

Préparation de la sortie du service de traumatologie : perspectives des personnes âgées. Étude exploratoire

Orthopedic surgery discharge planning from the perspective of elderly patients: An exploratory study

Lucil Veya (MSc,PT)^{1,2}, Liliane Staffoni (MSc,PT)³, Veronika Schoeb (PhD)³

Mains Libres 2022; 2: 67-74 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2022.10.2.67

Ce projet a reçu l'aval de la commission d'éthique sous la dénomination « projet n° 2019-01247 ».

Les auteurs attestent ne pas avoir reçu de sources de financement et déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts dans la réalisation de ce travail.

Article reçu le 24 janvier 2022, accepté le 30 avril 2022.

MOTS-CLÉS
étude qualitative / soins de transition /
préparation à la sortie

KEYWORDS
qualitative study / transitional care /
discharge planning

RÉSUMÉ

Contexte: Le contexte sanitaire actuel conduit les hôpitaux à un nouveau défi pour la qualité des soins, notamment diminuer le temps d'hospitalisation des personnes polymorbides en maintenant leur état de santé. Ainsi, une préparation de la sortie de l'établissement hospitalier adéquate est cruciale afin de faciliter le retour à domicile et d'éviter les complications.

Objectif: L'objectif de cette étude est de comprendre les expériences vécues par des personnes âgées hospitalisées dans le processus de préparation de la sortie, en mettant en lumière leurs perspectives.

Méthode: Une étude qualitative phénoménologique au travers de dix entretiens semi-dirigés a été menée dans un service de traumatologie.

Résultats: L'analyse thématique a souligné six thèmes rassemblés sous trois catégories: 1) une grande variabilité de la participation aux décisions concernant la sortie, 2) une implication de la famille non systématique et 3) une trajectoire de soins qui semble unidirectionnelle.

Conclusion: La discussion replace ces trois dimensions dans une prise en charge globale avec notamment le concept de soins centrés sur la personne. Il en découle qu'il est difficile d'implémenter un modèle de soins spécifique à la préparation de la sortie si les concepts principaux du modèle ne sont pas aussi appliqués à la prise en charge globale.

Importance pour la pratique: La préparation à la sortie d'un établissement de soins aigus devrait être une préoccupation de tous les soignants et la participation devrait être stimulée quotidiennement au travers des différents soins comme le modèle de soins le préconise. La communication peut également être améliorée.

ABSTRACT

Background: The current health context leads hospitals to a new challenge regarding the quality of care: to reduce the time of hospitalization of polymorbid individuals while maintaining their health status. Thus, adequate discharge planning is crucial to facilitate the return home and avoid complications.

Objective: This study aimed to understand the lived experiences of hospitalized elderly patients during the discharge planning process, highlighting their perspectives.

Method: A qualitative phenomenological study using ten semi-structured interviews was conducted in a department of orthopedic surgery.

Results: The thematic analysis highlighted six themes within three categories: 1) a large variability of participation in decision making, 2) non-systematic involvement of family members, and 3) the care pathway that seems unidirectional.

Conclusion: The discussion places these three dimensions in global care within the concept of person-centered care. It is difficult to implement a specific model of care for discharge planning if the main concepts of the model are not applied to comprehensive care as well.

Clinical implications: Discharge planning in acute care should be a concern for all caregivers, and participation should be stimulated daily through the various care processes as advocated in the care model. Communication between elderly, their families and health professionals should also be improved.

¹ Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse
² Haute école spécialisée de Suisse-occidentale (HES-SO Master), Lausanne, Suisse
³ Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse-occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse

INTRODUCTION

Les deux défis majeurs dans la politique socio-sanitaire sont le changement démographique et l'augmentation des coûts de la santé⁽¹⁾. En effet, l'allongement de l'espérance de vie ainsi que le vieillissement de la population engendrent notamment une augmentation du nombre d'hospitalisations de patients présentant souvent plusieurs comorbidités acquises avec l'âge⁽²⁾. La pression du système de santé ainsi que le progrès médical amènent à la diminution de la durée d'hospitalisation et à de nouveaux défis concernant la préparation plus rapide de la sortie de l'institution^(1,3). La transition, qui plus est la transition multiple, est une étape cruciale chez les personnes âgées et davantage chez les individus multimorbides ou fragiles. Une coordination des soins et une communication adéquate entre la personne hospitalisée, son entourage et les professionnels de la santé sont nécessaires^(4,5). Selon Forster *et al.*⁽⁶⁾, 20% des sorties conduisent à un événement indésirable tel qu'une infection, une chute ou encore des symptômes suite à une prescription médicamenteuse inadéquate, dont 12% qui pourraient être prévenus ou anticipés pendant le séjour⁽⁷⁾.

Dans ce contexte, la préparation de la sortie de l'établissement hospitalier devient un enjeu essentiel puisqu'une meilleure transition entre l'hôpital et la communauté pourrait faciliter le retour à domicile, éviter les complications, les réadmissions et ainsi diminuer les coûts de la santé. Plusieurs modèles de prise en charge ont été développés dans le but d'optimiser cette transition⁽⁸⁾. Par exemple, dans l'institution où se déroule l'étude, des itinéraires cliniques par pathologies ont été créés. Il s'agit de processus guidant la prise en charge et les décisions afin de permettre un accès plus rapide aux soins adéquats et à une sortie de l'hôpital. Cependant, dans le même contexte, une étude prédictive a mis en évidence que les interventions des soins infirmiers, notamment, sont plutôt dirigées sur l'organisation et la coordination entre professionnels que sur les besoins et les attentes des personnes hospitalisées⁽⁷⁾. L'objectif de cette étude est donc de comprendre l'expérience vécue par les personnes hospitalisées dans ce processus de préparation de la sortie d'hospitalisation en mettant en lumière leurs perspectives concernant la transition.

MÉTHODE

Étude qualitative phénoménologique

Un devis qualitatif phénoménologique au travers d'entretiens semi-dirigés a été choisi afin d'explorer les expériences vécues par des personnes concernées⁽⁹⁾. Un guide d'entretien, composé de questions sociodémographiques, de questions générales sur l'hospitalisation puis de questions ouvertes sur différents aspects de leur prise en charge a été testé auprès de quelques personnes. Il a ensuite évolué au fil des interviews ce qui correspond à une méthodologie qualitative⁽¹⁰⁾.

Population

Sur demande du service de traumatologie ayant récemment mis en pratique un nouvel itinéraire clinique pour la fracture du fémur, tous les profils des personnes souffrant d'une fracture du fémur ont été examinés en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion

- ≥ 65 ans
- Expression fluide en français

Critères d'exclusion

- Troubles cognitifs (Mini-Mental State Examination (MMSE) < 25)
- Troubles du langage

Procédure

Les responsables du service ont identifié les personnes potentiellement éligibles. Après avoir obtenu un accord verbal de leur part, l'étude leur a été expliquée par l'investigatrice principale étant externe au service. Si les participants étaient favorables à participer, une entrevue durant leur hospitalisation a été organisée, au plus près de leur sortie de l'hôpital. Les entretiens, menés uniquement par l'investigatrice principale, se sont déroulés dans la chambre ou dans une salle de colloque et ont été enregistrés. Les données personnelles des participants, les codes attribués ainsi que les enregistrements ont été stockés sur une session personnelle sécurisée dans des dossiers distinctement séparés. Les entretiens ont ensuite tous été retranscrits conformément aux récits avec les logiciels Express Scribe et Word, les retranscriptions étant codées.

Analyse thématique

Dans l'analyse thématique en six étapes selon Braun et Clarke (Figure 1)⁽¹¹⁾, la principale opération est la thématisation⁽¹²⁾. Alors que les premières étapes ont été analysées par l'investigatrice principale, les étapes finales ont été élaborées par toute l'équipe de recherche. Tout au long de l'étude, la posture de professionnelle de santé en tant que physiothérapeutes a guidé les chercheuses. En effet, au lieu de viser une objectivité impossible à obtenir, il est accepté que ces sensibilités fassent partie intégrante du processus, le principal étant d'en avoir conscience⁽¹³⁾.

Figure 1

Les six étapes de l'analyse thématique de Braun et Clarke



RÉSULTATS

Entre novembre 2019 et janvier 2020, dix entretiens ont été menés. Les enregistrements ont duré entre 15 minutes et 44 minutes, sans compter la discussion d'introduction. Les interventions des soignants, les programmes de soins ainsi que la fatigue des participants ont raccourci plusieurs rencontres.

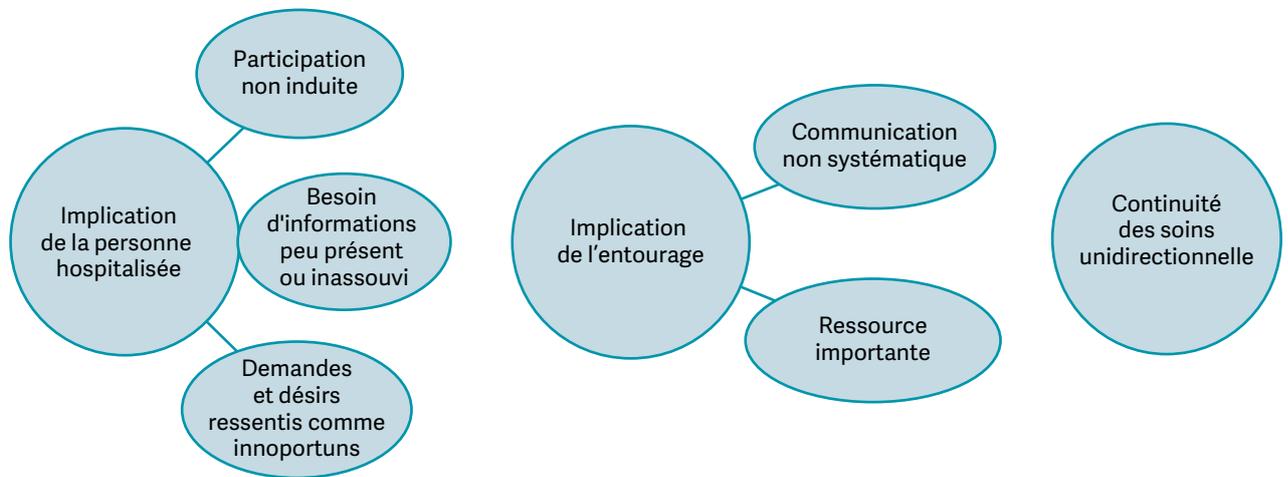
Dans le cadre de cette recherche, les termes de « soignant », « équipe soignante » ou « professionnel de la santé » regroupent toutes les professions du service de traumatologie potentiellement incluses dans la prise en charge des

participants (médecins, infirmiers, assistants en soins et santé communautaire, aides-soignants, secrétaires médicales, infirmiers de liaison, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, techniciens en radiologie, psychologues, assistants sociaux, pharmaciens, logopédistes, podologues).

Les résultats décrivent dans un premier temps les participants et la compréhension que les participants se font du concept de la préparation de la sortie de l'établissement hospitalier. Six thèmes, répertoriés dans trois catégories, soit l'implication de la personne hospitalisée, celle de son entourage et la continuité des soins sont présentés dans un deuxième temps (Figure 2).

Figure 2

Visualisation des catégories et des thèmes



Description des participants

Dix personnes âgées de plus de 69 ans et hospitalisées pour une fracture du fémur au sein d'une même unité ont été interviewées (Tableau 1).

Compréhension de la préparation de la sortie

Il est intéressant de relever que le concept de « préparation de la sortie » a été compris et identifié différemment selon les participants. Pour certains, l'annonce du lieu et de la date représentait une préparation tandis que d'autres l'ont assimilée aux soins reçus durant leur hospitalisation. La préparation de la sortie peut donc être vue comme factuelle ou continue.

Tableau 1

Données sociodémographiques

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

PT = patient(e); M = masculin; F= Féminin; CTR = Centre de traitement et de réadaptation; EMS = Établissement médico-social

Tandis que certains ont reconnu avoir bénéficié d'une préparation, plus de la moitié ont réfuté l'avoir vécue dont trois jugeant ne pas en avoir besoin, car « *une sortie d'hôpital ça se vit de toute façon bien* » (PT7). Alors que tous exprimaient des difficultés dans leur autonomie, une seule personne ne se sentait pas prête à partir de l'hôpital.

Implication de la personne hospitalisée

Au travers des discours des participants, trois thèmes concernant l'implication de la personne hospitalisée ont été identifiés: la participation non induite, le besoin d'informations peu présent ou inassouvi et des demandes et des désirs ressentis comme inopportuns.

Participation non induite

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

Cette passivité semble en général intentionnelle sauf pour un participant où elle semble due au système complexe et volumineux de l'hôpital:

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

Les autres personnes justifient leur passivité par divers propos tel que la confiance dans le système de santé avec souvent des expériences antérieures ou encore l'autorité que représente le monde médical. La reconnaissance d'être pris en charge et soigné est également avancé comme explication. L'adaptation aux changements peut être vue comme une participation active non intentionnelle. La participation active, quant à elle, a été présentée sous diverses formes telles que l'adhérence aux traitements ou le pouvoir décisionnel. La volonté de prendre des décisions pour sa propre santé, la responsabilité individuelle ainsi que la volonté de récupérer le maximum de ses capacités ont été mentionnées comme raisons de prendre part à leur prise en charge. Un autre participant avoue prendre part à sa prise en charge de peur « *d'être considéré de manière désinvolte (par les soignants)* » (PT9).

Finalement, deux participants ont déclaré mettre leur sort entre les mains de la chance ou du ciel.

Le besoin d'informations peu présent ou inassouvi

La plupart du temps, l'information a été transmise oralement et le centre de traitement et de réadaptation (CTR) a été présenté brièvement, laissant les personnes imaginer la suite en s'appuyant bien souvent à des expériences antérieures. Le rapport à l'information variait 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 se sont accommodées de cette situation, expliquant parfois cela par une philosophie de vie, une incompréhension du langage médical ou encore un manque 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).

Plusieurs participants ont mentionné une « surinformation » dans le monde actuel.

« *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, [...] non j'aime bien savoir ou je vais [...] mais ça allait tellement de soi que j'ai pas besoin qu'on m'en parle 25 jours* » (PT7).

Bien que la majorité ne souhaitait pas obtenir des informations supplémentaires, plusieurs personnes n'ont toutefois pas pu complètement assouvir leur besoin d'informations par manque d'interlocuteurs:

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

Parmi tous ces avis divergents cités auparavant sur le besoin d'information, la quasi totalité des participants se sont accordés pour assimiler les questions à une pratique ennuyeuse pour les soignants:

« *Non parce que moi je suis pas... 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 derrière l'infirmière en disant on fait comment, on fait quoi, on en est où, je pars quand, je fais quoi* » (PT10).

Demandes et désirs ressentis comme inopportuns

En règle générale, les demandes et les désirs n'étaient pas perçus comme bienvenus au sein d'un hôpital:

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

Des mots assez forts tels que « *contrarier* » (PT8 et PT2), « *combattant* » (PT6), « *sale caractère* » (PT7), « *emmerdeur* » (PT7 et PT10) s'ajoutent à ces propos pour parler des demandes auprès des soignants. L'autorité et les connaissances médicales sont également citées comme arguments. Deux personnes ont également rapporté 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* » (PT6).

Implication de l'entourage

Communication entre soignants et familles non systématique

Au sujet de la préparation de leur 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 [le 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 ou les

enfants ne sont pas forcément conviés aux diverses réunions avec l'équipe soignante :

« C'était plus ou moins par hasard, elle est en visite là quand les médecins venaient pour parler de ça [...] mon épouse est très, très intéressée et évidemment elle a encore posé quelques questions supplémentaires aux infirmiers ou bien aux physiothérapeutes » (PT8).

Ressource émotionnelle et organisationnelle

Plusieurs participants ont avoué avoir d'autres ressources que l'hôpital pour envisager leur départ de l'institution dont principalement l'entourage. Les proches sont souvent présentés comme soutien dans différentes tâches, que ce soit pour organiser la sortie de l'hôpital, faire les achats, chercher les informations, apporter du réconfort ou en tant que partenaire de soins. Le contact avec l'extérieur est primordial. En effet, deux participants ont déclaré avoir eu de grandes charges émotionnelles à la suite d'un souci d'interface de communication avec leur conjoint et cela après ne pas avoir trouvé d'aide logistique auprès des soignants.

Bien que le choix du CTR ait été fait par les participants seuls, en collaboration avec les professionnels de santé ou uniquement décidé par les soignants, la plupart étaient contents, car l'institution choisie est proche de leur entourage, principal critère d'importance annoncé.

Continuité des soins

La vision de la préparation de la sortie de l'hôpital dépend aussi de l'image de l'institution et des attentes. Bien que la bonne réputation de l'institution soit affirmée par plusieurs, la vision des participants 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. Cette immensité donne l'impression d'être « un numéro ou un mouton » pour le 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 participants attendent des soins de premier recours :

« J'entends, ce que j'attends d'un hôpital c'est pas tellement qu'il m'explique la marche du monde 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., c'est pas l'hôpital » (PT1).

Face à ces visions, une forme de résignation en découle. La grandeur et la charge de travail élevée peut aussi fréquemment conduire à une difficulté d'identifier les soignants participant au processus de transition. Infirmiers, infirmiers de liaison, médecins ont semblé mélangés dans les esprits des participants :

« Il y avait un autre médecin qui est venu me trouver, mais qui s'occupait au fait peut-être de moi d'après ce que j'ai compris, [...] il touche un peu mon pied et pis il repart quoi. J'ai même pas une personne, oui je crois qu'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 infirmiers tiennent un rôle important de premiers interlocuteurs et que les physiothérapeutes, dans ce cas-ci, ont un rôle de spécialistes de la réadaptation « parce que c'est un peu son domaine qui va être en cours après, c'est de la physio hein » (PT9).

Les personnes interviewées ont partagé une sensation de continuité de soins entre l'hôpital et la structure de réhabilitation suivante comme le démontre la métaphore de la « rivière qui coule » (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 rôlée semble rassurer les personnes.

Cependant, malgré cette transition facilitée reconnue, certains voient une distinction entre les fonctions et les objectifs des deux institutions ainsi qu'une communication restreinte, la rééducation à proprement parlé débutant uniquement à l'entrée au CTR.

Bien que la continuité entre l'hôpital et le centre de rééducation soit mise en évidence par les participants, il émerge une sorte de rupture avec le service de traumatologie dans leurs perspectives du retour à domicile. La continuité apparaît donc comme unidirectionnelle.

« Moi ce que je voudrais savoir c'est par exemple si demain j'ai un problème, une infection qui vient, moi j'aimerais juste savoir où je dois aller, ce que je dois faire, [...] je devrais savoir où m'adresser » (PT10).

La perspective de leur récupération semble également fragmentée en étapes distinctes. En effet, quasi aucun des participants inscrits en réhabilitation n'avait déjà pensé au retour au domicile.

DISCUSSION

L'analyse a mis en évidence six thèmes regroupés sous trois catégories. La première, l'implication de la personne hospitalisée, montre une participation très variée selon les participants 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, bien que ce soutien soit primordial pour les participants, la volonté d'intégration de l'entourage à la prise en charge est généralement initiée par la famille elle-même. La troisième catégorie mentionne une continuité des soins unidirectionnelle.

Quand bien même le sujet de cette étude porte en première intention sur la préparation de la sortie d'un établissement

hospitalier, il apparaît que les expériences rencontrées par les participants concernent en définitive la globalité de leur prise en charge. En effet, les thèmes qui ont émergé remettent en question le modèle de soins dans ses fondements. Le concept de soins centrés sur la personne est donc présenté en parallèle des trois catégories identifiées dans cette étude.

Implication de la personne hospitalisée

Les éléments du concept de soins centrés sur la personne convergent tous vers des objectifs clairs : l'individualisation des soins permettant aux patients d'être actifs dans leur prise en charge, d'affirmer leurs valeurs, leurs besoins et leurs souhaits et de participer aux prises de décisions^(14,15). Or, en comparant les résultats de la présente étude avec la théorie des soins centrés sur la personne, nous pouvons constater un certain décalage. Les mobilisations des associations ainsi que les modèles de soins favorisant la participation de la personne hospitalisée ont ciblé plutôt les maladies chroniques. La fracture de la hanche chez les personnes âgées peut donc, à tort, ne pas être assimilée à cette problématique. En effet, les patients considèrent l'intervention chirurgicale ou le traitement conservateur suivi d'une réadaptation comme curatif et donc ne leur laissant aucune séquelle⁽¹⁶⁾. Or, cette atteinte laisse bien souvent une forte empreinte psychologique et/ou physique avec un possible handicap⁽¹⁷⁾. 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 stimulées dans ce sens. Il est important de souligner que le terme de participation peut être compris différemment entre le corps soignant, familier des concepts introduits en santé, et les patients⁽¹⁸⁾. Souvent assimilée au respect des traitements ou à leur propre adaptation, la participation est, selon Castro *et al.*⁽¹⁸⁾, moins souvent comprise comme un dialogue interactif ou comme une occasion pour les patients de donner leurs avis et de participer au devenir de leur prise en charge médicale. Ainsi, seuls deux participants ont ressenti ce partage du pouvoir ; six ayant l'impression que le choix avait été fait pour eux et deux ayant pris seuls les décisions. Que ce soit de la part des professionnels ou des personnes hospitalisées, la communication a donc semblé unidirectionnelle.

Il est difficile de créer une relation thérapeutique sans réel dialogue⁽¹⁹⁾. La passivité, qui semble être prédominante dans les propos des participants, ne devrait-elle pas être bouleversée par les soignants ? Pelzang⁽¹⁴⁾ précise que l'autonomisation doit en effet être encouragée par les professionnels de la santé en apportant des ressources ainsi que leur expertise. La structure et l'organisation des institutions ont une influence sur les opportunités données aux patients de participer aux discussions⁽²⁰⁾. Or, le manque de temps rapporté par de nombreuses personnes interviewées pourrait influencer le sentiment de participation⁽²¹⁾. Aussi, selon Boudier *et al.*⁽²²⁾, les spécialisations amèneraient une relation soignant-soigné détériorée et déshumanisée ; sentiment partagé par un participant de cette étude qui se présente tel un « numéro » et un « mouton ». D'après deux autres études semblables, l'opération et l'hospitalisation elle-même sont épuisantes sur le plan physique et psychique et pourraient induire une passivité, l'assimilation d'informations devenant difficile^(3,17). Cependant, cet état ne devrait pas être un frein à ce modèle qui s'est avéré adéquat pour ce genre de populations⁽²³⁾.

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 questions et les désirs n'ont pas leur place dans la prise en charge et qu'ils dérangent les professionnels. 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 soignants de fournir des moyens permettant aux patients de gérer leur santé en offrant notamment de l'information et de l'éducation⁽²⁴⁻²⁶⁾.

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⁽¹⁵⁾. L'approche doit aussi être adaptée individuellement afin que les informations soient comprises^(15,27). Cette dernière affirmation fait référence aux compétences en matière de santé des personnes, appelées « Health Literacy », traduit en français comme « littéracie en santé ». Selon l'OMS, il est important de développer ces compétences afin que les individus puissent devenir des partenaires actifs et comprendre le système de santé⁽²⁸⁾. 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^(29,30).

Implication de la famille

Le rétablissement d'une fracture, particulièrement chez les personnes âgées, a un impact non seulement sur la personne elle-même, mais aussi sur les membres de sa famille et la société⁽³¹⁾. Les proches ont notamment un rôle de soutien émotionnel et d'accompagnant mais aussi de coordinateurs et de défenseurs de la personne hospitalisée en faisant reconnaître ses besoins^(31,32). Inclure la famille permet de s'assurer que les informations sont comprises et retenues⁽³²⁾. En effet, selon Mackie *et al.*⁽³²⁾, plusieurs patients 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.*⁽³³⁾, la personne hospitalisée et son entourage ont un rôle important, car ce sont les seuls facteurs permanents dans les différents déplacements entre les institutions.

Le concept de soins centrés sur la personne met aussi en évidence l'importance de l'implication de la famille pour améliorer la prise en charge⁽³⁴⁾. Il est notamment recommandé de demander à la famille son souhait de participer et le niveau d'implication souhaité⁽¹⁵⁾. Bien que les résultats de cette étude démontrent une reconnaissance des soins techniques, résultats aussi mis en évidence dans une revue systématique sur l'expérience des patients et de leurs proches⁽³⁵⁾, l'aspect relationnel entre les trois acteurs est, quant à lui, souvent contesté. Cette volonté inassouvie d'être impliqué à la prise en charge se retrouve aussi dans plusieurs études. Comprendre la prise en charge permet de faire face à leur rôle de proche-aidant, d'anticiper les possibles problèmes ainsi que de soutenir et motiver la personne hospitalisée⁽³¹⁾. Au contraire de l'attitude majoritairement passive des patients, les proches cherchent à s'impliquer. Or, le système de santé a tendance à les placer dans un rôle passif avec une communication déconnectée^(31,32). A nouveau, l'organisation ainsi que la charge de travail sont mentionnées comme limites⁽³²⁾.

Continuité des soins

La continuité des soins est également une dimension du modèle des soins centrés sur la personne de Gerteis⁽³⁶⁾. 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^(37,38). 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⁽³⁹⁾. Cependant, la continuité des soins est aussi le résultat souhaité de la préparation de la sortie d'un établissement de soins. Elle devient encore plus importante lorsque le système de santé se trouve sous pression et que les durées hospitalières sont diminuées⁽³⁸⁾. Les dimensions étant interdépendantes, la prise de décision partagée, la communication adéquate, l'amélioration de la littératie en santé et des compétences d'autonomisation sont des facteurs facilitateurs de la continuité des soins⁽³²⁾.

Les trois catégories regroupant les thèmes 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.

LIMITES ET DÉVELOPPEMENTS ULTÉRIEURS

Le recrutement ayant été limité par la présence de troubles cognitifs chez plusieurs candidats, le nombre de dix participants se révèle peu conséquent, toutefois suffisant pour une étude qualitative exploratoire. Aussi, l'intervieweuse, étant novice en approche qualitative, a appliqué la méthode d'entretien en termes de posture de neutralité et de relances au mieux de ses compétences.

Il serait intéressant de réaliser un second entretien lors du retour à domicile. Aussi, l'analyse des expériences des professionnels de la santé complèteraient la thématique.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de comprendre l'expérience vécue par les personnes hospitalisées dans le processus de préparation de la sortie de l'hôpital en mettant en lumière leurs perspectives concernant la transition. L'analyse a

permis d'identifier six thèmes répertoriés dans trois catégories: l'implication de la personne hospitalisée, l'implication de la famille et la continuité des soins. La première catégorie montre une participation très variée selon les participants 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'intégrer l'entourage à la prise en charge est généralement initiée par la famille elle-même. La troisième catégorie mentionne une continuité des soins unidirectionnelle.

Ces trois catégories de thèmes font partie des dimensions des soins centrés sur la personne qui concernent une prise en charge globale. En conclusion il est compliqué d'implémenter un modèle de soins spécifique à la préparation de la sortie d'un établissement de soins si les concepts principaux du modèle ne sont pas déjà appliqués à la prise en charge globale.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- **La préparation de la sortie des soins aigus devrait être une préoccupation de tout le corps soignant.**
 - **La participation de la personne hospitalisée devrait être stimulée quotidiennement.**
 - **En accord avec le patient, la famille devrait être systématiquement impliquée à la prise en charge en améliorant notamment la communication.**
 - **Proposition de participer aux visites médicales planifiées.**
 - **Planifier l'invitation de la famille à la rencontre avec l'infirmière de liaison.**
 - **Contact téléphonique avec les familles lors de nouvelles informations importantes en prévision de la sortie.**
 - **Il conviendrait de renforcer les modèles de soins de base tels que les soins centrés sur la personne avant d'ajouter d'autres modèles spécifiques à la préparation de la sortie des soins aigus.**
-

Remerciements

Félicia Biesler, chargée Ra&D à la Haute école de santé Vaud (HESAV), pour son soutien méthodologique et son aide à la réflexion.

Contact

*Lucil Veya
lucil.veya@yahoo.com*

Références

1. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of advanced nursing*. 2018;74(4):788-99.
2. Webster F, Rice K, Bhattacharyya O, Katz J, Oosenbrug E, Upshur R. The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary care settings. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(1):107.
3. Jensen CM, Smith AC, Overgaard S, Wiil UK, Clemensen J. "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*. 2017;12(1):1307061.
4. Lilleheie I, Debesay J, Bye A, Bergland A. Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ Open*. 2019;9(11):e025789.
5. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(1).
6. J.Forster A, W.Bates D. Adverse Events following Discharge from the Hospital. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(3):232-233.
7. Mabire C, Goulet C, Morin D, Büla C. Importance des soins de transition: Des facteurs prédicteurs du succès de la transition de l'hôpital vers la communauté. *La Gazette médicale-Info@ Gériatrie*. 2015;2:28-30.
8. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Francesco Amico A, Maria Bovenzi F, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017;19(suppl_D):D244-55.
9. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. *Pittsburgh, PA: Duquesne*; 1985.
10. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):23-34.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
12. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 – L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin; 2012.
13. Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C. *Research Methods in Psychology*. SAGE Publications Ltd; 2000.
14. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *British journal of nursing*. 2010;19(14):912-7.
15. Sharma T, Bamford M, Dodman D. Person-centred care: an overview of reviews. *Contemporary Nurse*. 2015;51(2-3):107-20.
16. Gesar B, Baath C, Hedin H, Hommel A. Hip fracture; an interruption that has consequences four months later. A qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2017;26:43-8.
17. Gesar B, Hommel A, Hedin H, Bååth C. 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*. 2017;24:50-8.
18. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(12):1923-39.
19. Havard C, Naschberger C. L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital. *@GRH*. 2015;17(4):9-41.
20. Schoeb V, Staffoni L, Keel S. Influence of interactional structure on patient's participation during interprofessional discharge planning meetings in rehabilitation centers. *Journal of interprofessional care*. 2018;1-10.
21. Malin Malmgren RN, Eva Törnvald RN, Inger Jansson RN. Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2014;18(3):143-50.
22. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 2012;39(3):13-25.
23. Clissett P, Porock D, Harwood RH, Gladman JRF. 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*. 2013;50(11):1495-503.
24. Jouet E, Flora LG, Las Vergnas O. HAL [En ligne]. [cité le 10.01.2022]. Disponible: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113/document>
25. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [En ligne]. [cité le 10.01.2022]. Disponible: https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion_1986
26. Van Steenberghe É, Deccache A. La charte de Bangkok: une utopie supplémentaire pour guider nos actions. In: Van Steenberghe É, St-Amand D. *La charte de Bangkok: ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé*. Montréal: Réseau francophone international pour la promotion de la santé; 2006.
27. Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient education and counseling*. 2010;79(2):167-72.
28. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Why health literacy is important [En ligne]. [cité 10.01.2022]. Disponible: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/health-literacy/why-health-literacy-is-important>
29. Cramton CD. The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization science*. 2001;12(3):346-71.
30. Mabire C. La planification de sortie des personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine [PhD Thesis]. Université de Lausanne. 2014. Disponible: https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_6E75D1221FEC
31. Saletti-Cuesta L, Tutton E, Langstaff D, Willett K. Understanding informal carers' experiences of caring for older people with a hip fracture: a systematic review of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*. 2018;40(7):740-50.
32. Mackie BR, Mitchell M, Marshall AP. Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(2):359-70.
33. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min S-J, Parry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(11):1817-25.
34. Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(2):106.
35. Bridges J, Flatley M, Meyer J. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(1):89-107.
36. Gerteis M et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. California: Jossey-Bass; 1993.
37. Reddy A, Pollack CE, Asch DA, Canamucio A, Werner RM. The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. *JAMA internal medicine*. 2015;175(7):1157-62.
38. Valaker I, Norekvål TM, Råholm M-B, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Fridlund B, et al. Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;16(5):444-52.
39. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA internal medicine*. 2014;174(5):742-8.