

# Réadmissions hospitalières: problématique actuelle et perspectives

ANNE-LAURE BLANC<sup>a,c,d</sup>, Pr THIERRY FUMEAUX<sup>e</sup>, Dr JÉRÔME STIRNEMAN<sup>b</sup>, Prs PASCAL BONNABRY<sup>a,d</sup> et NICOLAS SCHAAD<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2017; 13: 117-20

Les pays développés sont de plus en plus confrontés aux réadmissions hospitalières, qui sont problématiques pour des raisons médicales mais également en raison des coûts engendrés et de leur mode de financement. Une partie de ces réadmissions est considérée comme évitable. L'optimisation de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire, période sensible en termes de continuité de soins et de sécurité des patients, pourrait diminuer ces séjours évitables. Diverses mesures ont été proposées afin de réduire les risques liés à cette transition, et la combinaison d'interventions, menées à toutes les étapes du processus de soins, pourrait diminuer le taux de réadmissions. Un travail multidisciplinaire faisant intervenir des prestataires de soins, des milieux hospitalier et ambulatoire, semble être la clé du succès.

## Hospital readmissions: current problems and perspectives

*Health systems in developed countries are facing the challenge of hospital readmissions, part of which can be considered avoidable. The transition between hospital stay and ambulatory care is a sensitive period in terms of continuity of care and patient safety, and its failure could lead to increased readmissions rate. Various measures have been proposed to reduce the risks associated with this transition, and the combination of various interventions undertaken at all stages of the care process, could reduce readmission rates. A multidisciplinary approach, widely involving all health care providers, both at the hospital and outpatient level, seems to be the key factor to success.*

## PRÉAMBULE

Les réhospitalisations, ou réadmissions hospitalières, représentent actuellement un problème important pour les systèmes de santé des pays développés. En effet, jusqu'à 20% des patients seront réhospitalisés dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital, voire 30% lorsqu'on s'intéresse aux réhospitalisations à 90 jours.<sup>1</sup> Ce phénomène a un impact non seulement sur la sécurité et le confort des patients, mais également sur le plan financier, puisqu'on estime que les réadmissions hospitalières coûtent environ 26 milliards de dollars par année aux Etats-Unis.<sup>1,2</sup>

Bien que la proportion ne soit pas très bien définie, une partie non négligeable de ces réhospitalisations est probablement évitable, et représente entre 5 et 79% des cas, selon les définitions et les contextes étudiés.<sup>3</sup> La difficulté à bien définir l'ampleur du problème réside actuellement dans le fait qu'aucune définition uniforme des réadmissions n'est utilisée. Les réadmissions planifiées ou potentiellement évitables sont parfois analysées de manière non différenciée et, selon les pays et les contextes, le délai de réadmission étudié peut varier entre 30 et 90 jours, voire une année.

Parmi les causes évoquées des réhospitalisations, une continuité des soins sous-optimale, consécutive aux problèmes de communication entre les équipes et menant à une transmission incomplète ou tardive d'informations, est fréquemment citée.<sup>4-6</sup> Quelques éléments essentiels dans la transition des soins peuvent conduire à cette rupture de continuité: une information insuffisante au patient sur les raisons de son hospitalisation, ou sur les modifications de traitement durant le séjour, mais également une planification insuffisante du suivi et des contrôles après la sortie, ou enfin l'absence de mesures d'éducation thérapeutique du patient.<sup>5-10</sup>

Au cours de cette étape de transition, de nombreux événements indésirables peuvent alors survenir, pouvant affecter près de 20% des patients.<sup>11</sup> Ces événements sont alors majoritairement des problèmes médicamenteux, des complications liées aux procédures pratiquées durant l'hospitalisation, ou des infections nosocomiales.<sup>12,13</sup>

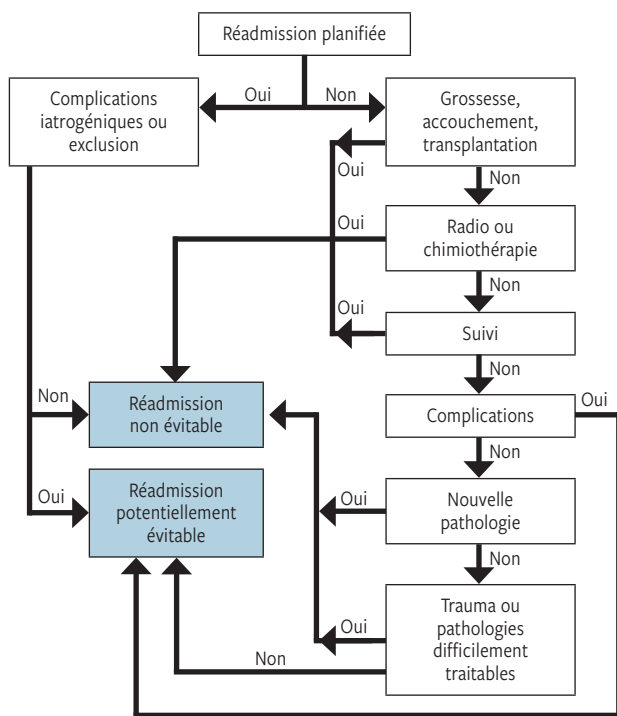
En lien avec cette transition, on peut également caractériser le *post-hospital syndrome*, qui correspond à une période de 30 jours de vulnérabilité transitoire, au cours de laquelle l'altération des systèmes physiologiques (immunité, douleurs et confort, sommeil et rythmes circadiens, alimentation, stress et dénutrition, état cognitif, etc.) induite par l'hospitalisation peut engendrer des conséquences négatives et des complications.<sup>14</sup>

## CONTEXTE SUISSE: RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES ET FINANCEMENT PAR LE SYSTÈME SWISS-DRG

En Suisse, c'est l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (AnQ) qui a défini les réadmissions potentiellement évitables, en les proposant comme un marqueur de la qualité des soins. Sont considérées comme évitables les admissions non électives au sein du même établissement, survenant dans les 30 jours suivant la sortie, pour un même motif ou pour un diagnostic présent lors du premier séjour. Grâce à l'algorithme SQLape (figure 1), déve-

<sup>a</sup>Service de pharmacie, <sup>b</sup>Service de médecine interne générale, HUG, 1211 Genève 14, <sup>c</sup>Pharmacie interhospitalière de la Côte (PIC), 1110 Morges, <sup>d</sup>Section des sciences pharmaceutiques, Ecole de pharmacie Genève-Lausanne, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>e</sup>Service de médecine interne générale, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique, (GHOL) 1260 Nyon  
anne-laure.blanc@hcuge.ch | thierry.fumeaux@ghol.ch  
jerome.stirnerman@hcuge.ch | pascal.bonnabry@hcuge.ch  
nicolas.schaad@ehc.vd.ch

**FIG 1** Algorithme SQLape d'analyse des réadmissions potentiellement évitables



(Adaptée de réf.<sup>15</sup>).

loppé par Eggli en 2002 et validé depuis lors,<sup>15</sup> qui se base sur les données médico-administratives du premier séjour et de la réadmission à 30 jours, les réadmissions évitables peuvent être identifiées avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 95%.<sup>15</sup> SQLape analyse les données de la population dite «éligible», potentiellement réhospitalisable dans les 30 jours, les patients décédés durant le séjour, ceux résidant à l'étranger, et les patients transférés dans un autre établissement étant exclus. L'algorithme classe les réadmissions en deux types: inévitables ou potentiellement évitables. Grâce à cette analyse, les hôpitaux peuvent disposer d'année en année de leur taux de réadmissions potentiellement évitable, et le comparer au taux attendu, qui tient compte du *casemix*<sup>a</sup> des patients hospitalisés dans l'établissement. De la même manière, les hôpitaux peuvent être comparés entre eux. Grâce à cet outil, on peut estimer que le taux moyen de réhospitalisations potentiellement évitables en Suisse est d'environ 5%.<sup>16</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, le système de financement des coûts hospitaliers par le Swiss-DRG (*Swiss Diagnosis Related Group*) a été adopté, et il inclut une modification du mode de financement des réhospitalisations.<sup>17</sup> Dans ce système, une réadmission dans les dix-huit jours suivant la sortie pour une même catégorie majeure de diagnostic induit la fusion des deux séjours, et l'établissement ne percevra qu'un seul financement pour les deux hospitalisations, correspondant au DRG associé au premier séjour. Ce système de fusion, appelé regroupement, a été mis en place afin de garantir la qualité de la prise en charge des patients en incitant les hôpitaux à optimiser leurs

<sup>a</sup>Casemix: éventail des cas traités au sein d'un établissement hospitalier.

processus, en évitant que la réduction des durées de séjour, intéressante dans le système DRG, ne conduise à des sorties prématurées et/ou à la survenue de complications. L'impact économique pour les établissements hospitaliers est potentiellement très significatif, puisqu'environ 30% des réadmissions seraient fusionnées selon les règles Swiss-DRG, dont environ un peu moins de la moitié seraient des réadmissions potentiellement évitables.<sup>18</sup> Au niveau du CHUV de Lausanne, la perte totale estimée serait d'environ CHF 3,15 millions par an, soit environ 0,6% des remboursements totaux de l'institution.<sup>18</sup> Au-delà des aspects de qualité des soins, il est également essentiel, sur le plan économique, pour les hôpitaux d'identifier les facteurs induisant des réhospitalisations évitables, afin de les corriger et de limiter cette perte.

### FACTEURS DE RISQUE DE RÉADMISSIONS

De nombreux facteurs de risque de réadmissions ont déjà été identifiés (**tableau 1**).<sup>19,20</sup> Parmi ces facteurs, l'âge, les comorbidités, les troubles fonctionnels préexistants, et une hospitalisation récente (6-12 mois) ont une influence majeure sur le risque de réadmission, tout comme une durée de séjour trop élevée (>une semaine) ou trop courte (<2 jours).<sup>21</sup> Au vu du taux élevé de réadmissions et de la présence de ces facteurs chez la majorité des patients de la population hospitalière, il est difficile d'identifier avec précision les patients les plus à risque. Or, seule une identification précoce des patients les plus à risque pourrait permettre la mise en place de mesures interventionnelles spécifiques durant la période de transition entre les milieux hospitalier et ambulatoire.

De tels programmes interventionnels ont déjà été mis en place, comme le programme BOOST (*Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions*) aux Etats-Unis, qui vise à identifier les patients âgés à risque d'événements indésirables, afin d'optimiser le processus de transition de soins. Les critères suivants permettent cette identification:<sup>22</sup>

- présence de médicaments «à problème»: anticoagulant,

<b>TABLEAU 1</b>		<b>Principaux facteurs de risque des réhospitalisations identifiés dans la littérature</b>
<b>Facteurs de risque identifiés</b>		
<b>Facteurs socio-démographiques</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age élevé</li> <li>• Absence d'entourage ou de soutien à domicile</li> <li>• Isolement social</li> <li>• Niveau socio-économique faible</li> <li>• Absence de médecin traitant</li> <li>• Résidence en établissement médico-social</li> </ul>
<b>Facteurs liés à l'utilisation du système de santé</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Précédents séjours hospitaliers</li> <li>• Longue durée de séjour</li> </ul>
<b>Facteurs liés à l'état fonctionnel</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)</li> <li>• Troubles de mobilité</li> <li>• Qualité de vie</li> <li>• Troubles cognitifs</li> </ul>
<b>Facteurs liés aux pathologies</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologies spécifiques (insuffisance cardiaque, pneumonie, BCP0, infarctus)</li> <li>• Troubles psychiatriques</li> <li>• Abus d'alcool ou de drogue</li> <li>• Sévérité de la pathologie</li> </ul>

(Adapté de réf.<sup>19,20</sup>).

- insuline, hypoglycémisants oraux, double antiagrégation, digoxine, narcotiques;
- troubles psychologiques: dépression ou antécédent de dépression;
- diagnostics principaux: cancer, AVC, diabète, BPCO, insuffisance cardiaque;
- polymédications: >5 médicaments chroniques par jour;
- connaissance limitée en matière de santé;
- entourage peu présent;
- hospitalisation préalable dans les six derniers mois;
- soins palliatifs.

De la même manière, la Haute autorité de santé française a publié, en 2013, une liste des critères permettant d'identifier les patients âgés à risque de réhospitalisations évitables.<sup>23</sup> Les patients présentant au moins deux des facteurs suivants sont considérés comme à risque:

- hospitalisation pour une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, ou un syndrome coronarien aigu;
- présence d'un « syndrome gériatrique » incluant la présence d'un des facteurs suivants: dénutrition, dépression, chute, confusion mentale ou escarre;
- existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation à au moins une activité de la vie quotidienne;
- antécédent d'hospitalisation non programmée dans les six derniers mois;
- situation sociale défavorable telle que l'isolement ou la précarité.

Si ces systèmes d'identification paraissent séduisants, il faut noter qu'à l'heure actuelle aucune donnée ne permet de vérifier leur efficacité: une telle démonstration nécessiterait l'identification des patients, et une intervention permettant la réduction des réadmissions.

## TRANSITION DES SOINS ET MESURES D'AMÉLIORATION POSSIBLES

Les réhospitalisations étant étroitement liées à la qualité de la continuité des soins, l'optimisation du processus de transition entre les milieux hospitalier et ambulatoire pourrait avoir un effet positif sur le taux de réadmissions. Diverses mesures d'amélioration de cette phase de transition peuvent être mises en place, et peuvent être classées en trois catégories, selon Hansen et coll.<sup>24</sup>

- interventions avant la sortie de l'hôpital;
- interventions après la sortie de l'hôpital;
- interventions ciblant la période de transition incluant aussi bien la période pré que post-sortie de l'hôpital.

Le **tableau 2** présente en détail les interventions les plus fréquemment proposées et étudiées.<sup>24,25</sup>

Le recours à un soignant spécifiquement dédié à la transition des soins, *a transition coach*, est une intervention ayant démontré un impact positif et actuellement déployée largement afin d'optimiser la transition des soins aux Etats-Unis.<sup>24,26,27</sup> Ce soignant, principalement des infirmières de transition ou des pharmaciens, s'occupe d'organiser et de transmettre les informations aux différents prestataires de soins impliqués dans le suivi du patient (exemple: médecin traitant, spécia-

listes, CMS (service médico-soignant), établissement médico-social). Il s'occupe également de l'organisation et de la planification des différents rendez-vous auprès des différents prestataires de soins impliqués dans le suivi du patient. Un contact téléphonique ou une visite à domicile 48-72 heures après la sortie peuvent également être réalisés afin de s'assurer que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions possibles. Ce contact permet d'identifier les éventuels problèmes liés aux traitements médicamenteux, de revoir les différents signaux d'alerte liés à une éventuelle péjoration de l'état de santé du patient, ainsi que la conduite à tenir selon les situations. Cela permet également au patient d'obtenir des réponses à certaines de ses questions ou préoccupations en lien avec son état de santé.

Comme décrit dans le **tableau 2**, plusieurs interventions ciblent les aspects médicamenteux de la prise en charge des patients durant cette période de transition. Une réconciliation médicamenteuse réalisée initialement lors de l'entrée du patient permet d'établir la liste la plus précise possible de ses médicaments. Le programme pilote de la Fondation pour la sécurité des patients suisses, « Progress! Sécurité de la médication aux interfaces », évalue la mise en place et la réalisation d'une anamnèse médicamenteuse détaillée lors de l'entrée des patients. Cette démarche permettra de généraliser la prise en charge de cette problématique au niveau national. Lors de la sortie de l'hôpital, une réconciliation médicamenteuse permet de reprendre, dans la mesure du possible, les médicaments habituels du patient et ainsi de limiter les risques de doublon de thérapie notamment induit par la liste des médicaments disponibles au sein de l'institution.

Au moment de la sortie d'hôpital, une part importante d'incompréhension de la part des patients quant aux diagnostics,

<b>TABLEAU 2</b>		<b>Taxonomie des interventions testées afin de réduire les réhospitalisations à 30 jours</b>	
<b>Interventions avant la sortie de l'hôpital</b>		<b>Interventions après la sortie de l'hôpital</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Education thérapeutique du patient</li> <li>Apprentissage d'autogestion du patient</li> <li>Planification de la sortie</li> <li>Interventions sur les médicaments:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Réconciliation médicamenteuse</li> <li>Education spécifique à certains types de médicaments (anticoagulation, insuline, médicaments inhalés, etc.)</li> <li>Informations et enseignement sur les médicaments afin d'améliorer l'adhérence et la compréhension du patient</li> </ul> </li> <li>Planification des rendez-vous ambulatoires</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi du patient dans un délai opportun</li> <li>Communication des informations avec le médecin traitant dans un délai opportun</li> <li>Suivi du patient à l'aide d'un contact téléphonique</li> <li>Assistance téléphonique (hotline) à disposition du patient</li> <li>Visite à domicile (médecin, infirmier, pharmacien, etc.)</li> <li>Télémonitoring (transmission électronique de différentes mesures objectives)</li> </ul>	
<b>Interventions ciblant la période de transition</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'un coach de transition (principalement des infirmiers)</li> <li>Instructions de sortie centrées sur le patient (matériels/documents spécifiques pour le patient)</li> <li>Assurer la continuité des soins (augmentation de la présence des prestataires de soins)</li> <li>Renforcement du recours aux services disponibles</li> <li>Recours aux services de réhabilitation (renforcement capacité fonctionnelle)</li> </ul>			

(Adapté de réf.<sup>24,25</sup>).

traitements ou suivis nécessaires est rapportée dans la littérature.<sup>28,29</sup> Une carte de traitement explicitant les changements de traitement et les notions importantes est une option actuellement en place au sein des Hôpitaux universitaires de Genève.<sup>30</sup>

L'éducation thérapeutique du patient, en lien avec ses différentes pathologies et ses médicaments associés, est également une option intéressante afin de garantir une continuité de soins optimale.<sup>25</sup> Ce type de démarche est déjà en place pour certaines pathologies telles que la prise en charge du diabète ou certaines pathologies cardiaques.<sup>31</sup> Le patient et son entourage doivent être rapidement impliqués afin de pouvoir réagir au mieux selon son évolution. Le recours à un soignant spécialement formé en éducation thérapeutique semble être une piste intéressante.

En résumé, les données les plus récentes de la littérature mettent en évidence que les interventions les plus efficaces sont les plus complexes et que seule la combinaison des interventions, déployées à différents moments de l'hospitalisation et impliquant un travail inter et multidisciplinaire, pourra réellement être efficace. Dans cette optique, les interventions centrées autour du soutien du patient dans le but de développer ses aptitudes à la gestion de sa santé semblent les plus prometteuses.<sup>25,32</sup>

## CONCLUSION

Le nombre élevé de publications concernant les réadmissions hospitalières témoigne de l'importance croissante de ce problème auquel les systèmes de santé des pays développés sont actuellement confrontés. Certaines caractéristiques permettent d'identifier les patients les plus à risque, dans le but de

mettre en place des interventions ciblées et spécifiques afin de diminuer les réadmissions considérées comme évitables. Il est certain que la diminution des réhospitalisations ne pourra se faire que par une étroite collaboration entre les milieux hospitalier et ambulatoire, impliquant de ce fait un nombre important de prestataires de soins et de professions diverses telles que médecin, infirmière, pharmacien, assistant social, etc. La communication et la collaboration interprofessionnelle sont donc des points essentiels permettant de garantir la continuité des soins et la sécurité des patients tout au long du système de soins.

**Remerciements:** Les auteurs tiennent à remercier les Prs A. Perrier et J. Desmeules, ainsi que les Drs Chopard et A. Ourahmoune pour leur participation au projet de thèse de sciences pharmaceutiques lié à cette thématique des réadmissions hospitalières.

**Conflit d'intérêts:** La première auteure de cet article bénéficie d'un fond national financé par la GSASA (Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux) pour son projet de thèse de sciences pharmaceutiques lié à la thématique de la continuité des soins et des réhospitalisations. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une proportion significative des réhospitalisations est considérée comme évitable
- Les réadmissions hospitalières sont étroitement liées à la continuité des soins et une identification précoce des patients à risque permet d'offrir des mesures d'accompagnement de la transition des soins entre les milieux hospitalier et ambulatoire
- Une combinaison d'interventions pré et post-sortie de l'hôpital, impliquant un travail multidisciplinaire, semble être nécessaire afin de réduire les réhospitalisations à 30 jours. Ces interventions devraient être réalisées conjointement entre les secteurs hospitalier et ambulatoire

1 \* Jencks SF, Williams M, Coleman MV. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for service program. *N Engl J Med* 2009;360:10.  
 2 Centers for Medicare and Medicaid Services. Community-based care transitions program. <http://innovation.cms.gov/initiatives/CCTP/>, accessed feb 2015.  
 3 \* van Walraven C, Bennett C, Jennings A, et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: A systematic review. *CMAJ* 2011;183:E391-402.  
 4 Witherington EM, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: Observational study. *Qual Saf Health Care* 2008;17:71-5.  
 5 Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004;141:533-6.  
 6 Coleman EA, Min S, Chomiak A, et al. Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification. *Health Serv Res* 2004;39:1449-65.  
 7 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-41.  
 8 Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, et al. Results of the Medications at Transi-

tions and Clinical Handoffs (MATCH) study: An analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med* 2010;25:441-7.  
 9 Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005;80:991-4.  
 10 \*\* Rennek S, Nguyen OK, Shoeb MH, et al. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:433-40.  
 11 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med* 2005;20:317-23.  
 12 \*\* Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003;138:161-7.  
 13 Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med* 2006;166:565-71.  
 14 Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med* 2013;368:97-100.  
 15 Halfon P, Egli Y, van Melle G, et al. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol* 2002;55:14.

16 [www.hplusqualite.ch/typo3conf/ext/anq/Resources/Public/upload/20130812\\_Rapport\\_SQLape\\_2012\\_corYE3\\_final\\_fr.pdf](http://www.hplusqualite.ch/typo3conf/ext/anq/Resources/Public/upload/20130812_Rapport_SQLape_2012_corYE3_final_fr.pdf)  
 17 [www.swissdr.org/fr/](http://www.swissdr.org/fr/)  
 18 Wasserfallen JB, Zufferey J. Financial impact of introducing the Swiss-DRG reimbursement system on potentially avoidable readmissions at a university hospital. *Swiss Med Wkly* 2015;145:w14097.  
 19 Kansagara D, Englander H, Salanitro A, et al. Risk prediction models for hospital readmission: A systematic review. *JAMA* 2011;306:10.  
 20 Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenz-Riera A, et al. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: A systematic review. *QJM* 2011;104:639-51.  
 21 Lee EW. Selecting the best prediction model for readmission. *J Prev Med Public Health* 2012;45:259-66.  
 22 [www.hospitalmedicine.org/boost/](http://www.hospitalmedicine.org/boost/)  
 23 [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcoours\\_rehospitalisations\\_evitables\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcoours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf)  
 24 \*\* Hansen LO, Young RS, Hinami K, et al. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: A systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:520-8.  
 25 \*\* Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med* 2014;174:1095-107.

26 Coleman EA, Parry C, Chalmers S, et al. The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166:1822-8.  
 27 Naylor MD, Broton D, Campbell R, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281:613-20.  
 28 \* Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005;80:991-4.  
 29 Micheli P, Kossovsky MP, Gerstel E, et al. Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation – the key role of information. *Swiss Med Wkly* 2007;137:614-20.  
 30 Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. *Am J Med* 2004;117:563-8.  
 31 Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79:283-6.  
 32 Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: A systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157:417-28.

\* à lire; \*\* à lire absolument