

Master of Science conjoint HES-SO - UNIL
en Sciences de la santé
Orientation Physiothérapie

PRÉPARATION DE LA SORTIE EN
TRAUMATOLOGIE : PERSPECTIVES DES
PERSONNES ÂGÉES
Etude exploratoire

Lucil Veya

Sous la direction de
(PhD), Veronika, Schoeb Mezzanotte,
HESAV

Sous la co-direction de
(MSc), Liliana , Staffoni
HESAV

Experte
(PhD), Rose-Anna, Foley

Lausanne, HES-SO Master, 2020

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes œuvrant au centre hospitalier universitaire vaudois ; Pr. Farron, Dr Stanovici, M. Joye, M. Bettex et M. Moujber pour nous avoir permis de mener l'étude dans leur service. Un remerciement tout particulier à Mme Praz, Mme Goncalves Pais, M. Scascighini et toutes l'équipe soignante du service de traumatologie pour leur chaleureux accueil et leur collaboration au recrutement.

Je remercie aussi la directrice de mon mémoire Mme Schoeb Mezzanotte et la co-directrice Mme Staffoni pour leur soutien, leur partage de connaissances et leur disponibilité. Je suis aussi reconnaissante de l'écoute bienveillante et des précieux conseils de Mme Bielser.

Je souhaite remercier tout particulièrement tous les participant-e-s ayant accepté avec gentillesse de prendre part à mon travail.

Finalement, je remercie ma famille, mes amis et mon compagnon pour leur soutien et leur patience.

Table des matières

Résumé	5
Liste des tableaux	6
Liste des figures	7
Liste des abréviations	8
Introduction	9
1.1 Cadre théorique	10
1.1.1 Préparation de la sortie	10
1.1.2 Population	12
1.1.2.1 La fracture de hanche chez les personnes âgées	14
1.1.3 Contexte cantonal	16
Méthode	20
2.1 Etude qualitative phénoménologique	20
2.1.1 L'entretien semi-directif	20
2.1.1.1 Le guide d'entretien (Annexe E)	21
2.2 Accès au terrain	22
2.3 Population	22
2.3.1 Critères d'inclusion	23
2.3.2 Critères d'exclusion	23
2.3.3 Le Minimal Mental State Examination (MMSE) (Annexe F)	23
2.4 Procédure	23
2.5 Analyse des données	24
2.5.1 L'analyse thématique	24
2.5.1.1 Les six étapes de l'analyse thématique selon Braun et Clarke (2006)	25
2.5.2 La réflexivité	27
2.5.2.1 Place de la chercheuse	28
Résultats	30
3.1 Données et participant·e·s	30
3.2 Compréhension de la préparation de la sortie	31
3.3 Implication de la personne hospitalisée	32
3.3.1 Participation	32
3.3.2 Nécessité d'information	34
3.3.3 Rapport aux demandes et aux désirs	35

3.4	Implication de l'entourage	36
3.4.1	L'entourage comme ressource	37
3.4.2	Choix du centre de traitement et de réadaptation selon la distance avec leurs proches	37
3.5	Continuité des soins	38
3.5.1	L'hôpital, un grand établissement aigu	38
3.5.2	Continuité et discontinuité du système	40
	Discussion	43
4.1	Les soins centrés sur la personne	44
4.1.1	Implication de la personne hospitalisée	47
4.1.2	Implication de la famille	51
4.1.3	Continuité des soins	52
	Conclusion	54
	Limites et développements ultérieurs	54
	Recommandations pour la pratique	55
	Références	56
	Annexes	67
	Annexe A : Confusion Assessment Method (CAM) (Grandahl et al., 2016)	67
	Annexe B : Nutritional Risk Screening (NRS 2002) (Netgen, 2020)	71
	Annexe C : Projet AMELIO (Réseau Santé Région Lausanne, 2017)	72
	Annexe D: Nouveau cahier de tâches des infirmiers-ères de liaison du BRIO	73
	Annexe E : Guide d'entretien	74
	Annexe F : Minimal Mental State Examination (MMSE)	76
	Annexe G : La physiothérapie	77
	Annexe H: Modèle de soins centrés sur la personne	79

Résumé

La densité démographique ainsi que l'allongement de l'espérance de vie induisent une augmentation de personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Parallèlement, les risques liés à l'hospitalisation, ainsi que les pressions financières ont conduit à la diminution de la durée des séjours hospitaliers. L'évolution des chirurgies permet également une récupération plus rapide. Il en découle un nouveau défi pour la qualité des soins ; diminuer le temps d'hospitalisation de ces personnes polymorbides en maintenant leur état de santé. Ainsi, une préparation de la sortie adéquate est cruciale afin de faciliter le retour à domicile et éviter les complications. Actuellement, plusieurs modèles de soins de transition existent. L'objectif de cette étude est donc de comprendre les expériences vécues des personnes hospitalisées dans ce processus de préparation de la sortie, en mettant en lumière leurs perspectives. Ainsi, nous avons mené une étude qualitative phénoménologique au travers de dix entretiens semi-dirigés. L'analyse thématique nous a permis de faire émerger trois catégories de thèmes : une grande variabilité de la participation aux décisions de soins de la personne hospitalisée, une implication de la famille majoritairement initiée par la famille elle-même ainsi qu'une remise en question de la continuité des soins par les participant-e-s. La discussion replace ces trois dimensions dans une prise en charge globale centrée sur la personne. Nous parvenons à la conclusion qu'il est compliqué de pouvoir implémenter un modèle de soins spécifique à la préparation de la sortie si les concepts principaux du modèle ne sont pas appliqués à la prise en charge globale.

Liste des tableaux (selon apparition)

Tableau :

1. Orientations données des demandes au bureau de Lausanne.....	17
2. Données sociodémographiques.....	29

Liste des figures (selon apparition)

Figure

1. Anatomie du membre inférieur proximal.....	14
2. Projets du bureau BRIO de Lausanne	16
4. Modèle de soins centrés sur la personne selon McCormack et McCance.....	43
5. Modèle de soins centrés sur la personne selon Gerteis.....	44

Liste des abréviations (ordre alphabétique)

AHQR	Agence des soins de santé et de qualité
CAM	Confusion Assessment Method
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CTR	Centre de Traitement et de Réadaptation
ECA	Etat Confusionnel Aigu
EMS	Etablissement Médico-Social
IDL	Infirmier De Liaison
LRH	Loi relative à la Recherche sur l'être Humain
MMSE	Minimal Mental State Examination
NRS-2002	Nutritional Risk Screening
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RSRL	Réseau Santé Région Lausanne

Introduction

Les deux défis majeurs dans la politique socio-sanitaire sont le changement démographique et les coûts de la santé (Mabire, Dwyer, Garnier, & Pellet, 2018). L'allongement de l'espérance de vie ainsi que le vieillissement de la population engendrent notamment une augmentation du nombre d'hospitalisations de patient-e-s présentant souvent plusieurs comorbidités acquises avec l'âge (Webster et al., 2019). Parallèlement, les techniques chirurgicales ont évolué et permettent actuellement une récupération plus rapide (Jensen, Smith, Overgaard, Wiil, & Clemensen, 2017). La pression du système de santé ainsi que le progrès médical amènent donc à la diminution de la durée d'hospitalisation et ainsi à de nouveaux défis concernant la préparation plus rapide de la sortie (Jensen et al., 2017; Mabire et al., 2018). En effet, la transition est une étape cruciale chez les personnes âgées en général, et plus encore chez les individus multimorbides ou fragiles (Lilleheie, Debesay, Bye, & Bergland, 2019; Scott, 2010). Les transitions multiples, soit le passage de l'hôpital à un centre de traitement et de rééducation (CTR) puis à la maison, amplifient la nécessité de coordination des soins et de communication entre la personne hospitalisée, son entourage et les professionnel-le-s de la santé (Conn et al., 2018; Lilleheie et al., 2019). Selon Forster et al. (2004), 20% des sorties conduisent à un événement indésirable, dont 12% qui pourraient être prévenus ou anticipés pendant le séjour (Mabire, Goulet, Morin, & Büla, 2015).

Dans ce contexte, la préparation de la sortie devient un enjeu essentiel puisqu'une meilleure transition entre l'hôpital et la communauté pourrait faciliter le retour à domicile, éviter les complications et les réadmissions et ainsi diminuer les coûts de la santé (Friedman et al. 2002; Mennuni et al. 2017; Preyde, Macaulay et Dingwall 2009; Turner et al. 2008). Plusieurs modèles de prise en charge ont été développés dans le but d'optimiser cette transition (Braet, Weltens et Sermeus 2016). Au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) par exemple, une voie rapide a notamment été élaborée pour les personnes atteintes d'une fracture du fémur. Dans le même contexte régional, une étude prédictive met en évidence que les interventions des soins infirmiers, notamment, sont plutôt dirigées sur l'organisation et la coordination entre professionnel-le-s que sur les besoins et les attentes des personnes hospitalisées (Mabire et al., 2015). L'objectif de cette étude est donc de comprendre l'expérience vécue par les personnes hospitalisées dans ce processus de préparation de la sortie en mettant en lumière leurs perspectives concernant la transition.

1.1 Cadre théorique

Dans ce chapitre, nous présentons en premier lieu la définition de la préparation de la sortie ainsi que l'évaluation de différents modèles. Ensuite, nous nous intéressons à la population concernée, soit les personnes âgées puis à une pathologie très fréquente, la fracture de hanche. Finalement, dans le but de contextualiser ces propos, nous expliquons brièvement le système vaudois.

1.1.1 Préparation de la sortie

Les définitions de la préparation sont diverses et mettent l'accent sur différents éléments ou objectifs importants. En combinant deux définitions complémentaires, ce terme peut être conceptualisé comme un processus complexe de décision centré sur l'évaluation et l'identification des besoins impliquant les patient·e·s, les proches et le personnel soignant au moyen d'une collaboration dynamique et interactive (Mabire, 2014; Potthoff, Kane, & Franco, 1995; Rorden & Taft, 1990). Cette vaste définition se précise avec des éléments concrets tels que « l'organisation, la sortie physique des patient·e·s et de leurs effets personnels, les informations destinées aux patient·e·s, à leurs proches et aux partenaires de santé » (p.3) (Service évaluation des pratiques cliniques, 2001). Elle est décrite comme multidimensionnelle et « un soin à part entière » (p.3) (Service évaluation des pratiques cliniques, 2001). La préparation de la sortie amène à une transition. Cette dernière peut être définie comme un processus de passage d'une phase ou d'une condition à une autre, au cours duquel des changements dans l'état de santé, les relations entre les rôles, les attentes ou les capacités créent une période de vulnérabilité (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Coleman et Boulton (2003) précise également que ces transitions peuvent concerner des transitions intra- ou extrahospitalières.

Ces diverses définitions envisagent la préparation de la sortie sous différents angles de vues. La réalité multidimensionnelle impliquant à la fois les professionnel·le·s de santé, les personnes hospitalisées et leur entourage ainsi que la période de vulnérabilité induite par la transition elle-même dépeint une certaine complexité. Ce processus doit donc avoir l'attention nécessaire et faire partie des soins de base.

En facilitant la transition, la coordination ainsi que la continuité de soins seraient favorisées (Coleman & Boulton, 2003). De plus, les complications et les réadmissions évitables notamment

seraient diminuées ; ce qui favoriserait ainsi le contrôle des coûts (Friedman et al., 2002; Mennuni et al., 2017; Preyde et al., 2009; Turner et al., 2008).

C'est pourquoi, plusieurs interventions comprenant une action unique ou avec de multiples composantes ont été développées (Braet et al., 2016; Leppin et al., 2014; Mennuni et al., 2017). La création d'une nouvelle profession ou encore des modèles tels que « Care Transitions Intervention » et « Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions » en sont quelques exemples (Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; Hansen et al., 2013; Mabire, 2014). Hormis ces deux modèles, deux revues systématiques comparent différentes méthodes d'application. Il en découle que plusieurs éléments se révèlent primordiaux. Premièrement, l'intervention doit débuter durant l'hospitalisation et perdurer après la sortie (Braet et al., 2016; Scott, 2010). Ensuite, Mennuni et al. (2017) recommandent une mise en place du plan de prise en charge pour tous les patient·e·s dans les premières 24 heures afin de déterminer notamment le niveau de complexité des besoins. Un suivi par téléphone à une semaine puis à six mois serait également recommandé (Le Berre, Maimon, Sourial, Guériton, & Vedel, 2017). Il a aussi été confirmé dans plusieurs études que l'« empowerment¹ » de la personne hospitalisée et l'implication de son entourage améliorent la qualité de la prise en charge (Braet et al., 2016; Leppin et al., 2014; Mabire et al., 2015).

Cependant, ce processus n'est pas toujours facile à mettre en place et plusieurs études ont explicité notamment un potentiel d'amélioration de la communication entre les professionnel·le·s de santé, les patient·e·s, la famille et la communauté (Auerbach et al., 2016; Carroll & Dowling, 2007; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005; Schoeb, Staffoni, & Keel, 2018). Il existe également des difficultés liées à la communication dans les équipes interprofessionnelles ; ce qui a pour conséquence une transmission d'informations tardives ou incomplètes (Conn et al., 2018; Schoeb et al., 2018). La complexité de certains individus et les troubles cognitifs perturbent aussi parfois les intentions (Rule, 2018). Le contexte institutionnel joue aussi un rôle important dans la préparation de la sortie. En effet, les protocoles, les lignes directrices ainsi que les routines de soins peuvent avoir une influence sur la qualité de la préparation de la sortie (Efrainsson, Sandman, Hydén, & Rasmussen, 2004; Efrainsson, Sandman, & Rasmussen, 2006; Huby, Brook, Thompson, &

¹ L'empowerment, autonomisation ou capacitation, est la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale (Bassleer, Boulanger, & Menozzi, 2014).

Tierney, 2007; Huby, Stewart, Tierney, & Rogers, 2004; Procter, Wilcockson, Pearson, & Allgar, 2001).

Pour les personnes âgées, la transition peut se révéler une étape décisive, car ils sont plus vulnérables. En effet, les personnes âgées souffrant de plusieurs comorbidités ont des grands risques de réhospitalisation précoce, de qualité de vie réduite ou d'une mort prématurée (Webster et al., 2019). Ils sont aussi susceptibles de nécessiter une coordination coûteuse entre plusieurs spécialités qui se poursuit hors de l'établissement (Webster et al., 2019). Selon la littérature, une hospitalisation sur cinq est compliquée par un événement indésirable après la sortie, dont 12% qui pourraient être prévenus ou anticipés pendant le séjour (Forster et al., 2004; Mabire et al., 2015). La préparation doit donc être adaptée en fonction des besoins et être d'avantage dans ce type de population (Holland, Harris, Leibson, Pankratz, & Krichbaum, 2006; Mabire, 2014).

1.1.2 Population

Il y a déjà des décennies, le terme de « personne âgées » a été attribué aux personnes en âge de prendre la retraite car cela signifiait qu'ils étaient proche de la fin de leur vie. Or, bien que l'espérance de vie ait augmenté considérablement ces dernières années, l'âge de la retraite n'a que peu changé (Ennuyer, 2011). Les personnes âgées restent encore à l'heure actuelle les individus à partir de 65 ans, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) incluant même les 60-64 ans sous cette appellation (Ennuyer, 2011; Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2016). Bien que ce groupe d'âge soit hétérogène, le risque de développer une maladie chronique augmente. Aussi, avec l'âge, plusieurs syndromes peuvent apparaître. La fragilité par exemple, est un syndrome gériatrique commun acquis par le déclin lié à l'âge (Chen et al., 2003). Elle est définie comme une vulnérabilité accrue résultant d'une diminution des réserves et des fonctions liées au vieillissement dans de multiples systèmes physiologiques (Xue, 2011). Elle s'identifie au moyen de trois réponses positives sur les cinq éléments suivants : faiblesse, lenteur, faible niveau d'activité physique, épuisement autodéclaré et perte de poids involontaire (Chen et al., 2003). Les personnes souffrant de fragilité expriment une capacité diminuée à faire face aux facteurs de stress quotidiens ou aigus comme par exemple le traumatisme physique et/ou psychologique vécu lors d'une chute (Xue, 2011). La sarcopénie, lié étroitement à la fragilité, est un autre prédicteur de morbidité ou d'invalidité dans cette population (Nascimento et al., 2019). Elle résulte du processus de vieillesse, mais est aussi

influencée par des facteurs de risques tels que le style de vie ou la génétique. Ce trouble représente une affection des muscles squelettiques provoquant une perte accélérée de la masse musculaire et ainsi des fonctions motrices. Ces atteintes peuvent mener au déclin fonctionnel, aux chutes et au décès (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019). Mieux connue de la société, l'ostéoporose est une pathologie fréquente chez les personnes âgées qui réduit et modifie notamment la masse osseuse (Kanis, 2019). Cette atteinte entraîne une fragilité osseuse et ainsi un risque de fracture plus élevé. Elle peut être physiologique, mais peut aussi résulter d'autres maladies ou médicaments (Nuti et al., 2019).

L'âge avancé pouvant amener à un déclin multi-organique, il arrive que diverses pathologies chroniques s'entremêlent. Ainsi, l'Agence des soins de santé et de qualité (AHQR) définit les personnes atteintes d'au moins deux maladies chroniques, dont chacune peut influencer les soins de l'autre maladie, comme des patient·e·s complexes (National Quality Forum, 2012). Les résultats de l'étude de Webster et al. (2019) suggèrent qu'une définition de la complexité des patient·e·s basée uniquement sur la présence et le nombre de comorbidités est beaucoup trop étroite et ne reflète pas les réalités locales rencontrées par les prestataires dans leur travail quotidien. En effet, du point de vue des prestataires de soins primaires, les individus considérés comme complexes ont des défis à relever non pas tant en raison de leurs seuls problèmes médicaux, mais plutôt en raison de leurs conditions sociales et de vie. La complexité des patient·e·s devrait donc être définie selon l'état socio-économique et l'état de santé mentale, par opposition à la multimorbidité médicale exclusivement (Loeb, Bayliss, Candrian, deGruy, & Binswanger, 2016; Webster et al., 2019). Cependant, le terme de « patient·e·s complexes » peut avoir une connotation péjorative. Par conséquent, l'AHRQ recommande l'expression « patient·e·s ayant des besoins de soins complexes » (Loeb et al., 2016).

Somme toute, cette population est susceptible d'être hospitalisée fréquemment, de mourir prématurément, d'avoir une mauvaise qualité de vie, de souffrir de dépression et de mauvaise santé mentale. Elle exige souvent une prise en charge multidisciplinaire permanente qui implique un besoin de coordination entre différents professionnel·le·s de santé (Jencks, Williams, & Coleman, 2009; Naylor et al., 1999; Webster et al., 2019).

1.1.2.1 La fracture de hanche chez les personnes âgées

Comme dit précédemment, les personnes âgées ont de forts risques d'être atteints de sarcopénie et d'ostéoporose, les rendant susceptibles aux chutes et ainsi à diverses fractures (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Nuti et al., 2019). La fracture du fémur, aussi appelée fracture de hanche est une pathologie très représentée dans cette population (Dyer et al., 2016; Toscan, Manderson, Santi, & Stolee, 2013). Elle concerne, en 2018, 12'042 résidents Suisse, soit une incidence de 1.35

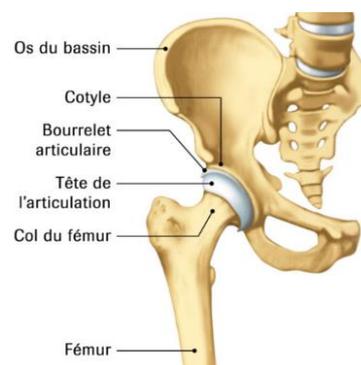


Figure 1 : Anatomie du membre inférieur proximal, tirée de Ligue Suisse contre le rhumatisme, 2020

(Observatoire Suisse de la Santé, 2020). L'intervention la plus souvent proposée est la chirurgie. La convalescence dure plusieurs mois et nécessite la plupart du temps un long séjour en rééducation (Dyer et al., 2016). En soins postopératoires, le risque de développer un état confusionnel (ECA), soit une perturbation de l'état cognitif, est élevé et met en péril la convalescence (Grob, Rutschmann, & Andreoli, 2003; Mosk et al., 2017). Avec l'évolution de la chirurgie et de la médecine générale, les durées de séjours ont pu être diminuées et la rééducation est amorcée plus rapidement.

En résumé, une fracture dans cette population n'est pas à sous-estimer pour de multiples raisons (Brent & Coffey, 2013). Premièrement, la population concernée est souvent complexe, fragile et présente fréquemment de multiples comorbidités, ce qui peut compliquer la prise en charge ou la suite de la récupération (Marengoni, Rizzuto, Wang, Winblad, & Fratiglioni, 2009; Toscan et al., 2013).

Deuxièmement, l'événement d'un traumatisme soudain tel que la fracture est particulièrement dévastateur en termes d'impact sur la santé et les capacités d'un individu (Dyer et al., 2016; Gesar, Hommel, Hedin, & Bååth, 2017). En effet, cette atteinte conduit à un déclin physique et une dépendance aux autres qui peut également affecter l'état psychologique (Gesar, Hommel, et al., 2017; Magaziner et al., 2000). De plus, la fragilité que les personnes âgées peuvent présenter les rend plus vulnérables à ce traumatisme et à l'hospitalisation (Xue, 2011). Il arrive également que la récupération soit perturbée par une réadmission ou soit incomplète, impliquant donc un handicap (Brent & Coffey, 2013; Riggs, Roberts, Aronow, & Younan, 2010; Veronese & Maggi, 2018). Comme l'explique plusieurs études, une année après les faits, entre 40% et 80% des personnes ayant subi une fracture de hanche nécessitent

encore un moyen auxiliaire pour se déplacer et beaucoup éprouvent encore une difficulté dans une activité du quotidien (Bhandari & Swiontkowski, 2017; Cooper, 1997; Nurmi, Narinen, Lüthje, & Tanninen, 2004; Simunovic et al., 2010; Veronese & Maggi, 2018). La dépression, l'isolement social ainsi qu'une qualité de vie diminuée ont également été détectés dans cette population (Cristancho, Lenze, Avidan, & Rawson, 2016; Smith, Dainty, & MacGregor, 2018; Veronese & Maggi, 2018). Le taux de mortalité à un an se trouve sur une pente descendante depuis ces dernières années, mais représente encore environ 23% des personnes hospitalisées pour une fracture de hanche (Downey, Kelly, & Quinlan, 2019). Finalement, les coûts engendrés par l'hospitalisation, la rééducation et le handicap subsistant sont considérables (Brent & Coffey, 2013; Veronese & Maggi, 2018).

C'est pourquoi des voies rapides spécifiques à cette population ont été implémentées dans de nombreux pays dans le but de diminuer la durée de séjour, le taux de réadmission, les complications, la mortalité ainsi que les coûts (Friedman, Mendelson, Kates, & McCann, 2008; Gesar, Hommel, et al., 2017; Miura, DiPiero, & Homer, 2009; Pedersen et al., 2008; Phy et al., 2005; Schnell, Friedman, Mendelson, Bingham, & Kates, 2010). Dans ce même objectif, au CHUV, un itinéraire clinique a été mis en place. Dès l'entrée aux urgences d'une personne de plus de 65 ans qui présente des signes de fracture de hanche, le service de gériatrie est contacté pour une évaluation ; ceci dans le but de prévenir un état confusionnel aigu notamment. De plus, une feuille d'information crée par les gériatres et destinée au personnel soignant explique les mesures préventives de cet état confusionnel. Un feuillet explicatif est également remis aux patient·e·s à leur arrivée. En postopératoire, le « Confusion Assessment Method » (CAM) (Annexe A) permet de mesurer régulièrement l'état de confusion (Grandahl, Nielsen, Koerner, Schultz, & Arnfred, 2016). La nutrition jouant un rôle aussi important, le « Nutritional Risk Screening » (NRS 2002) (Annexe B) et le poids sont également mesurés régulièrement. Dès l'arrivée de la personne accidentée dans le service de traumatologie, l'infirmier·ère chef·fe la signale au CTR affilié pour un éventuel séjour et l'infirmier·ère de liaison (IDL) évalue les besoins pour la suite de la prise en charge. Une séance hebdomadaire réunissant les principaux acteurs de la procédure a aussi lieu.

1.1.3 Contexte cantonal

Le programme susmentionné s'insère dans un système de santé cantonal qui a plusieurs atouts pour être au cœur de cette investigation: une grande taille, une politique socio-sanitaire visionnaire et un hôpital universitaire avec des compétences reconnues au niveau international.

Premièrement, le canton de Vaud fait partie des trois cantons les plus peuplés en Suisse après Zürich et Berne et sa croissance ne faiblit pas. Le nombre symbolique des 800'000 habitants a été franchi fin 2018 et la projection pour 2040 montre encore une augmentation de 200'000 habitants (« STATISTIQUE VAUD - Aperçu Etat et structure », 2019). Cette croissance doit être anticipée puisqu'elle pose quelques défis en matière notamment de transports, de santé, de logement et de formation. Au point de vue de la santé, il est important de relever que l'effectif de la population de 80 ans et plus va augmenter de 120% en 2040. Cette évolution pèsera donc lourdement sur les hôpitaux avec 70% des patient·e·s qui auront plus de 65 ans. Deuxièmement, le Canton de Vaud, dans la volonté de mieux coordonner les prestations de soins, a mis en place une loi spécifique sur les réseaux de soins, entrée en vigueur en 2008. L'état s'est inspiré de l'exemple de la France, du Canada, de la Grande-Bretagne ou encore des Etats-Unis pour unifier le suivi de soins entre les différentes structures existantes (Dietschi, 2017). Dans ce but, un programme cantonal a été élaboré sous forme de « Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation » (BRIO) qui sont répartis en quatre régions : Lausanne, La Côte, Haut-Léman et Nord Broye. Ces centres ont la mission d'orienter les patient·e·s dans les bonnes structures d'accueil et de coordonner les prestations dans le but d'améliorer la continuité des soins. Pour cela, des infirmiers·ères ont été formés spécifiquement à cette problématique et ont pris le nom d'infirmier·ère de liaison (IDL).

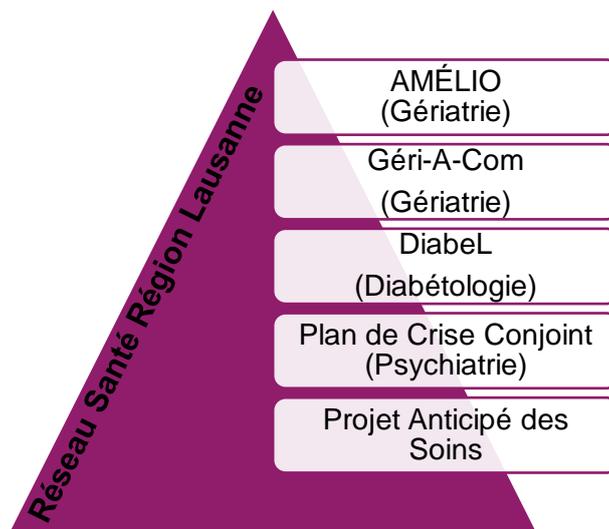


Figure 2: Projets du bureau BRIO de Lausanne

Par la suite, parmi les divers projets du bureau BRIO de Lausanne (Figure 2), un projet nommé AMELIO a été mis sur place, conjointement avec le CHUV, dans le but d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées précisément (Annexe C) (Réseau Santé Région Lausanne, 2017). Il a pour objectif de renforcer l'interface entre le centre hospitalier et les autres institutions de soins au moyen d'une implémentation supplémentaire d'infirmiers-ères de liaison dans l'établissement, avec un cahier des tâches modifié (Annexe D). Comme le révèle le tableau 1, l'hôpital cantonal est la principale source de demandes (Dietschi, 2017; Réseau Santé Région Lausanne, 2017). En 2017, il représente 69.1% des demandes d'orientations du bureau de la région lausannoise. Les orientations sont diverses, allant du retour à domicile sans aide particulière au placement en long séjour en Etablissement Médico-Social (EMS). Nous pouvons voir qu'après le retour à domicile sans aide (3533), les Centres de Traitement et Réadaptation (2879) sont la deuxième orientation la plus répandue au sein de l'hôpital universitaire (Réseau Santé Région Lausanne, 2017). Malgré l'effort commun de mieux coordonner le processus de soins, le rapport 2018 du CHUV montre que 6.3% de ses capacités d'hospitalisation ont été occupées par des patient-e-s en attente d'un séjour de réadaptation ou d'une place en établissement médico-social (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 2018).

Tableau 1: Orientations données des demandes au bureau de Lausanne (Réseau Santé Région Lausanne, 2017)

Orientations réalisées

Les données des tableaux ci-dessous ont comme critère d'extraction la date d'issue entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017.

← Demandes orientées vers... →

	Domicile avec aide	Domicile sans aide	Long séjour	Séjour d'observation	CTR	Court séjour conventionné	Court séjour non conventionné	Hôpital de soins aigus	Décès avant orientation	Demande d'orientation retirée	Non applicable/présentation de conseil	Appareillement protégé	Homme non médicalisé	Nouvelle demande	
CHUV	3533	1824	366	2	2879	208	39	1240	277	31	26	5	12		10'442
	73,3%	86,7%	25,7%	20%	99,3%	24,8%	42,9%	78,2%	69,6%	5%	9,4%	71,4%	100%		69,1%
SUPAA	1		102			7	1	8	3	8	2				132
	0%		7,2%			0,8%	1,1%	0,5%	0,8%	1,3%	0,7%				0,9%
Struct. prov.	7	1	249					22	31	7					317
	0,1%	0%	17,5%					1,4%	7,8%	1,1%					2,1%
CTR RSRL	1254	266	236	1	9	26	12	168	54	5	4	1			2036
	26%	12,6%	16,5%	10%	0,3%	3,1%	13,2%	10,6%	13,6%	0,8%	1,4%	14,3%			13,5%
CMS	10	1	148	3	5	389	29	93	8	283	28	1		1	999
	0,2%	0%	10,4%	30%	0,2%	46,4%	31,9%	5,9%	2%	45,3%	10,1%	14,3%		5,9%	6,6%
Autres BRIO et CCiCP	3	4	182	3	1	62	1	7	14	126	6			14	423
	0,1%	0,2%	12,8%	30%	0%	7,4%	1,1%	0,4%	3,5%	20,2%	2,2%			82,4%	2,8%
Autres	15	9	143	1	6	147	9	48	11	165	210			2	766
	0,3%	0,4%	10%	10%	0,2%	17,5%	9,9%	3%	2,8%	26,4%	76,1%			11,8%	5,1%
TOTAL	4823	2105	1426	10	2900	839	91	1586	398	625	276	7	12	17	15'115
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

CHUV = Centre hospitalier universitaire vaudois

SUPAA = Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé

CTR RSRL = Centre de traitement et de réadaptation du Réseau santé région Lausanne

CMS = Centre médico-social

BRIO = Bureau régional d'information et d'orientation

CCiCP= Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique

La préparation de la sortie est un élément important dans la prise en charge hospitalière et permet notamment d'éviter des complications et des réhospitalisations précoces qui pèsent lourd dans les coûts dans la santé. Elle est d'autant plus importante pour une population âgée en forte augmentation. En effet, bien que ce ne soit pas une généralité étant donné l'hétérogénéité de la santé des personnes âgées, l'avancement de l'âge peut faire apparaître des syndromes gériatriques et des maladies chroniques. Les personnes hospitalisées pour

une fracture de hanche ont bien souvent des comorbidités qui les ont conduites à une fragilité osseuse. Ainsi, l'hospitalisation de ces personnes peut se révéler éprouvante et déstabilisante et provoquer un état confusionnel aigu. Cet état peut les rendre plus vulnérables face à la transition de l'hôpital vers une autre structure. Aussi, une attention particulière doit être portée sur la coordination de leur prise en charge pluridisciplinaire. Dans ce contexte, notre objectif était de comprendre l'expérience vécue par les personnes hospitalisées dans ce processus de préparation de la sortie en mettant en lumière leurs perspectives concernant la transition.

Méthode

2.1 Etude qualitative phénoménologique

Ce travail est une étude pilote d'un projet de plus grande envergure, permettant notamment d'en établir la faisabilité (Green & Thorogood, 2018).

Notre question de recherche portant sur l'expérience de la préparation à la sortie ainsi que les perspectives face à ce changement, nous avons opté pour un devis compréhensif fondé directement sur les énoncés de la population concernée, soit un devis qualitatif.

Résultant de deux courants, soit de l'existentialisme représenté par Brentano, Heidegger et Sartre et du courant « anti-objectivisme » de Bachelard et Merleau-Ponty, cette approche, selon Husserl, permet un retour au monde de l'expérience subjective en décrivant et en explorant le sens attribué à une expérience (Housset, 2000; Ribau et al., 2005; Sadala, 2001). L'approche phénoménologique est à l'origine de toutes sciences, se fondant sur la primauté de la conscience et dans la découverte des phénomènes vécus à partir du récit initial, sans dénaturation (Giorgi, 1975b, 1975a; Ribau et al., 2005; Sadala, 2001). En d'autres termes, la phénoménologie permet d'« explorer et de décrire le sens attribué à une expérience, à partir de la conscience qu'en a le sujet qui la vit »(p.22) et dépasserait les limites de l'approche scientifique traditionnelle (Ribau et al., 2005).

2.1.1 L'entretien semi-directif

Dans le contexte d'une recherche qualitative phénoménologique, l'entretien individuel est l'outil majoritairement utilisé (Ribau et al., 2005). Plusieurs définitions de l'entretien de recherche existent et diffèrent selon le degré de précision et les positions théoriques. Grawitz (2001), par exemple, le définit comme « un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé » (p.591) tandis que Van der Maren (1996) précise que l'entrevue, quelle qu'elle soit, réunit des données faisant référence au cadre personnel des individus, tels que les émotions, les jugements et les perceptions face à des situations déterminées, tout en essayant de conserver sa complexité (Baribeau & Royer, 2012). D'autres auteurs ajoutent la notion d'interaction entre l'intervieweur·euse et l'interviewé·e (Baribeau & Royer, 2012). Comme le dit Poupart (1997), l'entretien, en donnant la parole à l'interviewé·e, a de multiples buts (Baribeau & Royer, 2012). C'est un instrument privilégié pour notamment dévoiler les représentations du monde en

comprenant et en interprétant comment les personnes imaginent le monde dans un contexte social particulier (Baribeau & Royer, 2012; Boutin, 2019). Il permet ainsi d'appréhender la pensée dans sa totalité et de toucher au vécu en profondeur (Vilatte, 2007). Cette technique, où la subjectivité est une propriété importante, est donc propice pour identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, les expériences, etc. dans le but d'approfondir un sujet avec un temps de parole libre (Baribeau & Royer, 2012; Boutin, 2019; Kohn & Christiaens, 2014; Vilatte, 2007).

L'entretien pouvant être nommé de diverses façons, certains auteurs l'ont classé selon son degré de liberté, soit l'entretien libre, semi-dirigé et dirigé (De Ketele & Roegiers, 1996; Imbert, 2010; Vilatte, 2007). L'entretien semi-dirigé se trouve entre deux et est le plus fréquemment utilisé (Quivy & Campenhoudt, 1995; Vilatte, 2007). Les thèmes sont définis à l'avance mais l'ordre des questions n'est pas établi. Il favorise l'expression de l'interviewé-e puis la relance sur les sujets non abordés. Il permet d'intensifier les connaissances d'un domaine ou de questionner des phénomènes connus au préalable (De Ketele & Roegiers, 1996; Imbert, 2010; Vilatte, 2007).

Comme toute méthode, il peut y avoir certaines limites; le plus important étant de les reconnaître. Une des principales critiques faites à la méthode qualitative est sa subjectivité. Certes la subjectivité fait partie intégrante de la méthode, car c'est grâce à elle qu'on peut atteindre les pensées propres des participant-e-s (Green & Thorogood, 2018). Il se peut que la personne interviewée modifie son comportement dans le but de répondre selon les attentes de l'équipe de recherche et de correspondre au cadre, aussi appelé la désirabilité sociale, ou alors il se méfie de l'intervieweur-euse (Boutin, 2019; Vilatte, 2007). Afin de pallier ce changement de comportement, la maîtrise de l'entretien est essentielle. Une communication adaptée sans jugement permet notamment de mettre en confiance les participant-e-s. De plus, la technique de l'entretien avec de nombreuses relances peut mettre en évidence les possibles réponses toutes faites (Gotman & Blanchet, 1992; Imbert, 2010; Vilatte, 2007).

2.1.1.1 Le guide d'entretien (Annexe E)

L'entretien semi-dirigé étant l'outil choisi dans notre étude, nous avons donc élaboré un guide d'entretien pour pouvoir répondre à la question de recherche. A partir des catégories nous avons élaboré plusieurs questions ouvertes (Gotman & Blanchet, 1992; Kaufmann, 1996; Vilatte, 2007). Une première version a été testée auprès de plusieurs personnes,

correspondant ou non à la future population afin de s'assurer de la compréhension des questions et de concepts avancés (Imbert, 2010). De plus, la possibilité durant les entretiens d'avoir de nouvelles interrogations ou de nouvelles catégories a fait légèrement évoluer le guide d'entretien (Imbert, 2010; Vilatte, 2007). Nous avons débuté par des questions sociodémographiques simples pour établir la conversation puis avons formulé des questions d'ordre général pour permettre aux personnes de s'engager d'elles-mêmes dans des thèmes (Imbert, 2010; Kaufmann, 1996; Vilatte, 2007). Les relances de diverses sortes nous ont permis d'approfondir les idées des participant-e-s (Vilatte, 2007). Tout au long des entretiens, nous avons veillé à poser des questions suffisamment ouvertes, c'est-à-dire en essayant de ne pas orienter la réponse des participant-e-s (Imbert, 2010; Vilatte, 2007). Afin de s'adapter au contexte et à l'individu, l'ordre des thèmes n'importait peu, mais tous les thèmes ont été abordés (Imbert, 2010; Vilatte, 2007).

2.2 Accès au terrain

Les responsables des soins infirmiers du département de l'appareil locomoteur se sont montrés intéressés par notre projet. Le soutien du médecin chef du service d'orthopédie et de traumatologie a permis de prendre contact avec les personnes responsables du service de traumatologie, qui nous ont ouvert les portes de leur service. Après discussions et selon les contraintes et les demandes du service, nous nous sommes mis d'accord sur les pathologies du membre inférieur proximal. Sur demandes des responsables, nous avons participé à plusieurs colloques puis avons partagé un document afin d'expliquer notre projet à toute l'équipe soignante.

2.3 Population

Pour les études qualitatives, il est important d'avoir une grande variabilité d'âge, de problèmes médicaux et sociaux, d'origines différentes afin de pouvoir dresser une image la plus complète possible des expériences et des représentations.

Nous avons donc considéré toutes les personnes hospitalisées dans le service de traumatologie souffrant d'une fracture du membre inférieur proximal. Nous avons toutefois établi deux critères d'inclusion et deux critères d'exclusion dans le but de permettre un échange verbal facilité.

2.3.1 Critères d'inclusion

- Âgé de plus de 18 ans
- S'exprime facilement en français

2.3.2 Critères d'exclusion

- Troubles cognitifs (MMSE < 25)
- Troubles du langage

2.3.3 Le Minimal Mental State Examination (MMSE) (Annexe F)

Le Minimal Mental State Examination (MMSE) est un outil développé pour dépister les personnes ayant une atteinte neurocognitive majeure. Il comprend 20 items couvrant 11 domaines et comptabilisant au total 30 points.

Selon plusieurs auteurs, le niveau de scolarité, l'âge et le niveau socioéconomique peuvent influencer le résultat final. Ainsi le seuil a été largement discuté et revisité. Cobb et al. proposaient donc différents cut-off selon le degré de scolarité (1993):

<19 pour ceux qui ont eu 0-4 ans de scolarité

<23 si 5-8 ans de scolarité

<27 si 9-12 ans de scolarité

<29 si obtention du baccalauréat ou équivalent

En clinique, la valeur de 24/30 est souvent utilisée pour établir un diagnostic de trouble neurocognitif tandis que le celle de 27/30 permettrait de l'exclure. Les résultats entre ces deux nombres nécessiteraient de considérer des tests plus sensibles aux troubles cognitifs légers (Consortium National de Formation en Santé, 2018; Subara, 2011).

2.4 Procédure

Les responsables du service ont identifié les personnes potentiellement éligibles parmi les patient·e·s ayant subi une fracture du fémur et correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Après avoir obtenu un accord verbal de leur part, ils nous ont transmis leurs coordonnées dans le but de les rencontrer. Nous leur avons distribué et présenté individuellement l'étude selon les points mentionnés dans la feuille d'informations destinée aux patient·e·s validée au préalable par la commission d'éthique (projet n°2019-01247). Nous

avons mis l'accent sur leur droit de refuser ou de se rétracter à tout moment. Si les participant·e·s étaient favorables à participer, nous avons convenu d'organiser une prochaine entrevue, au plus près de leur sortie de l'hôpital. Lors de cette deuxième rencontre, la question de volonté de participer a été à nouveau évoquée, ainsi que les possibles questions survenues entre les deux rendez-vous. Une fois la confirmation de la participation établie et le consentement signé en deux exemplaires, nous avons mené l'entretien selon le guide d'entretien élaboré en amont dans leur chambre ou dans la salle de colloque. En plus du dictaphone, quelques mots clés ont été annotés afin de pouvoir revenir sur le sujet au fil de l'entretien. La feuille contenant les données personnelles des participant·e·s, les codes attribués (Participant Traumatologie abrégé PT un à dix) ainsi que les enregistrements ont été stockés sur une session personnelle sécurisée du CHUV dans des dossiers distinctement séparés. Les entretiens ont ensuite tous été retranscrits verbatim par l'intervieweur·euse avec les logiciels Express Scribe et Word, les retranscriptions étant codées et anonymisées.

2.5 Analyse des données

2.5.1 L'analyse thématique

Certaines questions de recherche demandent une approche par laquelle les thèmes émergent des données ; ce qui est notre volonté dans cette étude (Kohn & Christiaens, 2014). L'analyse thématique n'est pas liée à un cadre théorique préexistant, et peut donc être utilisée dans différents cadres théoriques (Braun & Clarke, 2006). De plus, l'analyse thématique est une méthode accessible pour un chercheur ou une chercheuse novice dans la recherche qualitative, rendant aussi les résultats accessibles au public (Braun & Clarke, 2006). Cette méthode flexible permet également de souligner les similarités et les différences dans les données (Braun & Clarke, 2006). Toutefois, cette flexibilité, annoncée comme avantage car permettant un large éventail d'options d'analyses, peut aussi compliquer le processus. En effet, l'équipe de recherche, face aux nombreuses possibilités, peut éprouver de la difficulté à restreindre ses lignes directrices (Braun & Clarke, 2006). C'est pourquoi un retour à la question de recherche initiale permet d'encadrer la recherche. Finalement, cette technique ne permet pas une analyse fine du langage (Braun & Clarke, 2006).

Dans l'analyse thématique, la principale opération est la thématisation, soit faire émerger, à partir d'un corpus de données, un certain nombre de thèmes représentatifs (Paillé & Mucchielli,

2012). Cela permet donc d'identifier et d'analyser systématiquement les données pour les organiser et les décrire de manière minimale et détaillée à l'aide des thèmes (Braun & Clarke, 2006; Paillé & Mucchielli, 2012). Un thème est, selon Paillé et Mucchielli (2012), un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos.

Il existe différentes bases épistémologiques; le réalisme, le constructivisme et le contextualisme (Braun & Clarke, 2006; Henwood & Pidgeon, 1994; Slade & Priebe, 2007). La méthode réaliste rapporte uniquement les expériences, les significations et la réalité des participant·e·s tandis que la méthode constructiviste considère ces mêmes éléments comme des effets d'une série de discours opérant au sein de la société. Entre les deux se trouve la méthode « contextualiste » qui considère les deux aspects, soit la vision propre de l'individu face à son expérience et l'influence du contexte social (Braun & Clarke, 2006). Cette dernière reflète notre fondement.

L'approche inductive, en opposition à l'approche déductive, est un processus de codage des données sans essayer de les faire entrer dans un cadre préexistant, dans les idées préconçues des chercheur·euse·s ou dans la vision préconçue du monde en général (Boutin, 2019; Braun & Clarke, 2006). Cela signifie donc que les thèmes identifiés sont fortement liés aux données elles-mêmes, spécifiquement collectées pour l'étude ne sont pas prédéfinis par les recherches antérieures sur le sujet.

2.5.1.1 Les six étapes de l'analyse thématique selon Braun et Clarke (2006)

L'analyse thématique se déroule en plusieurs étapes et suppose un va-et-vient entre les données, les extraits sélectionnés et l'analyse (Braun & Clarke, 2006).

1. La première étape consiste à se familiariser avec les données (Braun & Clarke, 2006). Ayant réalisé les entretiens et les retranscriptions moi-même, j'ai eu de la facilité à obtenir une bonne connaissance des données. Au fil des retranscriptions, des idées de codes ont aussi émergé.
2. La lecture à la recherche de signification informelle permet de commencer la deuxième phase qui est de générer des codes initiaux et d'organiser les données en groupes significatifs (Braun & Clarke, 2006; Tuckett, 2005). Ces codes ont émergé au fur et à mesure des retranscriptions et des relectures et faisaient majoritairement référence aux questions du guide d'entretien. Il est conseillé de coder le maximum d'extraits dans

un premier temps, la codification multiple étant acceptée (Braun & Clarke, 2006; Bryman, 2016). C'est pourquoi par précaution, j'ai recodé les entretiens deux à trois fois au fil de l'avancée du travail. Cela signifie par exemple qu'après le codage de trois puis de sept entretiens, je suis revenue au codage du premier entretien afin de modifier ou ajouter des codes survenus plus tard et ce travail a été effectué pour les dix retranscriptions. Durant cette phase, j'ai également relevé des phrases très représentatives ou très fortes à mon sens et j'ai paraphrasé certains propos et annotés des réflexions pour la suite du travail.

3. Le troisième stade initie la recherche de thèmes. A partir d'un grand nombre de codes et de leurs extraits, un tri est effectué pour faire émerger des thèmes potentiels. L'approche inductive ayant été favorisée dans ce travail, j'ai donc laissé de côté la littérature et ai fait émerger des thèmes uniquement en relisant les extraits des différents codes à de nombreuses reprises. Comme il peut être aidant d'utiliser des représentations visuelles pour aider à organiser les thèmes selon leurs relations, j'ai utilisé divers supports pour enfin créer un premier arbre thématique en identifiant des thèmes principaux et des sous-thèmes (Braun & Clarke, 2006).
4. La quatrième phase demande de retravailler les thèmes ; c'est ainsi, qu'à partir de l'arbre thématique, plusieurs remodelages ont eu lieu selon les liens ou selon le nombre d'extraits insuffisants. Une fois les thèmes réorganisés et comme le préconise Patton (1990), j'ai relu chaque extrait pour m'assurer de son emplacement et de la cohérence du thème créé. J'ai dû plusieurs fois revenir à la retranscription originale pour confirmer le sens attribué. Une fois cette étape réalisée, j'ai revu les thèmes entre eux dans le but de vérifier leur harmonie. A ce moment, j'ai à nouveau rassemblé des thèmes et j'ai modifié des dénominations. La bonne connaissance des données m'a permis de rajouter quelques extraits qui avaient été laissés de côté lors des remodelages. L'affinage et le remodelage des thèmes peut être sans limite, il est donc judicieux de reconnaître quand les remaniements n'apportent rien de substantiel et de s'arrêter (Braun & Clarke, 2006).
5. Au point suivant, chaque thème est analysé plus en profondeur grâce aux extraits (Braun & Clarke, 2006). Le premier essai étant plus une paraphrase des thèmes qu'une histoire, j'ai remodelé plusieurs fois la structure et la dénomination des thèmes pour obtenir une suite cohérente en trois points distincts.

6. L'ultime étape constitue la rédaction du rapport. Plusieurs va-et-vient entre la phase précédente et celle-ci ont été nécessaires afin de conduire le lecteur au travers d'une histoire et de le convaincre. Les extraits illustrant les thèmes doivent être suffisants et clairs, sans toutefois surcharger le texte comme ce fut le cas dans mes premiers essais (Braun & Clarke, 2006). L'argumentation en fonction de la question de recherche permet de dépasser le stade de description des données.

2.5.2 La réflexivité

Bien que cette méthode veuille écarter les idées préconçues et les jugements de l'équipe de recherche pour garantir une ouverture aux expériences d'autrui, il est important de relever que les chercheur·euse·s ne peuvent pas s'éloigner complètement de leurs engagements théoriques et épistémologiques (Braun & Clarke, 2006; Giorgi, 2012).

En effet, tout au long de l'étude, la personne menant le projet est guidé par sa propre posture, souvent liée à sa formation initiale ainsi qu'à son expérience en recherche et du terrain ; Paillé et Mucchielli parlent de sensibilité théorique et expérientielle (2012). Le choix de la question de recherche est déjà une orientation en situant la recherche dans un contexte social et politique (Green & Thorogood, 2018). De plus, durant l'entretien, l'intervieweur·euse ainsi que la situation ne sont pas neutres ; le choix et le moment des relances ou des reformulations tout comme l'envie de plaire ou la méfiance des interviewé·e·s participent donc à la production des données et non pas à leur simple collecte (Green & Thorogood, 2018; Vilatte, 2007). Finalement l'analyse et l'interprétation sont aussi teintées du regard de l'équipe de recherche avec la facilité à trouver un thème plutôt qu'un autre, selon ses sensibilités (Paillé & Mucchielli, 2012).

C'est pourquoi, au lieu de viser une objectivité impossible à obtenir, il est accepté, en recherche qualitative, que ces sensibilités fassent partie intégrante du processus, apportant leurs propres compréhensions, orientations ou connaissances (Breakwell, Hammond, & Fife-Schaw, 2000; Flick, 2014; Green & Thorogood, 2018). Afin de montrer qu'ils considèrent la subjectivité sans pour autant abandonner la volonté de produire des connaissances scientifiques probantes, un outil nommé « réflexivité » est utilisé (Alvesson, 2010; Finlay, 1998; Green & Thorogood, 2018; Hiller & Vears, 2016; Johnson & Waterfield, 2004). La réflexivité est décrite comme une conscience de soi réfléchie et consciente (Finlay, 2002; Hiller & Vears, 2016). Cela signifie que la personne menant une étude réfléchit à son rôle et son impact dans

sa propre étude et les rend transparents (Hiller et Vears 2016; Underwood, Satterthwait, et Bartlett 2010).

De nos jours, de plus en plus de professionnel-le-s de la santé s'orientent vers les recherches qualitatives pour mieux comprendre un aspect de leur pratique (Asselin, 2003; Fisher, 2011; Hiller & Vears, 2016; Hunt, Chan, & Mehta, 2011; King & Churchill, 2008). Cet usage peut se trouver sous le nom de recherche d'initié et comporte ses avantages et ses inconvénients (Asselin, 2003; Chavez, 2008; Cumming-Potvin, 2013; Finlay, 2002; Hiller & Vears, 2016; McEvoy, 2001). L'intérêt et la motivation des scientifiques pratiquant peuvent, grâce à l'expérience professionnelle, amener une bonne connaissance de l'environnement; ce qui est important pour garantir des résultats pertinents (Chew-Graham, May, & Perry, 2002; Hiller & Vears, 2016; McEvoy, 2001; Reed & Procter, 1995; Wilde, 1992). Il y a toutefois le risque d'hésiter entre les deux perspectives qui impliquent différents objectifs (Allen, 2004; Asselin, 2003; Colbourne & Sque, 2004; Hiller & Vears, 2016). Il est donc fondamental que le chercheur soit conscient de cette dualité afin de ne pas compromettre la rigueur éthique et méthodologique de la recherche (Hiller & Vears, 2016).

2.5.2.1 Place de la chercheuse

J'ai commencé à pratiquer dans l'institution investiguée en tant que physiothérapeute après mes études en 2017. J'exerce notamment dans les services de chirurgies viscérale, thoracique, septique, cardiaque, d'oto-rhino-laryngologie et d'urologie tout comme aux soins intensifs et aux urgences pour des soins respiratoires et de réadaptation. Je ne travaille donc pas dans le service de traumatologie où se déroule ma thèse de master, mais la problématique de mon étude pourrait aussi s'y trouver. Ayant séjourné dans un service où je travaille, le visage d'un des participant-e-s m'était familier et réciproquement. Dans les premiers entretiens j'ai annoncé ma profession et mon lieu de travail mais je me suis rapidement rendue compte que cette information pouvait orienter les réponses des participant-e-s. Il est aussi arrivé qu'ils me demandent conseil ou qu'ils me demandent d'apporter les réponses aux questions qu'ils se posaient. Cela m'a mis parfois dans des positions délicates. Je leur ai aussi bien expliqué que leurs réponses, quelles qu'elles soient ne changeraient rien à leur prise en charge car travaillant également dans l'institution, il pouvait y avoir une crainte que je partage leurs propos avant l'anonymisation. Il m'est arrivé une fois que dans un premier temps la personne se soit sentie le devoir de protéger le service concerné; j'ai donc dû expliquer différemment mon

implication et le but de l'étude. J'ai veillé à être cordiale avec les soignant-e-s en présence du participant sans montrer un lien établi. De plus, bien que je veuille une approche inductive, une recherche de littérature en amont a dû se faire pour poser la problématique et rédiger le protocole à soumettre à la commission d'éthique. Toutefois, ce travail ayant été effectué en hiver 2019, les résultats des études qualitatives que j'aurais pu lire ne m'ont pas influencée pour faire émerger des thèmes des données récoltées. Ma profession me donne un regard teinté de nos préoccupations (Annexe G).

Résultats

La section des résultats est structurée en deux parties. La première partie comprend une description des données et des participant·e·s puis la deuxième partie se compose de la présentation de l'analyse de la question de recherche sur la préparation de la sortie. Les rencontres avec les participant·e·s ont permis de comprendre l'expérience des personnes dans ce processus de préparation à la transition ainsi que leurs perspectives face au changement. L'analyse thématique des entretiens a permis de faire ressortir différents thèmes répertoriés dans quatre catégories distinctes, soit la compréhension de la préparation de la sortie, l'implication de la personne hospitalisée, celle de son entourage et la continuité des soins.

3.1 Données et participant·e·s

Entre fin novembre 2019 et fin janvier 2020, nous avons pu nous entretenir avec 10 participant·e·s. Les enregistrements ont duré entre 15 minutes et 44 minutes, sans compter un moment d'introduction en début de chaque entretien. L'entretien de 15 minutes a été perturbé par plusieurs interventions de soignant·e·s qui ont écourté le temps de parole. La fatigue et les programmes de soins chargés des personnes interviewées ont limité la durée de la rencontre à une heure maximum.

Parmi les dix personnes hospitalisées âgées de 69 à 92 ans et comprenant six femmes et quatre hommes, sept individus vivent avec leur partenaire, les trois autres étant veufs. Neuf personnes ont eu une fracture du fémur et un participant a subi une fracture du cotyle. Concernant l'orientation, huit participant·e·s ont été dirigés vers des Centres de Traitement et de Réadaptation, un est rentré à domicile et la dernière est retournée dans l'établissement médico-social où elle séjournait déjà depuis quelques années (Tableau 2). En moyenne, ils ont séjourné au sein de l'hôpital 12,3 jours.

Tableau 2 : Données sociodémographiques

Identifiant	Sexe	Age (années)	Etat civil	Diagnostique principal	Destination	Durée d'hospitalisation (jours)
PT1	M	74	Marié	Fracture du fémur	CTR	5
PT2	F	83	Veuve	Fracture du fémur	CTR	11
PT3	F	88	Veuve	Fracture du fémur	EMS	17
PT4	F	79	Mariée	Fracture du fémur	CTR	17
PT5	F	78	En couple	Fracture du fémur	CTR	12
PT6	F	92	Veuve	Fracture du fémur	CTR	12
PT7	F	84	Mariée	Fracture du fémur	CTR	10
PT8	M	75	Marié	Fracture du cotyle	CTR	15
PT9	M	82	Marié	Fracture du fémur	CTR	20
PT10	M	69	Marié	Fracture du fémur	Domicile	4
		Moyenne 80,4				Moyenne 12,3

PT= Participant

M= masculin ; F= Féminin

CTR= Centre de Traitement et de Réadaptation

EMS = Etablissement Médico-Social

3.2. Compréhension de la préparation de la sortie

En les interrogeant sur la préparation de la sortie, les témoignages ont été variés. Certains reconnaissent en avoir bénéficié tandis que certains réfutent l'avoir vécue. Ainsi, sur les six participant·e·s n'estimant pas avoir eu de préparation en vue de leur départ, trois considèrent ne pas en avoir besoin, car, comme le dit la PT7 « *une sortie d'hôpital ça se vit de toute façon bien* » et plusieurs s'interrogent sur cette pratique :

« *Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour me préparer à cette sortie ? y a vraiment que les gens de [nom de l'hôpital] qui peuvent le savoir* » (PT9).

Il est intéressant de relever que le concept de « préparation de la sortie » est compris et identifié différemment selon les participant·e·s. Pour certains, l'annonce du lieu et de la date représente une préparation tandis que d'autres l'assimilent aussi aux soins reçus durant leur hospitalisation ; la préparation de la sortie peut donc être vue comme factuelle ou continue. Certains interviewé·e·s remarquent aussi une organisation volontaire du système, mais d'autres ont la conviction que :

« *Les réseaux se créent par la nécessité et c'est plus ou moins bien fait, plus ou moins, mais ils ne se sont pas inspirés d'une idéologie éminente qui décide quel est le bon système par rapport à tous les autres qui seraient mauvais* » (PT1).

Alors que tous expriment des difficultés dans leurs déplacements et leur autonomie, sur les dix personnes interrogées, neuf se sentent prêtes à sortir ; une personne souhaitant laisser passer le week-end avant de quitter l'hôpital.

3.3 Implication de la personne hospitalisée

Au travers des discours des participant-e-s, trois thèmes concernant l'implication de la personne hospitalisée ont émergé : la participation, la nécessité de l'information et le rapport aux demandes et aux désirs.

3.3.1 Participation

La plupart des participant-e-s expriment un laisser-aller général dans leur préparation de la sortie. Il apparaît sous différentes formes telles que la passivité forcée ou intentionnelle, l'activité non intentionnelle ou intentionnelle ou encore le fatalisme.

- Passivité non-intentionnelle / passivité intentionnelle

Ce laisser-aller peut être considéré comme de la passivité pour certains. Cette passivité semble en général intentionnelle sauf pour un participant où elle semble due au système complexe et volumineux de l'hôpital :

« *Je suis, je suis pas meneur, je peux pas être meneur, je crois pas disons, parce que c'est trop grand, c'est trop volumineux* » (PT10).

Les autres justifient leur passivité par divers propos. La confiance dans le système de santé avec souvent des expériences antérieures en sont des exemples majeurs. L'autorité que représente le monde médical est aussi amené comme raison :

« *Comme le gamin dans la famille, moi je suis de la vieille génération, je pense qu'il faut une certaine autorité dans ces institutions* » (PT6).

Dans le même sens, plusieurs disent laisser faire les professionnel-le-s et ne s'impliquer que si ça ne leur convient pas. La reconnaissance aux soins apportés est également avancée comme justification de cette inactivité :

« A partir du moment où on prend soin de vous il faut être content, comme dit mon mari » (PT7).

Finalement, une personne avoue ne pas se « *souvenir des événements* » à cause de son état actuel et préfère donc « *suivre* » (PT2).

- Activité non intentionnelle /activité intentionnelle

Plusieurs propos peuvent être identifiés à de l'activité non intentionnelle avec la notion d'adaptation :

« *La vie c'est une suite de circonstances auxquelles on s'adapte ou on ne s'adapte pas* » (PT1).

Parmi les quatre personnes qui se présentent comme actives dans leur prise en charge, l'activité est présentée de différentes manières et pour diverses raisons. L'adhérence aux traitements et le pouvoir décisionnel sont des façons de participer. Comme raisons d'être actifs dans leur prise en charge, la volonté de prendre des décisions est à nouveau citée ainsi que la responsabilité individuelle. Une personne précise sa volonté d'être active dans son traitement dans le but de récupérer le maximum de ses capacités tandis qu'une autre agit de cette manière pour ne pas « *être considérée de manière désinvolte* » (PT9).

- Fatalisme

Deux participantes ont une vision fataliste de leur prise en charge en mentionnant la chance ou le ciel :

« *Etoile ciel t'aidera* » (PT2).

3.3.2 Nécessité d'information

La plupart du temps, l'information passe par la voie orale et le centre de traitement et de réadaptation est présenté de manière générale, laissant les personnes imaginer, comme ici au moyen d'une référence à des expériences antérieures :

« Ben je pense qu'ils feront... moi quand je suis allée à [nom d'une institution], ils m'ont gardé assez longtemps, j'ai fait des exercices pour la jambe, tout ça » (PT6).

Le rapport à l'information varie fortement d'une personne à l'autre ; l'une affirmant son désir de savoir *« autrement il ne serait pas bien »* (PT9), l'autre ne voulant pas se *« compliquer la vie en cherchant des trucs pas possibles »* (PT2). La deuxième approche a été la plus présente dans les récits des personnes interviewées. En effet, la plupart des participant-e-s n'ont pas de question en attente ou s'accommodent de cette situation. Beaucoup expliquent cela par une philosophie de vie dans ce sens :

« J'apprendrai sur place ce qu'il en est / je ne me pose pas trop de questions / j'ai pas besoin de savoir, je me laisse vivre » (PT2).

Tandis que d'autre n'y voient pas d'intérêt :

« C'est des informations qui en fait ne m'intéressent pas, la seule chose qui m'intéresse c'est de voir si je fais des progrès, et que j'aie des résultats » (PT1).

Nous avons relevé que plusieurs participant-e-s mentionnent une « surinformation » apparue au fil des années.

« Pis je verrai bien, on vit maintenant à l'heure de l'information, du papier, de la télévision, mais je verrai bien, avant on vivait pas comme ça, ben on allait à la maternité, on allait accoucher pis on faisait notre gosse et pas besoin d'avoir des ... 36 choses à explications psycho avec le... non c'est vrai / non j'aime bien savoir ou je vais, mais je ne cherche pas à savoir les tenants et aboutissants, je ne sais pas pourquoi, mais ça allait tellement de soi, que j'ai pas besoin qu'on m'en parle 25 jours » (PT7).

Les expériences antérieures apparaissent importantes dans la vision de la suite de la prise en charge et sont souvent citées en référence, diminuant ainsi le besoin d'information.

D'autres ressources ont également été identifiées, impliquant donc un désir moins prononcé d'information de la part des soignant·e·s du service où les personnes interviewées sont hospitalisées. Finalement une personne affirme aussi « *ne rien comprendre ce que disent les docteurs* » (PT3).

Toutefois, il s'est trouvé que plusieurs personnes n'ont pas pu complètement assouvir leur besoin d'information par manque d'interlocuteur·trice. Elles déclarent avoir attendu la visite des soignant·e·s pour obtenir des réponses, mais que ces rencontres n'ont parfois pas eu lieu :

« *Ouais parce que moi, aurait s'il serait venu le chirurgien, j'aurais pu lui poser des questions: si ça a été, qu'est-ce qu'ils m'ont mis, le poids du... de la ferraille que j'ai dans... voyez dans la..., mais là, pff ouais je pose à qui la question? à personne ?* » (PT10).

Or, ces mêmes participant·e·s et pour ainsi dire la quasi la totalité des interviewé·e·s assimilent les questions à quelque chose d'ennuyant pour l'équipe soignante :

« *Non parce que moi je suis pas... ouais je suis pas un ... comment on dit ça, ouais je suis pas un emmerdeur, j'embête pas trop les gens / moi je veux pas aller... toutes les 2 minutes aller derrière l'infirmière en disant on fait comment, on fait quoi, on en est où, je pars quand, je fais quoi, voyez c'est pas, ouais aurait c'est pas dans mon genre* » (PT10)

3.3.3 Rapport aux demandes et aux désirs

En règle générale dans les entretiens, les demandes ou les désirs ne sont pas toujours perçus comme bienvenus au sein d'un hôpital :

« *Parce que je me dis où est-ce qu'on va si tous les patient·e·s commencent à dire je veux aller là, je veux faire-ci, je veux faire-ça* » (PT6).

Des mots assez forts tels que « *contrarier* » (PT8), « *contrariant* » (PT2), « *pioirne* » (PT2), « *combattant* » (PT6), « *sale caractère* » (PT7), « *emmerdeuse* » (PT7) s'ajoutent à ces propos pour parler des demandes auprès des soignant·e·s.

Dans ce sens, les demandes n'ont pas de raison d'exister car les participant·e·s considèrent que les professionnel·le·s savent mieux ce qu'il est bon de faire :

« Ben mon souhait c'est de... c'est de... moi je suis très respectueux des professionnel-le-s donc quand quelqu'un de ce métier à une idée, je considère que c'est la meilleure quoi, je vais pas me... je vais pas m'amuser à pas être d'accord ou à faire de l'opposition vous voyez » (PT8).

Deux personnes rapportent également la limite de leurs demandes selon le fonctionnement du système de santé :

« Oui je peux dire si j'ai envie d'aller là plutôt que là, mais finalement je vais aller où il y a de la place / mais moi je pense pas que c'est mes envies ou mes... la proximité de ma famille qui va changer quoi que ce soit, c'est là où il y a de la place » (PT6).

3.4 Implication de l'entourage

Selon les personnes questionnées au sujet de la préparation de la sortie et du rôle de leurs proches, il s'avère que l'implication de la famille est souvent un souhait de cette dernière :

« Non il (son fils) vient tous les soirs, il passe presque tous les soirs, c'est lui qui va chercher (les informations) » (PT3).

En effet, bien que souvent désignés naturellement proches aidants par les personnes hospitalisées, les époux-ses ou les enfants ne sont pas forcément conviés aux diverses réunions avec l'équipe soignante :

« Non c'était plus ou moins par hasard, elle est en visite là quand les médecins venaient pour parler de ça et pis j'ai dit restez on peut répondre à ces quelques questions ensemble pis c'est... mon épouse est très très intéressée évidemment elle a encore posé quelques questions supplémentaires aux infirmier-ère-s ou bien, ou bien aux physiothérapeutes quand elle venait en visite » (PT8).

Comme annoncé dans le thème de la nécessité d'information, plusieurs participant-e-s annoncent avoir d'autres ressources que l'hôpital pour envisager leur sortie. Effectivement, l'entourage s'est révélé un élément important pour les personnes interviewées en tant que ressource essentielle déterminant même le choix du lieu de réadaptation.

3.4.1 L'entourage comme ressource

Le contact vers l'extérieur est important. Deux participant·e·s ont exprimé des soucis avec leur téléphone personnel et des soucis d'obtenir des solutions de la part du corps soignant. Cet événement difficilement résolu a pris une grande ampleur émotionnelle car il leur était impossible de communiquer avec leurs proches et tout particulièrement avec leur conjoint·e :

« Quand j'ai pas des trucs qui me cassent, qui me... qui me travaillent, qui me tarabuscquent comme cette histoire-là (son téléphone) (PT7).

Un participant, friand des informations médicales sur internet n'a pas pu accéder au réseau durant son hospitalisation et a demandé à son épouse de faire ces recherches pour lui. La famille ou l'entourage est souvent présenté comme ressource dans différentes tâches, que ce soit pour organiser la sortie de l'hôpital ou du CTR, ou encore faire les achats, chercher les informations, apporter du soutien ou simplement en tant que partenaire de soins. Pour les personnes mariées, l'époux·se est sollicité·e comme proche aidant et pour les personnes veuves, les enfants endossent ce rôle :

« Pis chercher avec mon épouse comment on peut optimiser les choses pour que je ne sois pas une charge pour elle, mais j'imagine qu'avec le temps on verra bien avec mon épouse venir les problèmes pis on trouvera des solutions au fur et à mesure » (PT8).

3.4.2 Choix du centre de traitement et de réadaptation selon la distance avec leurs proches

Etant aussi un hôpital régional en plus d'un hôpital universitaire, l'établissement accueille principalement des personnes habitant la région. Sur huit participant·e·s devant aller en rééducation, uniquement deux personnes habitent plus éloigné. Le centre affilié est à chaque fois choisi par le corps soignant comme seule option ou parmi deux établissements présélectionnés car, selon le programme en place, il est le lieu de référence.

Bien que le choix du CTR ait été fait par les participant·e·s seuls (*je regarde par moi-même et je décide (PT7)*), en collaboration avec les soignant·e·s (*on est une équipe, je peux dire, j'ai mon mot à dire (PT5)*) ou uniquement décidé par les soignant·e·s (*c'était pas une proposition, c'était une décision (PT1)*), la plupart sont contents, car l'institution choisie est proche de leur entourage, principal critère d'importance annoncé :

« *Ouais alors soit [nom d'une institution], soit [nom d'une autre institution] parce que j'ai mon ami qui habite [nom de ville] et pis ben depuis cette année il a plus de véhicule alors pour lui il faut que ça soit facilement accessible ; mais c'est question de mobilité, de déplacements pour les personnes qui viennent me trouver* » (PT5).

Deux participant·e·s font aussi part de ce désir, mais acceptent d'aller ailleurs s'il n'y a pas de place, car ils comprennent la complexité du système de santé :

« *Il faut au plus vite libérer cette place pour quelqu'un qui est vraiment dans ce niveau de traumatisme qui correspond à cette situation pis après il faut faire tout ce qu'on vient de dire, il faut chercher une place dans un institut pis actuellement c'est ça le problème, c'est que tous les instituts sont pleins et pis faut attendre que quelqu'un quitte un institut pour qu'il y ait une place X qui se libère* » (PT8).

3.5 Continuité des soins

Au long des interviews, des thèmes impliquant la continuité et la discontinuité des soins ainsi que les perceptions que s'en font les participant·e·s ont apparus.

3.5.1 L'hôpital, un grand établissement aigu

La vision de la préparation de la sortie s'avère dépendre aussi de l'image de l'institution et de leurs attentes. Bien que la bonne réputation de l'institution soit affirmée par plusieurs, la vision des participant·e·s sur l'établissement est unanime quant à sa grandeur et sa complexité. « *Gros bateau* », « *monstrueux* », « *immense* » (PT10), « *grande maison* » (PT7), « *boutique de cette importance* » (PT1), « *machins complexes* » (PT8) sont ainsi des termes utilisés pour le qualifier. Pour un participant, cette immensité lui donne l'impression d'être « *un numéro ou un mouton* » (PT10), pour d'autres cela crée le travail en silo :

« *Euh je pense que chacun a sa spécialité, mais je ne pense pas, à part la dame de liaison, qu'il y a un souci des autres de me préparer pour plus tard, non* » (PT6).

En plus de sa grandeur, l'établissement est vu comme un hôpital aigu, c'est-à-dire que les participant·e·s attendent des soins de premier recours tels que soigner, laver, habiller et nourrir :

« *J'entends, ce que j'attends d'un hôpital c'est pas tellement qu'il m'explique la marche du monde etc. etc., mais que des gens qui doivent me laver me lavent, ceux qui doivent me soigner me soignent, ceux qui doivent me nourrir me nourrissent. C'est ça que j'attends. Je n'attends pas qu'on comprenne mes problèmes existentiels etc. etc. C'est pas l'hôpital* » (PT1).

Les participant·e·s s'attendent à une hospitalisation de courte durée et comprennent les raisons. Étant donné cette vision d'un établissement aigu et immense, ils acceptent que leur hospitalisation se passe de cette manière avec une forme de résignation :

« *Si on était je sais pas, ouais dans un home de personnes âgées ou bien euh ouais une petite structure, vraiment petite ou vraiment... alors ça serait différent, on est plus, là on serait plus des numéros, on serait une personne avec des autres pis qui s'occupent toujours de toutes les personnes, vous voyez à [nom de l'hôpital] c'est impossible, en tout cas c'est mon avis hein ... moi là je me fais pas d'illusions, vous voyez ce que je veux dire, je, je suis là pis ils sont, tout le monde me guérit, tout le monde me soigne euh pis voilà, je vais pas euh, je vais pas faire, moi personnellement je vais pas en faire une maladie parce que ouais, parce qu'ils ont pas été sympas avec moi, parce que... ouais c'est clair* » (PT10).

En plus du possible manque d'interlocuteur·trice décrit auparavant, la grandeur et la charge de travail élevée peut aussi fréquemment conduire à une difficulté d'identifier les soignant·e·s participant au processus de transition. En effet, tout au long des entretiens, la difficulté de mettre une fonction sur des visages ou inversement a apparu. Infirmier·ère·s, infirmier·ère·s de liaison ou médecins, assistant·e·s, chirurgien·ne·s ont semblé mélangés dans les esprits des participant·e·s :

« *Il y avait un autre médecin qui est venu me trouver, mais qui s'occupait aufait peut-être de moi d'après ce que j'ai compris / non, ouais y en a un qui s'est occupé, je sais jamais, il touche un peu mon pied et pis il repart quoi / j'ai même pas une personne, oui je crois que j'ai... il y a une personne, un médecin ou bien je sais pas qui, il est venu un jour, mais je l'ai plus revu* » (PT10).

Il en ressort toutefois que les infirmier·ère·s tiennent un rôle important de premier·ère·s interlocuteur·trice·s et que les physiothérapeutes ont un rôle de spécialistes « *parce que c'est*

un peu son domaine qui va être en cours après à [nom d'une institution de réadaptation], c'est de la physio hein » (PT9).

Finalement, en parlant de la préparation de la sortie et ce que cela implique, plusieurs personnes s'expriment spontanément sur leurs ressentis de l'hospitalisation et la confusion qui en résulte :

« Vous vous rendez peut-être pas compte, mais j'avais déjà entendu et pis de personnes âgées que je connaissais, l'hôpital ça vous, ça vous déstabilise, ça vous rend pas meilleur hein, ça vous fatigue euh, c'est... vous ressortez vous êtes 3 points plus bas que quand vous êtes rentrés hein si c'est pas 10 » (PT7).

Deux métaphores sur l'hôpital ressortent du discours de deux patient·e·s sous les termes de « prison » (PT9) et « trappe » (PT7). Un participant émet l'hypothèse que les antidouleurs participent à cette confusion.

3.5.2 Continuité et discontinuité du système

Dans leurs discours, les personnes interviewées partagent une sensation de continuité de soins entre l'hôpital et la structure de réhabilitation suivante comme le montre la métaphore de la « rivière qui coule » de la PT5. Plusieurs personnes décrivent être dans un « processus de soins » (PT1) ou appartenir à un « groupe » (PT7) qui implique un automatisme dans les démarches et les prises en charge. Cette trajectoire de soins tracée et rôdée semble rassurer les personnes.

Pour plusieurs participant·e·s, la rééducation est une suite logique de la prise en charge et ne diffère que légèrement de l'hôpital, l'objectif principal étant mis sur la mobilité.

« Ça va pas changer grand-chose, si ce n'est que je vais progresser pour pouvoir marcher le plus vite possible » (PT2)

Cependant, malgré cette transition facilitée reconnue, certains voient une distinction entre les fonctions et les objectifs des deux institutions ainsi qu'une communication restreinte. En effet, en demandant la durée de la réhabilitation, un participant répond que l'institution de rééducation va répondre à cette question sans penser que les médecins du service de traumatologie pourraient y répondre. Cette réflexion découle probablement de la vision aigüe

de l'établissement vue précédemment et reflète une rééducation qui débutera uniquement à l'entrée en CTR :

« Non pour l'instant, personne m'a rien dit (concernant la durée), j'ai pas posé de question, ça serait inutile ils ne m'ont pas encore vu à [nom de l'institution] donc faut pas leur demander l'impossible » (PT1).

Bien que la continuité entre l'hôpital et le centre de rééducation soit mise en évidence par les participant-e-s, il émerge une sorte de rupture avec le service où ils/elles sont hospitalisés dans leurs perspectives du retour à domicile. La continuité apparaît donc comme unidirectionnelle :

« Si j'ai un problème à présent, moi ce que je voudrais savoir c'est par exemple si demain j'ai un problème, une infection ben typique une infection qui vient, moi j'aimerais juste savoir euh où je dois aller, ce que je dois faire, vous voyez ce que je veux dire / aurait ça devrait être le suivi de ça, s'il y a un problème, par exemple bon je sais pas une vis qui se, je dis n'importe quoi hein, il y a une vis qui se casse ou bien un truc ou bien y a quelque chose qui fonctionne pas dans le genou ou dans le système, il faut que je sache, il faudrait que je sache et je devrais savoir où m'adresser. Est-ce que je m'adresse à [nom de l'hôpital] ? Moi c'est- c'est ce que je ferais personnellement, mais à qui ? » (PT10).

Comme dit précédemment, les participant-e-s voient l'institution comme une structure où le but est de résoudre un problème médical, soit dans ce cas-ci, consolider une fracture. Ainsi, une fois l'opération effectuée et l'état de la personne hospitalisée stable, elle se détache du service. C'est pourquoi un participant qui envisage déjà les possibles difficultés de déplacements à la suite de son accident se tourne plutôt vers l'assistante sociale du centre de dialyse qu'il fréquente que vers le personnel du service de traumatologie où il est hospitalisé.

Aussi, bien que la continuité dans les transitions leur semble automatique entre l'hôpital et la rééducation, la perspective de leur récupération est fragmentée en étapes distinctes, celle de l'hôpital, celle de la rééducation puis finalement celle du retour à domicile. En effet, lors de l'entretien avec les personnes inscrites dans un centre de traitement et de réadaptation, quasi personne n'avait déjà pensé au retour à la maison :

« Je pourrai vous dire comment je vais m'organiser par rapport à ce que j'aurai récupéré, comment je serai » (PT5).

Cette perception peut aussi se lier avec la philosophie de vie épicurienne annoncée précédemment ou expliquée par l'optimisme, car « *l'homme est comme ça, on espère toujours qu'il va y avoir, qu'après ça va être mieux ; heureusement qu'on sait pas que ça peut être le contraire* » (PT9).

Discussion

L'objectif de cette étude est de comprendre l'expérience vécue par les personnes hospitalisées dans le processus de préparation de la sortie, en mettant en lumière les perspectives qu'ils ont de la transition.

L'analyse a mis en évidence trois catégories de thèmes. La première, l'implication de la personne hospitalisée, montre une participation très variée selon les participant-e-s avec tout de même une tendance à la passivité où l'information est réduite et où les désirs ne sont pas partagés. Cette posture, qu'elle soit volontaire ou induite par le système, semble convenir à la plupart des personnes interviewées qui se résignent en citant la structure même de l'hôpital comme justification. La deuxième catégorie, portée sur l'implication de la famille, révèle que la volonté d'intégration de l'entourage à la prise en charge est généralement initiée par la famille elle-même. La troisième catégorie de nos résultats mentionne une continuité des soins unidirectionnelle.

Quand bien même, le sujet de cette étude porte en première intention sur la préparation de la sortie, nous nous sommes aperçus que les expériences rencontrées par les participant-e-s concernent en définitive tout autant la globalité de leur prise en charge. En effet, les thèmes qui ont émergé remettent en question le modèle de soins dans ses fondements. N'est-il pas difficile de demander de tenir certaines attitudes recommandées dans les modèles de préparation de la sortie, que ce soit de la part des professionnel-le-s de la santé ou des personnes hospitalisées, si celles-ci ne sont pas appliquées dans la prise en charge générale ? Par exemple, comment attendre une participation active de la part des patient-e-s face à leur sortie si leur implication n'a pas déjà été stimulée tout au long de leur hospitalisation ? Comment le corps soignant peut-il, dans ce contexte précis, favoriser une collaboration dynamique et interactive avec les client-e-s et leur proches si ce n'est pas une compétence acquise et utilisée quotidiennement ? Afin de répondre à ces interrogations, nous développerons le concept de soins centrés sur la personne pour ensuite le mettre en parallèle avec les trois catégories de thèmes de nos résultats.

4.1 Les soins centrés sur la personne

Depuis déjà plusieurs décennies, le modèle de soins biomédical paternaliste est amené à évoluer (Jo Delaney, 2018; Pelzang, 2010). En effet, ce modèle, fondé sur les opinions et les préférences des professionnel-le-s de la santé et qui s'appuie principalement sur la maladie et ses symptômes pour expliquer l'existence de processus pathologiques, est remis en question au bénéfice d'une démarche en faveur des valeurs individuelles des patient-e-s et de leur famille (Buchanan, 2008; Jo Delaney, 2018; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein, & Dick, 2001; Mead & Bower, 2000; Pelzang, 2010). De plus, la place des patient-e-s s'est modifiée et des lois ont été établies en France, par exemple, dans le but de mettre en lumière leurs droits (Boudier, Bensebaa, & Jablanczy, 2012). En effet, le terme « patient » qui vient du latin « patior » et qui signifie « celui qui subit la maladie » est controversé autant par les personnes atteintes d'une maladie que par les professionnel-le-s et le terme de « client » ou d'« usager » est favorisé (Boudier et al., 2012; Jouet, Flora, & Las Vergnas, 2010). Aussi, avec la démocratisation de l'accès à l'information, la médecine est démystifiée et l'asymétrie d'information entre les client-e-s et les soignant-e-s est atténuée (Jouet et al., 2010). De plus, le « savoir expérientiel », c'est-à-dire le savoir acquis par la personne atteinte d'une maladie, est en voie de reconnaissance (Jouet et al., 2010). Par exemple, les associations, notamment celles défendant les personnes atteintes du VIH, ont demandé à s'intégrer aux prises en charge et à obtenir un pouvoir décisionnel (Letourmy & Naiditch, 2009).

Pour toutes ces raisons, un modèle de soins bio-psycho-social a été préconisé et le concept de « soins centrés sur le patient » a fait son apparition. Il a pour objectif d'impliquer le patient dans tous les aspects de ses soins et de favoriser la communication dans la pratique médicale (Pelzang, 2010). Rapidement, ce terme a évolué en « soins centrés sur la personne » afin de considérer tous les aspects de l'individu et de s'éloigner de la conception strictement médicale (Santana et al., 2019). Depuis, cette notion est largement utilisée, mais aucune définition unique ou standardisation n'existe (Sharma, Bamford, & Dodman, 2015). Santana et al. (2019) la résument comme un modèle dans lequel un partenariat avec les patient-e-s et leur famille est favorisé et où les soins sont individualisés. Plusieurs cadres ont été élaborés et peuvent se définir comme des modèles de système avec notamment celui de McCormack et McCance (figure 3), ou comme des modèles de processus, représentés par le modèle de Gerteis (figure 4), établi déjà en 1993. En résumé, le modèle de système crée un environnement favorable et

centré sur les personnes tandis que le modèle de processus apporte des activités essentielles (Pelzang, 2010).

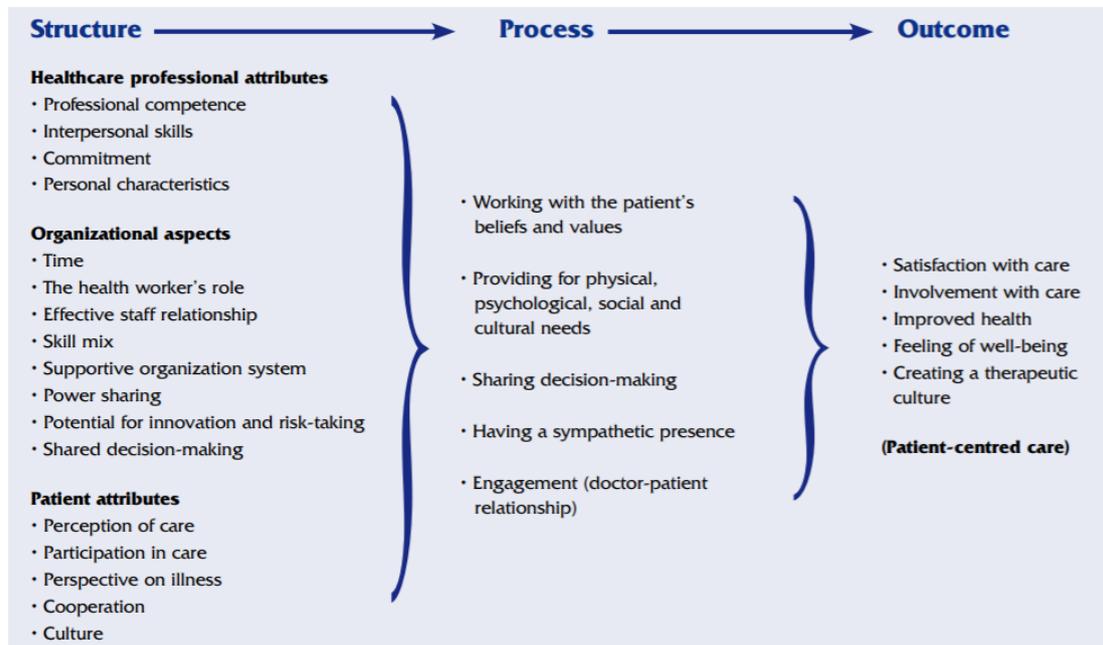


Figure 3 : modèle de soins centrés sur la personne (McCormack & McCance, 2006; Pelzang, 2010)

La figure 3 représente le modèle de McCormack et McCance (2006) sous une forme différente que la version originale en disques (Annexe H) (Pelzang, 2010). L'implémentation d'un tel concept implique plusieurs acteurs à différents niveaux. Les professionnel-le-s de santé, l'institution ainsi que les personnes hospitalisées ont en premier lieu des caractéristiques distinctes qui créent la structure. Ensuite, le procédé met en lien les trois acteurs pour finalement arriver à des objectifs communs.

- 1) Respect for patients' values, preferences and expressed needs**
 - Accepting patient as a person
 - Involving patients in care decision-making
 - Listening and considering patients' needs
 - Maintaining confidentiality to protect patients' information
- 2) Coordination and integration of care**
 - Working in multidisciplinary approach
 - Coordinating and integrating clinical care; ancillary and support services; and 'frontline' patient care
 - Involving patient and family in planning, decision-making and quality improvement processes at organizational level
- 3) Information, communication and education**
 - Providing accurate and understandable information about treatment, care and interventions
 - Listening actively to the patient and family
 - Provide therapeutic touching and talking when necessary
- 4) Physical comfort**
 - Promoting comfortable and supportive hospital environment
 - Providing timely, tailored, and expert management of symptoms
 - Providing basic health care that supports and maintains normal body functions
- 5) Emotional support and alleviation of fear and anxiety**
 - Listening to patient with undivided attention
 - Providing clear, timely and meaningful information regarding the illness
 - Caring with empathy
- 6) Involvement of family and friends**
 - Providing with enough information regarding the patient's illness
 - Respecting and acknowledging the family and friends' support in patient care
 - Providing supportive environment
- 7) Transition and continuity of care**
 - Involving patient and family in discharge planning
 - Providing clear information and education on dangers signs to watch, whom to contact if there are questions, what to do in emergency, how to handle treatments, dressing changes, and medications
 - Referring patient to appropriate health centre with clear discharge instructions

Figure 4 : modèle de soins centrés sur la personne de Gerteis (1993) par Pelzang (2010)

Au travers de ces sept points repris par Pelzang (2010) (figure 4), le modèle de Gerteis (1993) fait mention, cette fois-ci, de dimensions : la prise en compte des croyances, des valeurs et des besoins exprimés par le patient ; la coordination et l'intégration des soins ; l'information, la communication et l'éducation du patient sur le traitement et les soins ; le confort physique et

le soutien émotionnel ; la participation des patient·e·s et des familles à la prise de décision ; la garantie de la transition et de la continuité des soins au patient (Gerteis, 1993; Pelzang, 2010).

Les principales barrières rencontrées lors de l'implémentation des soins centrés sur la personne concernent premièrement le système de soins lui-même avec un tournus de patient·e·s et de soignant·e·s, une cadence de travail prononcée et un manque de temps (Moore et al., 2017), comme le remarquent également plusieurs personnes interviewées. La diminution de la durée d'hospitalisation et le rythme de travail perturbent les habitudes de soins. Le premier élément affecté est la relation avec les patient·e·s, les soignant·e·s y renonçant en faveur de tâches administratives (Acker, 2005; Havard & Naschberger, 2015). Moore et al. (2017) rapportent la difficulté de changer l'attitude des patient·e·s, qui est « pré-programmée » ainsi que celle des responsables (Moore et al., 2017). Pour cela, il est en effet nécessaire que l'institution s'implique dans une véritable promotion de ce concept (Santana et al., 2018).

Bien qu'il n'est pas évident de comparer les différentes études sur le sujet en raison d'une application pratique non homogène, il a toutefois pu être démontré que cette approche contribue à la diminution des coûts de la santé au travers d'une diminution de la durée d'hospitalisation et d'un taux de réadmission moins élevé (Bertakis & Azari, 2011; Coleman et al., 2004; Santana et al., 2019). Il a aussi été démontré que les individus recevant une intervention appliquant ce concept éprouvaient une plus grande confiance dans l'auto-gestion et dans la connaissance des signes d'alerte indiquant une aggravation de leur état de santé (Coleman et al., 2004; Ulin, Olsson, Wolf, & Ekman, 2016).

4.1.1 Implication de la personne hospitalisée

Les éléments apportés ci-dessus convergent tous vers des objectifs clairs : l'individualisation des soins permettant aux patient·e·s d'être actifs-ves dans leur prise en charge, d'affirmer leurs valeurs, leurs besoins et leurs souhaits et de participer aux prises de décisions (Morgan & Yoder, 2012; Pelzang, 2010; Sharma et al., 2015). Or, en comparant les résultats de la présente étude avec la théorie des soins centrés sur la personne, nous pouvons constater un certain décalage. Comme expliqué précédemment, les mobilisations des associations ainsi que les modèles de soins favorisant la participation de la personne hospitalisée ont ciblé plutôt

les maladies chroniques². La fracture de la hanche chez les personnes âgées peut donc, à tort, ne pas être assimilée à cette problématique. En effet, les patient·e·s considèrent l'intervention chirurgicale ou le traitement conservateur suivi d'une réadaptation comme curatif et donc ne leur laissant aucune séquelle (Gesar, Baath, Hedin, & Hommel, 2017). Or, cette atteinte laisse bien souvent une forte empreinte psychologique et/ou physique avec un possible handicap (Gesar, Hommel, et al., 2017). De plus, en raison de leur âge élevé, les patient·e·s présentent de forts risques d'être atteint de comorbidités. Parmi les dix personnes interviewées, sept d'entre elles souffraient d'au moins une maladie chronique. Ainsi, il pourrait être attendu qu'elles aient déjà été amenées à participer à leurs prises en charge précédentes, or cela n'apparaît que très peu dans leur propos. Est-ce une attitude permanente ou est-elle due à un contexte particulier ?

Il est important de mentionner que le terme de participation peut être compris différemment entre le corps soignant, familial des concepts introduits en santé, et les personnes hospitalisées (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus, & Van Hecke, 2016). Comme plusieurs participant·e·s l'ont exprimé, leur participation est assimilée au respect des traitements ou à leur propre adaptation, mais elle est, selon Castro et al. (2016), moins souvent comprise comme un dialogue interactif ou comme une occasion pour les patient·e·s de donner leurs avis et de participer au devenir de leur prise en charge médicale.

Bien que selon Boudier (2012), les profils des personnes qui s'informent et qui participent à leur prise en charge seraient de sexe féminin, d'un jeune âge et d'un niveau d'éducation élevé, il a été difficile de constater une distinction parmi nos interviewé·e·s; la tendance étant à la passivité, à l'exception d'une personne de sexe masculin montrant une grande implication. Lors de nos entretiens, certaines personnes ont énoncé le souhait de pouvoir s'investir davantage dans leur prise en charge, mais la plupart s'en remettait volontairement au corps médical. Cette passivité se retrouve également dans la prise de décision qui, selon les modèles, devrait être partagée. Or, seuls deux participant·e·s ont ressenti ce partage du pouvoir ; six ayant l'impression que le choix avait été fait pour eux. A l'inverse, les deux personnes affirmant avoir pris seuls leurs décisions d'orientation n'ont pas non plus ouvert la

² Les maladies chroniques sont définies selon l'OMS comme une « affection de longue durée qui en règle générale, évolue lentement » avec pour exemples la cardiopathie, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, l'affection respiratoire chronique ou encore le diabète (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2019).

conversation aux soignant·e·s. Que ce soit de la part des professionnel·le·s ou des personnes hospitalisées, la communication semble donc unidirectionnelle. Il est donc difficile de créer une relation thérapeutique sans réel dialogue. La passivité, qui semble être prédominante dans les propos des participant·e·s, ne devrait-elle pas être bouleversée par les professionnel·le·s ? N'est-ce pas le rôle des soignant·e·s de guider la personne hospitalisée et de la stimuler à prendre part à la prise en charge ? La participation, stimulée par l'interaction avec ses pairs et les fournisseurs de soins, est donc influencée par son environnement (Castro et al., 2016). Pelzang (2010) précise que l'autonomisation doit en effet être encouragée par les professionnel·le·s de la santé en apportant des ressources ainsi que leur expertise. La grandeur de l'institution et le manque de temps des soignant·e·s, souvent articulés lors des entretiens, pourraient-ils entraver la relation thérapeutique nécessaire pour favoriser les soins centrés sur la personne et ainsi contribuer au faible investissement ? Selon Malin Malmgren et al. (2014), ce manque de temps influencerait en effet le sentiment de participation des personnes hospitalisées en traumatologie. Pour deux interviewé·e·s, cette course effrénée leur a clairement limité les contacts désirés. Aussi, selon Boudier et al. (2012), les spécialisations amèneraient une relation soignant-soigné détériorée et déshumanisée ; ressenti partagé par un participant de cette étude qui se présente tel un « numéro » et un « mouton ». D'après deux autres populations semblables à celle de cette étude, l'opération et l'hospitalisation elle-même sont épuisantes sur le plan physique et psychique et pourraient induire une passivité (Gesar, Hommel, et al., 2017; Jensen et al., 2017). A cet épuisement plusieurs participant·e·s de notre étude ainsi que celle de Malin Malmgren et al. (2014) ajoutent la notion de confusion induite par l'opération et le séjour hospitalier. Les personnes disent notamment avoir eu de la peine à assimiler les informations (Malin Malmgren et al., 2014). Aussi, plusieurs recherches ont démontré que le modèle de soins centrés sur la personne est aussi une approche adéquate et même privilégiée pour les personnes atteintes de démence, mais que les milieux hospitaliers aigus peinent à la mettre en pratique (Clissett, Porock, Harwood, & Gladman, 2013). La population étudiée étant à risque d'être concernée par un trouble cognitif, cette approche permettrait de valoriser leur personnalité (Clissett et al., 2013). Alors que le modèle de soins centrés sur la personne met l'accent sur la valeur de cette dernière, des restes de paternalisme subsistant dans les mémoires amènent la plupart des personnes interviewées à affirmer que les désirs n'ont pas leur place dans la prise en charge et qu'ils dérangent les professionnel·le·s. Ce même rapport se retrouve aussi avec les

éventuelles questions. En effet, annonçant connaître le processus ou affirmant une philosophie de vie épicurienne ou encore faisant référence à un domaine inconnu, beaucoup exprimaient de prime abord ne pas avoir d'interrogations ; or, au fil de l'entretien, des questions ont émergé de leur part. L'équipe soignante ne devrait-t-elle pas favoriser la réflexion et les interrogations ? Bien que les clients ne désirent pas forcément recevoir des informations qu'ils jugent inutiles, la Charte d'Ottawa puis celle de Bangkok demandent aux soignant·e·s de fournir des moyens permettant aux patient·e·s de gérer leur santé en offrant notamment de l'information et de l'éducation (Jouet et al., 2010; Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1986; Van Steenberghe & Deccache, 2007). Concernant le droit à l'information, Letourmy et Naiditch (2009) précisent que « les malades doivent avoir toutes les données disponibles sur leur état au cours d'un processus de soins » (p.18). Or, il semblerait que les soignant·e·s partagent inégalement les informations en délivrant moins d'informations, voire même en les modifiant, avec les personnes d'un milieu populaire (Boudier et al., 2012; Fainzang, 2006).

Information et décision partagée sont liées ; la personne informée convenablement est capable de prendre des décisions éclairées à propos de sa santé et de défendre ses intérêts (Morgan & Yoder, 2012; Sharma et al., 2015). L'approche doit aussi être adaptée individuellement afin que les informations soient comprises (Holmström & Röing, 2010; Pelzang, 2010; Sharma et al., 2015). Cette dernière affirmation fait référence aux compétences en matière de santé des personnes, appelées « Health Literacy » dans la littérature anglophone. Selon l'OMS, il est important de développer ces compétences afin que les individus puissent devenir des partenaires actifs et de comprendre le système de santé (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2020). En effet, la transmission d'une information seule ne suffit pas à ce qu'elle soit comprise et intégrée ; il faut qu'elle fasse partie d'un ensemble (Cramton, 2001; Mabire, 2014). Une étude menée en 2016 par l'Observatoire Suisse de la Santé révèle que les résident·e·s suisses ont des compétences en matière de santé insuffisantes en regard des pays européens (Observatoire Suisse de la Santé, 2016). Un effort du gouvernement est donc fait pour favoriser la littéracie en santé de la population et réitère sa volonté avec la stratégie 2020-2030 (Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), 2019). Cette démarche, cumulée aux autres actions, stimulerait peut-être la participation des personnes.

4.1.2 Implication de la famille

Le rétablissement d'une fracture, particulièrement chez les personnes âgées, a un impact non seulement sur la personne âgée, mais aussi sur les membres de la famille et la société (Saletti-Cuesta, Tutton, Langstaff, & Willett, 2018). L'hospitalisation ainsi que les différentes transitions dans les soins plongent les patient·e·s et leur entourage dans des situations inconnues qui peuvent conduire à une certaine appréhension (Mackie, Mitchell, & Marshall, 2019). Les proches ont notamment un rôle de soutien émotionnel et d'accompagnant dans une phase où le stress du traumatisme est important (Mackie et al., 2019; Saletti-Cuesta et al., 2018). Dans la littérature, ils sont également décrits tel des coordinateurs et des défenseurs de la personne hospitalisée en faisant reconnaître ses besoins (Hartford Kvæl, Debesay, Bye, Langaas, & Bergland, 2019; Saletti-Cuesta et al., 2018). Leur présence lors des échanges d'information est encore plus importante lorsque les patient·e·s expriment être confu·es, comme ce fut le cas pour la majorité des participant·e·s de notre étude. Inclure la famille permet de s'assurer que les informations sont comprises et retenues (Mackie et al., 2019). En effet, selon Mackie et al. (2019), plusieurs patient·e·s jugent que le corps soignant surestime leur capacité à comprendre l'information, puis à la transmettre à leur entourage. Or, comme le remarquent Coleman et al. (2004), la personne hospitalisée et son entourage ont un rôle important, car ce sont les seuls facteurs permanents dans les différents déplacements.

Le concept de soins centrés sur la personne décrit précédemment met donc aussi en évidence l'importance de l'implication de la famille pour améliorer la prise en charge (Braet et al., 2016). Il est notamment recommandé de demander à la famille son souhait de participer et le niveau d'implication souhaité (Sharma et al., 2015). Bien que nos résultats démontrent une reconnaissance des soins techniques, résultats aussi mis en évidence dans une revue systématique sur l'expérience des patient·e·s et de leurs proches (Bridges, Flatley, & Meyer, 2010), l'aspect relationnel entre les trois acteurs est, quant à lui, souvent contesté. Dans notre étude les proches aidants sont les époux·ses ou les enfants pour les personnes veuves. Ils sont sollicités par les personnes hospitalisées, mais ne sont pas intégrés spontanément dans la prise en charge médicale ; ils doivent s'y inclure par eux-mêmes de manière volontaire et répétée. Cette volonté inassouvie d'être impliqué à la prise en charge se retrouve aussi dans plusieurs études. Dans la revue systématique de Saletti-Cuesta et al. (2018), l'entourage explique notamment l'importance de recevoir des informations afin de faire face à leur rôle de proche aidant et de pouvoir anticiper les possibles problèmes. Comprendre la prise en charge

permet également de mieux soutenir et motiver la personne hospitalisée (Saletti-Cuesta et al., 2018). Au contraire de l'attitude majoritairement passive des patient·e·s, les proches cherchent à s'impliquer. Or, le système de santé a tendance à les placer dans un rôle passif avec une communication déconnectée (Mackie et al., 2019; Saletti-Cuesta et al., 2018). De plus, plusieurs études démontrent que, lorsque de l'information est amenée à l'entourage, le corps soignant ne vérifie pas forcément le niveau de connaissances du récepteur et ainsi la compréhension des propos. A nouveau, l'organisation ainsi que la charge de travail sont mentionnées comme limites (Mackie et al., 2019).

4.1.3 Continuité des soins

La continuité des soins est une dimension du modèle des soins centrés sur la personne de Gerteis (1993). La littérature s'accorde sur son importance pour obtenir des soins de haute qualité, diminuer les hospitalisations et réduire la mortalité, mais les définitions sont diverses (Fan, Burman, McDonell, & Fihn, 2005; Reddy, Pollack, Asch, Canamucio, & Werner, 2015; Valaker et al., 2017). Haggerty et al. (2003) la divisent en trois composantes : la continuité informationnelle, la continuité de gestion et la continuité relationnelle. La continuité informationnelle porte sur la récolte des antécédents et des faits actuels nécessaires pour fournir des soins appropriés. La continuité de gestion concerne l'approche cohérente en matière de prestations de soins par de multiples prestataires de soins selon l'évolution sanitaire de la personne et la continuité relationnelle porte sur la relation thérapeutique continue entre les prestataires de soins et la personne en demande de soins (Haggerty et al., 2003; Valaker et al., 2017). La continuité des soins est, en premier lieu, une préoccupation dans le contexte des maladies chroniques. Les personnes souffrant de maladies chroniques bénéficient malheureusement bien souvent de soins fragmentés et non coordonnés (Hussey et al., 2014). Cependant, la continuité des soins est aussi le résultat souhaité de la préparation de la sortie. Elle devient encore plus importante lorsque le système de santé se trouve sous pression et que les durées hospitalières sont diminuées (Valaker et al., 2017). Les dimensions liées à la prise en charge centrée sur la personne sont interdépendantes. Ainsi, la prise de décision partagée, l'amélioration de la littératie en santé et des compétences d'autonomisation sont des facteurs facilitateurs de la continuité des soins (Mackie et al., 2019). Une

communication adéquate doit aussi être une condition préalable pour assurer cette continuité (Katz, McCoy, & Sarrazin, 2014).

Dans la présente étude, la continuité de gestion et la continuité relationnelle peuvent être remise en question. Les participant·e·s voient le passage en rééducation comme une évidence. Cependant, lorsque nous les questionnons sur une possible complication à domicile, beaucoup hésitent à nommer une personne à contacter. Le chemin inverse n'est donc pas intuitif. Est-ce une conséquence de la dépersonnalisation des soins hospitaliers reçus ? Plusieurs personnes interviewées ne connaissent pas le nom du chirurgien les ayant opérées, ni celui des assistants du service. Il leur est donc difficile d'envisager un contact avec eux dans le futur. Une communication claire pourrait clarifier les personnes responsables à contacter en cas de questions ou de complications.

Les trois catégories de thèmes émergeant de nos résultats sont donc des dimensions de la prise en charge des soins centrés sur la personne. Une approche dans ce sens pourrait donc stimuler la participation des personnes hospitalisées et de leur famille, ces deux facteurs conduisant à une continuité des soins adéquate.

Conclusion

L'objectif de cette étude a été de comprendre l'expérience vécue par les personnes hospitalisées dans le processus de préparation de la sortie en mettant en lumière leurs perspectives concernant la transition. Notre analyse a fait émerger trois catégories : une grande variabilité de la participation aux décisions de soins de la personne hospitalisée, une implication de la famille majoritairement initiée par la famille elle-même ainsi qu'une remise en question de la continuité des soins par les participant·e·s. La première catégorie montre une participation très variée selon les participant·e·s avec tout de même une tendance à la passivité où l'information est réduite et où les désirs ne sont pas partagés. La deuxième catégorie révèle que la volonté d'intégration de l'entourage à la prise en charge est généralement initiée par la famille elle-même. La troisième catégorie de nos résultats mentionne une continuité des soins unidirectionnelle. Ces résultats, obtenus à partir de la question de recherche initiale sur la préparation de la sortie, nous ont orientés vers un concept qui, en définitive, concerne la prise en charge globale. Les soins centrés sur la personne rassemblent, en effet, les trois catégories énoncées. Nous parvenons donc à la conclusion qu'il est compliqué de pouvoir implémenter un modèle de soins spécifique à la préparation de la sortie si les concepts principaux du modèle ne sont pas déjà appliqués à la prise en charge globale.

Limites et développements ultérieurs

Dix participant·e·s est un nombre suffisant. Bien qu'il y ait eu un plus grand nombre de personnes atteintes de ces pathologies dans le service de traumatologie, le recrutement a été limité par la présence de troubles cognitifs chez plusieurs candidats. En effet, ces atteintes concernent principalement les personnes d'un âge avancé (Mosk et al., 2017). Aussi, le but étant d'interroger les personnes au plus près de leur sortie, nous avons manqué plusieurs volontaires dont le départ a été planifié soudainement. Plusieurs familles ont également refusé la participation à l'étude de leur proche. En temps normal, il faut laisser du temps pour faire émerger la pensée de l'interviewé·e et approfondir les sujets abordés, soit au minimum 45 minutes (Vilatte, 2007). Or, nous avons écourté certaines entrevues en raison d'une fatigue induite par les événements aigus. D'autres fois, des interventions externes ont perturbé le

déroulement de l'entretien. L'intervieweuse étant novice à l'approche qualitative, des avis personnels ont parfois été donnés et des relances ont manqué.

Il serait intéressant, par la suite, de réaliser un deuxième entretien quelques temps après le retour à domicile et de confronter les personnes interviewées avec leurs perspectives de leur sorties énoncées lors du premier entretien. Aussi, les expériences des professionnel-le-s de la santé complèteraient la thématique.

Recommandations pour la pratique

Cette étude a pu mettre en évidence les facteurs du processus de préparation à la sortie pour les personnes âgées hospitalisées. En analysant les expériences vécues des participant-e-s, il a été possible de dégager les éléments les plus importants:

- La préparation de la sortie doit être une préoccupation de tout le corps soignant
- La préparation doit être discutée avec tous les partenaires de la santé
- La participation de la personne hospitalisée doit être stimulée quotidiennement
- La communication entre les professionnel-le-s, les patient-e-s et leur entourage doit être améliorée afin d'intégrer l'entourage à la prise en charge hospitalière
- Il faudrait peut-être revenir aux modèles de soins de base tels que les soins centrés sur la personne avant d'ajouter d'autres modèles spécifiques

Références

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 161-181. doi :10.3917/rfas.051.0161
- Allen, D. (2004). Ethnomethodological insights into insider–outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nursing Inquiry*, 11, 14-24. doi:10.1111/j.1440-1800.2004.00201.x
- Alvesson, M. (2010). *Interpreting interviews*. (S.I.): Sage.
- Asselin, M. E. (2003). Insider research : Issues to consider when doing qualitative research in your own setting. *Journal for Nurses in Professional Development*, 19(2), 99-103. doi:10.1097/00124645-200303000-00008
- Auerbach, A. D., Kripalani, S., Vasilevskis, E. E., Sehgal, N., Lindenauer, P. K., Metlay, J. P., ... Kim, C. (2016). Preventability and causes of readmissions in a national cohort of general medicine patient. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 484-493. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7863
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. doi:10.7202/1016748ar
- Bassleer, B., Boulanger, J.-M., & Menozzi, C. (2014, juillet). *L'empowerment des patients : Pourquoi et comment*. Communication présentée à la 7^{ème} Conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, Liège, Belgique
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170
- Bhandari, M., & Swiontkowski, M. (2017). Management of Acute Hip Fracture. *New England Journal of Medicine*, 377(21), 2053-2062. doi:10.1056/NEJMcp1611090
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert: Une perturbation innovante. *Innovations*, n°39(3), 13-25. doi :10.3917/inno.039.0013
- Boutin, G. (2019). *L'entretien de recherche qualitatif, 2e édition : Théorie et pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Braet, A., Weltens, C., & Sermeus, W. (2016). Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions : A systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(2), 106. doi:10.11124/jbisrir-2016-2381
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breakwell, G. M., Hammond, S., & Fife-Schaw, C. (2000). *Research Methods in Psychology*. Thousand Oaks, U.S.A.: SAGE Publications Ltd.
- Brent, L., & Coffey, A. (2013). Patient's perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17(4), 190-198. doi:10.1016/j.ijotn.2013.01.001
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings : Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89-107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford, United Kingdom: Oxford university press.
- Buchanan, D. R. (2008). Autonomy, paternalism, and justice : Ethical priorities in public health. *American journal of public health*, 98(1), 15-21. doi:10.2105/AJPH.2007.110361

- Carroll, Á., & Dowling, M. (2007). Discharge planning : Communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, 16(14), 882-886. doi:10.12968/bjon.2007.16.14.24328
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care : A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. doi:10.1016/j.pec.2016.07.026
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018). *Rapport d'activité 2018*. Repéré à <https://rapportsannuels.chuv.ch/activite/2018/1-1-evolution-de-l-activite-d-hospitalisation-et-d-hebergement>
- Chavez, C. (2008). Conceptualizing from the inside : Advantages, complications, and demands on insider positionality. *The qualitative report*, 13(3), 474-494. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-3/chavez.pdf>
- Chen, C.-L., Yeung, K.-T., Bih, L.-I., Wang, C.-H., Chen, M.-I., & Chien, J.-C. (2003). The relationship between sitting stability and functional performance in patient with paraplegia1. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(9), 1276-1281. doi:10.1016/S0003-9993(03)00200-4
- Chew-Graham, C. A., May, C. R., & Perry, M. S. (2002). Qualitative research and the problem of judgement : Lessons from interviewing fellow professionals. *Family practice*, 19(3), 285-289. doi:10.1093/fampra/19.3.285
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. F. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals : A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1495-1503. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001
- Cobb, J. L., D'Agostino, R. B., & Wolf, P. A. (1993). Norms for the Mini-Mental State Examination. *JAMA*, 270(18), 2178-2178. doi:10.1001/jama.1993.03510180048021
- Colbourne, L., & Sque, M. (2004). Split personalities : Role conflict between the nurse and the nurse researcher. *NT Research*, 9(4), 297-304. doi:10.1177/136140960400900410
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.511186.x
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. (2006). The Care Transitions Intervention : Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822-1828. doi:10.1001/archinte.166.17.1822
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S.-J., Parry, C., & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings : The Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1817-1825. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x
- Conn, L. G., Zwaiman, A., DasGupta, T., Hales, B., Watamaniuk, A., & Nathens, A. B. (2018). Trauma patient discharge and care transition experiences : Identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury*, 49(1), 97-103. doi.org/10.1016/j.injury.2017.09.028
- Consortium National de Formation en Santé. (2018). Mini-Mental State Examination (MMSE). Repéré à <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/mini-mental-state-examination-mmse>

- Cooper, C. (1997). The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *The American Journal of Medicine*, 103(2, Supplement 1), S12-S19. doi:10.1016/S0002-9343(97)90022-X
- Cramton, C. D. (2001). The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization science*, 12(3), 346-371. doi:10.1287/orsc.12.3.346.10098
- Cristancho, P., Lenze, E. J., Avidan, M. S., & Rawson, K. S. (2016). Trajectories of depressive symptoms after hip fracture. *Psychological medicine*, 46(7), 1413-1425. doi:10.1017/S0033291715002974
- Cruz-Jentoft, A. J., & Sayer, A. A. (2019). Sarcopenia. *The Lancet*, 393(10191), 2636-2646. doi:10.1016/S0140-6736(19)31138-9
- Cumming - Potvin, W. (2013). "New basics" and literacies : Deepening reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research Journal*, Vol. 13 No. 2, pp. 214-230. doi:10.1108/QRJ-04-2013-0024
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131. doi :10.1080/13561820500082529
- De Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents* (3e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Dietschi, I. (2017). *Planifier et coordonner la sortie d'hôpital. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique*. Repéré à https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/patientengruppen_schnittstellen/betagte_multi_morbide_menschen/spitalaustritt-planen-und-koordinieren.pdf.download.pdf/Planifier%20et%20coordonner%20la%20sortie%20de%20l'hopital_f.pdf
- Downey, C., Kelly, M., & Quinlan, J. F. (2019). Changing trends in the mortality rate at 1-year post hip fracture—A systematic review. *World Journal of Orthopedics*, 10(3), 166-175. doi:10.5312/wjo.v10.i3.166
- Dyer, S. M., Crotty, M., Fairhall, N., Magaziner, J., Beaupre, L. A., Cameron, I. D., ... for the Fragility Fracture Network (FFN) Rehabilitation Research Special Interest Group. (2016). A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatrics*, 16(1), 158. doi:10.1186/s12877-016-0332-0
- Efrainsson, E., Sandman, P. O., Hydén, L.-C., & Rasmussen, B. H. (2004). Discharge planning: 'fooling ourselves?'—patient participation in conferences. *Journal of clinical nursing*, 13(5), 562-570. doi :10.1111/j.1365-2702.2004.00900.x
- Efrainsson, E., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. H. (2006). 'They were talking about me'—elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(1), 68-78. doi :10.1111/j.1471-6712.2006.00382.x
- Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux ? *Gerontologie et société*, 34 / n° 138(3), 127-142. doi :10.3917/gs.138.0127
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, France: Presses Universitaires de France. doi :10.3917/puf.fainz.2006.01

- Fan, V. S., Burman, M., McDonnell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of general internal medicine*, 20(3), 226-233. doi :10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x
- Finlay, L. (1998). Reflexivity : An essential component for all research? *British Journal of Occupational Therapy*, 61(10), 453-456. doi :10.1177/030802269806101005
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher : The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative health research*, 12(4), 531-545. doi :10.1177/104973202129120052
- Fisher, K. (2011). The qualitative interview and challenges for clinicians undertaking research : A personal reflection. *Australian journal of primary health*, 17(1), 102-106. doi:10.1071/PY10034
- Flick, U. (2018). Qualitative Research kit: Managing quality in qualitative research. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd. doi: 10.4135/9781529716641
- Forster, A. J., Asmis, T. R., Clark, H. D., Saied, G. A., Code, C. C., Caughey, S. C., ... Walraven, C. van. (2004). Ottawa Hospital Patient Safety Study : Incidence and timing of adverse events in patient admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ*, 170(8), 1235-1240. doi:10.1503/cmaj.1030683
- Friedman, S. M., Mendelson, D. A., Kates, S. L., & McCann, R. M. (2008). Geriatric co-management of proximal femur fractures : Total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(7), 1349-1356. doi :10.1111/j.1532-5415.2008.01770.x
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G. S., & Fried, L. P. (2002). Falls and Fear of Falling : Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1329-1335. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50352.x
- Gerteis, M. (1993). *Through the patient's eyes : Understanding and promoting patient-centered care*. Repéré à <http://hdl.handle.net/10822/860654>
- Gesar, B., Baath, C., Hedin, H., & Hommel, A. (2017). Hip fracture; an interruption that has consequences four months later. A qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 26, 43-48. doi:10.1016/j.ijotn.2017.04.002
- Gesar, B., Hommel, A., Hedin, H., & Bååth, C. (2017). Older patients ' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery—an explorative qualitative study. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 24, 50-58. doi :10.1016/j.ijotn.2016.04.005
- Giorgi, A. (1975a). An application of phenomenological method in psychology. *Duquesne studies in phenomenological psychology*, 2, 82-103. <https://doi.org/10.5840/dspp197529>
- Giorgi, A. (1975b). Convergence and divergence of qualitative and quantitative methods in psychology. *Duquesne studies in phenomenological psychology*, 2, 72-79. doi :10.5840/dspp197528
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3-12. doi:10.1163/156916212X632934
- Gotman, A., & Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris, France : Nathan, coll. 128, n°19.
- Grandahl, M. G., Nielsen, S. E., Koerner, E. A., Schultz, H. H., & Arnfred, S. M. (2016). Prevalence of delirium among patient at a cancer ward : Clinical risk factors and prediction by bedside cognitive tests. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(6), 413-417. doi:10.3109/08039488.2016.1141982
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (1996) Paris, France : Dalloz.

- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. Los Angeles, U.S.A.: SAGE.
- Grob, W., Rutschmann, O., & Andreoli, A. (2003). Etat confusionnel aigu : Prise en charge pragmatique dans un service d'urgence. *Rev Med Suisse*, 1, 23171. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2446/23171>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care : A multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221. doi :10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hansen, L. O., Greenwald, J. L., Budnitz, T., Howell, E., Halasyamani, L., Maynard, G., ... Williams, M. V. (2013). Project BOOST : Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 8(8), 421-427. doi:10.1002/jhm.2054
- Hartford Kvæl, L. A., Debesay, J., Bye, A., Langaas, A., & Bergland, A. (2019). Choice, voice, and coproduction in intermediate care : Exploring geriatric patients ' and their relatives' perspectives on patient participation. doi :10.1177/2158244019876318
- Havard, C., & Naschberger, C. (2015). L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital. *@GRH*, n° 17(4), 9-41. doi:10.3917/grh.154.0009
- Henwood, K., & Pidgeon, N. (1994). Beyond the qualitative paradigm : A framework for introducing diversity within qualitative psychology. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4(4), 225-238. doi :10.1002/casp.2450040403
- Hiller, A. J., & Vears, D. F. (2016). Reflexivity and the clinician-researcher : Managing participant misconceptions. *Qualitative Research Journal*. doi :10.1108/QRJ-11-2014-0065
- Holland, D. E., Harris, M. R., Leibson, C. L., Pankratz, V. S., & Krichbaum, K. E. (2006). Development and validation of a screen for specialized discharge planning services. *Nursing research*, 55(1), 62-71. Repéré à https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/2006/01000/Development_and_Validation_of_a_Screen_for.8.aspx?casa_token=8BEVg_03n2sAAAAA:L-LAt5y4ER8v3V6UK85vWRyV8W2PwXJPewDI9HqbBZBo_gJQD6ewt5A-XWAUSgZA1pBW_QK9w1D2IBwEioHxCzg5
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment : A discussion on concepts. *Patient education and counseling*, 79(2), 167-172. doi :10.1016/j.pec.2009.08.008
- Houset, E. (2000). *Husserl et l'énigme du monde* (p. 272 p.). Paris, France: Le Seuil.
- Huby, G., Brook, J. H., Thompson, A., & Tierney, A. (2007). Capturing the concealed : Interprofessional practice and older patients ' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of interprofessional care*, 21(1), 55-67. doi :10.1080/13561820601035020
- Huby, G., Stewart, J., Tierney, A., & Rogers, W. (2004). Planning older people's discharge from acute hospital care : Linking risk management and patient participation in decision-making. *Health, Risk & Society*, 6(2), 115-132. doi :10.1080/1369857042000219797
- Hunt, M. R., Chan, L. S., & Mehta, A. (2011). Transitioning from clinical to qualitative research interviewing. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(3), 191-201. doi :10.1177/160940691101000301
- Hussey, P. S., Schneider, E. C., Rudin, R. S., Fox, D. S., Lai, J., & Pollack, C. E. (2014). Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA internal medicine*, 174(5), 742-748. doi:10.1001/jamainternmed.2014.245
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023

- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428. doi: 10.1056/NEJMsa0803563
- Jensen, C. M., Smith, A. C., Overgaard, S., Wiil, U. K., & Clemensen, J. (2017). "If only had I known": A qualitative study investigating a treatment of patients with a hip fracture with short time stay in hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1307061. doi:10.1080/17482631.2017.1307061
- Jo Delaney, L. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123. doi:10.1016/j.collegn.2017.02.005
- Johnson, R., & Waterfield, J. (2004). Making words count: The value of qualitative research. *Physiotherapy Research International*, 9(3), 121-131. doi :10.1002/pri.312
- Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients . *Pratiques de Formation—Analyses*, Paris, France : Université de Paris.
- Kanis, J. A. (2019). Diagnosis and clinical aspects of osteoporosis. Dans *Pocket Reference to Osteoporosis* (pp. 11-20). doi:10.1007/978-3-319-26757-9
- Katz, D. A., McCoy, K., & Sarrazin, M. V. (2014). Does improved continuity of primary care affect clinician–patient communication in VA? *Journal of general internal medicine*, 29(2), 682-688. doi: 10.1007/s11606-013-2633-8
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris, France: Nathan.
- King, N. M., & Churchill, L. R. (2008). Clinical research and the physician-patient relationship: The dual roles of physician and researcher. *The Cambridge textbook of bioethics*, 214. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: Apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique, Tome LIII*(4), 67-82. doi.org/10.3917/rpve.534.0067
- Le Berre, M., Maimon, G., Sourial, N., Guériton, M., & Vedel, I. (2017). Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1597-1608. doi:10.1111/jgs.14828
- Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Kessler, M., Brito, J. P., Mair, F. S., Gallacher, K., ... Boehmer, K. (2014). Preventing 30-day hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA internal medicine*, 174(7), 1095-1107. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608
- Letourmy, A., & Naiditch, M. (2009). L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *Santé, Société et Solidarité*, 8(2), 15-22. doi:10.3406/oss.2009.1346
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V. A., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane database of systematic reviews*, (4). doi :10.1002/14651858.CD003267
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2019). Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: A qualitative metasummary. *BMJ Open*, 9(11), e025789. doi:10.1136/bmjopen-2018-025789
- Loeb, D. F., Bayliss, E. A., Candrian, C., deGruy, F. V., & Binswanger, I. A. (2016). Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 34. doi:10.1186/s12875-016-0433-z
- Mabire, C. (2014). *La planification de sortie des personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine*. Université de Lausanne, Faculté de biologie et médecine. Repéré à https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_6E75D1221FEC

- Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A., & Pellet, J. (2018). Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 788-799. doi :10.1111/jan.13475
- Mabire, C., Goulet, C., Morin, D., & Büla, C. (2015). Importance des soins de transition : Des facteurs prédicteurs du succès de la transition de l'hôpital vers la communauté. *La Gazette médicale-Info @ Gériatrie*, 2, 28-30. Repéré à https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_8AACCCF942B7.P001/REF.pdf
- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. P. (2019). Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 359-370. doi:10.1111/scs.12631
- Magaziner, J., Hawkes, W., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., Fox, K. M., Dolan, M., ... Kenzora, J. (2000). Recovery from hip fracture in eight areas of function. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(9), M498-M507. doi.org/10.1093/gerona/55.9.M498
- Malin Malmgren, R. N., Eva Törnvall, R. N., & Inger Jansson, R. N. (2014). Patients with hip fracture : Experiences of participation in care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18(3), 143-150. doi:10.1016/j.ijotn.2013.08.017
- Marengoni, A., Rizzuto, D., Wang, H.-X., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2009). Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 225-230. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02109.x
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McEvoy, P. (2001). Interviewing colleagues : Addressing the issues of perspective, inquiry and representation. *Nurse Researcher (through 2013)*, 9(2), 49. Repéré à <https://search.proquest.com/openview/c65deb93063c5a462e6222696954ddb1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33100>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110. doi :10.1016/S0277-9536(00)00098-8
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. Repéré à https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/ExperiencingTransitionsAnEmergingMiddleRange.6.aspx?casa_token=yXGL8O3VQz4AAAAA:z-Cs-UtW3zUhbmMX6RjYEDRY3DjqE6lkX8kky2QdijkG5ivUMMpNvV8utvvun4aLNKhrePSj_2-Hsp8yckMSFEIf
- Mennuni, M., Gulizia, M. M., Alunni, G., Francesco Amico, A., Maria Bovenzi, F., Caporale, R., ... Zuin, G. (2017). ANMCO Position Paper : Hospital discharge planning: recommendations and standards. *European Heart Journal Supplements*, 19(suppl_D), D244-D255. doi:10.1093/eurheartj/sux011
- Miura, L. N., DiPiero, A. R., & Homer, L. D. (2009). Effects of a Geriatrician-Led Hip Fracture Program : Improvements in Clinical and Economic Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 159-167. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02069.x
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. doi:10.1111/scs.12376

- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412189
- Mosk, C. A., Mus, M., Vroemen, J. P., van der Ploeg, T., Vos, D. I., Elmans, L. H., & van der Laan, L. (2017). Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 421-430. doi:10.2147/CIA.S115945
- Nascimento, C. M., Ingles, M., Salvador-Pascual, A., Cominetti, M. R., Gomez-Cabrera, M. C., & Viña, J. (2019). Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise. *Free Radical Biology and Medicine*, 132, 42-49. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2018.08.035
- National Quality Forum. (2012). Multiple Chronic Conditions (MCC) Measurement Framework. Repéré à http://www.qualityforum.org/Projects/Multiple_Chronic_Conditions_Measurement_Framework.aspx
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *Jama*, 281(7), 613-620. doi:10.1001/jama.281.7.613
- Netgen. (2020). Nutrition Risk Screening (NRS 2002). *Revue Médicale Suisse*. Repéré à <https://www.revmed.ch/Scores/SCORES-DIAGNOSTIQUES/NUTRITION/Nutrition-Risk-Screening-NRS-2002>
- Nurmi, I., Narinen, A., Lüthje, P., & Tanninen, S. (2004). Functional outcome and survival after hip fracture in elderly: A prospective study of 106 consecutive patients. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 5(1), 7-14. doi:10.1007/s10195-004-0033-x
- Nuti, R., Brandi, M. L., Checchia, G., Di Munno, O., Dominguez, L., Falaschi, P., ... Michieli, R. (2019). Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures. *Internal and emergency medicine*, 14(1), 85-102. doi:10.1007/s11739-018-1874-2
- Observatoire Suisse de la Santé. (2016). Health Literacy 2015 Population Survey. Repéré à https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gID3ksG_DKUJ:https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/uploads/geskomp_sb_summary_eng.pdf+&cd=7&hl=fr&ct=clnk&gl=ch
- Observatoire Suisse de la Santé. (2020). Taux d'hospitalisation pour fracture de la hanche. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-pour-fracture-de-la-hanche>
- Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP). (2019). Strategy Health2030. Repéré à <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DAQWxjvOFFsJ:https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheits-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit2030.pdf+&cd=4&hl=fr&ct=clnk&gl=ch>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). OMS | Journée internationale des Personnes âgées—1er octobre 2016. *WHO*. World Health Organization. Repéré à <http://www.who.int/ageing/events/international-day-older-persons/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). OMS | Maladies chroniques. *WHO*. World Health Organization. Repéré à https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2020). Why health literacy is important. Repéré à <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/health-literacy/why-health-literacy-is-important>

- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : , *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin. doi:10.3917/arco.paill.2012.01.0231
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (S.I.): SAGE Publications, inc.
- Pedersen, S. J., Borgbjerg, F. M., Schousboe, B., Pedersen, B. D., Jørgensen, H. L., Duus, B. R., ... Hospital, H. F. G. of B. (2008). A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1831-1838. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01945.x
- Pelzang, R. (2010). Time to learn : Understanding patient-centred care. *British journal of nursing*, 19(14), 912-917. doi:10.12968/bjon.2010.19.14.49050
- Phy, M. P., Vanness, D. J., Melton, L. J., Long, K. H., Schleck, C. D., Larson, D. R., ... Huddleston, J. M. (2005). Effects of a hospitalist model on elderly patients with hip fracture. *Archives of internal medicine*, 165(7), 796-801. doi:10.1001/archinte.165.7.796
- Potthoff, S. J., Kane, R. L., & Franco, S. J. (1995). Hospital discharge planning for elderly patients: Improving decisions, aligning incentives (Master Contract 500-92-0048). *Minnesota : University of Minnesota Institute for Health Services Research*.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 173, 209.
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients : A meta-analysis. *Journal of evidence-based social work*, 6(2), 198-216. doi:10.1080/15433710802686898
- Procter, S., Wilcockson, J., Pearson, P., & Allgar, V. (2001). Going home from hospital : The carer/patient dyad. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 206-217. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01838.x
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1995). Manuel de la Recherche en Sciences sociales, Coll. *Psyco Sup*.
- Reddy, A., Pollack, C. E., Asch, D. A., Canamucio, A., & Werner, R. M. (2015). The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. *JAMA internal medicine*, 175(7), 1157-1162. doi:10.1001/jamainternmed.2015.1853
- Reed, J., & Procter, S. (1995). Practitioner research in context. Dans *Practitioner research in health care* (pp. 3-31). (S.I.): Springer. doi:10.1590/0104-070720180000650017
- Réseau Santé Région Lausanne. (2017). Rapport annuel 2017. Repéré à https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2018/06/180605_rsl_ra2017_page_light.pdf
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 21-27. doi:10.3917/rsi.081.0021
- Riggs, R. V., Roberts, P. S., Aronow, H., & Younan, T. (2010). Joint replacement and hip fracture readmission rates : Impact of discharge destination. *PM&R*, 2(9), 806-810. doi:10.1016/j.pmrj.2010.05.008
- Rorden, J. W., & Taft, E. (1990). *Discharge planning guide for nurses*. (S.I.): Saunders.
- Rule, A. (2018). *Discharge decision-making for older people on an Acute Medical Unit. An ethnographic study (Thèse de doctorat inédite)*. University of Southampton, U.S.A..

- Sadala, M. (2001). Phenomenology as a method to investigate the experience lived : A perspective from Husserl and Merleau Ponty's thought. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2002.02071>.
- Saletti-Cuesta, L., Tutton, E., Langstaff, D., & Willett, K. (2018). Understanding informal carers' experiences of caring for older people with a hip fracture : A systematic review of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, 40(7), 740-750. doi:10.1080/09638288.2016.1262467
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care : A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. doi:10.1111/hex.12640
- Santana, M.-J., Ahmed, S., Lorenzetti, D., Jolley, R. J., Manalili, K., Zelinsky, S., ... Lu, M. (2019). Measuring patient-centred system performance : A scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open*, 9(1), e023596. doi:10.1136/bmjopen-2018-023596
- Schnell, S., Friedman, S. M., Mendelson, D. A., Bingham, K. W., & Kates, S. L. (2010). The 1-Year Mortality of Patients Treated in a Hip Fracture Program for Elders. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 1(1), 6-14. doi:10.1177/2151458510378105
- Schoeb, V. (2012). La recherche qualitative en physiothérapie : Quelle place mérite-t-elle ? *Kinésithérapie, la Revue*, 12(127), 85-93. doi:10.1016/j.kine.2012.02.004
- Schoeb, V., Staffoni, L., & Keel, S. (2018). Influence of interactional structure on patient's participation during interprofessional discharge planning meetings in rehabilitation centers. *Journal of interprofessional care*, 1-10. doi: 10.1080/13561820.2018.1538112
- Scott, I. A. (2010). Preventing the rebound : Improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34(4), 445-451. doi:10.1071/AH09777
- Service évaluation des pratiques cliniques. (2001). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Préparation de la sortie du patient hospitalisé*. Document inédit, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Paris, France.
- Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015). Person-centred care : An overview of reviews. *Contemporary Nurse*, 51(2-3), 107-120. doi:10.1080/10376178.2016.1150192
- Simunovic, N., Devereaux, P. J., Sprague, S., Guyatt, G. H., Schemitsch, E., DeBeer, J., & Bhandari, M. (2010). Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications : Systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 182(15), 1609-1616. doi:10.1503/cmaj.092220
- Slade, M., & Priebe, S. (2007). *Choosing Methods in Mental Health Research : Mental Health Research from Theory to Practice*. (S.I.): Routledge.
- Smith, T. O., Dainty, J. R., & MacGregor, A. (2018). Trajectory of social isolation following hip fracture : An analysis of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) cohort. *Age and ageing*, 47(1), 107-112. doi:10.1093/ageing/afx129
- STATISTIQUE VAUD - Aperçu Etat et structure. (2019). Repéré à <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DomId=1956>
- Subara, D. (2011). Cognitive Impairment : On-Line Tutorial to Choose the Right Screening Tools. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 7(4), S170-S171. doi:10.1016/j.jalz.2011.05.464
- Toscan, J., Manderson, B., Santi, S. M., & Stolee, P. (2013). "Just another fish in the pond" : The transitional care experience of a hip fracture patient. *International Journal of Integrated Care*, 13. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718274/>
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice : A researcher's experience. *Contemporary nurse*, 19(1-2), 75-87. doi:10.5172/conu.19.1-2.75

- Turner, B. J., Fleming, J. M., Ownsworth, T. L., & Cornwell, P. L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury : A literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 30(16), 1153-1176. doi:10.1080/09638280701532854
- Ulin, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2016). Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), e19-e26. doi:10.1177/1474515115569945
- Underwood, M., Satterthwait, L. D., & Bartlett, H. P. (2010). Reflexivity and minimization of the impact of age-cohort differences between researcher and research participants. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1585-1595. doi:10.1177/1049732310371102
- Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M.-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Fridlund, B., & Investigators, C. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention : The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 444-452. doi:10.1177/1474515117690298
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. (S.l.): Presses de l'Université de Montréal et de Boeck.
- Van Steenberghe, É., & Deccache, A. (2007). La charte de Bangkok. *Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé*, 14-21. Repéré à <https://www.cbps.be/storage/app/media/uploaded-files/La%20Charte%20de%20Bangkok.pdf>
- Veras, M., Kairy, D., & Paquet, N. (2016). La physiothérapie fondée sur les données probantes : Une définition. *Physiotherapy Canada*, 68(2), 96-98. doi:10.3138/ptc.68.2.GEF
- Veronese, N., & Maggi, S. (2018). Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury*, 49(8), 1458-1460. doi:10.1016/j.injury.2018.04.015
- Vilatte, J.-C. (2007). *L'entretien comme outil d'évaluation*. Document inédit, Laboratoire Culture et communication, Université d'Avignon, France.
- Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenbrug, E., & Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity : Provider narratives of patients with complex needs in primary care settings. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 107. doi:10.1186/s12939-019-1010-6
- Wilde, V. (1992). Controversial hypotheses on the relationship between researcher and informant in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 234-242. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01879.x
- World Confederation for Physical Therapy. (2019, mai). Policy statement : Description of physical therapy | World Confederation for Physical Therapy. Repéré à <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
- Xue, Q.-L. (2011). The Frailty Syndrome : Definition and Natural History. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 1-15. doi:10.1016/j.cger.2010.08.009

Annexes

Annexe A : Confusion Assessment Method (CAM) (Grandahl et al., 2016)

Confusion Assessment Method (CAM)

(Adapted from Inouye et al., 1990)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Assess the following factors.

Acute Onset

1. Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline?
___ YES ___NO ___UNCERTAIN ___NOT APPLICABLE

Inattention

(The questions listed under this topic are repeated for each topic where applicable.)

- 2A. Did the patient have difficulty focusing attention (for example, being easily distractible or having difficulty keeping track of what was being said)?
_____ Not present at any time during interview
_____ Present at some time during interview, but in mild form
_____ Present at some time during interview, in marked form
_____ Uncertain
- 2B. *(If present or abnormal)* Did this behavior fluctuate during the interview (that is, tend to come and go or increase and decrease in severity)?
___ YES ___NO ___UNCERTAIN ___NOT APPLICABLE
- 2C. *(If present or abnormal)* Please describe this behavior.

Disorganized Thinking

3. Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable, switching from subject to subject?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Altered Level of Consciousness

4. Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?
 Alert (*normal*)
 Vigilant (*hyperalert, overly sensitive to environmental stimuli, startled very easily*)
 Lethargic (*drowsy, easily aroused*)
 Stupor (*difficult to arouse*)
 Coma (*unarousable*)
 Uncertain

Disorientation

5. Was the patient disoriented at any time during the interview, such as thinking that he or she was somewhere other than the hospital, using the wrong bed, or misjudging the time of day?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Memory Impairment

6. Did the patient demonstrate any memory problems during the interview, such as inability to remember events in the hospital or difficulty remembering instructions?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Perceptual Disturbances

7. Did the patient have any evidence of perceptual disturbances, such as hallucinations, illusions, or misinterpretations (for example, thinking something was moving when it was not)?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Psychomotor Agitation

- 8A. At any time during the interview, did the patient have an unusually increased level of motor activity, such as restlessness, picking at bedclothes, tapping fingers, or making frequent, sudden changes in position?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Psychomotor Retardation

- 8B. At any time during the interview, did the patient have an unusually decreased level of motor activity, such as sluggishness, staring into space, staying in one position for a long time, or moving very slowly?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Altered Sleep-Wake Cycle

9. Did the patient have evidence of disturbance of the sleep-wake cycle, such as excessive daytime sleepiness with insomnia at night?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Scoring:

For a diagnosis of delirium by CAM, the patient must display:

Presence of acute onset and fluctuating discourse

AND

Inattention

AND EITHER

Disorganized thinking

OR

Altered level of consciousness

Source:

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-948.

Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm

Feature 1: Acute Onset and Fluctuating Course

This feature is usually obtained from a family member or nurse and is shown by positive responses to the following questions: Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline? Did the (abnormal) behavior fluctuate during the day; that is, did it tend to come and go, or increase and decrease in severity?

Feature 2: Inattention

This feature is shown by a positive response to the following question: Did the patient have difficulty focusing attention; for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?

Feature 3: Disorganized Thinking

This feature is shown by a positive response to the following question: Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?

Feature 4: Altered Level of Consciousness

This feature is shown by any answer other than "alert" to the following question: Overall, how would you rate this patient's level of consciousness? (alert [normal], vigilant [hyperalert], lethargic [drowsy, easily aroused], stupor [difficult to arouse], or coma [unarousable])

Source:

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-948.

Annexe B : Nutritional Risk Screening (NRS 2002) (Netgen, 2020)

		Yes	No
1	Is BMI ≥ 20.5 ?		
2	Has the patient lost weight within the last 3 months?		
3	Has the patient had a reduced dietary intake in the last week?		
4	Is the patient severely ill ? (e.g. in intensive therapy)		

Yes: If the answer is 'Yes' to any question, the screening in Table 2 is performed.
No: If the answer is 'No' to all questions, the patient is re-screened at weekly intervals. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.

Impaired nutritional status		Severity of disease (E increase in requirements)	
Absent Score 0	Normal nutritional status	Absent Score 0	Normal nutritional requirements
Mild Score 1	Wt loss 45% in 3 mths or Food intake below 50–75% of normal requirement in preceding week	Mild Score 1	Hip fracture* Chronic patient-e-s, in particular with acute complications: cirrhosis*, COPD*. <i>Chronic hemodialysis, diabetes, oncology</i>
Moderate Score 2	Wt loss 45% in 2 mths or BMI 18.5 – 20.5 + impaired general condition or Food intake 25–60% of normal requirement in preceding week	Moderate Score 2	Major abdominal surgery* Stroke* <i>Severe pneumonia, hematologic malignancy</i>
Severe Score 3	Wt loss 45% in 1 mth (415% in 3 mths) or BMI ≥ 18.5 + impaired general condition or Food intake 0-25% of normal requirement in preceding week	Severe Score 3	Head injury* Bone marrow transplantation* <i>Intensive care patient-e-s (APACHE410).</i>
Score:	+	Score:	=Total score
Age	if ≥ 70 years: add 1 to total score above		=age-adjusted total score

Score 3: the patient is nutritionally at-risk and a nutritional care plan is initiated
Score 03: weekly rescreening of the patient. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.

A nutritional care plan is indicated in all patient-e-s who are :

- (1) severely undernourished (score=3), or (2) severely ill (score=3), or (3) moderately undernourished + mildly ill (score 2 +1), or (4) mildly undernourished + moderately ill (score 1 + 2).

Prototypes for severity of disease Score=1: a patient with chronic disease, admitted to hospital due to complications. The patient is weak but out of bed regularly. Protein requirement is increased, but can be covered by oral diet or supplements in most cases.

Score=2: a patient confined to bed due to illness, e.g. following major abdominal surgery. Protein requirement is substantially increased, but can be covered, although artificial feeding is required in many cases.

Score=3: a patient in intensive care with assisted ventilation etc. Protein requirement is increased and cannot be covered even by artificial feeding. Protein breakdown and nitrogen loss can be significantly attenuated.

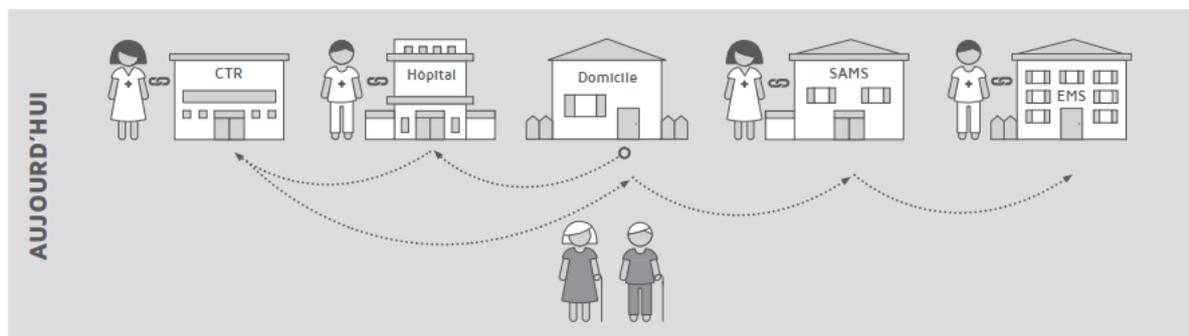
Annexe C : Projet AMELIO (Réseau Santé Région Lausanne, 2017)

AMÉLIO

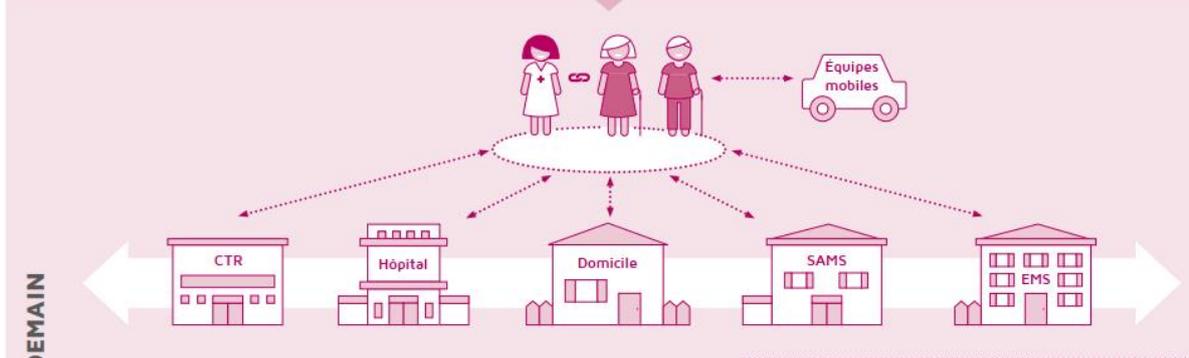
Améliorer le parcours de soins de la population âgée et fragile en renforçant l'intégration clinique



<p>CONTEXTE DE TRANSITION</p> <p>Sociodémographique vieillissement de la population Epidémiologique maladie aiguë → chronique Conceptuelle besoin du système → besoin usager Organisationnelle activité ponctuelle → activité de suivi Technologique dossier papier → informatisé Professionnelle liaison → coordination (bonnes pratiques)</p>	<p>LE RÉSEAU SANTÉ RÉGION LAUSANNE (RSRL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'efficacité du système de santé • Place l'utilisateur au centre de l'activité du réseau • Tisse des liens de collaboration plus étroits entre les partenaires • Assure une meilleure réponse aux besoins des usagers • Assure l'équité d'accès et de traitement 	<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Faciliter l'orientation et la coordination → Repenser le métier et l'activité de l'infirmier de liaison → Améliorer les phases de transition → Promouvoir la continuité du parcours de soins <p>VALEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Éthique, économie et équité d'accès aux soins
<p>BÉNÉFICIAIRES</p> <p>Population région Lausanne</p> 	<p>Le BRIO : Bureau Régional d'Information & d'Orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmier-e-s de liaison (IDL) informent et orientent les usagers dans le réseau de soins et coordonnent leur prise en charge 	<p>PARTENARIATS, FOURNISSEURS</p> <p>Proches aidants, Hôpitaux, CTR, CMS, EMS etc.</p> 



Nouveaux cahiers des charges IDL Nouveaux processus d'intervention et de collaboration Création d'outils de dépistage Nouveaux outils et systèmes d'information



<p>MODÈLES</p> <p>France clic, MAIA Québec PRISMA, SIPA USA CMSA GB NHS</p>	<p>LA COORDINATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • La coordination est complémentaire, nécessaire à l'intégration, mais n'aboutit pas forcément à celle-ci • Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire (Contandriopoulos et al, 2001) • Besoins d'une population donnée sur un territoire donné (Somme et al, 2013) 	<p>L'INTÉGRATION DES SOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire la discontinuité des parcours des personnes, la fragmentation et les doublons dans le système de réponses aux besoins des personnes • 3 niveaux d'intégration : la liaison (linkage); la coordination; l'intégration complète (full integration) (Leutz 1999) 	<p>RÉSULTATS ATTENDUS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un processus unique de dépistage et de suivi dans l'ensemble du système de soins ✓ Un parcours de soins dépendant du besoin de l'utilisateur et non des services ✓ Un plan de soins partagé ✓ Une nouvelle fonction d'IDL répondant aux besoins de la population cible et des prestataires de soins ✓ Des bénéficiaires au bon endroit, au bon moment, pour la/les bonne(s) prestation(s)
--	---	--	--

Annexe D: Nouveau cahier de tâches des infirmiers·ères de liaison du BRIO (Réseau Santé Région Lausanne, 2017)

Responsabilités de l'IDL

- **Faciliter et promouvoir** la continuité des soins en agissant comme interface/pivot entre les différents partenaires
- **Anticiper et planifier** l'orientation du patient dans le réseau de soins en fonction de sa situation
- **Signifier** les attentes de l'utilisateur et de son représentant thérapeutique (advocacy).
- **Représenter** les partenaires du réseau de soins dans leurs possibilités et limites d'intervention
- **Informier et proposer** à l'utilisateur, aux proches aidants et aux professionnels des perspectives d'orientation en fonction de l'évolution de la situation
- **Activer** les prestations requises pour répondre aux besoins de l'utilisateur et des proches aidants
- **Communiquer** avec les partenaires du réseau de soin afin que les informations nécessaires à la prise en soins soient partagées et transmises

Rôle de l'IDL

1. **Identification**¹ et admissibilité aux services de liaison selon la mission et les critères
2. **Evaluation** continue de la situation
3. **Information** au patient et aux partenaires
4. **Proposition** d'orientation dans le réseau de santé en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire
5. **Suivi** des situations et ajustement des actions selon évolutions
6. **Planification** de la sortie²
7. **Accompagnement** du projet d'orientation
8. **Transition** de la prise en soins

Annexe E : Guide d'entretien

Guide d'entretien pour les patient·e·s ·es

1^{er} entretien (quelques jours avant la sortie)

Etablissement :	CHUV	Département :	Traumatologie
Nom/prénom de l'interviewer :	Lucil Veya	Date de l'interview :	
Identifiant:	PT (entretien)	Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Age :		Proche-aidant :	
Domicile :	<input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Campagne		
Etat civil :	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé		
Destination :	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Centre de rééducation <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Autre :		

Bonjour,

Je m'appelle et je fais partie des personnes qui mènent une étude sur la transition des patient·e·s entre l'hôpital et une structure suivante. Notre but est de comprendre comment se passe votre sortie et comment vous la vivez.

Suite à la lecture de la lettre d'information contenant le consentement, avez-vous des questions ? Sachez que vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment. Comme mentionné auparavant, notre discussion sera enregistrée en audio et sera anonymisée.

- Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé au CHUV ?
 - Pour quelle raison ?
- Est-ce la première fois que vous êtes hospitalisé ?
- Quand est-ce que vous allez sortir ?
- Comment vous sentez-vous ?
- Vous sentez-vous prêt à sortir ?

Général

- Est-ce que vous avez eu une préparation de votre sortie ?
- Qu'est-ce que vous pensez de la préparation de votre sortie ?

Intégration du patient

- Comment vous sentez-vous impliqué dans la préparation de votre sortie de l'hôpital ?
 - Avec qui vous avez pu discuter ? Pouvez-vous me décrire les différentes étapes des discussions ?
 - Comment est-ce que vos désirs/ suggestions/ demandes ont été intégrées dans cette transition ?
 - Comment votre famille est-elle intégrée dans ces discussions ? Et quel a été son rôle ? Quand est-ce que ça a été proposé ?

Informations reçues

- Selon vous, qui est responsable de l'organisation de votre sortie ?
- Quelles informations avez-vous reçues concernant la sortie ?
 - Qui vous les a transmises ?
 - Avez-vous des documents écrits ? Si oui lesquels ?
- Quelles ont été vos interrogations ?
 - Avez-vous pu les poser ? Si oui à qui les avez-vous posées ?
 - Est-ce que vous en avez encore ?
- Selon vous, qui est votre personne de ressource concernant votre sortie ?
- Comment vous a-t-on préparé pour votre sortie de l'hôpital ? (Enseignement selon médicaments, hygiène de vie telles qu'alimentation, activité physique, soins, etc. ?)

Lieu de vie / domicile

Si retour à domicile :

- Avant l'hospitalisation, bénéficiez-vous déjà de services à domicile tels que CMS, aide-ménagère, repas à domicile, physiothérapie ou autre ?
- Si oui: est-ce que vous vous occupiez vous-même de l'organisation de ces services?
- De quels services bénéficiez-vous une fois sorti ?
- Est-ce que vous avez déjà des rendez-vous médicaux ou des examens de prévu ?
 - Si oui: qui les a organisés ?
- Savez-vous qui prend la suite de votre coordination de soins après votre sortie ?
- Savez-vous qui appeler en cas de problème une fois sorti ?

Final

- A votre avis, comment la sortie devrait être organisée dans un hôpital comme le CHUV ?
- Comment évaluez-vous la prise en charge de votre sortie ?
 - Que ressentez-vous vis-à-vis de votre sortie ?
 - Est-ce qu'elle aurait pu être préparée différemment ?
- Est-ce que vous aimeriez rajouter quelque chose ?
- Est-ce que nous avons abordé toutes les thématiques relatives à votre sortie

Nous vous remercions pour votre collaboration et vous souhaitons un prompt rétablissement.

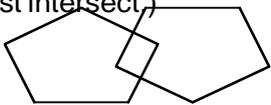
Annexe F : Minimal Mental State Examination (MMSE)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____

Date: _____

Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum	Patient's	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

Annexe G : La physiothérapie

Selon la « World Confederation for Physical Therapy » (WCPT) (2019), la physiothérapie est un service fourni par des physiothérapeutes à des individus et à des populations pour développer, maintenir et restaurer un maximum de mouvements et de capacités fonctionnelles tout au long de la vie. Le service est fourni dans des circonstances où le mouvement et la fonction sont menacés par le vieillissement, les blessures, la douleur, les maladies, les troubles, les conditions ou les facteurs environnementaux et en sachant que le mouvement fonctionnel est essentiel à ce que signifie être en bonne santé.

La physiothérapie implique l'interaction entre les physiothérapeutes, les clients-es, les autres professionnel-le-s de la santé, les familles et les communautés dans un processus où le potentiel de mouvement est évalué et où les objectifs sont convenus, en utilisant les connaissances et les compétences propres aux physiothérapeutes. Les physiothérapeutes s'occupent d'identifier et de maximiser la qualité de vie et le potentiel de mouvement dans les domaines de la promotion, de la prévention, du traitement/de l'intervention, de l'habilitation et de la réadaptation. Ces sphères englobent le bien-être physique, psychologique, émotionnel et social (World Confederation for Physical Therapy, 2019).

Ces hypothèses suivantes sont intégrées dans cette description et reflètent les préoccupations centrales de la thérapie physique :

- Les individus ont la capacité de changer en fonction de leurs réactions aux facteurs physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Le corps, l'esprit et l'âme contribuent à la perception que les individus ont d'eux-mêmes et leur permettent de prendre conscience de leurs propres besoins et objectifs en matière de mouvement. Les principes éthiques exigent que les physiothérapeutes reconnaissent l'autonomie des clients dans la recherche de ses services.
- L'interaction entre les physiothérapeutes, les clients et la famille fait partie intégrante de la thérapie physique afin de développer une compréhension mutuelle de leurs besoins. Ce type d'interaction est nécessaire pour modifier positivement la conscience du corps et les comportements de mouvement qui peuvent promouvoir la santé et le bien-être. Les membres des équipes interdisciplinaires doivent également interagir entre eux et avec les clients et leur famille afin de déterminer les besoins et de formuler

des objectifs pour l'intervention en physiothérapie (World Confederation for Physical Therapy, 2019).

La physiothérapie, comme les sciences médicales avec Sackett et ses collègues en 1996, se fonde dorénavant sur des données probantes (Veras, Kairy, & Paquet, 2016). Le devis qualitatif ou aussi nommé le paradigme constructiviste a commencé à émerger dans les recherches en physiothérapie en premier lieu dans les pays anglo-saxons. Cette vision détermine le cadre de la recherche entière (Schoeb, 2012).

Annexe H: Modèle de soins centrés sur la personne (McCormack & McCance, 2006)

