gonçalves-Bradley, 2016)

# ■ ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES SOINS DE TRANSITION



## ENSEIGNEMENT AU PATIENT & PROCHE



### Évaluer

les besoins, les  
objectifs et la littératie



### Fournir des informations

dans une langue et des  
formats accessibles



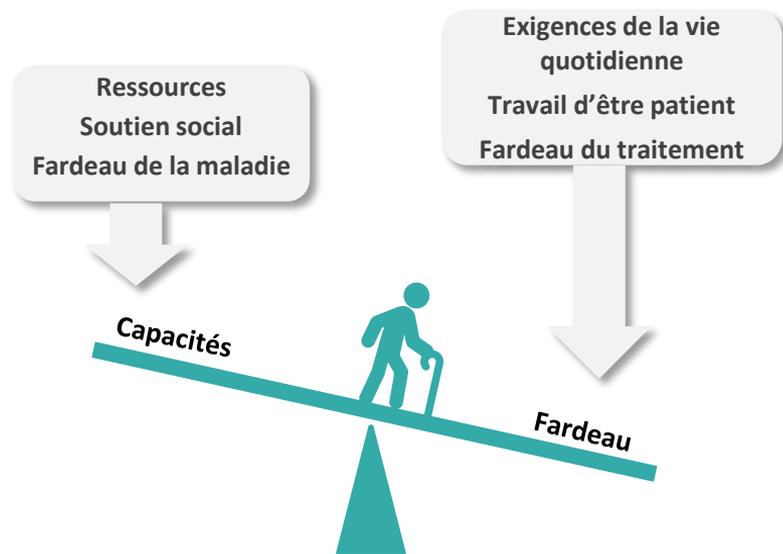
### Enseigner les compétences

nécessaires aux soins après la sortie  
de l'hôpital et à l'identification des  
symptômes aggravants

(Naylor et al. 2017)

# ENSEIGNEMENT AUX PATIENTS MULTIMORBIDES

- 82% des patients en médecine sont multimorbides (Muellera, 2021)
- Les guidelines spécifiques aux différentes pathologies ne tiennent pas compte de la complexité cumulée des maladies (Hughes, 2013)



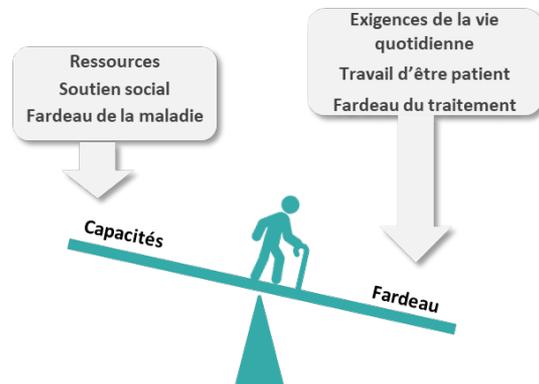
- Priorisation des besoins pour le RAD (Kastner, 2019, Morris, 2011)
- Passage de la transmission d'informations à un processus d'enseignement et d'apprentissage en partenariat. (Candela, 2018)
- Opérationnalisation de l'engagement du patient

(Shippee, 2012)

# ICAN: SITUATION DE VIE DU PATIENT

(Instrument for patient capacity assessment)

- Evaluer où le patient se situe dans l'équilibre capacités vs fardeau des soins
- Identifier les domaines où le patient ressent un fardeau et déterminer si ce sont des priorités pour le retour à domicile



(Boehmer, 2019)

Que faites-vous pour gérer votre stress?

---

---

Qu'est-ce qui vous apporte le plus de joie dans votre vie?

---

---

Qu'avez-vous d'autre à l'esprit, aujourd'hui?

---

---

# Ma vie. Ma santé

Comment les soins liés à votre santé s'intègrent-ils à votre vie ?



Ce guide vous aidera, vous et votre infirmière, à discuter de la façon dont les soins liés à votre santé s'intègrent dans votre vie.

L'outil original en anglais a été développé par l'unité "Knowledge and Evaluation Research (KER) Unit", à la Mayo Clinic, USA

# Résumé de sortie

## Informations pour la gestion de votre santé après la sortie de l'hôpital



Je suis arrivé(e) à l'hôpital le \_\_\_\_\_ et j'ai quitté le \_\_\_\_\_

Je suis allé(e) à l'hôpital parce que j'ai: \_\_\_\_\_



### LES MÉDICAMENTS QUE JE DOIS PRENDRE:

Mes médicaments ont changé:  OUI  NON

Mes médicaments, leurs buts et leurs éventuels effets secondaires m'ont été expliqués

Notes personnelles:

---

---

---



### COMMENT JE POURRAIS ME SENTIR ET CE QUE JE DOIS FAIRE

Je pourrais ressentir:

Quoi faire:


Aller aux urgences si: \_\_\_\_\_



### MES HABITUDES DE VIE

Activités

(alimentation, exercice physique...)

Instructions

Activités (alimentation, exercice physique...)	Instructions



### MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Aller voir: \_\_\_\_\_

Pour: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

RDV déjà pris:  OUI  NON



### OÙ TROUVER D'AUTRES INFORMATIONS

Pour: \_\_\_\_\_ Appeler: \_\_\_\_\_



.....

Pour: \_\_\_\_\_ Appeler: \_\_\_\_\_



.....

Unil

UNIL | Université de Lausanne  
Faculté de biologie et de médecine  
Ecole doctorale



Ces domaines de votre vie sont-ils une source de **satisfaction**, un **fardeau**, ou les deux?



(Laisser blanc les domaines qui ne vous concernent pas)

Aide

Fardeau

Ma famille et mes amis		
Mon travail ou mes finances		
Temps libre, détente, loisirs		
Spiritualité ou sens de la vie		
Mon lieu de vie		
Les sorties et les transports		
Être actif		
Réseaux sociaux, télévision, écrans		
Ma vie émotionnelle		
Ma mémoire ou mon attention		
Mon alimentation		

Quelles sont les choses que votre médecin traitant ou votre médecin ici à l'hôpital vous ont demandé de faire pour prendre soin de votre santé ?

Pensez-vous qu'elles sont une **aide**, un **fardeau**, ou les deux ?



(Laisser blanc les domaines qui ne vous concernent pas)

Aide

Fardeau

Prendre mes médicaments		
Surveiller mes symptômes		
Gérer mon alimentation et mon activité physique		
Dormir suffisamment		
Venir aux rendez-vous ou aux examens		
Réduire ma consommation d'alcool, de cigarettes, etc.		
Gérer les assurances ou les services d'aide		
Gérer mon stress		
Autre:		

# *Selon vous !*

*Comment assurer la continuité des soins  
de l'hôpital au domicile ?*

# ■ ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES SOINS DE TRANSITION



## RESPONSABILITÉ

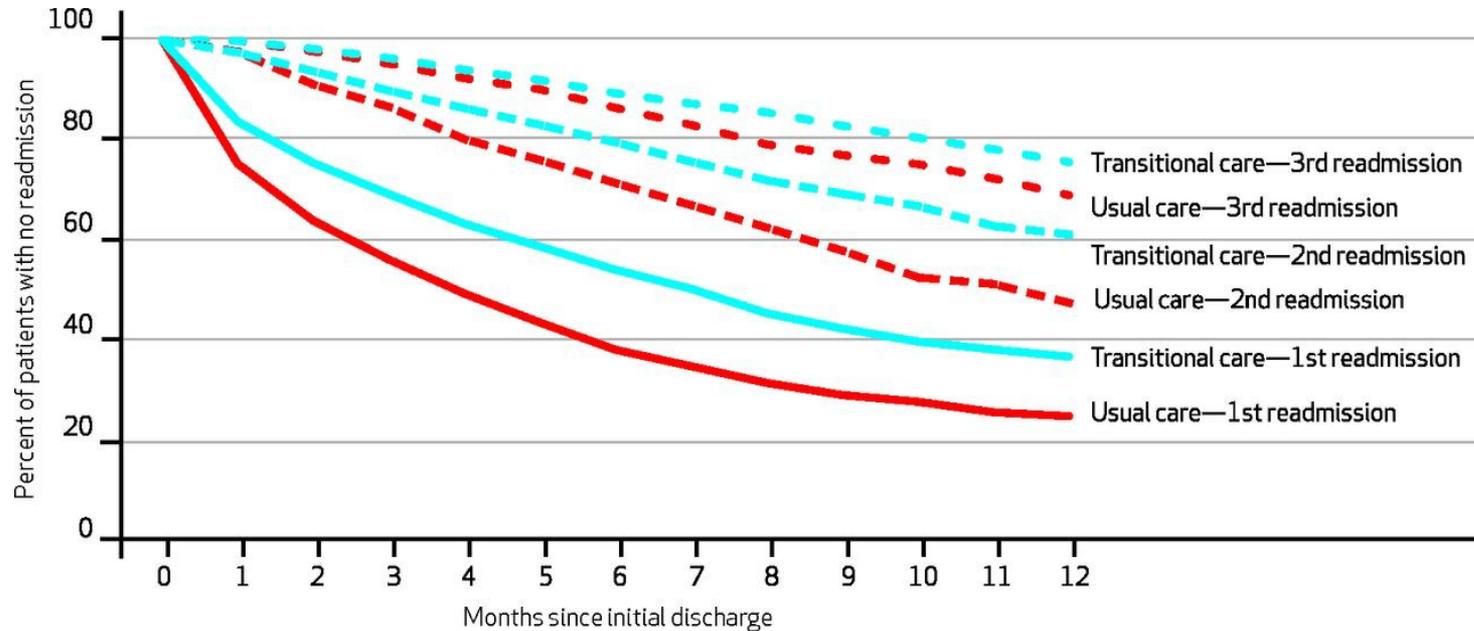
■ **Définir clairement les rôles** des membres de l'équipe ; veiller à ce que chacun s'acquitte de ses responsabilités **en temps voulu**

■ Désigner une personne responsable pour les soins de transitions des personnes en situation de soins complexe

Place de la pratique avancée à évaluer

(Naylor et al. 2017)

# ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES SOINS DE TRANSITION



Douze mois après la première sortie, 37 % des patients en soins de transition, comparativement 25 % des patients en soins habituels, n'avaient pas été réadmis.

(Jackson et al. 2013)

# RÉSULTATS

Interventions, populations et milieux très hétérogènes

Réduction des réadmissions si :

- Interventions multi-composantes
- Flexible pour répondre aux besoins du patients
- Inter-institutions
- Interprofessionnel
- Personnes complexes / pratique avancée



## ■ CONCLUSION

- Les interventions de soins de transitions comprennent de nombreuses interventions et peuvent être très couteuses
- Définir les composantes de l'intervention adaptées à un contexte...
- ...et pour répondre à ce qui est le plus important pour les personnes et les proches aidants (Konetzka et al.,2008)
- Des recherches d'implantation sont nécessaires pour intégrer les soins de transitions dans la pratique clinique

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

cedric.mabire@chuv.ch

# REFERENCES

- Aubert CE, Fankhauser N, Marques-Vidal P, Stirnemann J, Aujesky D, Limacher A, et al. Patterns of multimorbidity in internal medicine patients in Swiss university hospitals: a multicentre cohort study. *Swiss Med Wkly*. 2019;149:w20094. doi:10.4414/smw.2019.20094
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):126-35. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318
- Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(5):530-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x. PMID: 15533091.
- Brock J, Jencks SF, Hayes RK. Future Directions in Research to Improve Care Transitions From Hospital Discharge. *Med Care*. 2021;59. doi:10.1097/MLR.0000000000001590
- Kastner M, Hayden L, Wong G, Lai Y, Makarski J, Treister V, et al. Underlying mechanisms of complex interventions addressing the care of older adults with multimorbidity: a realist review. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025009. doi:10.1136/bmjopen-2018-025009
- Mabire C, Bula C, Morin D, Goulet C. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatr Nurs*. 2015. doi:10.1016/j.gerinurse.2015.07.002
- Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(9):217-60. doi:10.11124/jbisrir-2016-003085
- Mabire C, Bachnick S, Ausserhofer D, Simon M. Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2019;90:13-20. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016
- May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339. doi:10.1136/bmj.b2803
- Morris R, Sanders C, Kennedy A, Rogers A. Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illn*. 2011;7(2):147 - 61. doi:10.1177/1742395310393365
- Pellet J, Mabire C. Problèmes et besoins des personnes âgées après une hospitalisation. *La gazette médicale*. 2020;9(3)

# RÉFÉRENCES

- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2017). User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, 27(1), 24-36. doi:10.1177/1049732316658267
- Arbaje AI, Kansagara DL, Salanitro AH, Englander HL, Kripalani S, Jencks SF, et al. Regardless of age: Incorporating principles from geriatric medicine to improve care transitions for patients with complex needs. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):932-9. doi:10.1007/s11606-013-2729-1
- Boehmer KR, Pine KH, Whitman S, Organick P, Thota A, Espinoza Suarez NR, LaVecchia CM, Lee A, Behnken E, Thorsteinsdottir B, Pawar AS, Beck A, Lorenz EC, Albright RC. Do patients with high versus low treatment and illness burden have different needs? A mixed-methods study of patients living on dialysis. *PLoS One*. 2021 Dec 28;16(12):e0260914. doi: 10.1371/journal.pone.0260914
- Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010119. doi:10.1136/bmjopen-2015-010119
- Coleman EA, Boulton CE. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51(4):556-7.
- Fønss Rasmussen L, Grode LB, Lange J, et al Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review *BMJ Open* 2021;11:e040057. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040057
- Forster, A. J., Clark, H. D., Menard, A., Dupuis, N., Chernish, R., Chandok, N., . . . van Walraven, C. (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 170(3), 345-349.
- Goldwater, D. S., Dharmarajan, K., McEwan, B. S., & Krumholz, H. M. (2018). Is Posthospital Syndrome a Result of Hospitalization-Induced Allostatic Overload? *Journal of Hospital Medicine*, 13(5). doi:10.12788/jhm.2986
- Holland DE, Mistiaen P, Bowles KH. Problems and unmet needs of patients discharged "home to self-care". *Professional Case Management*. 2011;16(5):240-50. doi:10.1097/NCM.0b013e31822361d8
- Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med*. 2009;360(14):1418-28. doi:DOI: 10.1056/NEJMs0803563

# RÉFÉRENCES

- Kansagara, D., Chiovaro, J. C., Kagen, D., Jencks, S., Rhyne, K., O'Neil, M., . . . Englander, H. (2016). So many options, where do we start? An overview of the care transitions literature. *Journal of Hospital Medicine*, 11(3), 221-230. doi:10.1002/jhm.2502
- Krumholz HM. Post-hospital syndrome: an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013;368(2):100-2. doi:10.1056/NEJMp1212324
- Lee, J. Y., Yang, Y. S., & Cho, E. (2022). Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 43, 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x
- Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1119-25. doi:10.1111/jgs.14782
- OCDE Health at a Glance 2021: OCDE Indicators. Paris: OCDE Publishing, 2021
- Pellet J, Mabire C. Problèmes et besoins des personnes âgées après une hospitalisation. *La gazette médicale*. 2020;9(3)
- Tsilimingras D, Schnipper J, Duke A, Agens J, Quintero S, Bellamy G, et al. Post-Discharge Adverse Events Among Urban and Rural Patients of an Urban Community Hospital: A Prospective Cohort Study. *J Gen Intern Med*. 2015;30(8):1164-71. doi:10.1007/s11606-015-3260-3
- van Seben, R., Reichardt, L. A., Essink, D. R., van Munster, B. C., Bosch, J. A., & Buurman, B. M. (2019). "I Feel Worn Out, as if I Neglected Myself": Older Patients' Perspectives on Post-hospital Symptoms After Acute Hospitalization. *Gerontologist*, 59(2), 315-326. doi:10.1093/geront/gnx192
- Weiss, Marianne E.; Bobay, Kathleen L.; Bahr, Sarah J.; Costa, Linda; Hughes, Ronda G.; Holland, Diane E. *JONA: The Journal of Nursing Administration*45(12):606-614, December 2015. doi: 10.1097/NNA.0000000000000273