

Soins de transition entre l'hôpital et le domicile: pour quels patient-es?

CAROLE MICHALSKI-MONNERAT^{a,b}, MARIE-LAURE JACQUOT-PEGEOT^c, Dre SYLVIE ROCHAT^d, MARIE-CHRISTINE SCHMID^e,
STÉPHANIE MAILLAT ROTH^e, NICOLAS CHEVREY^f, YAËLLE TOLEDANO^g, Dr JEAN GABRIEL JEANNOT^h,
Pr JACQUES DONZÉ^{b,i,j,k}, Pre DENISE BRYANT-LUKOSIUS^l et Pr CÉDRIC MABIRE^m

Rev Med Suisse 2023; 19: 2021-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.847.2021

Lorsqu'un-e patient-e retourne à domicile suite à une hospitalisation il-elle est souvent confronté-e à des événements indésirables si la continuité de ses soins n'est pas assurée. Jusqu'à ce jour, les modèles de soins de transition qui ont montré une diminution du taux de réadmission concernaient des patient-es ne souffrant que d'une seule pathologie. Partant de ce constat, nous avons identifié la population qui pourrait le plus bénéficier de soins de transition, dans le cadre du projet INSTEAD, par un consensus incluant d'une part des patient-es et, d'autre part, des professionnel-les hospitaliers et communautaires. Pour assurer la continuité des soins, il s'avère nécessaire de prendre en compte la perception de la personne, sa compréhension ainsi que les changements influençant son plan de soins à domicile. Pour ce faire, une collaboration interprofessionnelle est indispensable.

Transitional care from hospital to home: how to target the right population?

When patients are discharged from the hospital and return home, they are at risk of adverse events if the continuity of care is broken. So far, the evidence for transitional care models to reduce readmission rates has focused mainly on patients with a single condition. Based on this observation, we identified the population that may benefit the most from the development of a new transitional care model, as part of the INSTEAD project, by consensus between patients and professionals in hospitals and the community. To ensure continuity of care, it is necessary to consider the patients' perception, their understanding of the care plan and changes impacting the home care plan. Interprofessional collaboration is essential to achieve this.

^aInfirmière clinicienne spécialisée, PhD(c), Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1005 Lausanne, ^bDépartement de médecine interne, Réseau hospitalier neuchâtelois, 2000 Neuchâtel, ^cInfirmière cheffe de département médecine, oncologie, soins intensifs et soins continus, Réseau hospitalier neuchâtelois, 2000 Neuchâtel, ^dPatiente partenaire, PhD, 2000 Neuchâtel, ^ePatiente partenaire, 2000 Neuchâtel, ^fDirecteur opérationnel, directeur général adjoint, NOMAD, Rue du Pont 25, 2300 La Chaux-de-Fonds, ^gInfirmière clinicienne spécialisée, NOMAD, Rue du Pont 25, 2300 La Chaux-de-Fonds, ^hFaubourg du Lac 12, 2000 Neuchâtel, ⁱDivision of General Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, 75 Francis Street, Boston MA 02115, États-Unis, ^jDivision de médecine interne, Inselspital, 3010 Berne, ^kDépartement de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^lInfirmière, PhD, School of Nursing, McMaster University, Health Sciences Centre, 2J20 1280 Main Street West, Hamilton Ontario, L8S 4K1, Canada, ^mInfirmier, PhD, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1005 Lausanne
carole.michalski-monnerat@unil.ch | marie-laure.jacquot-pegeot@rhne.ch
info@sylvieroachat.ch | marie.c.schmid@gmail.com | steph@zedo.ch
nicolas.chevreyn@nomad-ne.ch | yaelle.toledano@nomad-ne.ch | jeannot@medplus.ch
jacques.donze@rhne.ch | bryant@mcmaster.ca | cedric.mabire@chuv.ch

INTRODUCTION

La période de transition qui suit une hospitalisation est une période critique. Jusqu'à ce que le ou la patient-e retrouve ses habitudes de vie, la continuité des soins peut être rompue par un retard dans la prise en soins par les services communautaires ou un manque d'enseignement des autosoins. Après une hospitalisation, une personne sur quatre développera un nouveau symptôme ou sollicitera un-e professionnel-le de santé de manière non programmée.¹ Les problèmes majeurs sont liés à la médication, à l'autonomie fonctionnelle ou encore à la gestion d'un nouveau symptôme.^{1,2} En outre, un-e patient-e sur deux manque d'informations concernant sa médication, la gestion des aspects administratifs ou la suite de son plan de soins.²

Pour pallier la survenue d'événements indésirables et améliorer la continuité des soins, des modèles de soins de transition ont été développés. Ils sont définis comme étant un ensemble complet d'offres en soins, limitées dans le temps, se déployant entre deux contextes de soins, afin de prévenir les événements indésirables et assurer la continuité des soins.³ De ce fait, ces modèles intègrent les dimensions de relation patient-e-professionnel-les, de communication, ainsi que de coordination.⁴ Plusieurs revues systématiques montrent l'efficacité des soins de transition pour réduire le taux de réadmissions et les coûts relatifs.⁵ Mais les études les plus récentes, ainsi que celles réalisées en Europe, ne concluent pas à une diminution statistiquement significative des taux de réadmissions.⁶ L'efficacité des soins de transition semble fluctuer selon les différentes composantes de l'intervention, du contexte dans lequel ils sont mis en place et de la population visée.

Dans le cadre du développement d'un modèle de soins de transition (projet INSTEAD: Infirmier-ère de pratique avancée pour des Soins de Transition Entre l'hôpital et le Domicile), une réflexion a été menée sur les critères permettant d'identifier la population qui bénéficierait le plus de soins de transition.

POPULATION CIBLÉE PAR LES SOINS DE TRANSITION

La population ciblée est centrale dans les soins de transition. Jusqu'ici, la majorité des modèles de soins de transition ayant

démontré des résultats positifs ont ciblé une population avec une monopathologie, telle que l'insuffisance cardiaque.⁷ Implanter de tels modèles ne semble plus répondre aux besoins actuels, la majorité des patient-es hospitalisés présentant plusieurs pathologies chroniques.⁸ Il est donc nécessaire de définir quels patient-es pourraient le plus bénéficier de soins de transition.

En considérant le Quadruple Aim (améliorer l'expérience patient, les résultats de soins de santé, l'expérience des professionnel-les et réduire les coûts),⁹ tous et toutes les patient-es sortant de l'hôpital pour le domicile ne pourront pas bénéficier de soins de transition. De même, bien que certains aient déjà un suivi intensif et d'importantes ressources déployées à domicile, leur situation est parfois considérée comme dépassée du point de vue des professionnel-les, ne permettant pas le maintien à domicile. À l'opposé, d'autres patient-es multimorbides ne percevront pas le besoin de soins de transition, cela ne leur apporterait pas plus de bénéfices. La population qui pourrait le plus bénéficier de soins de transition se trouve entre les deux (figure 1).

Population qui pourrait le plus bénéficier de soins de transition

De nombreuses études se sont focalisées sur les patient-es à risque de réadmission, pour qui les facteurs de risques sont bien connus: précédente hospitalisation, pathologie spécifique (notamment cardiaque), multimorbidité ou polymédication.¹⁰ Bien que les facteurs non médicaux puissent améliorer la prédiction, ils ne sont généralement pas pris en compte, faute de ne pas être systématiquement rapportés dans les dossiers de soins.¹¹

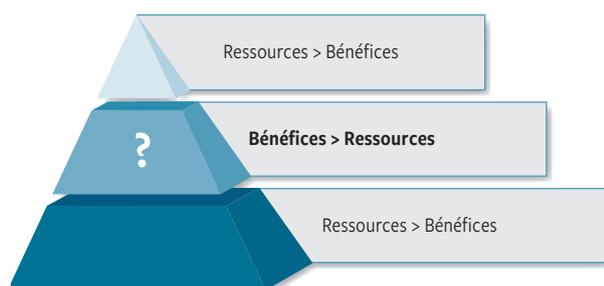
Dans le projet INSTEAD, les personnes qui pourraient le plus bénéficier de soins de transition sont décrits comme ayant

FIG 1	Population qui pourrait bénéficier de soins de transition
--------------	--

En considérant la répartition des personnes rentrant à domicile après une hospitalisation sur une pyramide, celles du tiers inférieur possèdent assez de ressources personnelles pour faire face à leur retour à domicile. Les faire bénéficier de soins de transition n'engendrerait pas de bénéfices supplémentaires.

À l'opposé, celles du tiers supérieur ont potentiellement déjà un suivi intensif et d'importantes ressources déployées à domicile. Majorer les ressources dispensées n'aurait probablement pas d'impact positif sur les bénéfices rencontrés.

La population cible se trouve alors entre les deux et intègre des personnes qui, grâce aux soins de transition, auront des bénéfices importants en termes d'utilisation du système de santé et d'événements indésirables.



des besoins multiples et complexes à leur sortie de l'hôpital, mais manquant de ressources pour y faire face. Prestataires hospitaliers et communautaires semblent toutefois rencontrer des difficultés à développer une vision commune pour définir ces personnes. En effet, un-e patient-e « complexe » durant son séjour hospitalier ne le sera peut-être pas lorsqu'il-elle sera pris-e en charge dans la communauté, et inversement. Tant du côté hospitalier que du côté communautaire, il semble difficile de se projeter pour comprendre les enjeux et les besoins que rencontrent les prestataires exerçant dans un autre contexte pour une même personne.

PROJET INSTEAD

Le projet INSTEAD a pour but de développer un modèle de soins de transition entre l'hôpital et le domicile, dans un canton romand, dans le cadre d'un doctorat en Sciences infirmières à l'Université de Lausanne. Afin de faciliter le développement d'une vision conjointe dans ce projet, un comité de pilotage (COFIL) a été créé avec trois patientes, deux cadres soignants (hospitalier et communautaire) et deux médecins (cadre hospitalier et médecin traitant). Le premier objectif était de déterminer quels étaient les critères permettant d'identifier la population qui pourrait le plus bénéficier de soins de transition.

L'étude multiméthodes a consisté en une analyse rétrospective de données, un groupe de discussion et un consensus avec le COFIL. Les données analysées incluaient la réutilisation de données hospitalières collectées précédemment,¹² ainsi que de données de routine des soins à domicile (interRAI-Home-Care).¹³ Le groupe de discussion a été conduit avec des professionnel-les de santé impliqué-es dans la préparation à la sortie de l'hôpital et la prise en charge à domicile. Sur la base des résultats collectés, une technique de groupe nominal a permis d'aboutir à un consensus avec le COFIL.

Critères des personnes pouvant le plus bénéficier de soins de transition

Les huit critères mis en évidence par le COFIL sont multifactoriels: trois sont centraux et cinq additionnels (**tableau 1**). Le critère central est la perception de la personne et/ou de son proche quant à la suite de sa prise en charge. Deux autres critères l'entourent: le changement du plan de soins de sortie, impliquant une prise en charge différente à domicile, ainsi que la capacité de compréhension du plan de soins par la personne. Les cinq critères additionnels sont le réseau social de la personne, son environnement, son état psychologique et cognitif, l'organisation de ses soins et son état physique.

Pour le COFIL, les critères additionnels considérés de manière indépendante ne semblent pas significatifs pour identifier les personnes à risque. Cependant, ils peuvent avoir un impact sur la capacité des patient-es à comprendre et/ou gérer le plan de soins, ou encore faire basculer la situation s'ils s'ajoutent aux critères centraux. Finalement, le meilleur moyen d'identifier ces personnes est d'associer des critères objectifs et subjectifs, à une appréciation par la personne et son équipe interprofessionnelle.

TABLEAU 1

Critères identifiés par le comité de pilotage du projet INSTEAD

Critères	Exemples (non exhaustif)
Perception du-de la patient-e et/ou de son proche	<ul style="list-style-type: none"> • Ressenti, préférences et priorités: craintes ou incertitudes de rentrer à domicile • Perception de ses capacités à gérer la situation à domicile • Implication dans sa situation de soins
Changements dans le plan de soins de sortie	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau diagnostic ou évolution d'une pathologie • Autosoins: surveillance, médication, etc. • Changement de mode de vie: régime alimentaire, activité physique, etc.
Capacité de compréhension	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau individuel: niveau d'éducation, littératie en santé faible, croyances limitantes, état de choc ou déni, etc. • Niveau culturel: barrières linguistiques, méconnaissance du système de santé, etc.
Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un entourage social (famille, ami-e, proche aidant-e, voisin-e, etc.) • Capacité de soutien et fiabilité de l'entourage social • Type d'aide fournie: instrumentale, administrative, transport, présence aux rendez-vous médicaux, médication, etc. • Degré d'acceptation d'aide: refus d'ouvrir la porte à des inconnus, etc. • Marginalisation liée à des dépendances ou pour des raisons culturelles (vie en communauté, etc.)
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité géographique (habitat rural) • Capacité financière: privation de soins ou de traitement par manque de ressources, méconnaissance du système de santé (prestations complémentaires, procédure de remboursement, etc.), etc.
États psychologique et cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'apprentissage ou de mémoire liées à un trouble cognitif • Addictions • Perception que les causes des événements impactant la vie sont externes et non liées au comportement ou à la volonté de la personne
Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de sortie de l'hôpital: organisation • Professionnel-les médicaux: médecin traitant, médecin spécialiste • Soignants et thérapeutes: infirmier-ères, physiothérapeutes, diététicien-nes, aide-soignant-es, etc. • Absence de coordinateur
États physique et biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbidité • Polymédication • Grand âge • Complexité médicale • Handicap physique

VIGNETTE CLINIQUE

Madame G., 55 ans, est hospitalisée à la suite d'un malaise. Elle est connue pour un diabète et un état dépressif. Une hypertension est diagnostiquée durant son séjour hospitalier et un traitement antihypertenseur instauré. L'adaptation du traitement se fait sur trois jours durant son hospitalisation et l'évolution clinique de Mme G. est rapide. Cela lui permet de rentrer chez elle avec une modification de son plan de soins, incluant un nouveau traitement et la nécessité de surveiller sa tension artérielle. Étant indépendante pour gérer ses activités de vie quotidienne, Mme G. ne nécessite pas de soins à domicile et rentre chez elle.

Le lendemain, Mme G. est rattrapée par son quotidien et se sent dépassée. Vivant seule, elle doit réajuster ses habitudes

en lien avec ses nouveaux autosoins (se procurer un tensiomètre et apprendre à l'utiliser, comprendre les normes), sa nouvelle médication (effets secondaires) et gérer les aspects administratifs (arrêt de travail, documents pour l'assurance-maladie).

Les problématiques qui auraient pu être anticipées sont les suivantes:

- Mme G. vit seule sans famille proche et sa langue maternelle n'est pas le français.
- Durant l'hospitalisation, Mme G. a posé peu de questions et se sentait en confiance, mais une fois à domicile, elle a des doutes quant à sa capacité à interpréter sa tension artérielle et des difficultés à gérer sa nouvelle médication.
- Mme G. n'a plus de médecin traitant depuis qu'il est retraité, sans remplaçant. Elle ne sait pas à qui s'adresser lorsqu'elle présente de nouveaux symptômes d'hypertension.

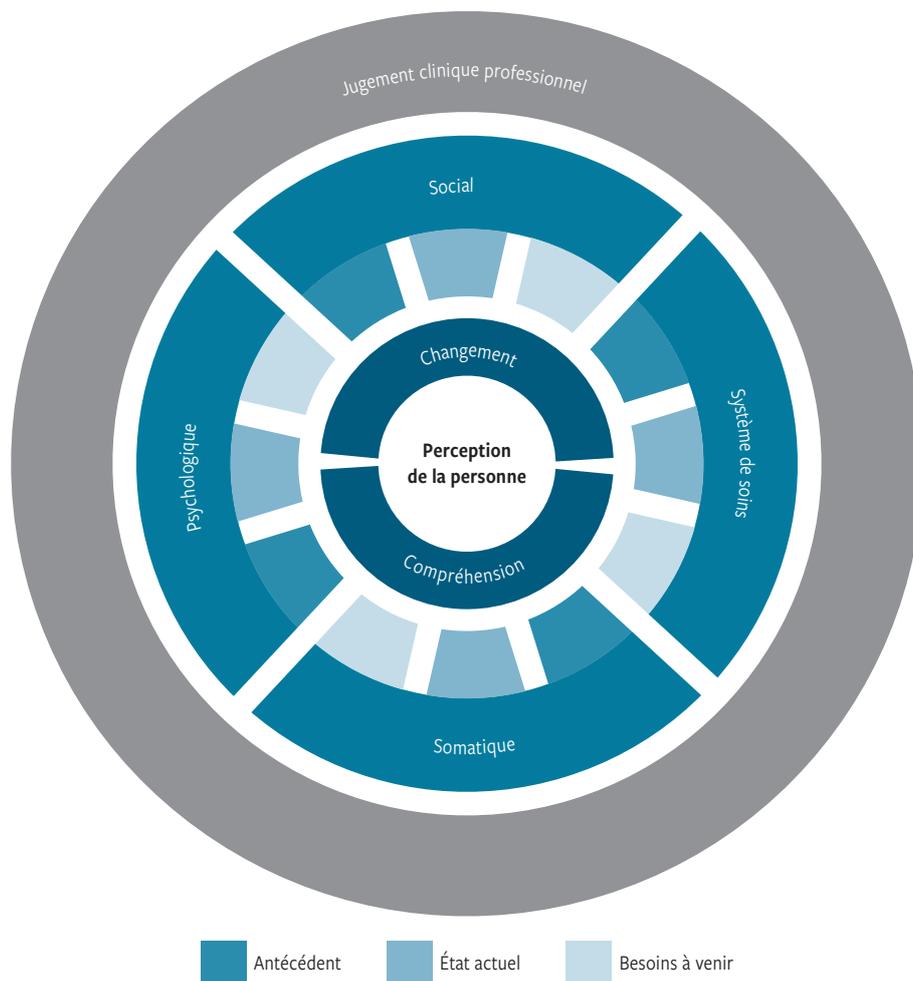
COMMENT IDENTIFIER CES PATIENT-ES?

Il existe des outils pour dépister les patient-es ayant des besoins de santé complexes.¹¹ L'auto- ou hétéro-évaluation INTERMED, par exemple, consiste à évaluer quatre dimensions (somatique, psychologique, sociale et utilisation du système de soins) à trois temps différents (passé, état actuel et besoins à venir).¹⁴ Cet outil semble être le plus adapté aux patient-es adultes sans pathologie spécifique. Les critères identifiés dans le projet INSTEAD sont majoritairement subjectifs et vont au-delà de l'outil INTERMED. Leur mise en commun avec l'outil INTERMED pourrait permettre d'identifier les patient-es pouvant le plus bénéficier de soins de transition (figure 2), tout en assurant la continuité de mesure dans la communauté avec l'outil COMID.¹⁵

La majorité des critères cités étant subjectifs, ils ne figurent pas de manière systématique dans le dossier du patient. Cela implique donc de solliciter la personne quant à sa perception de rentrer à domicile et sa compréhension du plan de soins et des changements impactant ses habitudes. Ces éléments, tout comme la prise en compte de ses facteurs sociaux et de son expérience avec le système de soins, sont investigués par les professionnel-les de santé, tels que les infirmier-ères, les assistant-es social-es, les médecins, les physiothérapeutes ou encore les ergothérapeutes, mais de manière non systématique.

Selon des études antérieures, lorsque les soins de transition sont menés par des infirmier-ères de pratique avancée collaborant avec une équipe interprofessionnelle, on constate une amélioration des résultats cliniques des patient-es et proches aidant-es, une diminution de la durée du séjour hospitalier, ainsi qu'une diminution des réadmissions et des coûts associés.⁵ Les interventions des infirmier-ères de pratique avancée permettent notamment l'évaluation clinique et la gestion des symptômes des patient-es, la mise en place rapide d'un plan de soins pour le domicile, l'établissement d'une relation continue à l'hôpital puis au domicile, un enseignement, ainsi que la coordination des soins hospitaliers avec les soins à venir dans la communauté. Les infirmier-ères de pratique

FIG 2 Critères des patient-es pouvant bénéficier de soins de transition



avancée ont donc le potentiel d'identifier les patient-es de façon efficace, d'assurer la continuité des soins et de faciliter la collaboration interprofessionnelle.

CONCLUSION

À ce jour, les patient-es dits « complexes » ne sont pas identifiées de la même manière par les professionnel·les en milieu hospitalier et ceux travaillant dans la communauté. Pour assurer la continuité des soins à domicile suite à une hospitalisation, certains critères ont été mis en évidence avec un consensus de patients et de professionnel·les dans le cadre du projet INSTEAD. La perception de la personne, sa compréhension du plan de soins et la prise en compte des changements intervenus durant l'hospitalisation sont des critères centraux. Bien que ces éléments ne soient pas rapportés systématiquement dans les données de routine, les professionnel·les de santé, notamment les infirmier·ères, ont un rôle clé à jouer en collaboration avec les médecins et l'équipe interprofessionnelle. Cela permettra d'améliorer la continuité des soins entre l'hôpital et la communauté, et ainsi de diminuer la survenue d'événements indésirables pour les patient-es.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article. Tous les auteurs font partie du comité de pilotage du projet INSTEAD.

ORCID ID

C. Michalski-Monnerat: <https://orcid.org/0000-0001-6513-3398>

D. Bryant-Lukosius: <https://orcid.org/0000-0002-8269-7977>

C. Mabire: <https://orcid.org/0000-0003-2666-8300>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Identifier les patient-es pouvant le plus bénéficier de soins de transition est crucial et les critères pour le faire sont multifactoriels.
- La perception du-de la patient-e, la prise en compte des changements intervenus dans le plan de soins durant l'hospitalisation et la compréhension du plan de soins par le-la patient-e sont centrales.
- Les facteurs sociaux du-de la patient-e (entourage social, intégration, dysfonctionnement) doivent être considérés au même titre que son état somatique et psychologique tout comme son expérience avec le système de soins.
- Les éléments subjectifs, bien qu'ils soient peu retrouvés dans les données de routine, doivent être identifiés par les professionnel·les de soins, notamment les infirmier·ères, et être mis à profit dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle.

- 1 Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ*. 2004 Feb 3;170(5):345-9. DOI: 10.1503/cmaj.1040215.
- 2 Pellet J, Camponovo A, Gunalingam N, Mabire C. Problèmes et besoins des personnes âgées après une hospitalisation. *La Gazette médicale* [En ligne]. 2020 Juin;9(3):27-9. (Cité le 2 juillet 2023). Disponible sur: www.medinfo-verlag.ch/problemes-et-besoins-des-personnes-agees-apres-une-hospitalisation/
- 3 Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Apr;30(4):746-54. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0041.
- 4 Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *Int J Nurs Pract*. 2019 Apr;25(2):e12704. DOI: 10.1111/ijn.12704.
- 5 Joo JY, Liu MF. Transitional care interventions for supporting frail older adults discharged from hospitals: An umbrella review. *Geriatr Nurs*. 2023 Mar-Apr;50:80-9. DOI: 10.1016/j.gernurse.2022.12.021.
- 6 **Leithaus M, Beaulen A, de Vries E, et al. Integrated Care Components in Transitional Care Models from Hospital to Home for Frail Older Adults: A Systematic Review. *Int J Integr Care*. 2022 Jun 29;22(2):1-16. DOI: 10.5334/ijic.6447.
- 7 Li Y, Fu MR, Fang J, Zheng H, Luo B. The effectiveness of transitional care interventions for adult people with heart failure on patient-centered health outcomes: A systematic review and meta-analysis including dose-response relationship. *Int J Nurs Stud*. 2021 May;117:103902. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103902.
- 8 Aubert CE, Fankhauser N, Marques-Vidal P, et al. Patterns of multimorbidity in internal medicine patients in Swiss university hospitals: a multicentre cohort study. *Swiss Med Wkly*. 2019 Jun 30;149(2526):1-9. DOI: 10.4414/smw.2019.20094.
- 9 Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. 2015 Oct;24(10):608-10. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004160.
- 10 Klunder JH, Panneman SL, Wallace E, et al. Prediction models for the prediction of unplanned hospital admissions in community-dwelling older adults: A systematic review. *PLoS One*. 2022 Sep 23;17(9):e0275116. DOI: 10.1371/journal.pone.0275116.
- 11 **Marcoux V, Chouinard MC, Diadiou F, Dufour I, Hudon C. Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. *PLoS One*. 2017 Nov 30;12(11):e0188663. DOI: 10.1371/journal.pone.0188663.
- 12 Donzé J. Target-READ Trial [En ligne]. (Cité le 2 juillet 2023). Disponible sur: www.target-read.org/
- 13 interRAI. Home Care (HC) [En ligne]. (Cité le 2 juillet 2023). Disponible sur: <https://catalog.interrai.org/category/home-care>
- 14 *van Reedt Dortland AKB, Peters LL, Boenink AD, et al. Assessment of Biopsychosocial Complexity and Health Care Needs: Measurement Properties of the Intermed Self-Assessment Version. *Psychosom Med*. 2017 May;79(4):485-92. DOI: 10.1097/psy.0000000000000446.
- 15 Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *RFIRI*. 2018 Avr 25;4(2):116-23. DOI: 10.1016/j.rfiri.2018.02.002.

* à lire

** à lire absolument