

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALC	Alternative Level of Care
AVS	Assurance Vieillesse et Survivants
AVQ	Actes de la Vie Quotidienne
CAD	Centre d'Animation pour Retraités
CASS	Centre d'Aide et de Soins à Domicile
CAU	Centre d'Accueil et d'Urgence
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMS	Etablissement Médico-Social
GDA	Grounded Dimensionnal Analysis
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HES-SO	Hautes Écoles Spécialisées de Suisse Occidental
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portal
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IC	Intervalle de Confiance
IEPA	Immeubles avec Encadrement pour Personnes Âgées
IMAD	Institutions Genevoise de Maintien à Domicile
IMRaD	Introduction, Méthode, Résultats, Discussion
KFH	Conférence des recteurs des Hautes écoles spécialisées suisses
MeSH	Medical Subject Headings
OBSAN	Observatoire Suisse de la Santé
NUD*IST	Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching, and Theorizing
OCSTAT	Office Cantonal de la Statistique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
PICOT	Population, Intervention, Contexte, Outcome, Temporalité
PubMed	US National Lybrary of Medicine National Institutes of Health
QRS	Software for Qualitative data Analysis
RPA	Résidence Publique Assistée
RR	Risque Relatif
RSS	Relocation Stress Syndrome
SASD	Services d'Aide et de Soins à Domicile
SNF	Skilled Nursing Facility

SPSS	Statistical Package for the Social Science
UAT	Unités d'Accueil Temporaire
UATM	Unités d'Accueil Temporaire médicalisée
UATR	Unité d'Accueil Temporaire et de Repit
UTS	Unité de Travail Social

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT	29
Tableau 2. I. Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly	34
Tableau 3. II. Risk of Continued Institutionalization After Hospitalization in Older Adults	36
Tableau 4. III. Older People’s Experiences of Relocation to Long-Term Care	38
Tableau 5. IV. Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study	40
Tableau 6. V. Examining Waiting Placement in Hospital: Utilization and the Lived Experience	42
Tableau 7. VI. Meleis’s theory of nursing transitions and relatives’ experiences of nursing home entry	44
Tableau 8. VII. Making it better’: Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study	46
Tableau 9. VIII. The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study	48
Tableau 10. IX. Nurses’and personal care assistants’role in improving the relocation of older people into nursing homes	50
Tableau 11. Tableau synoptique des études	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des personnes entrées dans un établissement médico-social selon la provenance et des personnes sorties selon la destination, 2005	13
Figure 2. Statut de santé dans la population âgée selon la classe d'âge	15
Figure 3. Lieux de décès par année, 2006-2011	18
Figure 4. Diagramme de flux.....	29

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Table des matières.....	9
Introduction	11
1. Problématique	11
1.1. Épidémiologie	11
1.2. Les facteurs prédictifs de l'entrée en EMS	13
1.3. Question de recherche initiale.....	14
2. Etat des connaissances et concepts clés.....	14
2.1. Définition de la personne âgée	14
2.2. Réseau de soutien genevois autour de la personne âgée.....	16
2.3. L'entrée en EMS	17
2.3.1. Les EMS dans le canton de Genève	17
2.3.2. Les impacts de l'entrée en EMS pour la personne âgée et ses proches.....	18
2.4. Accompagnement de la personne qui attend une place en EMS	20
3. La théorie de transition de Meleis	20
3.1. Justification de la théorie	20
3.2. Ancrage disciplinaire.....	21
3.3. Application dans la pratique.....	22
3.4. Les métaconcepts dans la théorie de transition	25
3.4.1. Personne	25
3.4.2. Santé	25
3.4.3. Soins	26
3.4.4. Environnement.....	26
3.5. Question de recherche.....	26
4. Méthode	28
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	28
4.2. Diagramme de flux.....	30
4.2.1. Procédure de recherche dans PubMed.....	30

4.2.2.	Procédure de recherche dans CINAHL	31
4.2.3.	Les critères d'inclusion et d'exclusion	32
5.	Résultats	33
5.1.	Analyse critique des études retenues	33
5.2.	Structure de la revue de la littérature	52
5.2.1.	La personne âgée	52
5.2.2.	Les proches aidants	52
5.2.3.	Les soignants.....	53
6.	Discussion.....	53
6.1.	Confrontation des résultats avec la question de recherche et l'ancrage disciplinaire 55	
6.2.	Des suggestions pour la pratique.....	57
6.3.	Les sept compétences infirmières pour favoriser l'accompagnement de la personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS	58
6.3.1.	Rôle d'expert.....	59
6.3.2.	Rôle de communicateur	59
6.3.3.	Rôle de collaborateur	59
6.3.4.	Rôle de manager	60
6.3.5.	Rôle de promoteur de la santé	60
6.3.6.	Rôle d'apprenant et de formateur.....	60
6.3.7.	Rôle de professionnel	60
7.	Conclusion.....	60
7.1.	Recommandations.....	62
8.	Références bibliographiques	63
9.	Annexes	68
9.1.	Réseau genevois autour de la personne âgée.....	68
9.2.	La théorie intermédiaire de transition de Meleis.....	69
9.3.	Fiches de lectures.....	70

INTRODUCTION

La formation Bachelor en soins infirmiers à la haute école de santé de Genève, s'achève par la réalisation d'un travail de recherche sous la forme d'une revue de littérature, en utilisant les fondements théoriques issus de la discipline infirmière.

Cette revue de la littérature est centrée autour de l'accompagnement de la personne âgée dans l'entrée en institution.

Dans la première partie consacrée à la définition de la problématique, les données épidémiologiques, l'état des connaissances comprenant les facteurs prédictifs de l'entrée en EMS, l'impact de l'entrée en EMS sur la personne âgée et ses proches, ainsi que l'ancrage théorique de Meleis, permettront de définir une question de recherche pertinente pour les soins infirmiers.

La deuxième partie consistera à présenter la méthodologie de recherche des études scientifiques et leurs analyses. Dans le cadre de la discussion, une analyse critique de toutes les études retenues mettra en lien les résultats, les apports et les limites avec l'ancrage théorique, dans le but de ressortir les éléments pertinents pour répondre à la question de recherche. Nous terminerons par une proposition de différentes perspectives en vue d'améliorer la pratique.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Épidémiologie

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], (2015), "partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps...D'ici à 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015... passant ainsi de 12% à 22%".

Au vu de l'augmentation de l'espérance de vie, les seniors sont de plus en plus à risque de développer des maladies chroniques et présenter une baisse d'état général, de santé, d'où une dépendance physique et/ou cognitive qui nécessite un besoin accru des soins (Observatoire Suisse de la Santé [Obsan], 2011, p. 20).

Cette prise en soins quand la personne âgée est à domicile se fait par un passage régulier des professionnels, ou ce sont les proches aidants qui deviennent des proches soignants. Cependant, certains facteurs comme par exemple l'insécurité de la personne âgée à domicile, la fatigue des proches aidants, ou la récurrence soutenue des soins, font que la personne ne peut plus rester à domicile. Par conséquent lui trouver une place dans un

établissement médico-social (EMS) devient primordial et indispensable pour assurer non seulement sa sécurité, la continuité des soins et soutenir ainsi sa qualité de vie, mais aussi soulager son proche aidant fatigué et parfois épuisé. Ainsi, ces personnes âgées doivent passer à une nouvelle étape de leur vie, ce qui pourrait être une situation difficile à vivre car cela bouleverse leurs habitudes et leurs projections de vie ; comme l'a révélé une enquête de l'Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP], (2016), selon laquelle une majorité des personnes souhaitent mourir à domicile, ce qui est très loin de la réalité (figure 3).

En Suisse, l'Office fédéral de la statistique [OFS], estime que "le nombre de personnes de 65 à 79 ans augmente de 53% entre 2010 et 2060...Le nombre de personnes de 80 ans ou plus progresse encore plus fortement, passant de 5% à 12% entre 2010 et 2060..." (2010, p.26). L'âge moyen à l'entrée en EMS en Suisse est de 81,3 ans (OFS, 2013, p. 1-3).

Dans le canton de Genève, selon l'Office Cantonal de la Statistique [OCSTAT], on note une réelle augmentation du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus, avec un accroissement de 20% entre fin 2006 et fin 2012 (2015, p. 2).

Selon OCSTAT (2017) :

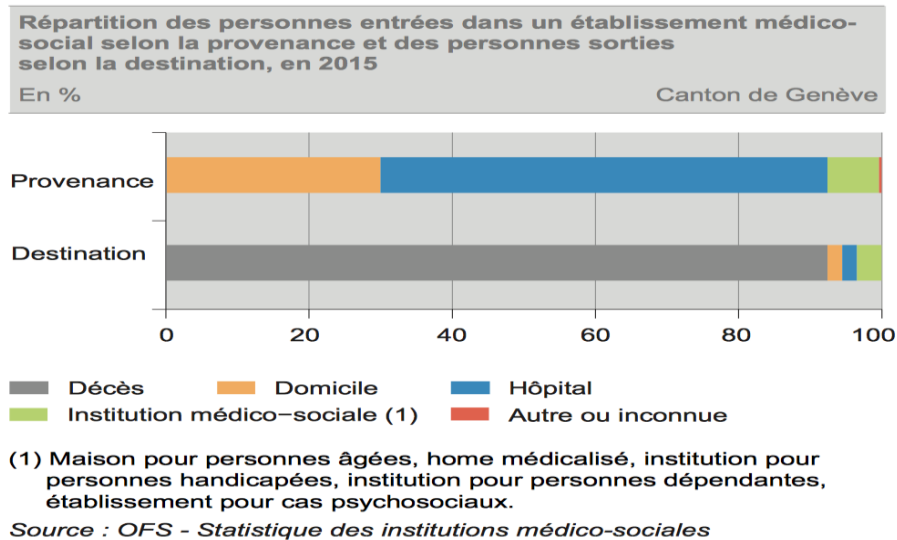
A la fin 2015, parmi l'ensemble des personnes âgées de 80 ans ou plus, résidant dans le canton, 13% vivent dans un EMS et 38% reçoivent des prestations de soins à domicile. Par conséquent, la moitié vit à domicile de façon indépendante, en bénéficiant parfois d'autres formes de soutien (prise en charge par l'entourage, activité en foyer de jour, etc.).

Au cours de l'année 2015, 1184 personnes ont intégré un EMS. La majorité d'entre elles (**63%**) y sont entrées à la suite d'un séjour hospitalier (p.2).

La figure 1 indique les entrées et les sorties en EMS en fonction de la provenance et de la destination.

Ce bouleversement des habitudes, ainsi que le souhait de la personne âgée de mourir à domicile qui n'est très souvent pas respecté sont des facteurs qui peuvent empêcher la personne de bien vivre cette période de sa vie, et avoir un impact sur son adaptation dans son nouveau lieu de vie. De ce fait, accompagner la personne âgée dans son entrée en institution et la préparer à mieux vivre ce passage de sa vie, fait partie du rôle propre infirmier.

Figure 1. Répartition des personnes entrées dans un établissement médico-social selon la provenance et des personnes sorties selon la destination, 2005



Tiré de : Office Cantonal de la statistique [OCSTAT], 2017

Il serait important pour la suite de ce travail, de s'intéresser aux facteurs précipitants l'entrée de la personne âgée en EMS quand la vie à domicile n'est plus possible.

1.2. Les facteurs prédictifs de l'entrée en EMS

Cavalli (2008), relève que les personnes âgées entrent en EMS pour deux raisons principales à savoir :

Raisons de santé : atteinte dans la santé physique ou psychique de la personne, à noter qu'un déficit fonctionnel seul, n'est pas suffisant pour décider de l'entrée en institution. Par exemple l'incapacité pour la personne à réaliser seule ses actes de la vie quotidienne, les polyopathologies, les chutes à répétition, la fragilisation de l'état de santé, une atteinte cognitive comme la démence...

Raisons sociales : il peut s'agir ici d'un isolement social, de la fatigue des proches aidants, du conflit relationnel, du décès du conjoint...(p.62).

Une fois qu'un ou plusieurs de ces facteurs sont présents chez une personne âgée, comment lui annoncer que la vie à domicile n'est plus possible? Comment percevra t-elle cette nouvelle et comment vivra t-elle cette période de transition?

La littérature consultée rapporte que l'entrée en EMS est très souvent une période difficile pour la personne âgée et ses proches; elle doit faire face à plusieurs pertes notamment la perte de son autonomie physique et/ou psychique, la perte de ses repères, l'acceptation de son futur lieu de vie...Ce qui peut engendrer un impact émotionnel et stressant nécessitant un accompagnement interdisciplinaire, afin d'aider la personne à mieux vivre cette période de transition, relevant ainsi du rôle propre infirmier, car elle va créer une relation de

confiance avec la personne, en étant bienveillante et empathique, pour lui permettre d'exprimer ses émotions, son ressenti, ses attentes et besoins, la prendre en soins dans sa globalité, sur le plan bio-psycho-socio-spirituel.

1.3. Question de recherche initiale

La question qu'on peut se poser est de savoir comment l'infirmière peut accompagner une personne âgée qui doit entrer en institution de façon à ce qu'elle vive cette transition le plus favorablement possible?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CONCEPTS CLÉS

Pour une prise en soins infirmière de la personne âgée qui attend une place en EMS, il est important de comprendre la notion de vulnérabilité et de fragilité, connaître la personne âgée, sa trajectoire de vie, le réseau de soins à domicile, sa vision de l'entrée en EMS.

2.1. Définition de la personne âgée

L'OMS (2016), définit la personne âgée comme une personne de 60 ans et plus. Selon elle, en plus des facteurs de stress auxquels sont exposés tous les individus, les personnes âgées sont susceptibles de connaître certains événements comme une chute de leur niveau socio-économique avec la retraite, un handicap, ce qui peut se traduire par l'isolement, la perte de l'indépendance, la solitude et la détresse psychologique. Tout ceci peut accentuer les problèmes de santé dus au vieillissement auxquels sont exposées les personnes âgées.

Selon Cavalli et Lalive d'Épinay (2013), il y a trois statuts de santé pour la population âgée :

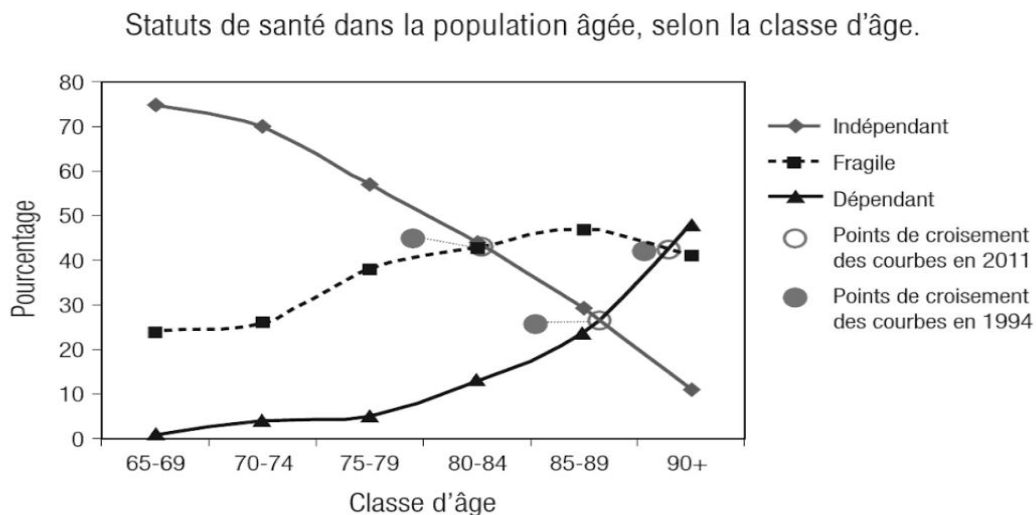
Le statut de dépendance fonctionnelle : c'est l'incapacité d'accomplir sans l'aide d'autrui les activités de la vie quotidienne de base.

Le statut de fragilité : est défini, d'un côté par l'absence d'incapacité fonctionnelle d'une part, et de l'autre, par des atteintes dans les domaines suivants : les aptitudes sensorielles ; la mobilité (dimension neuro-locomotrice), le métabolisme énergétique, la mémoire (dimension cognitive) et enfin les troubles physiques. Une personne est dite fragile quand elle présente des atteintes dans deux de ces domaines, tout en restant à même d'accomplir seule et sans difficulté majeure les activités de la vie quotidienne de base.

Le statut d'indépendance est propre aux personnes sans incapacités fonctionnelles, et qui ne présentent des atteintes de santé dans aucun ou dans un seul des domaines entraînant la fragilité. (p.21).

La fragilité et la dépendance augmentent avec l'âge, et sont assez prononcées chez les personnes de 80 ans et plus, comme le montre la figure ci-après :

Figure 2. Statut de santé dans la population âgée selon la classe d'âge



Sources : Etude VLV ; 2011, Genève et Valais central, personnes vivant à domicile et en institution, N = 1424.
 Pour les points de croisement en 1994, étude CIG-1994 ; Genève et Valais central, personnes vivant à domicile et en institution, N = 2101.

Tiré de : Lalive, d'Epinaï, & Cavalli, "Le quatrième âge" (2013, p.22)

Cavalli et Lalive d'Epinaï (2013), pensent que chez les personnes du quatrième âge (plus de 80 ans), la vulnérabilité prend la forme de la fragilité, et selon Gasser, Knöpfel & Seifert (2015), la vulnérabilité se caractérise par un déficit grandissant des différentes formes de capital (économique, social, culturel, physique) : elle influence la fragilisation de la personne âgée et marque la transition vers la dépendance (p.4).

Cette fragilité et cette dépendance sont souvent à l'origine chez ces personnes âgées, des allers et retours entre l'hôpital et le domicile, et il arrive souvent qu'une fois hospitalisées, le retour à domicile ne soit plus possible, d'où la nécessité de trouver une place en EMS .

Comme il a déjà été dit, l'entrée en EMS est souvent associée à d'énormes difficultés pour la personne âgée et ses proches, tant au niveau physique que psychique. De ce fait, cela

nécessite une préparation et un accompagnement de la personne et de ses proches. Il est donc nécessaire pour la suite de définir qui est le proche aidant.

Selon la commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile (2012), **Un proche aidant** est :

Une personne de l'entourage immédiat d'un individu dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non professionnel est informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore d'assurer sa sécurité, le maintien de son identité et son lien social.

Il peut s'agir de membre de la famille, voisin ou ami. Cela ne concerne pas les formes organisées de bénévolat (p.7).

L'OCSTAT (2017), a montré que parmi les personnes âgées de 80 ans et plus vivant dans le canton de Genève, 13 % vivent en EMS et 38% reçoivent des prestations à domicile, d'où l'existence d'un large réseau de soins autour des aînés. Il précise également que la majorité des personnes qui entrent en EMS est âgée de 80 ans et plus, et provient de l'hôpital (p.2).

Au vu de tout cela, la population ciblée dans le cadre de ce travail sera les personnes âgées de 80 ans et plus, hospitalisées et en attente de place en EMS.

2.2. Réseau de soutien genevois autour de la personne âgée

Il existe à Genève un large réseau pour la prise en charge des personnes âgées, avec ou sans demande médicale, réseau qui permet à ces dernières de vivre le plus longtemps possible à domicile (Cité générations, 2008). Ces réseaux sont regroupés soit en accès libre, soit avec admission sur demande médicale.

Réseau à accès libre sans demande médicale

Centre d'animation pour retraités (CAD), Maisons de vacance de la ville de Genève, Foyers de jour (au nombre de 9 qui sont des lieux de soins et d'accompagnement qui contribuent au maintien à domicile des personnes âgées), Immeubles avec Encadrement pour personnes âgées (IEPA) au nombre de 21, avec environ 1300 locataires), Cité générations, Centre d'accueil et d'urgence (CAU), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Services d'aide et de soins à domicile (SASD), Centre d'aide et de soins à domicile (CASS).

Réseau à admission avec demande médicale

Lits de soins communautaires pour personnes âgées, accueil, service de la polyclinique de la gériatrie (Poliger), Hôpitaux de jour de la Poliger, les unités d'accueil temporaire dans les EMS (UAT), le Centre d'aide et de soins à domicile (CASS), le Foyer de jour et de nuit dans les EMS, le Centre d'accueil et d'urgence (CAU) (p.136).

Il est présenté en annexe 1, une figure de ce réseau de soutien genevois autour de la personne âgée.

Lorsque les soins ne peuvent plus être assurés à domicile malgré l'utilisation de ce réseau, ou si la sécurité de la personne âgée n'est plus assurée à domicile, le déménagement en EMS devient indispensable.

2.3. L'entrée en EMS

2.3.1. Les EMS dans le canton de Genève

Les EMS sont des établissements médico-sociaux qui accueillent conformément à la planification cantonale, des personnes qui sont, en principe, en âge Assurance Vieillesse et Survivants (AVS), et leur offrent des prestations hôtelières, de soins et d'animation (République et canton de Genève, 2017).

Selon OCSTAT (2017), le canton de Genève dispose en 2015, de 52 EMS, avec un total de 3842 lits en long séjour. Au cours de la même année, 1184 personnes ont intégré un EMS, dont la majorité (63%) suite à un séjour hospitalier (pp.1-2).

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), lorsqu'un patient hospitalisé ne peut plus retourner à domicile et qu'une place en EMS n'est pas disponible immédiatement, la personne est prioritairement orientée vers le site de Loëx, où il existe 4 unités d'attente d'EMS, avec un total de 108 lits, ceux-ci sont appelés "lits de transition". Le temps d'attente moyen peut aller jusqu'à 95 jours. Ces patients peuvent aussi être accueillis aux Trois Chênes, à Bellerive, à l'hôpital de Beau Séjour, et même dans les autres unités (Wyden Guelpa & Unger, 2012). Ce contexte particulier d'attente de place en EMS, engendre toute une série de questionnements :

Que pensent ces personnes âgées de la vie en EMS?

Comment se projettent-elles dans ce projet de changement de lieu de vie ?

Comment vivent-elles cette période d'attente et quels impacts cela peut-il avoir sur elles-même et leurs proches?

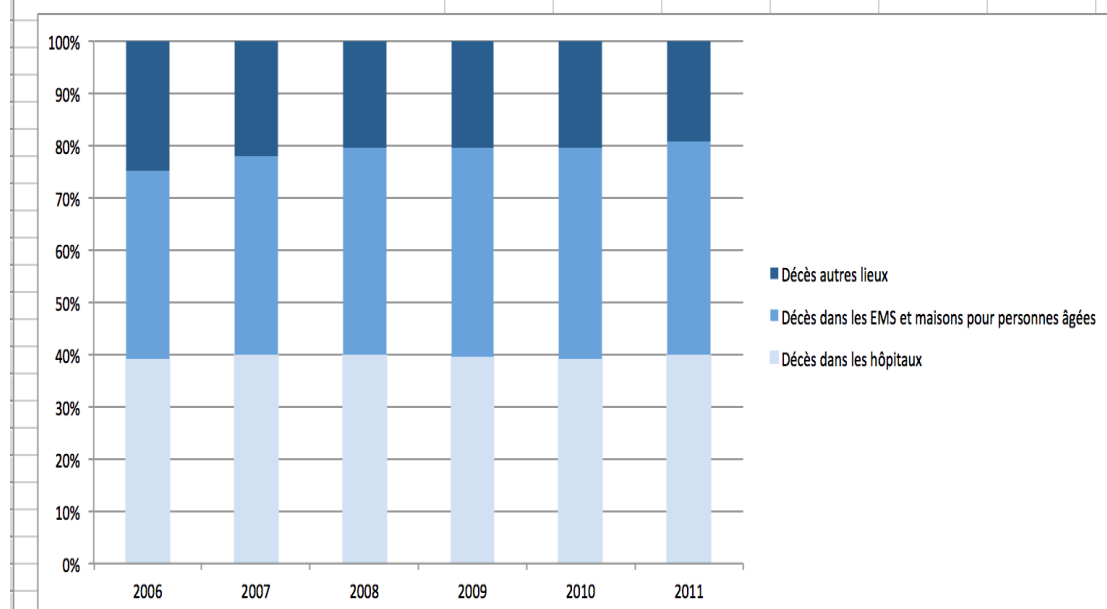
2.3.2. Les impacts de l'entrée en EMS pour la personne âgée et ses proches

Selon l'OFSP (2016), différentes études et enquêtes ont montré que la plupart des gens souhaiteraient décéder chez eux. Cependant en Suisse, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à décéder dans les hôpitaux et les EMS comme le montre la figure ci-après.

Figure 3. Lieux de décès par année, 2006-2011

Données						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Décès dans les hôpitaux	23408	24318	24371	24692	24546	24628
Décès dans les EMS et maisons pour personnes âgées	21735	23036	24055	24800	25156	25193
Décès autres lieux	14815	13442	12499	12647	12640	11965
Décès Totaux	59958	60796	60925	62139	62342	61786

Graphique 1: Lieux de décès par année, 2006-2011



Tirée de : Office Fédéral de la santé publique [OFSP], 2016

De ce fait, ces personnes âgées hospitalisées en attente d'EMS devront non seulement faire face à différentes pertes, mais aussi faire le "deuil" de leur souhait qui était de mourir à domicile, mais qui s'avère impossible à cause de l'insécurité liée aux raisons sociales et/ou de santé. Ce constat va rendre cette période de transition d'autant plus difficile à vivre pour la personne âgée et ses proches.

Selon Clerc (2011) du département de réadaptation et de médecine palliative de l'hôpital de Loëx, la personne âgée en attente d'EMS doit faire face à différentes pertes notamment:

- la perte de son lieu de vie qui est son domicile
- la perte de ses repères habituels et intimes
- la perte de son autonomie physique ou psychique
- l'obligation de vivre en communauté
- l'acceptation de son futur lieu de vie (p.3)

Pour la personne hospitalisée, ces pertes surviennent de façon inattendue, et peuvent influencer son adaptation en EMS, voir engendrer d'autres problèmes de santé tels que l'anxiété, la dépression, le stress, ou les péjorer (Brownie, Horstmanshof & Garbutt 2014, p. 1655). De plus, Fraher et Coffey (2011) pensent que même si la demande d'admission en EMS était faite avant, la décision selon laquelle les personnes âgées hospitalisées ne peuvent plus rentrer à domicile peut rendre la période de transition d'autant plus difficile.

Certains de ces problèmes sont identifiés dans la revue de littérature d'Ellis (2010), qui a développé un processus de transition personnel regroupé en différents stades par lesquels une personne vivant une transition passe, notamment par l'anxiété, la peur, la menace, la culpabilité, la dépression, l'acceptation progressive» (Kelley, 1991, traduction libre, p. 366 cité par Ellis, 2010, p. 1162).

Cette période de transition n'est pas difficile que pour la personne âgée, mais aussi pour les proches ; ils pourront avoir un sentiment d'ambivalence, partagé entre la sécurité de la personne âgée dans son nouveau lieu de vie, et un sentiment de culpabilité, d'abandon, voir du non respect des promesses faites. Pour Brownie et al. (2014), le passage de la personne âgée dans une institution à long terme peut être un événement émotionnel et stressant, aussi bien pour elle que pour sa famille (traduction libre, p.1654).

Selon Mazreku (2015) dans son travail de master, une étude faite en Suisse Romande, les patients qui transitent en EMS se disent inquiets par rapport à leur devenir. Ils regrettent d'avoir peu de contact avec les infirmières qui les considèrent comme médicalement stables (pp.5-6).

Face à cette réalité, quelles sont les compétences infirmières nécessaires pour accompagner la personne âgée qui attend une place en EMS, pour que la transition se fasse le plus sainement possible ?

2.4. Accompagnement de la personne qui attend une place en EMS

Pour préparer une personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS à vivre une transition favorable, l'infirmière doit commencer la prise en soins depuis l'annonce de non retour à domicile jusqu'à l'entrée de la personne en EMS. Pour cela :

- elle doit avoir une approche individualisée, et s'intéresser à ce que le placement en EMS représente pour la personne, et s'assurer de sa compréhension. Evaluer si cela correspond à ce qu'elle avait comme projet de vie
- évaluer les craintes, les besoins et les attentes de la personne en l'encourageant à verbaliser ses sentiments et émotions
- connaître sa trajectoire de vie, mobiliser ses ressources
- elle doit avoir une attitude empathique et de non jugement, tout en ayant une écoute active
- respecter les valeurs et les croyances de la personne
- inclure la personne et ses proches dans le processus, et construire en partenariat avec eux, un projet de soins pour les aider à vivre cette transition de façon saine
- collaborer avec les infirmières de l'EMS, programmer une ou plusieurs visites si possible, pendant l'attente avec la personne âgée et ses proches
- de plus, selon les expériences vécues, l'infirmière devra valoriser les avantages de la vie en EMS, sans pour autant nier les pertes qu'engendrent ce changement. Elle devra aussi être consciente que cela met la personne âgée face à la fragilité, voir vulnérabilité de sa santé.

La personne âgée hospitalisée qui attend une place en EMS entre dans une nouvelle phase de sa vie, pendant laquelle elle doit faire face à plusieurs types de transition, cela nécessitant un accompagnement infirmier dès l'annonce de non retour à domicile, pendant le processus de transition et même après son déménagement. Pour ce, la théorie de transition de Meleis semblerait la mieux adaptée, car propose des interventions infirmières pour accompagner les personnes vivant une ou plusieurs transitions, en les engageant dans ce processus et en travaillant en partenariat avec elles. Cette théorie permet de connaître la nature des transitions que vit une personne, ses caractéristiques, les facteurs qui peuvent faciliter ou inhiber ces transitions.

3. LA THÉORIE DE TRANSITION DE MELEIS

3.1. Justification de la théorie

Selon Meleis (2010, p.67), la transition est définie comme le passage d'une phase de vie, de condition ou de statut à un autre. Pour elle, les transitions causent des changements

d'identité, de rôle, de relation, d'environnement, de capacités et d'habitudes. Lorsqu'une personne âgée provenant du domicile est hospitalisée, elle pense rentrer à son domicile une fois le problème de santé résolu. Cependant, lorsqu'on lui annonce qu'un retour à domicile n'est plus possible, et qu'elle devra attendre dans une unité afin d'avoir une place en EMS, cette annonce de changement d'environnement pourrait engendrer un choc qui à son tour pourrait péjorer la santé physique et psychique de la personne, voir augmenter son état de vulnérabilité.

Selon Alligood (2014), la vulnérabilité peut engendrer une péjoration de son état de santé, ainsi qu'une adaptation problématique ou prolongée à son nouvel environnement (p. 405). De plus, «une préparation ou un manque de préparation peut faciliter ou inhiber la transition (Im and colleagues, 2000, cité par Alligood, 2014, p.402)». Ceci dit, il est important qu'une personne devant intégrer un EMS soit bien préparée afin de vivre une transition saine, ce qui pourrait favoriser son adaptation à son nouveau lieu de vie et améliorer son bien-être.

Tous ces changements seront vécus différemment d'une personne à l'autre, et seront influencés par la représentation que chaque personne se fait de la transition, son «engagement» dans le processus, ses ressources pouvant être «facilitatrices» ou «inhibitrices», et sans «limite temporelle», d'où la nécessité d'une prise en soins individualisée (p. 401-402).

Selon Pepin, Kérouac, et Ducharme (2010), la personne est un tout, formée des composantes bio-psycho-socio-spirituelles qui interagissent entre elles, d'où la philosophie holistique du paradigme intégratif. La personne vit dans un environnement qui interagit avec elle et qui a également une influence positive ou négative sur sa santé (pp.41-42).

Pour assurer une transition saine à une personne âgée en attente de place en EMS, l'infirmière doit intervenir depuis l'annonce de la décision de non retour à domicile jusqu'à son placement. Elle doit donc mettre en place des actions en collaboration avec la personne et ses proches, et ce, de manière holistique (bio-psycho-social-spirituel), pour que la personne vive au mieux sa transition. Ce qui va faciliter son adaptation à son nouveau lieu de vie.

3.2. Ancrage disciplinaire

Selon Pepin et al. (2010), la théorie de transition de Meleis est une théorie intermédiaire des soins infirmiers, située dans le paradigme de l'intégration, appartient à l'école des interactions.

Meleis (2010) définit la transition comme le passage d'une phase de vie, de condition ou de statut à un autre. Pour elle, les transitions causent des changements d'identité, de rôle, de relation, d'environnement, de capacités et d'habitudes (p.67).

Selon Alligood (2014), les théories intermédiaires sont très spécifiques, et leur niveau d'abstraction est mineur par rapport à celui des autres théories. Elles sont donc centrées en réponse aux questions précises de la pratique infirmière (traduction libre, p.7).

Il existe cinq concepts majeurs de la théorie de transition :

Les types et les caractéristiques de la transition : les transitions peuvent être complexes ou multiples, d'où l'importance de connaître non seulement leurs origines, mais aussi savoir si elles apparaissent de façon séquentielles ou simultanées. Les transitions peuvent être de type développementale, santé/maladie, organisationnelle, situationnelle.

Les propriétés de la transition : elles concernent la conscience, l'engagement, le changement et les différences, la temporalité, les points critiques et les événements.

Les conditions de transition : ce sont les circonstances qui influencent la façon dont une personne vit une période de transition, et qui peuvent être facilitatrices ou inhibitrices.

Les indicateurs de réponse : ils comprennent les indicateurs de processus (le sentiment d'être en lien, l'interaction, la situation dans le temps, le développement de la confiance et comment faire face à la situation) et les indicateurs de résultat qui permettent de savoir si la transition est saine ou pas, si la personne maîtrise des compétences et comportements adéquats pour mieux gérer les nouvelles situations.

(traduction libre, pp.401-403)

Les interventions infirmières : Schumacher & Meleis, 1994. cité par Alligood proposent 3 mesures pour les interventions infirmières lors des transitions:

Mesure 1 : faire une évaluation multidisciplinaire de la personne, dans le but d'identifier le type de transition, évaluer le niveau de préparation et créer un profil individuel

Mesure 2 : préparer la personne avec l'éducation comme principale modalité, dans le but de lui permettre d'être prête pour une meilleure transition

Mesure 3 : soutenir la personne dans cette transition, la suppléer (2014, p.403).

3.3. Application dans la pratique

Selon Alligood (2014), les trois mesures infirmières dans la théorie de transition de Meleis, peuvent être regroupées en cinq étapes dans la pratique:

Etape 1:

- décrire l'évaluation de la transition telle que vécue par la personne
- définir le type et les caractéristiques de la transition

- identifier les propriétés de la transition (conscience, engagement, changements et différences, temporalité, points critiques et environnements)

(2014, pp. 407-408).

Il est important dans la prise en soins infirmiers, de faire en premier un entretien avec la personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS et ses proches, pour évaluer leur perception en ce qui concerne la situation actuelle, leur ressenti, connaître aussi la trajectoire de vie de l'aîné, sa compréhension de sa future vie en EMS. Toutes ces informations seront utiles pour déterminer le niveau de prise de conscience ou d'engagement de la personne et ses proches dans le processus de transition, car selon Meleis & Colleagues (2000. cité par Alligood, 2014, p.401), le niveau de prise de conscience d'une expérience de transition influence le degré d'implication de la personne dans ce processus. Une personne âgée hospitalisée en attente d'une place en EMS peut faire face à plusieurs types de transitions à savoir:

- une transition développementale liée au processus de vieillissement qui peut être normal ou pathologique
- une transition de santé / maladie liée à la péjoration de son état de santé, et un non retour possible à domicile
- une transition organisationnelle et situationnelle, liées au fait que la personne va devoir rester en moyenne 95 jours dans l'unité d'attente de placement en EMS, puis changer de lieu de vie, être obligée de vivre en communauté et s'adapter aux nouvelles règles de fonctionnement.

Toutes ces transitions peuvent entraîner des changements d'identité, de rôle, de comportement et de relation (Schumacher & Meleis , 1994, cité par Alligood, 2014, p. 401). La notion de temporalité dans ce processus de transition est importante car il a un point de départ identifiable, est souvent associé à l'instabilité, la confusion, le stress et peut éventuellement se terminer par un nouveau départ ou une période d'instabilité.

Selon Meleis, Sawyer, Alligood & Colleagues (2000. cité par Alligood, 2014, p. 401), il est impossible de déterminer la durée d'une transition. La personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS vit une transition dont la réussite va dépendre de son niveau d'engagement dans ce processus, et de la préparation infirmière pré, per, post transition, pour l'aider à mieux faire face à tous ces changements (les règles de son nouveau lieu de vie, la vie en communauté, la perte de son rôle...) qui surviennent dans sa vie.

Etape 2 :

Identifier chez la personne les conditions facilitatrices ou inhibitrices de la transition, c'est à dire les conditions qui vont l'aider à vivre cette transition le mieux possible, ou l'en empêcher.

Le rôle infirmier pour préparer au mieux la personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS sera en premier de créer un climat de confiance avec la personne et ses proches, connaître sa trajectoire de vie, identifier toutes ses ressources, identifier ses attentes et besoins, les facteurs sociaux, communautaires ou personnels qui pourraient influencer le processus de transition, tel que vécu par la personne.

Etape 3 :

Identifier les indicateurs de transition sains et malsains. Pour ce faire, l'infirmière doit être empathique, à l'écoute, sans jugement, ce qui pourra l'aider à mieux évaluer le niveau d'engagement de la personne et de ses proches dans le processus de transition, et ajuster ses interventions en vue d'une transition saine.

Etape 4 :

Faire la synthèse de données récoltées en lien avec la théorie de transition, et établir un plan de soins.

Evaluer avec la personne et ses proches quels sont leurs attentes et besoins, sans oublier de valoriser leurs acquis et d'identifier toutes leurs ressources qui seront utiles pour établir en collaboration avec eux un projet de soins, et y répondre efficacement.

Etape 5 :

Diagnostics infirmiers, objectifs de soins, interventions, évaluation, résultat.

Chez une personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS, suite à ces changements qui surviennent dans sa vie et les différentes pertes qui en découlent pouvant être source d'anxiété, de stress, d'angoisse, et d'instabilité, quelques diagnostics infirmiers peuvent être posés, par exemple :

Selon Nanda (2015 - 2017)

Le syndrome de l'inadaptation à un changement de lieu : perturbation physiologique et/ou psychosociale résultant d'un changement de milieu, caractérisé par l'anxiété, l'insécurité, la dépendance, l'isolement, la peur, la réticence à changer de milieu et qui peut être favorisée par une préparation insuffisante du départ, des stratégies d'adaptation inefficaces (p.317).

Les proches aidants de ces aînés n'en souffrent pas moins et expriment souvent un sentiment de culpabilité, d'où la nécessité pour l'infirmière de les impliquer dans le processus décisionnel et de transition. Pour cela, elle doit mettre en place des interventions en partenariat avec la personne âgée et ses proches, et les réévaluer régulièrement en fonction de leur degré d'engagement dans le processus de transition, afin d'atteindre les objectifs fixés.

3.4. Les métaconcepts dans la théorie de transition

Fawcett (2013), présente la discipline infirmière sous forme d'une hiérarchie de connaissances (p.4), avec au sommet le métaparadigme qui est le fondement de la discipline infirmière, et qui est constitué de 4 métaconcepts que sont la personne, le soin, la santé et l'environnement. Pépin et al. (2010), définit les métaconcepts comme le centre d'intérêt de la discipline infirmière (pp.5-6).

Ci-dessous, les quatre métaconcepts tels que définis dans la théorie de transition (Alligood, 2014).

3.4.1. Personne

Selon Alligood (2014)

- Les transitions impliquent un processus de mouvement et de changement dans la vie fondamentale de tous les individus.
- Les transitions causent des changements d'identité, de rôle, de relation, de capacité et des caractéristiques de comportement.
- La vie quotidienne des individus, leur environnement et les interactions sont influencés par la nature, les conditions et les processus de leurs expériences de transition.

(traduction libre, p. 404).

La personne âgée qui quitte son domicile pour l'hôpital sait qu'elle va y retourner. Cependant, lorsqu'elle apprend pendant son hospitalisation qu'un retour à domicile n'est plus possible et qu'elle doit aller vivre en EMS, elle entre dès lors dans un processus de transition qui pourrait impliquer des mouvements et causer un changement de rôles, de relations, des habitudes et des comportements.

3.4.2. Santé

Selon Alligood (2014)

- Les transitions sont complexes et multidimensionnelles.
- Toutes les transitions sont caractérisées par un flux et un mouvement à travers le temps.
- Les changements et les différences ne sont ni interchangeable, ni synonymes de transition.

(traduction libre, p. 404).

Tel que déjà annoncé dans l'état des connaissances, les personnes âgées ont en général une santé fragile et vulnérable, et le fait qu'elles vivent une transition de changement de lieu de vie rendra la situation d'autant plus complexe. Pour celles hospitalisées et en attente

d'une place en EMS, les soins devraient se faire en partenariat avec la personne et ses proches avant, pendant et après la transition.

3.4.3. Soin

Selon Alligood (2014)

- Les **infirmières** sont les premières soignantes des personnes et familles qui vivent une transition.
- Les transitions entraînent des changements et les changements entraînent des transitions.

(traduction libre, p. 404).

Pour la prise en soins d'une personne âgée hospitalisée en attente d'une place en EMS, l'infirmière devra évaluer la perception, les craintes, les attentes et besoins de la personne âgée et de ses proches, ainsi que leurs ressources pour pouvoir mieux les engager dans ce processus, et permettre à l'aîné de vivre cette transition le plus sainement possible, et favoriser son adaptation dans son nouveau lieu de vie.

3.4.4. Environnement

Selon Alligood (2014)

- La vulnérabilité est reliée aux expériences de transition, aux interactions, et aux conditions environnementales qui exposent les individus à des dégâts potentiels, à une récupération problématique ou prolongée, ou à une réponse malsaine.

(traduction libre, p. 404).

L'environnement de la personne âgée hospitalisée et en attente d'une place en EMS, pourrait l'exposer à des éventuels dommages ou à un rétablissement problématique ou prolongé.

3.5. Question de recherche

Fraher et Coffey (2011) relève que la majorité des personnes qui intègrent un EMS proviennent de l'hôpital et même si elles ont déjà auparavant fait une demande d'entrée en EMS, vu que la décision est non planifiée, cela pourra engendrer ou péjorer chez ces personnes des troubles physiques ou psychiques qui pourraient entraver leur adaptation à leur nouvel environnement.

De plus, certains auteurs comme par exemple, Ellis et Rawson (2015), Koppitz et al (2016), pensent qu'une non préparation et une non implication des personnes âgées qui vivent une transition pourraient être un obstacle à leur adaptation à leur nouveau lieu de vie, d'où l'importance pour l'infirmière d'engager ces personnes âgées en attente de place en EMS et

leurs proches dans le processus de transition, afin de favoriser une bonne adaptation à leur nouveau lieu de vie, favorisant ainsi leur bien-être.

La question de recherche est donc la suivante :

Quelles sont les interventions infirmières auprès des personnes âgées hospitalisées en attente de place en EMS, qui permettent de les engager dans le processus de transition et les préparer à leur nouveau lieu de vie?

4. MÉTHODE

A partir de la thématique proposée, plusieurs recherches ont été faites sur différents sites ainsi que dans des bases de données scientifiques. Les résultats obtenus ont permis de construire une question de recherche à partir de laquelle des mots clés ont été retenus. Ces derniers ont été utilisés pour interroger les bases de données, afin d'obtenir des études scientifiques dans lesquelles d'autres mots clés ont été identifiés pour ainsi trouver les études les plus pertinentes, pouvant répondre à la question de recherche. La méthodologie de recherche, ainsi que les résultats obtenus seront détaillés ci-après.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La méthode PICOT (Population, Intervention, Contexte, Outcome, Temporalité) a permis de déterminer les mots clés pour l'interrogation des bases de données, notamment la Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) et la US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) qui ont été utilisées. Ensuite, ces mots clés ont été traduits en anglais grâce au logiciel Health Terminology/Ontology Portal (HeTOP), et ce sont les termes Medical Subject Headings (MeSH terms) correspondants qui ont été retenus pour l'interrogation des bases de données.

A préciser que pour avoir toutes les études correspondantes à la question de recherche, il a fallu utiliser tous les synonymes des MeSH terms utilisés pour interroger les bases de données, parfois changer les MeSH terms en All Fields ou en Title/Abstract.

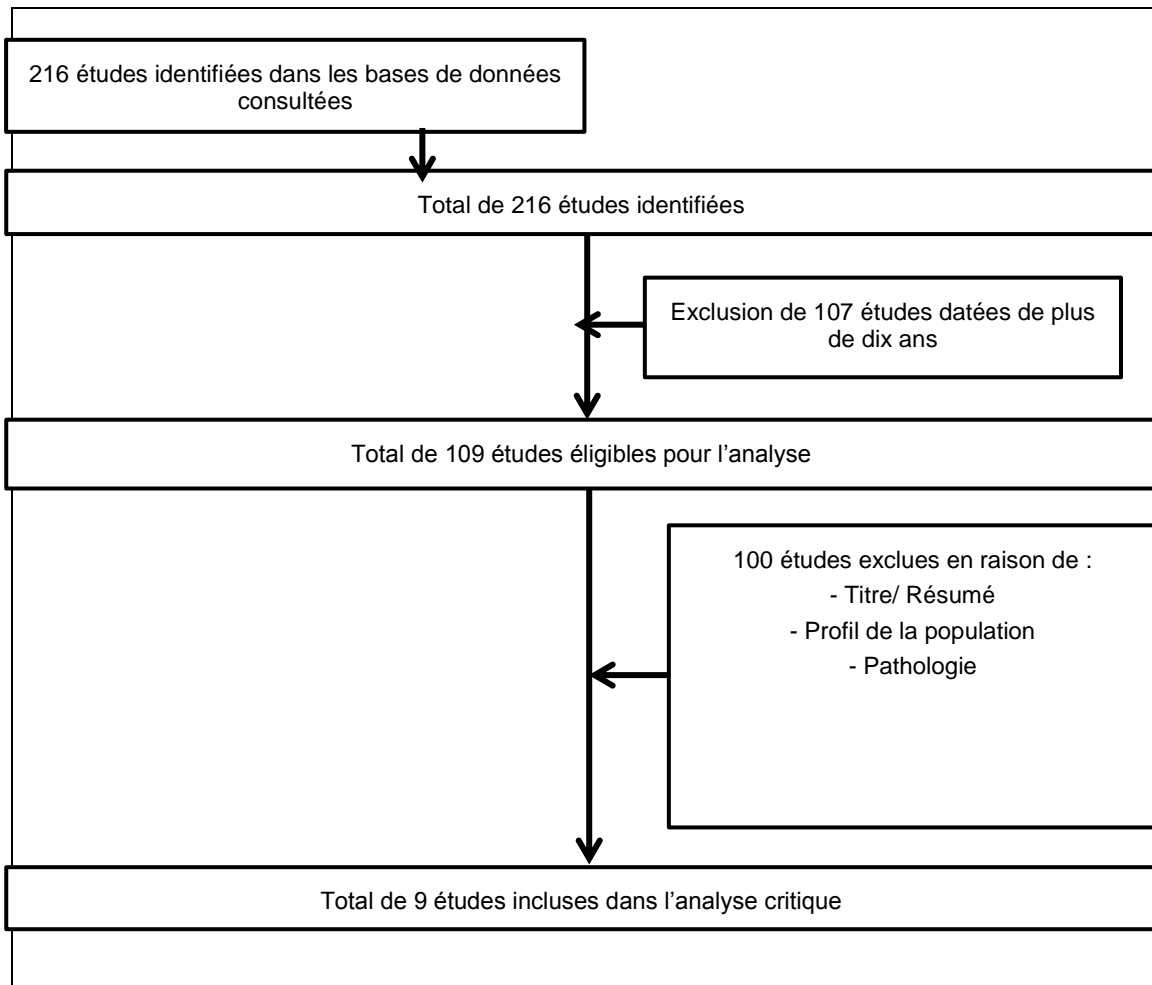
Ci-dessous le tableau PICOT avec les mots clés, les MeSH terms et leurs synonymes correspondants dans les bases de données utilisées :

Tableau 1. PICOT

	Mots Clés	HeTOP	PubMed	CINAHL
P (Personne) Personne âgée Hospitalisée En attente de place	Personne âgée Patient Hospitalisé En attente	Aged Aged, 80 and over Elderly Inpatients Awaiting	Aged Aged, 80 and over Inpatients Patient transfer Waiting placement Awaiting transfer	Nursing home placement
I (Intervention) Préparation	Rôle infirmier	Nursing role	Nursing role	Personal care assistant
C (Contexte) Institution	EMS	Nursing home	Homes for the aged Housing for the elderly	Nursing Homes Residential facilities Long term care
O (Outcome) Transition	Transition	Transion Transitional care	Transition Relocation	Relocation Transition Transional care

4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 4.



4.2.1. Procédure de recherche dans PubMed

- **1ère recherche**

Avec les MeSH Terms et les synonymes correspondant aux concepts clés de la problématique :

((("aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND "inpatients"[MeSH Terms]) AND ("patient transfer"[MeSH Terms] OR "patient transfer"[MeSH Terms])) AND ((("nursing homes"[MeSH Terms] OR "homes for the aged"[MeSH Terms]) OR "housing for the elderly"[MeSH Terms]) => donnée 5 études dont un seul retenu.

- **2ème recherche**

Les MeSH Terms dans la recherche précédente, ont été remplacés par Title/Abstract pour pouvoir identifier les études récentes dont les mots clés ne figurent pas encore dans

Pubmed car c'est souvent après 6 mois qu'ils apparaissent dans la base de données => 5 études dont une seule retenue.

- **3ème recherche**

Même recherche que la précédente, mais en remplaçant les MeSH Terms par All Fields => 5 études avec une seule retenue.

- **4ème recherche**

Les mots clés Transition, Relocation, Waiting placement et Awaiting transfert, ont été identifiés dans les études précédemment retenues, et ont été ajoutés à l'équation de recherche.

((transition[Title/Abstract] OR relocation[Title/Abstract]) OR waiting placement[Title/Abstract]) OR awaiting transfert[Title/Abstract]) AND ("patient transfert"[MeSH Terms] AND ("nursing homes"[MeSH Terms] OR "homes for the aged"[MeSH Terms]) OR "housing for the elderly"[MeSH Terms])) => 84 études dont 45 en réduisant la recherche sur les 10 dernières années.

- **5ème recherche**

((transition[Title/Abstract] OR relocation[Title/Abstract]) OR waiting placement[Title/Abstract]) OR awaiting transfert[Title/Abstract]) AND (meleis[Title/Abstract] AND "2006/12/05"[PDat] : "2016/12/01"[PDat]) AND ("2006/12/05"[PDat] : "2016/12/01"[PDat]) => 18 études dont 2 études retenues : une pour identifier les facteurs qui influencent le rôle infirmier dans la transition, et l'autre qui relate les expériences d'une admission non planifiée en EMS. Cette 2^{ème} étude ne peut être trouvée seule avec les mots clés sur PubMed car, publié en novembre 2016.

4.2.2. Procédure de recherche dans CINAHL

- **1ère recherche**

Nursing homes OR residential facilities OR Long term care => 100255 études

- **2ème recherche**

Nursing home placement OR Relocation => 3158 études

- **3ème recherche**

Combinaison des 2 recherches précédentes avec le concept de transition.

(Nursing homes OR residential facilities OR long term care) AND (Nursing home placement OR relocation) AND (transition OR transitional care) OR (Personnal care assitant) => 114 études dont 64 retenues en réduisant sur les 10 dernières années.

4.2.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

La date : La recherche a été limitée dans les 10 dernières années (2007-2017), à l'exception d'une étude qui date de 2005 et qui a été trouvée dans le cadre du travail de Sciences infirmières 4. Cependant, 2 études parmi les 9 sélectionnées étaient des revues de la littérature, et il a fallu choisir pour les fiches de lecture 2 études dans les bibliographies de ces revues de la littérature. Et de ces 2 études choisies, une était de 2006.

La population : Les personnes âgées.

La langue : Anglais, Espagnol.

Le thème : le titre et le résumé de l'étude.

Critères d'exclusion

La structure de l'étude : Exclusion des études dont la structure n'est pas IMRaD (Introduction, Méthode, Résultats, Discussion).

Le contenu de l'étude : les thèmes abordés inappropriés à la question de recherche.

La culture : Les études issues des pays de culture très différente de la culture occidentale n'ont pas été choisis.

Les études suivantes ont été retenues :

1. Mora Fernández, J., Silveira Guijarro, L. J., Calcerrada Díaz-Santos, N., Maganto Villamiel, M. A., Merino Cáceres, C., & Ribera Casado, J. M. (2009). [Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly]. *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, 44(4), 186-193.
2. Goodwin, J. S., Howrey, B., Zhang, D. D., & Kuo, Y.-F. (2011). Risk of continued institutionalization after hospitalization in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(12), 1321-1327.
3. Fraher, A., & Coffey, A. (2011). Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing Older People*, 23(10), 23-27.
4. Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R., & Imhof, L. (2017). Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 517-527.
5. Wilson, D. M., Vihos, J., Hewitt, J. A., Barnes, N., Peterson, K., & Magnus, R. (2013). Examining waiting placement in hospital: utilization and the lived experience. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 12-22.
6. Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671.

7. Davies, S., & Nolan, M. (2006). « Making it better »: self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 281-291.
8. King, B. J., Gilmore-Bykovskyi, A. L., Roiland, R. A., Polnaszek, B. E., Bowers, B. J., & Kind, A. J. H. (2013). The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1095-1102.
9. Ellis, J. M., & Rawson, H. (2015). Nurses' and personal care assistants' role in improving the relocation of older people into nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13- 14), 2005- 2013.

5. RÉSULTATS

5.1. Analyse critique des études retenues

Il est important pour la suite de faire une analyse critique des études retenues, de mettre les résultats obtenus en lien, afin de répondre à la question de recherche. Les résultats des différentes études retenues figurent dans les tableaux ci-après :

Tableau 2. I. Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
Jesús Mora Fernández, Maria Antonia Maganto Villamiel, Concepción Merino Cáceres, José Manuel Ribera Casado, Luis José Silveira Guijarro,	415 personnes âgées en moyenne de 85.1 ans Etude de cohorte longitudinale , avec une récolte de données sur 4 ans. Les personnes âgées sélectionnées	Analyser l'incidence de placement en EMS des personnes âgées hospitalisées. Dans cette étude, RPA (Résidence Publique Assistée) c'est l'équivalent de EMS. A noter aussi que toutes les données administratives des personnes âgées qui doivent aller en EMS sont gérées par l'UTS (Unité de Travail Social).	Les variables qualitatives ont été décrites par la distribution des fréquences et intervalle de confiance ([IC] 95%) L'association entre les variables qualitatives a été évaluée avec le test de chi 2 ou le test exact de Fisher. Le risque relatif (RR) a été estimé ainsi que leur IC à 95% Ils ont analysé le comportement des variables quantitatives (âge, séjour et pension), à travers le test t ou étudiant U de Mann-Whitney. Les résultats ont permis d'utiliser les données dans la variable de dépendance.	Il y a eu des différences statistiquement significatives dans le séjour moyen à l'hôpital, les patients qui étaient candidats pour une place en EMS ont eu un séjour plus long (20 jours) que le total des patients (13 jours). Pas de différence significative selon le sexe ($p = 0,05$). En ce qui concerne l'état fonctionnel des patients étudiés, près de 6 sur 10 patients évalués et orientés vers l'EMS étaient auparavant dépendants pour trois ou plus des activités de la vie quotidienne (AVQ). Et par rapport à l'état social, 1/4 vivait seul et un peu plus d'1/3 avec le conjoint ou une autre personne âgée. 22% des patients traités ($n = 92$) avaient réalisé une demande pour aller en RPA avant l'hospitalisation.	Les patients orientés vers un EMS sont très fragiles, avec des besoins de santé importants, ce qui justifie l'institutionnalisation. Obtenir une place en EMS n'était pas fonction des aspects cliniques et fonctionnels,	Existence d'un biais dans la sélection des données car les travailleurs de l' Unité de travail social (UTS) ont priorisé les personnes avec un niveau socio-économique défavorable (isolement, statut du proche aidant...), alors qu'il existe des personnes avec un aspect clinique et fonctionnel très limité qui n'ont pas forcément une place en EMS.

<p>Nieves Calcerrada Díaz-Santos (2009)</p>	<p>es étaient hospitalisés et suivies 6 mois après l'hospitalisation.</p> <p>Lieu d'étude : Espagne</p>	<p>Concepts clés :</p> <p>EMS Personnes âgées Unité de soins aigus Intervention sociale Evaluation gériatrique</p>	<p>Pour la variable de mortalité, ils ont utilisé le test t ou test Student (c'est pour les tests des hypothèses paramétriques) de Mann-Whitney</p> <p>Pour l'analyse statistique des variables, ils ont utilisé le package SPSS (Statistical Package for the Social Sciences : c'est un logiciel utilisé pour l'analyse des données statistiques) 12.0 statistique.</p>	<p>Destination du patient : 8,9% décédés lors de l'hospitalisation. Et parmi les survivants, 49,2% directement à la maison, 50,8% institutionnalisés directement. Parmi ceux institutionnalisés, 29,2% ont déménagé dans une unité de long séjour et les 70,8% restants sont partis dans une résidence (EMS public ou privé, une unité temporaire)</p> <p>Finalement 10,3% des patients ont trouvé une place en EMS après le séjour hospitalier.</p> <p>Les résultats montrent que plus de 80% des personnes âgées avaient besoin d'aide pour leurs AVQ à la sortie de l'hôpital.</p>	<p>mais plutôt des aspects socio-économiques.</p>	<p>Pas d'analyse pour savoir si un séjour plus ou moins prolongé aurait des répercussions dans l'obtention d'une place en EMS.</p> <p>Analyse limitée à Madrid.</p> <p>La période de suivi pourrait être considérée comme une limite, car peu de patients trouvent une place en EMS pendant ce temps de suivi.</p>
<p>Résumé</p>	<p>L'hospitalisation des patients âgés fragiles, les amène souvent à effectuer une demande de place en EMS, bien que quelques places leur soient garanties à court terme depuis l'unité des soins aigus.</p> <p>Certains facteurs socio-économiques par exemple, l'isolement, le statut du proche aidant (son âge, son état de santé...), facilitent l'obtention d'une place en EMS. Cependant, le temps d'attente et les démarches administratives dues au dossier incomplet peuvent complexifier le processus, voir même conduire au décès, c'est à dire que le décès peut survenir pendant l'attente de place en EMS.</p>					

Tableau 3. II. Risk of Continued Institutionalization After Hospitalization in Older Adults

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
James S. Goodwin, Bret Howrey, Dong D. Zhang, Yong-Fang Kuo (2011)	Personnes âgées d'au moins 66 ans et affiliées à Medicare. Etude de cohorte rétrospective entre 1996 - 2008 Lieu d'étude : USA	Identifier les risques de placement en EMS d'une personne âgée après une hospitalisation Concepts clés : EMS SNF(Skilled Nursing Facility) Risk factor	Un échantillon simple de 762'243 patients admis 1'149'568 fois entre janvier et avril de 1996 – 2008 Comparé à 3'880'292 admissions sans hospitalisation.	La probabilité d'aller en EMS pour les patients hospitalisés est 10 fois supérieure à celle des patients non hospitalisés. (5.55% vs 0.54%). Les caractéristiques associées avec l'augmentation du taux de placement en EMS autant pour les patients hospitalisés que les non hospitalisés sont les suivantes : âge avancé (OR* = 3.56 pour 85-94 ans vs 66-74ans), genre féminin (OR = 1.41), ne pas avoir de médecin traitant, démence (OR = 6.15), délire ou incontinence, comorbidités. L'incidence d'admission en EMS après une admission aux soins intensifs est de 75 %. Durant les 6 mois qui suivent leur hospitalisation, les patients pris en charge dans un grand hôpital ou dans un hôpital universitaire étaient moins institutionnalisés en EMS. Le transfert dans un (SNF ; OR = 10.83)	Un problème de santé aigu nécessitant une hospitalisation est un facteur prédisposant de placement de EMS. Le processus d'hospitalisation en soi peut péjorer l'état physique et l'indépendance. Les patients avec un médecin traitant une année avant l'admission à l'hôpital ont été 25% moins prédisposés à aller en EMS. Les processus de	Les résultats font référence aux personnes inscrites au Medicare de 66 ans ou plus qui ne font pas partie d'une organisation de maintien de santé. Les personnes de moins de 66 ans ou non affiliées à Medicare pourraient aussi présenter différents risques de placement. Les données administratives de Medicare ne contiennent pas d'information sur les facteurs de risques tels que l'absence de soutien social et la détérioration fonctionnelle. Il existe un manque d'information sur les préférences individuelles de chaque patient Le rôle de la ré-hospitalisation après l'hospitalisation initiale n'a pas été évalué dans cette recherche. Les chercheurs n'ont pas évalué le taux de survie des patients une fois que ces derniers ont été placés en EMS.

				<p>après l'hospitalisation donne comme résultat un plus grand risque de partir en EMS.</p> <p>Le pourcentage des patients de Medicare transférés en (SNF) a augmenté avec le temps de 10,8% en 1996 à 16.5% en 2008.</p>	<p>transfert dans un SNF pourraient engendrer aussi le placement</p>	
Résumé	<p>Cette étude estime le pourcentage de placement en EMS suite à une hospitalisation, ainsi que les facteurs de risque prédisposant l'entrée en EMS.</p> <p>La trajectoire qui entraîne le placement en EMS a changé avec le temps. La plupart des nouvelles admissions a été précédée d'une hospitalisation, avec un transfert en Skilled Nursing Facility (SNF) ; 75% de placement en EMS de la population Medicare est précédé d'une hospitalisation, d'où la recommandation de mise en place d'un programme de prévention de transfert en EMS. Les initiatives pour réduire le placement en EMS devraient être centrées sur les patients les plus âgés qui vont vivre cette transition.</p>					

Tableau 4. III. Older People's Experiences of Relocation to Long-Term Care

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
Anne Fraher, Alice Coffey (2011)	Les personnes âgées (N=8) ayant été placée dans un EMS depuis maximum 3 mois. Tous âgés entre 76 et 92 ans.	Explorer les expériences des personnes âgées dans le processus décisionnel de la relocalisation et également leurs expériences précoces post relocalisation.	Les auteurs ont effectué des entretiens individuels qui ont été enregistrés. Le but lors des entretiens était de conserver le processus informel pour faciliter l'expression des participants. Par la suite, les entretiens ont été transcrits textuellement et analysés en utilisant la méthode phénoménologique de Colaizzi (Voir fiche de lecture)	<p>Les facteurs précipitants l'entrée en EMS : l'isolement, la peur, l'altération de l'état de santé.</p> <p>Les facteurs qui entravent l'adaptation en EMS : sentiment de détresse, de tristesse, manque du chez-soi, manque de participation à la prise de décision, manque d'intimité car chambres communes.</p> <p>Les facteurs qui favorisent la prise de décision et l'adaptation en EMS : Le fait d'être déjà allé en EMS pour un répit des proches aidants a été un facteur facilitateur pour certaines personnes dans le processus décisionnel.</p> <p>Accepter la situation : Les personnes âgées ont eu plus de facilité à accepter leur nouveau lieu de vie s'il y avait des similitudes avec leur ancien lieu de vie. La</p>	La décision de placement en EMS est souvent faite dans un contexte d'hospitalisation aigue, cela conduit à une non-préparation , d'où la nécessité de donner plus de temps aux patients pour s'adapter à cette décision.	Les auteurs ne parlent pas des limites de leur étude, mais quelques unes ont été identifiées.
	Etude qualitative	Concepts clés : EMS			De plus, les auteurs pensent que même si certaines personnes ont anticipé leur déménagement, les décisions sont souvent prises à la hâte, avec peu ou pas de planification ; ce qui a des conséquences négatives pour certains.	L'échantillon est limité à 8 personnes, aucune information sur la saturation des données, ni sur les questions d'entretien avec les participants, ni sur le temps d'entretien.
	Lieu d'étude : Irlande du sud	Approche de soin centré sur la personne, Relocalisation Soins de transition			Les infirmières peuvent aider en préconisant une période d'anticipation, où des informations sur l'EMS sont fournies aux patients, ainsi que les faire participer au processus décisionnel.	
					Une évaluation individuelle de pré-	

				<p>plupart des résidents ont été ravis de leur nouvelle vie.</p> <p>Les résidents ont apprécié une grande variété des activités qu'ils pouvaient effectuer au sein de l'EMS.</p>	<p>admission devrait être complétée pour permettre aux soignants de traiter les facteurs clés de la vie d'une personne, ainsi que les aspects fonctionnels, de la santé et du soutien social, de l'utilisation des services et de la qualité de vie. Cela informerait l'EMS d'accueil des besoins et des préférences de la personne à l'avance, ce qui permettrait une approche plus axée sur la personne dans le processus d'admission, maintenir sa vie privée et sa dignité.</p> <p>Les services de répit devraient être connus comme un moyen utile d'aider quelqu'un à s'adapter aux soins de longue durée. Les infirmières qui travaillent avec les personnes âgées et leurs proches aidants doivent les informer des avantages des services de répit.</p>	
<p>Résumé</p>	<p>Le placement en EMS est souvent déclenché par une altération de la santé, et/ou un événement de crise dans la vie de la personne âgée.</p> <p>Cette étude analyse les expériences des personnes âgées dans le processus décisionnel de la relocalisation, et s'intéresse également à leurs expériences précoces post relocalisation.</p> <p>Il en ressort l'importance de communiquer avec les personnes âgées qui vont entrer en EMS et de les inclure dans le processus décisionnel, également la nécessité d'adopter une approche de soins centrée sur la personne.</p>					

Tableau 5. IV. Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
Andrea Luise Koppitz, Jutta Dreizler, Lorenz Imhof, Jeanine Altherr, Georg Bosshard, Rahel Naef (2016)	Personnes âgées de 77 ans et plus, avec l'âge moyen à 83,1 ans Etude qualitative descriptive Lieu d'étude : Suisse Zürich	Comprendre en profondeur la relocalisation « non planifiée » en EMS et explorer son impact sur l'adaptation de la personne âgée à son nouveau lieu de vie « Non planifié » pour les auteurs concerne les personnes âgées admises en EMS suite à une hospitalisation	Les entretiens semi-structurés ont été effectués selon la théorie de Meleis , et analysés avec l'approche de Mayring . Ensuite, le logiciel statistique SPSS (Statistical Package for the Social Science) a été utilisé pour l'analyse des données sociodémographiques des	La manière dont les personnes âgées vivent leur admission non planifiée peut être contextualisée par 2 principes de relocalisation : la continuité et la participation. La continuité : Les personnes âgées interrogées ont exprimé le souhait de continuer à avoir une stabilité et une pérennité dans leurs habitudes quotidiennes et relations sociales. Cependant, les expériences liées à une admission non planifiée sont caractérisées d'instables, compliquées et décevantes. Les chercheurs ont utilisé des exemples pour illustrer ce manque de continuité. La participation : C'est le fait d'inclure ou non la personne âgée dans le processus décisionnel du départ en EMS. Cependant, certaines personnes âgées ont été confrontées à une non inclusion dans la prise de décisions. Elles se sont senties rejetées et obligées de surmonter une décision qu'elles n'avaient pas prise. D'autres personnes âgées ont apprécié le fait d'avoir été incluses dans la prise de décision et pour elles, ce fut un point important pour une bonne adaptation. Ces 2 principes ont été caractérisés par 4 facteurs : Être éloigné : Non participation ou pas assez à la décision d'aller en EMS. Les personnes se sentent isolées et éloignées de leur vie antérieure.	Propose des conseils pour faciliter l'adaptation : Être éloigné : Préparer la personne pour l'adaptation physique, sociale et émotionnelle. Être limité : Déterminer avec la personne les nouvelles habitudes quotidiennes. Être soigné : Développer une relation de confiance basée sur la réalité, participer	Difficulté de la gestion du temps d'entretien dû à l'âge avancé.

		<p>Concepts clés : Adaptation Nursing home Older adults Relocation Transition</p>	<p>participants Pour les questions d'entretien, voir fiche de lecture</p>	<p>Être limité : expression des sentiments qu'on leur retire la capacité de décider par elles-mêmes.</p> <p>Être soigné : Sentiment d'être bien entouré et bien soigné. Le processus de coping n'était pas toujours complètement terminé, bien que certaines personnes étaient en EMS depuis plus de 100 mois. Pour d'autres, l'adaptation faisait partie du passé, ils se préoccupaient des problèmes actuels.</p> <p>Aller de l'avant : Sentiment de contrôle et de continuité avec leur vie passée. Les résultats de cette étude montrent que des 31 participants, 6 disent qu'ils n'ont pas été inclus dans le processus décisionnel, 9 partiellement et 16 complètement inclus.</p>	<p>aux soins sociaux et infirmiers.</p> <p>Aller de l'avant : Incorporer l'admission en EMS dans l'histoire de vie de la personne, lui apprendre que l'EMS a plus d'avantages que d'inconvénients.</p>	
<p>Résumé</p>	<p>Cette étude présente un modèle d'analyse basé sur Meleis, pour évaluer les caractéristiques d'adaptation des personnes âgées, suite à une admission non planifiée en EMS, après un séjour hospitalier.</p> <p>Pendant l'hospitalisation, les professionnels de la santé doivent évaluer, discuter, et planifier le chemin nécessaire de la personne âgée pour une entrée en EMS.</p> <p>Pour les personnes âgées, une relocalisation dans un EMS signifie vivre avec des problèmes de santé complexes, dans un environnement social, émotionnel et physique complètement nouveau. En raison de l'admission non planifiée en EMS, les personnes âgées n'arrivent pas à surmonter des questions liées avec l'étape de leur fin de vie de manière adéquate.</p> <p>Les professionnels ont besoin de connaître les événements et trajectoires de vie des personnes âgées ainsi que leurs symptômes, liés à la relocalisation afin de mieux les accompagner dans leurs transitions. La communication entre les infirmières est primordiale dans la continuité des soins.</p> <p>Les infirmières doivent évaluer les besoins actuels et soutenir l'adaptation des personnes âgées pour leur offrir un accompagnement individualisé. D'autre part, il est nécessaire d'avoir plus de recherches pour développer des indicateurs de qualité afin d'améliorer le processus de passage de la personne âgée en EMS, en utilisant la participation de la famille. Cette étude relève qu'en dépit de l'admission très fréquente en Suisse des personnes âgées en EMS, aucune recherche n'a été faite pour explorer les impacts d'une admission non planifiée sur l'adaptation de la personne âgée à son nouveau lieu de vie.</p>					

Tableau 6. V. Examining Waiting Placement in Hospital: Utilization and the Lived Experience

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
Wilson, D. M, Vihos, J., Hewitt, J. A, Barnes, N., Peterson, K., Magnus, R (2013)	<p>Pour la partie qualitative, un échantillon simple avec un total de 29 à 34 participants a été utilisé pour l'obtention de la saturation des données. L'âge des participants est en moyenne de 80,2 ans.</p> <p>Pour la partie quantitative, tous les patients hospitalisés entre 2006 et 2008, soit un total de</p>	<p>Comprendre et décrire les expériences des personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS (Etude qualitative phénoménologique) et clarifier l'utilisation des lits d'hôpitaux par ces personnes (Etude quantitative) en Alberta, une province de l'Ouest canadien.</p> <p>Concepts clés :</p> <p>Attente de placement, Niveau alternatif de soins, EMS,</p>	<p>Les données utilisées étaient celles des patients hospitalisés entre 2006 et 2007, issues du département responsable des services de santé et des données de santé d'Alberta.</p> <p>Pour la partie qualitative, des entretiens semi-structurés contenaient 5 questions ouvertes ont été utilisés. (Pour</p>	<p>Résultat de l'étude quantitative</p> <p>Sur un total de 557 058 personnes admises dans un lit d'hôpital dans ces 2 années (2006-2007 et 2007-2008), 2,3 % (soit un total de 13043) avaient une désignation ALC (Alternative Level of Care), et 60,6% de ces 13043 attendaient une place en EMS, avec une moyenne d'âge de 80,2 ans. Le temps d'attente moyen pour ces patients ALC était de 29,85 jours, avec une médiane à 14 et un mode à 7.</p> <p>Résultat de l'étude qualitative</p> <p>3 thèmes émergent de l'interview qualitative, avec chacun 2 sous thèmes :</p> <p>Prendre connaissance de ce mouvement significatif qui est d'aller en EMS</p> <p>Expression de multiples pertes, « ne se sentent pas bien d'aller en EMS ».</p> <p>« La plupart disent ne pas avoir été consulté quant à la décision d'aller en EMS ».</p>	<p>Les résultats de cette étude augmentent les connaissances actuelles fondées sur les preuves des effets de relocalisation sur les personnes âgées.</p> <p>La découverte la plus importante à souligner dans cette étude est que l'hôpital a été révélé comme un environnement de vie sombre pour ces patients hospitalisés qui attendent une place en EMS ; ces derniers n'étant pas reconnus comme ayant besoin des soins particuliers ou spéciaux.</p> <p>Important de prendre en considération la façon dont cette période transitionnelle</p>	<p>Cette étude ne propose pas d'interventions pour aider les personnes âgées à vivre ce processus de transition avec moins de détresse.</p>

	<p>557 058 participants.</p> <p>Etude mixte</p> <p>Lieu d'étude : Canada</p>	<p>Utilisation de l'hôpital, recherche phénoménologique</p>	<p>plus d'information sur les questions posées, voir fiche de lecture)</p> <p>Pour la partie quantitative, le programme Microsoft ACCESS a été utilisé. Les variables utilisées sont : l'âge, le sexe, les patients ALC et Non ALC</p>	<p>Attente ennuyeuse et désagréable</p> <p>Attente et encore attente. Solitude et isolement social.</p> <p>Les hôpitaux ne sont pas désignés comme des places d'attente</p> <p>Les participants signalent que l'hôpital dispose peu ou pas de programmes pour les patients hospitalisés qui attendent une place en EMS. Stagnation physique et mentale => Les participants avaient peu à dire, difficile de les engager dans des conversations sur le sujet d'attente de place en EMS.</p>	<p>peut être améliorée.</p> <p>Impliquer la personne âgée dans le processus de décision et de déménagement en EMS.</p>	
<p>Résumé</p>	<p>Cette étude a cherché à fournir des preuves sur l'utilisation hospitalière des patients qui attendent à l'hôpital une place en EMS, ainsi que l'expérience de vie de ces personnes pendant ce temps d'attente. Les résultats de cette étude mettent l'accent sur l'importance de lutter contre les mythes et autres points de vue communs sur le vieillissement et l'attente de placement. Attendre à l'hôpital une place en EMS, était vu comme presque insignifiant concernant l'utilisation des lits de l'hôpital. Cependant, les résultats de cette étude indiquent que les hôpitaux ne conviennent pas pour une attente de place, et que d'autres endroits alternatifs pourraient être une meilleure option, comme par exemple à la maison, avec des soins à domicile améliorés. De plus, les résultats de cette étude devraient alerter les professionnels de la santé sur les possibles impacts sociaux, psychologiques et physiques que l'attente d'une place en EMS pourrait avoir sur les personnes âgées. De ce fait, les auteurs proposent de faire des recherches pour identifier de nouvelles approches afin d'aider les personnes âgées à se préparer à ce déménagement avec moins de détresse. Comme il s'agit d'une étude limitée à deux hôpitaux canadiens, les gestionnaires des hôpitaux, les professionnels de la santé sont invités à évaluer leurs programmes et services hospitaliers, afin de déterminer s'ils répondent aux besoins de santé physiques, sociaux et émotionnels des patients hospitalisés qui attendent une place en EMS.</p>					

Tableau 7. VI. Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
<p>Sue Davies (2005)</p>	<p>48 proches aidants qui ont récemment accompagné une personne âgée dans l'entrée en EMS.</p> <p>Étude qualitative (inductive)</p> <p>Lieu d'étude : UK</p>	<p>Le but de cette recherche a été d'explorer le degré avec lequel la théorie de la transition de Meleis a été utile/et ou applicable au niveau des proches aidants, dans le contexte d'un placement en EMS.</p>	<p>Les auteurs ont utilisé la méthode des entretiens semi-structurés.</p> <p>Phase I : 37 entretiens semi-structurés ont été effectués avec les proches aidants (n 48) des personnes âgées ayant récemment intégré un EMS.</p> <p>Phase II : Étude de cas dans 3 EMS (12 à 15 jours); entretiens semi-</p>	<p>Type de transition : quel que soit le type, la transition peut affecter les proches aidants qui assistent une personne âgée qui va intégrer un EMS.</p> <p>Caractéristiques : La majorité des proches aidants était confrontée à une transition situationnelle et à une transition de santé/maladie.</p> <p>Conscience : Initialement, plusieurs proches aidants étaient inconscients de la nature traumatique de la transition, et par conséquent pas préparés.</p> <p>Engagement : Le degré d'engagement des proches aidants dans le processus de transition est variable.</p> <p>Changement et différence : Les proches aidants ont décrit des changements dans leur rôle d'aidant.</p> <p>Temporalité : 3 phases dans la temporalité :</p> <p>1. Phase de la décision de placement en EMS : Faire le mieux possible.</p> <p>2. Phase de transfert physique en EMS</p> <p>3. Phase d'amélioration: Implique le changement d'identité des proches aidants, suivre les soins donnés à la personne âgée et</p>	<p>La théorie de transition a un potentiel pour assister les infirmières dans l'identification adéquate des stratégies pour aider les proches aidants tout au long du placement en EMS.</p> <p>La théorie de Meleis n'a pas reconnu la contribution positive des proches aidants dans le processus de transition. Les auteurs soulignent que la théorie n'a pas pu représenter adéquatement la</p>	<p>Les résultats ne peuvent pas être généralisés, car c'est une étude qualitative avec un échantillon non significatif.</p> <p>Les auteurs ne fournissent pas les questions posées lors des entretiens.</p> <p>Il sera</p>

		<p>Concepts clés :</p> <p>EMS, Théorie en soins infirmiers, Personne âgée, proches aidants, transition.</p>	<p>structurés avec les résidents, l'équipe soignante et les proches aidants et analyse des résultats.</p>	<p>maintenir leur relation.</p> <p>Conscience personnelle : Les proches aidants n'ont pas considéré le placement en EMS comme un événement important dans la vie de la personne, d'où l'inconscience des impacts que cela pourrait engendrer.</p> <p>Croyances culturelles et attitudes : La plupart des proches aidants considèrent les EMS de manière négative, d'où un sentiment de culpabilité.</p> <p>Statut socio-économique : La transition réussie est fonction du statut socio-économique (s'il est précaire ou pas) ; une situation précaire contribue à avoir un sentiment de perte du contrôle des événements.</p> <p>Préparation : Un manque d'information et la non implication des proches aidants dans le processus de transition a un effet négatif sur la réussite de la transition.</p> <p>Conditions communautaires : Les participants qui ont reçu de l'aide dans l'accompagnement de la personne âgée se sont sentis soutenus, alors que ceux qui n'en ont pas reçus se sont sentis isolés.</p> <p>La société : Les proches aidants avaient un sentiment de pression à cause de l'image négative des EMS que leur renvoyaient les médias.</p>	<p>nature réciproque et interactive de la relation entre les infirmières de l'EMS et les proches aidants. Ainsi les auteurs suggèrent que la théorie nécessite un ajustement pour reconnaître le rôle des soignants informels.</p>	<p>nécessaire d'explorer le rôle des proches aidants dans d'autres types de transition.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Cette étude montre que l'implication des proches aidants dans le processus de transition est importante pour que la personne âgée qui entre en EMS vive une transition réussie. Les auteurs précisent cependant qu'il est nécessaire d'explorer le rôle des proches aidants dans d'autres types de transition, et précisent que le modèle de transition de Meleis ne montre pas adéquatement la nature interactive et dynamique de la relation entre les soignants formels et informels (proches aidants) dans le contexte d'une entrée en EMS.</p>					

Tableau 8. VII. Making it better': Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
Sue Davies, Mike Nolan (2006)	48 proches aidants ayant participé au processus de placement des personnes âgées en EMS Type d'étude :	Comprendre les expériences du placement en EMS du point de vue des proches aidants, ainsi que leurs rôles auprès de la personne âgée.	37 interviews semi-structurées, impliquant 48 personnes (dont plusieurs avec 2 membres de la même famille). La méthode constructiviste (« signifie que les connaissances de chaque sujet ne sont pas qu'une simple copie de la réalité, mais une	Les expériences des proches aidants dans le placement de la personne âgée en EMS ont été décrites en 3 phases, dont les 2 premières concernent le processus décisionnel. Le résultat de ces 2 premières phases n'est pas abordé car lors des entretiens, les participants ont consacré plus de temps à la 3 ^{ème} phase appelée ici « faire mieux ». Il en ressort : Assurer une continuité : les participants pensent que le fait qu'ils connaissent le mieux la personne âgée (leurs habitudes de vie, leurs besoins, leur vie passée), et qu'ils fournissent beaucoup d'effort pour maintenir la relation avec cette dernière et l'équipe soignante, pourrait contribuer à la continuité des soins, et ainsi améliorer la qualité de vie de la personne. Garder un œil : les participants gardent un œil sur la	La plupart des proches aidants souhaitent maintenir une implication active dans la vie de leurs proches après leur admission en EMS. Cependant, l'équipe soignante a peu de volonté pour négocier la nature et l'extension de cette implication. Généralement, il est évident que cette implication des proches a un effet positif autant pour les proches que pour les résidents, bien	Les auteurs n'ont pas fait allusion aux limites dans cette étude. Pas de questions des interviews. Pas d'information sur la saturation des données.

	qualitative Lieu d'étude : UK	Concepts clés : Maisons de soins, Proches soignants, Proches aidants, Personnes âgées, Rôles.	reconstruction de celle-ci. ») a été utilisée pour les interviews. Les données récoltées ont ensuite été analysées avec le programme QSR*NU-DIST (c'est un programme pour analyser les données qualitatives)	personne âgée, afin de faire un retour à l'équipe soignante sur les attentes et besoins de cette dernière. Apports pour la vie en communauté : les participants trouvent que les soignants n'encouragent pas assez les liens relationnels entre les résidents, ce qui pour eux est important pour le maintien d'une vie sociale. Certains participants ont également trouvé qu'ils n'étaient pas impliqués dans les soins, ce qui les empêche de faire des suggestions sur les attentes et besoins des personnes âgées.	qu'elle ne soit pas toujours la bienvenue pour l'équipe. Les proches aidants ont également le potentiel de participer à la vie sociale en EMS, ce qui peut améliorer le bien-être autant de l'équipe, que des résidents et de leurs proches.	
Résumé	<p>Cette étude analyse les expériences des proches aidants dans le processus de placement en EMS ainsi que leurs rôles auprès de la personne âgée. Tous les proches aidants dans cette étude attachent une importance considérable à leur implication pour assurer la qualité de vie aux personnes âgées et améliorer la vie sociale en EMS. Cependant, cette implication n'est pas toujours bien perçue par le personnel soignant. Il est donc essentiel que la formation du personnel soignant tienne compte des rôles que les proches aidants souhaiteraient accomplir, et les moyens de développer des relations qui leur permettent d'atteindre ces objectifs.</p>					

Tableau 9. VIII. The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
King, B. J., Gilmore-Bykovskiy, A. L., Roiland, R. A., Polnaszek, B. E., Bowers, B. J., & Kind, A. J. H. (2013)	Les données ont été recueillies entre juin 2011 et février 2012, de 27 infirmières enregistrées, représentant 5 maisons de soins infirmiers spécialisés, dans 3 communes de	Cette étude examine comment les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés, administrent les soins aux personnes admises des hôpitaux, les barrières qu'elles rencontrent et les résultats associés aux variations de la qualité de transition.	Pour la récolte de données, des entrevues semi-structurées approfondies ont été réalisées dans des groupes focus (N=26), ou individuellement (N=1). L'outil de mesure utilisé est GDA (Grounded	Qualité globale de transition de l'hôpital vers un SNF (établissement de soins infirmiers spécialisé) Les infirmières ont constaté de multiples défaillances avec une mauvaise qualité de communication identifiée comme principale barrière à une transition sûre et efficace. Pour la faciliter, les infirmières des SNF ont besoin d'informations spécifiques et actualisées, avec la description des événements hospitaliers marquants tels que les traitements, le régime alimentaire, le niveau d'activité, les informations sociales (les préférences et les besoins...) Les conséquences d'une mauvaise qualité de communication <ul style="list-style-type: none"> • Sur la personne soignée et ses proches => les retards dans les soins, une insatisfaction de la personne et de ses proches sur la 	Suggestions pour améliorer la transition. Anticipation de communication des informations ainsi que toutes les modifications aux infirmières des SNF Description des problèmes de sécurité, d'inefficacité, et de résultats négatifs pour les infirmières des SNF, ainsi que pour les personnes admises. Manque de formation des professionnels en soins de	Les questions des interviews sont inexistantes. L'échantillon représente les infirmières travaillant dans des régions géographiquement similaires, avec un nombre limité d'hôpitaux, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des hôpitaux à

	Wisconsin Etude qualitative Lieu d'étude : USA	Concepts clés : Soins de transition, communication; hôpital transfert vers un structure intermédiaire (Skilled Nursing Facility).	Dimensionnal Analysis)	qualité des soins et la transition, l'insécurité, un risque élevé de ré-hospitalisation. • Sur l'équipe infirmière => Les informations sont souvent incomplètes, voir manquantes et parfois contradictoires, une augmentation du travail, du stress, de la frustration, un sentiment d'incompétence, de culpabilité.	transition. Possible ré-hospitalisation due à une faible qualité de communication.	l'échelle nationale. Les résultats ne peuvent être généralisés pour les patients transférés en réhabilitation ou d'autres services ambulatoires.
Résumé	<p>Cette étude fait une analyse critique dans le domaine de la recherche en soins de transition, spécialement parce que le transfert dans un SNF est un des plus forts prédictors de l'expérience de ré-hospitalisation dans les 30 jours.</p> <p>Les infirmières ont constaté de multiples carences lors des transitions entre l'hôpital et les SNF, avec une communication de mauvaise qualité identifiée comme principal obstacle à la sécurité et à l'efficacité des transitions. Cette information devrait être utilisée pour affiner et soutenir la diffusion d'informations fondées sur les données probantes, pour améliorer les soins de transition.</p>					

Tableau 10. IX. Nurses'and personal care assistants'role in improving the relocation of older people into nursing homes

Auteurs et année	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Apports	Limites
Julie M. Ellis, Helen Rawson (2015)	7 infirmières diplômées, 5 infirmières spécialisées et 8 proches aidants, Etude qualitative descriptive Lieu d'étude : Australie	Cette étude présente les résultats d'une étude qui explore le rôle infirmier et des proches aidants dans l'amélioration du processus de transition d'une personne âgée qui va intégrer un EMS. Concepts clés : Soins chez la personne âgée, EMS, infirmier spécialisé, personne âgée, proches aidants, infirmières, relocalisation.	Entretiens de 30 min ; utilisation des questions ouvertes.	Le manque de famille et de proches, de domicile, et le sentiment de solitude, ont été déterminés par les participants comme les facteurs qui influencent la perception et la prise de conscience de la transition. La perturbation des habitudes de vie. Les infirmières relèvent que les principales difficultés des nouveaux résidents sont de faire face à un nouvel environnement et à de nouvelles personnes. Avantages : équipe soignante présente 24h/24h, plus les autres soins par exemple, physiothérapeutes, dentiste, podologue, animation, restauration, coiffure... Désavantages : pas assez de soignants pour des raisons financières, et peu de temps passé auprès des résidents. Les horaires de visite perçus comme problématiques pour les familles. Cette étude fait des propositions pour améliorer la transition en :	Amélioration de la compréhension du processus de relocalisation de la personne âgée en EMS. Cette étude souligne l'importance du rôle soignant dans le processus de relocalisation des nouveaux résidents et leurs familles, l'importance pour les EMS de voir le processus de relocalisation des personnes âgées comme un aspect essentiel des soins à domicile. Identification de l'importance de former	Taille de l'échantillon limité. L'étude est considérée comme une simple snapshot (une photo du moment).

				<p>Assurant à la personne un environnement bienveillant.</p> <p>Engageant la personne dans la vie en EMS par exemple, en lui proposant de participer aux activités avec les autres.</p> <p>Ayant une approche centrée sur la personne.</p>	<p>l'équipe soignante dans le but de prodiguer des soins de qualité dans le processus de relocalisation.</p>	
Résumé	<p>Cette étude relève que le processus de relocalisation de la personne âgée en EMS est un processus complexe dans lequel l'équipe soignante joue un rôle fondamental pour favoriser l'adaptation et l'intégration de la personne dans son nouveau lieu de vie. De ce fait, il suggère une prise en soins de façon holistique, en intégrant la personne et sa famille dans le processus de relocalisation, souligne l'importance de faire le travail en amont, et propose aussi une formation de l'équipe soignante de façon à prodiguer aux nouveaux résidents et leurs familles des soins de qualité</p>					

5.2. Structure de la revue de la littérature

Les neuf études sélectionnées peuvent être regroupées en trois catégories; cinq de ces études ont pour population la personne âgée, deux les proches aidants et deux autres les soignants. Les différents concepts identifiés dans le tableau comparatif seront abordés en fonction de ces trois catégories de population, ainsi qu'en fonction des devis d'étude et de leur date de parution.

5.2.1. La personne âgée

Dans les études de Fernandez et al., (2009) et Goodwin, Howrey, Zhang, & Kuo (2011) qui sont des études de cohorte, la personne âgée qui attend une place en EMS est hospitalisée et a une moyenne d'âge de 80 ans et plus. Ce sont des personnes qui sont en grande majorité fragiles et dépendantes dans les actes de la vie quotidienne (AVQ). Il ressort dans l'étude de Goodwin et al., (2011), que le risque de résidence en EMS pour les patients hospitalisés est 10 fois supérieur à celui des personnes non hospitalisées.

L'étude mixte de Wilson et al., (2013) a une population âgée en moyenne de 80,2 ans. Il relève que le temps d'attente moyen d'une place en EMS pour les patients hospitalisés est de 14 jours, alors qu'il est de 20 jours dans l'étude de (Fernandez et al., 2009). La partie qualitative de cette étude décrit les différentes pertes auxquelles sont confrontées ces personnes, ainsi que le temps d'attente qu'elles décrivent comme ennuyeux et désagréable, avec l'expression d'un sentiment de solitude et d'isolement social. Il en ressort aussi que l'hôpital n'est pas adaptée pour vivre cette transition.

On trouve également ce sentiment de solitude et d'isolement dans l'étude qualitative de Koppitz et al., (2016), mais dans un contexte de non participation des personnes âgées au processus décisionnel, avec un souhait de continuer à avoir une stabilité et une pérennité dans leurs habitudes quotidiennes et relations sociales.

L'étude qualitative de Fraher & Coffey (2011), aborde les facteurs précipitants (isolement, peur...) de l'entrée en EMS, les facteurs qui entravent l'adaptation en EMS (tristesse, non participation à la prise de décision, manque de chez-soi...), ainsi que les facteurs qui favorisent l'adaptation en EMS comme par exemple la similitude avec l'ancienne vie.

5.2.2. Les proches aidants

Des deux études dont la population est le proche aidant, l'une est de l'année 2005 avec pour auteur Davies et l'autre est de 2006 dont Davies est co-auteur avec Nolan.

L'étude de 2005 explore l'implication du proche aidant dans le processus du placement en EMS selon la théorie de Meleis. Il en ressort que la plupart des proches aidants ignorent la nature traumatique de la transition, ont une image négative des EMS, ont un sentiment de

culpabilité. Le manque d'information et d'implication des proches aidants dans le processus de transition a un effet négatif sur la réussite de celle-ci. L'auteur trouve donc que la théorie de transition de Meleis ne montre pas bien la nature interactive et dynamique de la relation entre les soignants formels et les proches aidants dans un contexte de placement en EMS, d'où la nécessité d'explorer le rôle des proches aidants dans d'autres types de transition.

De ce fait, Davies et Nolan (2006), ont réalisé une autre étude, pour comprendre les expériences des proches aidants dans le processus de placement en EMS, ainsi que leurs rôles auprès de la personne âgée. Les résultats montrent que les proches aidants jouent un rôle prépondérant dans le processus de transition, pour assurer à la personne âgée une qualité de vie, et améliorer sa vie sociale en EMS. Cependant, Cette implication des proches aidants n'est pas toujours la bienvenue auprès de l'équipe soignante, d'où la recommandation de tenir compte du rôle des proches aidants dans la formation du personnel soignant.

5.2.3. Les soignants

Dans l'étude de King et al. (2013), la mauvaise communication (informations manquantes, incomplètes et souvent contradictoires...) a été identifiée par les infirmières comme principale barrière à une transition sûre et efficace, ce qui peut être un obstacle à la sécurité et à l'efficacité des transitions. Elles suggèrent de soutenir la diffusion d'informations basées sur les données probantes pour améliorer les soins de transition.

L'étude de Ellis et Rawson (2015), quant à elle relève le processus de relocalisation de la personne âgée en EMS comme complexe, et dans laquelle l'infirmière joue un rôle fondamental pour favoriser l'adaptation et l'intégration de la personne dans son nouveau lieu de vie. Pour cela, il est suggéré une prise en soins holistique en intégrant la personne âgée et ses proches dans le processus de relocalisation, avec l'importance d'un travail en amont, et la proposition d'une formation de l'équipe soignante pour prodiguer aux nouveaux résidents et leurs familles des soins de qualité.

Pour conclure ce chapitre, un tableau synoptique des différentes études retenues illustre les principaux concepts abordés et c'est la confrontation de ces concepts avec l'ancrage disciplinaire qui permettront de répondre à la question de recherche.

6. DISCUSSION

Il s'agira dans cette partie du travail de confronter les différents résultats issus de la littérature avec l'ancrage disciplinaire, afin de répondre à la question de recherche.

Tableau 11. Tableau synoptique des études

Concepts	Personnes âgées					Proches aidants		Infirmières	
	I (2009)	II (2011)	III (2011)	IV (2016)	V (2013)	VI (2005)	VII (2006)	VIII (2013)	IX (2015)
Personnes âgées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Proches aidants						✓	✓	✓	✓
Hospitalisation	✓	✓		✓	✓			✓	
Attente de placement	✓	✓		✓	✓			✓	
Prédicteurs d'entrée en EMS	✓	✓	✓		✓				
Transition/ Relocalisation		✓	✓	✓		✓		✓	✓
Pertes (induites par le processus de transition)			✓	✓	✓	✓			✓
Engagements/ Participation à la prise de décision				✓	✓				✓
Rôle Infirmier/ Préparation			✓	✓	✓	✓		✓	✓
EMS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Facteurs protecteurs d'entrée en EMS	✓	✓							

Légende

✓	Abordé dans l'étude		Pas abordé dans l'étude			Population principale abordée dans les études
---	---------------------	--	-------------------------	--	--	---

6.1. Confrontation des résultats avec la question de recherche et l'ancrage disciplinaire

Pour les facteurs prédictifs pendant la phase pré-transitionnelle, les résultats des recherches montrent que plus une personne est âgée, plus elle est fragile physiologiquement avec un risque accru de développer diverses maladies (OMS, 2015, p.12), et que l'hospitalisation des personnes âgées fragiles les amène souvent à effectuer une demande de place en EMS. Cependant, l'obtention d'une place dépend de certains facteurs socio-économiques, ainsi que des démarches administratives qui peuvent influencer le temps d'attente, voir complexifier le processus, et même conduire au décès (Fernandez et al., 2013).

Selon Goodwin et al. (2011), plus la personne reste hospitalisée, plus elle est à risque de péjorer son état physique et son indépendance. Ils précisent qu'un problème de santé aiguë qui nécessite une hospitalisation est un facteur prédisposant au placement en EMS.

De plus, Fraher et Coffey (2011) relèvent dans leur étude qualitative que la décision de placement en EMS est souvent faite dans un contexte d'hospitalisation aiguë, qui est liée à une non préparation d'où la nécessité d'accorder à ces patients plus de temps pour s'adapter à cette décision.

Ces résultats sont en adéquation avec les données statistiques Genevoises qui montrent que la plupart des personnes âgées qui entrent en EMS proviennent de l'hôpital, d'où l'intérêt de la question de recherche.

Pendant la phase transitionnelle ou post-transitionnelle, ces personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS sont en général de 80 ans et plus, vivent plusieurs types de transition et doivent faire face à de multiples pertes.

Sussman & Dupuis, 2013, p. 448 cité par Sullivan & Williams (2017), définissent la perte comme une perte de quelqu'un ou de quelque chose de valeur, tel que la perte d'un lieu de vie, qui engendre un sentiment de confusion et d'incertitude comme l'a dit un participant de l'étude : *"You feel totally like a fish out of water...it's a very traumatic entrance into a new environment"* (p. 45).

Brownie, Horstmanshof & Garbutt (2014), identifient dans leur revue de littérature, les problèmes rencontrés pendant la période de transition, qui influencent l'adaptation des personnes âgées en EMS. Il ressort de cette revue, un sentiment généralisé de perte et de deuil, qui engendre un Syndrome appelé "Relocation Stress Syndrome" (RSS), englobant l'anxiété, la dépression, la confusion et la solitude. Il est précisé dans cette revue que le RSS a un impact défavorable pour l'adaptation des personnes âgées en EMS, et qu'il serait nécessaire d'impliquer ces personnes et leur famille dans le processus de transition, bien les

préparer pour mieux vivre cette transition, ce qui pourra favoriser leur adaptation en EMS et améliorer ainsi leur bien-être (p.1665).

De plus, Fraher et Coffey (2011), pensent que même si certaines personnes âgées ont anticipé leur déménagement en EMS, les décisions pour celles hospitalisées sont souvent prises à la hâte avec peu ou pas de planification, ce qui a des conséquences négatives pour certaines. Ils préconisent pour cela une période d'anticipation, où les infirmières fournissent aux patients des informations sur l'EMS, les font participer au processus décisionnel.

Mais selon l'étude de Wilson et al. (2013), ces personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS ne sont pas reconnues comme ayant besoin des soins particuliers ou spéciaux, et l'hôpital est considéré comme un environnement de vie sombre pour elles. Et pourtant, il ressort de cette étude que ces personnes âgées ont une stagnation physique et mentale, et qu'il est difficile des les engager dans des conversations sur le sujet.

Toutes les pertes auxquelles ces dernières doivent faire face peuvent non seulement altérer leur santé psychique, mais aussi contribuer à une détérioration de leur santé physique, d'où la nécessité d'un accompagnement infirmier pour identifier la façon dont ces personnes vivent le processus de transition, et mettre en place des interventions adéquates pour y répondre efficacement. Car selon Ellis (2010), dans sa revue de littérature, les personnes qui vivent une transition passent par un cheminement variable, qui comprend entre autres l'anxiété, la culpabilité, la peur, la dépression...(p.1163).

Il est à préciser que ces pertes ne sont pas vécues que par la personne âgée, mais aussi par les proches aidants, comme il en ressort dans l'étude de Davies (2005), car elle précise que les proches aidants vivent parallèlement plusieurs types de transition, sont confrontés à un changement d'identité. Elle précise que les proches aidants, malgré leur implication dans la vie de la personne âgée, sont inconscients de l'impact de cette transition sur l'aîné et sur eux même, à cause du manque d'information et de la non implication des proches aidants dans le processus décisionnel.

Koppitz et al. (2016), relèvent que la réussite de cette transition est fonction de l'implication de la personne âgée et de ses proches aidants dans cette nouvelle trajectoire de vie, de la planification ou pas d'aller en EMS. Ils précisent qu'une admission non planifiée en EMS les empêche de surmonter les questions liées à l'étape de leur fin de vie de manière adéquate, et suggèrent aux infirmières de mettre en place des interventions de façon individualisée, en référence à leurs trajectoires de vie et leurs symptômes liés à la relocalisation pour pouvoir mieux les accompagner dans leur transition.

Il est nécessaire de rappeler l'importance d'une bonne communication et coordination des informations entre les infirmières de l'hôpital et celles de l'EMS comme le précise Kirsebom, Wadensten & Hedström, (2012, p. 893), pour faciliter la continuité des soins et le processus de transition. Ce qui pourrait améliorer le bien-être de la personne âgée.

King et al. (2013) soulignent qu'une faible qualité de communication peut faire suite à de possibles réhospitalisations, et proposent d'anticiper la communication entre soignants pour éviter les problèmes de sécurité et d'inefficacité.

Ellis et Rawson (2015) soulignent l'importance d'une préparation infirmière en amont, de façon holistique et adaptée à chaque personne et ses proches. De plus, ils proposent une formation de l'équipe soignante pour offrir aux personnes âgées et à leurs proches des soins de qualité.

La théorie intermédiaire de Meleis a été choisie pour mettre en place des interventions infirmières efficaces et efficientes avec la personne au centre, et lui permettre de vivre cette transition de façon saine. Cependant, selon Davies (2005), le rôle des proches aidants n'est pas clairement défini dans la théorie de transition de Meleis, raison pour laquelle elle a réalisé une deuxième étude pour connaître le rôle des soignants informels dans la transition. Cette étude de 2006 montre que les proches aidants ont un rôle primordial dans l'accompagnement de la personne âgée qui vit une transition d'entrée en EMS, ce qui peut améliorer non seulement le bien-être de cette personne dans son nouveau lieu de vie, mais aussi celle des autres résidents, des proches ainsi que de l'équipe soignante.

6.2. Des suggestions pour la pratique

L'analyse des différentes études utilisées met en exergue un certain nombre de suggestions pour améliorer la prise en soins d'une personne âgée et ses proches, qui vivent une expérience de transition d'entrée en EMS.

Goodwin et al. (2011), dans leur étude relèvent que la majorité des personnes enregistrées dans Medicare qui vont en EMS proviennent de l'hôpital, et recommandent pour cela un programme de prévention d'institutionnalisation à long terme. Nous pensons que malgré ce programme de prévention, certaines de ces personnes seront toujours amenées à entrer en EMS suite à un séjour hospitalier, et trouvons important de mettre en place parallèlement à ce programme de prévention, un programme de préparation pour aider ces dernières à mieux s'adapter en EMS.

Selon Wilson et al. (2013), il faut impliquer la personne dans le processus de décision et de déménagement en EMS, utiliser les nouvelles approches issues des recherches scientifiques pour l'aider à se préparer à ce déménagement avec moins de détresse. Ils alertent les professionnels de la santé sur les impacts sociaux, psychologiques et physiques, que l'attente de place en EMS pourrait avoir sur les personnes âgées, et les invitent à évaluer leurs programmes et services hospitaliers pour voir s'ils répondent à leurs besoins.

Fraher et Coffey (2011), préconisent une évaluation individuelle de pré-admission pour permettre aux soignants de traiter les facteurs clés de la vie d'une personne, ainsi que les

aspects fonctionnels de la santé et du soutien social, de l'utilisation des services et de la qualité de vie.

En se référant à la théorie de Meleis, Koppitz et al. (2016) propose des conseils pour faciliter l'adaptation de la personne âgée dans son nouveau lieu de vie, notamment : développer une relation de confiance basée sur la réalité, participer aux soins sociaux et infirmiers, incorporer l'admission en EMS dans l'histoire de vie de la personne, préparer la personne pour l'adaptation physique, sociale et émotionnelle, déterminer avec elle les nouvelles habitudes quotidiennes.

Impliquer les proches aidants dans le processus décisionnel et de transition, pour assurer la qualité de vie de la personne âgée, et améliorer sa vie sociale en EMS. (Davies & Nolan, 2006)

Ellis et Rawson (2015) suggèrent de former l'équipe soignante pour prodiguer aux personnes âgées des soins de qualité dans le processus de relocalisation.

Dans la revue de littérature de Brownie et al. (2014), quelques recommandations sont faites pour améliorer la transition vers les soins de longue durée : faciliter les liens sociaux entre l'aîné, ses proches et l'équipe soignante. Construire une relation avec l'aîné pour lui permettre d'exprimer ses sentiments et émotions, ses expériences de vie, ainsi que son implication dans la décision. Comprendre les expériences socio-culturelles et promouvoir les opportunités pour les préserver. Promouvoir l'engagement dans les activités de prise de conscience et préserver les rôles établis. Assister les familles pour comprendre leur ressenti et leurs comportements. Former une équipe de soins de transition, pour détecter l'anxiété et la détresse dues à la relocalisation.

Sullivan et Williams (2017), utilisent la théorie de transition de Meleis dans leur méta-analyse pour mettre en lumière les interventions infirmières dans l'accompagnement de la personne âgée qui entre dans les soins de longue durée. Il en ressort que les infirmières doivent utiliser une communication empathique pour encourager les personnes âgées à verbaliser leurs émotions et leurs pertes, reconnaître et respecter cette période de deuil, ainsi que les émotions négatives que cela engendrent, encourager l'autonomie en offrant un meilleur choix, favoriser une communication ouverte entre la personne âgée et l'équipe, reconnaître l'identité unique de chaque personne, apprécier les traditions culturelles, les croyances et les habitudes de vie.

6.3. Les sept compétences infirmières pour favoriser l'accompagnement de la personne âgée hospitalisée en attente de place en EMS

La Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KFH) a défini les sept compétences spécifiques à la profession infirmière, pour offrir des soins de qualité basé sur

des données probantes. Ci-dessous, ces sept compétences infirmières nécessaires pour favoriser l'accompagnement de la personne âgée hospitalisée, qui attend une place en EMS.

6.3.1. Rôle d'expert

L'intervention infirmière commence dès la prise de décision par l'équipe soignante d'une impossibilité de retour à domicile. Dès lors, se pose la question de la façon avec laquelle l'information sera annoncée à la personne et ses proches. Pour ce faire, il est nécessaire d'utiliser une attitude empathique, une écoute active, et laisser la personne exprimer ses émotions, ses craintes, ses attentes et ses besoins. Tout ceci dans le but de mettre en place et en partenariat avec la personne âgée et ses proches, un projet de soins en utilisant la théorie de Meleis, afin de lui permettre de s'adapter le mieux possible dans son nouveau lieu de vie. Ce projet de soins se fera après un ou plusieurs entretiens selon les besoins, durant lesquels l'infirmière fera une anamnèse complète, un recueil de données concernant l'histoire de vie de la personne, ses projets à court terme, connaître sa trajectoire de vie, évaluer ses ressources, l'intégrer dans le processus de décision, et engager la personne et ses proches dans toutes les phases de ce processus de transition. Ce projet sera réévalué régulièrement et réadapté en fonction des résultats obtenus.

6.3.2. Rôle de communicateur

Pour la réussite de ce projet de soins, il est indispensable d'établir une relation de confiance avec la personne et ses proches, les informer régulièrement, coordonner et communiquer avec l'équipe soignante et le réseau de soins, notamment le médecin traitant de la personne et l'EMS où elle va déménager, afin de partager les informations et avoir une compréhension unitaire de la situation.

6.3.3. Rôle de collaborateur

La collaboration avec l'équipe soignante, ainsi que les autres professionnels de la santé détermine la réussite de la transition. Il est également important pour les infirmières de l'hôpital, de collaborer avec l'équipe de l'EMS où la personne va déménager, les inviter au moins à l'un des colloques interdisciplinaires organisés au sein de l'unité hospitalière pour assurer à la personne une transition saine, et faciliter ainsi son adaptation dans son nouveau lieu de vie.

6.3.4. Rôle de manager

L'infirmière qui accompagne la transition coordonne les activités de soins autour de cette dernière, évalue régulièrement les résultats obtenus, réajuste le projet de soins en partenariat avec la personne, ses proches et les professionnels impliqués.

6.3.5. Rôle de promoteur de la santé

Soutenir l'aîné et ses proches, les engager dans le processus de transition afin d'assurer leur qualité de vie.

6.3.6. Rôle d'apprenant et de formateur

L'infirmière doit développer des compétences dans l'accompagnement de la personne âgée qui vit une transition, actualiser régulièrement ses connaissances théorico-pratiques basées sur des données probantes, partager ses connaissances.

6.3.7. Rôle de professionnel

L'infirmière soutiendra l'engagement de la personne âgée hospitalisée qui attend une place en EMS, ainsi que ses proches, en la prenant en soins dans son unicité, en respectant ses valeurs et ses croyances, sa culture, et en intégrant sa trajectoire de vie dans le projet de soins pour lui assurer une transition saine. Pour ce faire, Il est important pour l'infirmière de prendre soin d'elle même tout au long du processus de transition, afin d'accompagner la personne âgée de façon appropriée.

7. CONCLUSION

La théorie de transition de Meleis semble la mieux adaptée pour toute personne âgée vivant une transition d'entrée en EMS. Toutes les infirmières travaillant dans une structure hospitalière ou dans les soins à domicile auprès des personnes âgées susceptibles de vivre cette transition devraient utiliser cette théorie dans leur pratique, pour aider l'aîné et ses proches à vivre cette transition de façon saine et efficace. Bien que les professionnels du terrain soient formés pour l'accompagnement de la personne âgée, nous pensons néanmoins qu'il serait nécessaire qu'ils aient une formation spécifique pour la prise en soins de ces aînés qui vivent une transition de changement de lieu de vie ; la littérature consultée relève que les personnes âgées en EMS qui ont vécu un processus de transition sain, font moins d'aller et retour entre l'EMS et l'hôpital, s'adaptent facilement à leur nouveau lieu de vie et continuent à se projeter dans le futur.

Selon Koppitz et al. (2016), certaines personnes âgées qui ont eu une admission non planifiée en EMS ont toujours un sentiment de perte, même 93 mois après leur admission. Ces mêmes auteurs relèvent qu'en Suisse, malgré le fait que l'admission en EMS soit très fréquente, aucune étude n'est faite sur les impacts qu'une admission non planifiée pourrait avoir sur l'adaptation de la personne âgée à son nouveau lieu de vie.

Les apports du travail : cette revue de la littérature nous a permis de comprendre la situation traumatique que les personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS et leurs proches peuvent vivre. Bien que ce problème soit d'actualité, il est peu reconnu par les soignants. De plus, il n'existe pas dans les unités une approche spécifique de prise en soins de ces personnes et de leurs proches. Or, vu l'augmentation de la population âgée qui va presque doubler d'ici 2050, il est très important d'adopter une approche spécifique centrée sur la personne et ses proches, basée sur des données probantes. La théorie de transition de Meleis est adaptée pour prendre en soins ces personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS, bien sûr en intégrant les proches aidants. En tant qu'infirmière, nous devons engager la personne âgée et ses proches non seulement dans le processus décisionnel, mais aussi pendant toutes les phases pré, per et post transition, afin de lui assurer une qualité de vie et une meilleure adaptation dans son nouveau lieu de vie.

Les limites du travail : pour réaliser cette revue de la littérature, nous avons centré nos recherches dans les dix dernières années, à l'exception d'une étude qui est de 2005, ce qui nous semble à ce jour une limite car nous avons trouvé des études très intéressantes, datées de plus de dix ans. Cependant, nous avons quand même utilisé certaines à travers des revues de la littérature pour faire des suggestions afin d'améliorer la pratique.

La population ciblée dans cette étude peut être élargie en intégrant aussi les personnes âgées qui attendent à domicile une place en EMS, car elles vivent également une transition. Vu le rôle du proche aidant dans la vie de la personne âgée, il serait important de l'inclure dans les équations de recherches car c'est au cours de ce travail qu'on s'est rendu compte de leur importance dans le processus de transition.

7.1. Recommandations

Si cette revue de la littérature était à refaire, on élargirait les recherches sur plus de dix ans, de façon à récolter le maximum d'informations importantes en lien avec la thématique dans les bases de données. De plus, on intégrerait les proches aidants comme un des concepts principaux de la recherche. On pourrait aussi orienter la recherche sur les principaux facteurs qui précipitent l'entrée en EMS.

Pour l'implémentation dans la pratique, il est recommandé de sensibiliser le personnel soignant de la nature traumatique de la transition en EMS sur la personne âgée et ses proches, ainsi que des différents impacts tant sur ces derniers que sur l'équipe soignante. D'où l'importance de former les soignants du milieu hospitalier et de la pratique domiciliaire sensés travailler avec cette population, sur la théorie de transition de Meleis, afin qu'ils accompagnent efficacement les aînés dans cette nouvelle étape de leur vie. Nous avons constaté en rédigeant ce travail que cette population peut être présente dans toutes les unités de soins. Pour cela, on préconiserait l'existence d'une équipe mobile formée dans la prise en soins de cette population et leurs proches. Ainsi, les autres unités et le domicile pourraient faire recours à cette équipe en cas de besoin.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier Health Sciences.

Association nord-américaine du diagnostic infirmier, Celis-Geradin, M.-T., Association nord-américaine du diagnostic infirmier, Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers, & Association québécoise des classifications de soins infirmiers. (2016). *Diagnostics infirmiers: définitions et classification 2015-2017*. Issy les Moulineaux: ELSEVIER MASSON.

Brownie, S., Horstmanshof, L. & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654- 1666. doi :<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011>

Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social?* (Thèse de doctorat. Université de Genève). Accès <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:638>

Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile. Direction générale de la santé Service de la planification et du réseau de soins. (2012). Accès http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/planification-reseau-soins/doc/comm-consul-proches-aidants_vfinale_121018.pdf

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658- 671. doi :<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x>

Davies, S. & Nolan, M. (2006). « Making it better »: self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 281- 291. doi : <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.04.009>

Ellis, J. M. (2010). Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1159- 1168. doi :<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05280.x>

Ellis, J. M. & Rawson, H. (2015). Nurses' and personal care assistants' role in improving the

relocation of older people into nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13- 14), 2005- 2013. doi : <https://doi.org/10.1111/jocn.12798>

Etablissements médico-sociaux (EMS) - Accueil / Actuel. (2017). Accès <https://www.ge.ch/ems/>

Etablissements médico-sociaux (EMS) à Genève : évolution 2006 - 2012. *Informations statistiques*, (21). (2014). Accès http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2014/informations_statistiques/autres_the_mes/is_etablissements_sante_21_2014.pdf

Etablissements médico-sociaux (EMS) à Genève : Résultats 2015. *Informations statistiques*, 1. (2017). Accès http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2017/informations_statistiques/autres_the_mes/is_etablissements_sante_01_2017.pdf

Etablissements médico-sociaux (EMS) à Genève : Résultats 2013. (2015). Accès http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2015/informations_statistiques/autres_the_mes/is_etablissements_sante_07_2015.pdf

Faan, A. I. M., PhD, DrPS (hon). (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis.

Fraher, A. & Coffey, A. (2011). Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing Older People*, 23(10), 23- 27.

Guide Social Romand. (2017). Accès <http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/785/>

Goodwin, J. S., Howrey, B., Zhang, D. D. & Kuo, Y.-F. (2011). Risk of continued institutionalization after hospitalization in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(12), 1321- 1327. doi :<https://doi.org/10.1093/gerona/glr171>

Hôpitaux universitaires de Genève(2011). *Comment finire avec l'isolement...Magui un projet innovant et fédérateur pour améliorer la prise en charge de nos patients en attente d'EMS.* Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/readaptation_medicale/documents/magui_ems.pdf

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: Scénario actualisés pour la Suisse.* Editions Hans Huber. Accès http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/2011_hh_pflegebed_f.pdf

Indicateurs des établissements médico-sociaux 2013. (2017). Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.350296.html>

King, B. J., Gilmore-Bykovskyi, A. L., Roiland, R. A., Polnaszek, B. E., Bowers, B. J. & Kind, A. J. H. (2013). The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1095- 1102. doi : <https://doi.org/10.1111/jgs.12328>

Kirsebom, M., Wadensten, B. & Hedström, M. (2013a). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886- 895. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x>

Kirsebom, M., Wadensten, B. & Hedström, M. (2013b). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886- 895. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x>

Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R. & Imhof, L. (2017). Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 517- 527. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001964>

Lalive d'Épinay, C., Cavalli, S., Cavalli, S. & Cavalli, S. (2013). *Le savoir suisse*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.

Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010-2060. (2017). Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/personnes-actives/scenarios-population-active.assetdetail.347595.html>

Mazreku, S. (2015). *Satisfaction des besoins en soin de soutien et d'accompagnement de personnes âgées hospitalisées en soins aigus en attente d'hébergement de long séjour* (Travail de master non publiée). Lausanne : Université de Lausanne; Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale.

Mora Fernández, J., Silveira Guijarro, L. J., Calcerrada Díaz-Santos, N., Maganto Villamiel, M. A., Merino Cáceres, C. & Ribera Casado, J. M. (2009). Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly : *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, 44(4), 186- 193. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.008>

Newson P. (2008). Relocation to a care home, part one: exploring reactions. *Nursing & Residential Care*, 10(7), 321- 324.

Organisation mondiale de la santé. (2017) *Faits marquants sur le vieillissement*. Accès <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>

Organisation mondiale de la Santé *Résumé: Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. (2015). Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186469/1/WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la santé. (2017) *Santé mentale et vieillissement*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>

Organisation mondiale de la santé. (2017). *Vieillesse et santé*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>

Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. & Girard, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal (Québec), Canada: Chenelière Education, DL 2010.

Personnes âgées hospitalisées en attente de placement dans un établissement médico-social. (2003). Département de l'Action Sociale et de la Santé. Accès http://www.geneve.ch/dass/doc/rapport2003pers_agees_ems.pdf

Publication / Agile, puis fragile. La transition du 3e au 4e âge.(2017). Accès <https://www.reiso.org/actualites/fil-de-l-actu/1065-publication-agile-puis-fragile-la-transition-du-3e-au-4e-age>

Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf. (2017). Accès <https://www.hes-so.ch/data/documents/Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf>

Soins palliatifs : données statistiques. (2016, janvier 12)(2017). Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/datensituation-zu-palliative-care.html>

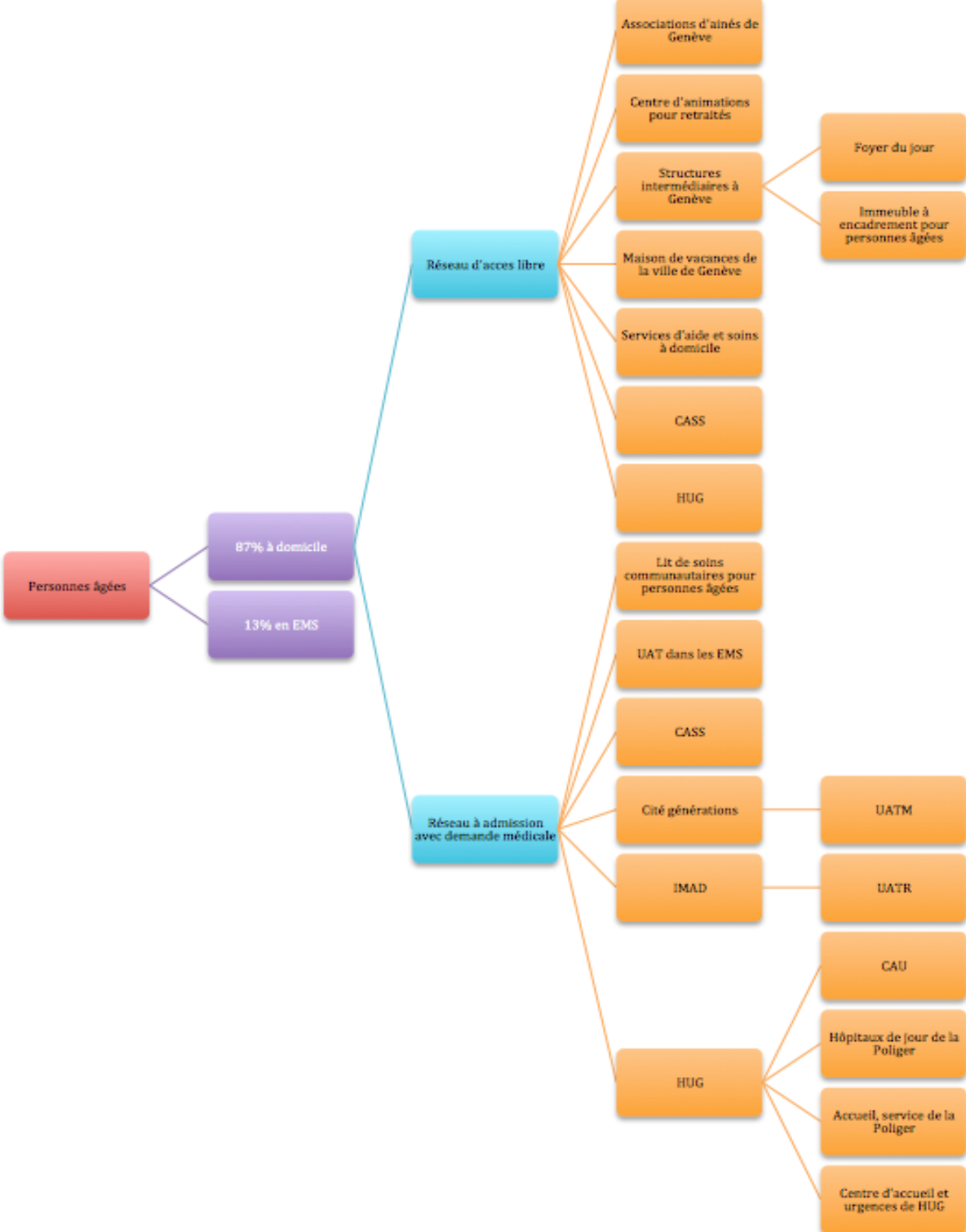
Sullivan, G. & W. (2017). Older Adult Transitions into Long-Term Care: A Meta-Synthesis. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(3), 41- 49. doi : <https://doi.org/10.3928/00989134-20161109-07>

Wilson, D. M., Vihos, J., Hewitt, J. A., Barnes, N., Peterson, K. & Magnus, R. (2013). Examining waiting placement in hospital: utilization and the lived experience. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 12- 22. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p12>

Wyden Guelpa, A. & Unger, P.-F. (2012). Secrétariat du Grand Conseil, Réponse du conseil d'Etat: Transition en vue du placement en EMS : gaspille-t-on des journées d'hospitalisation ? Secrétariat du Grand Conseil. Accès <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/Q03674A.pdf>

9. ANNEXES

9.1. Réseau genevois autour de la personne âgée

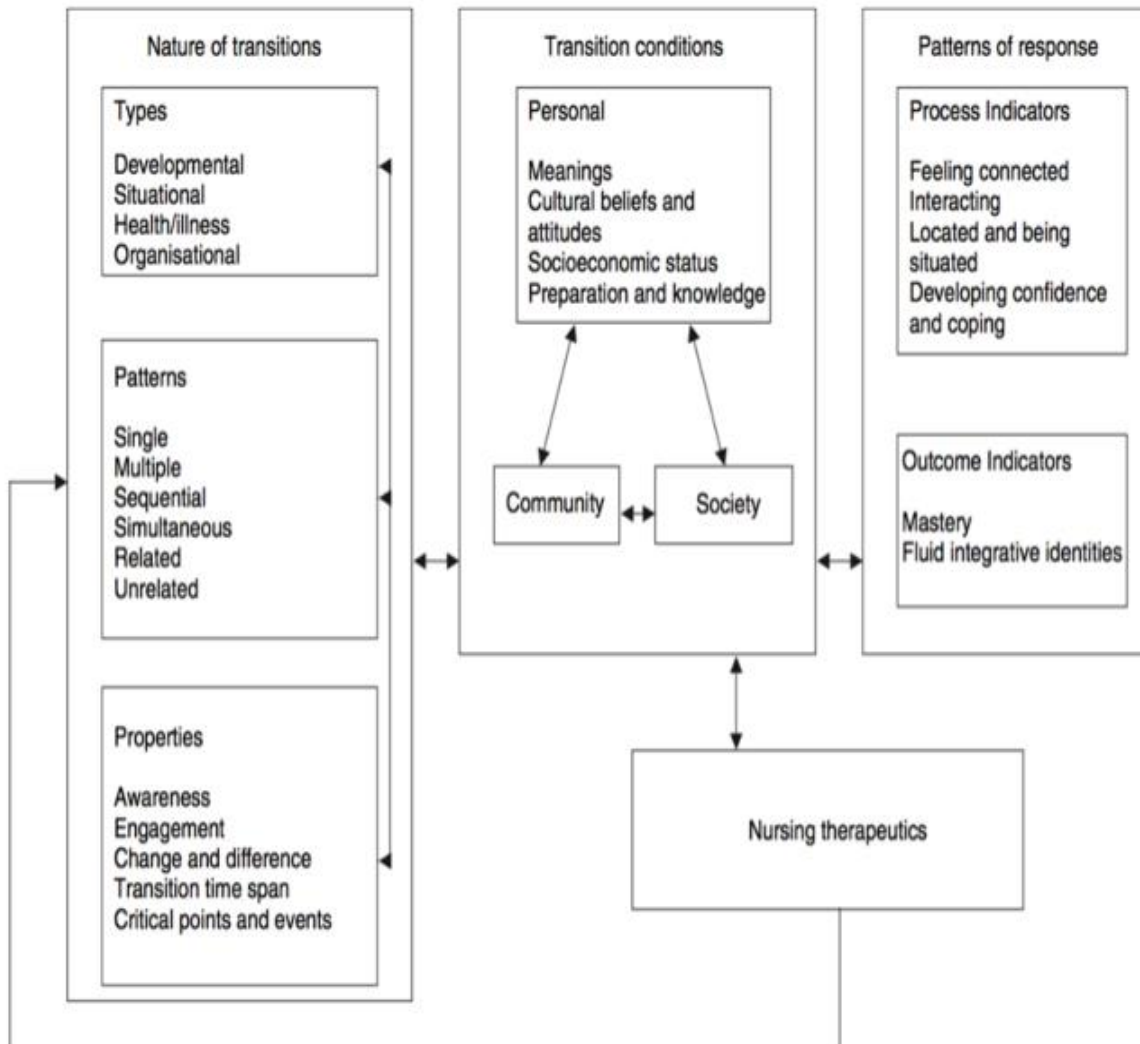


Réalisation personnelle

9.2. La théorie intermédiaire de transition de Meleis

Nursing theory and concept development or analysis

Meleis's theory of nursing transitions



Tiré de : Alligood, 2014

9.3. Fiches de lectures

I. Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly

Mora Fernández, J., Silveira Guijarro, L. J., Calcerrada Díaz-Santos, N., Maganto Villamiel, M. A., Merino Cáceres, C., & Ribera Casado, J. M. (2009). **Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly**. *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, 44(4), 186- 193. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.008>

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

❖ **Identité des auteurs** : Cette étude est écrit par 6 auteurs :

- Mora Fernández, J., Maganto Villamiel, M. A., Merino Cáceres, C., : Ils travaillent au Service de Gériatrie, à l'Hôpital Clinique Saint Carlos, Madrid, Espagne.
- Silveira Guijarro, L. J. : Il travaille au service de Gériatre, à l'Hôpital Universitaire Gregorio Marañón, Madrid, Espagne.
- Calcerrada Díaz-Santos, N. : Elle travaille dans l'unité d'Evaluation de Technologies Sanitaires de la Communauté de Madrid, Agence Laín Entralgo, Madrid, Espagne.

❖ **Nom et type de revue** : « Journal Espagnol de Gériatrie et Gérontologie » Edition Elsevier Doyma, Espagne. Est un journal crée en 1966, Tous les domaines de la médecine en relation avec la personne âgée et sa prise en charge sont publiés. [Traduction libre] (Références : Revista Española de Geriatria y Gerontología (2017).

Source : <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124>

❖ **Lieu de l'étude** : L'étude a été menée à Madrid en Espagne dans l'unité de soins aigus de l'Hôpital Saint Carlos pendant une période de 4 ans. Pour la réalisation de cette recherche, les auteurs n'ont pas reçu de soutien économique ni partiellement, ni totalement, et aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêts économiques ou particuliers.

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Les objectifs pratiques

Analyser le taux de placement en Résidence Publique Assistée (RPA) des personnes âgées hospitalisées et orientées vers un RPA par l'Unité de Travail Social (UTS) de l'Hôpital Saint Carlos.

L'objet de la recherche

Identifier les personnes âgées plus à risque d'institutionnalisation du premier jour d'hospitalisation, celles qui pourront rentrer à domicile et celles qui auront besoin des soins spécialisés (Unité de long séjour, soins palliatifs, EMS)

Question de recherche

Elles n'ont pas été nommées dans l'étude, cependant on peut les déduire.

Quels sont les facteurs physiques, cliniques et socio-économiques qui interviennent dans l'attribution d'une place ou non en EMS ?

Quelles sont les raisons de non attribution de place ?

Hypothèse de travail

Les auteurs pensent que les personnes âgées hospitalisées qui présentent une augmentation dans la péjoration de leur état de santé ne sont pas nécessairement prioritaires dans l'obtention d'une place en RPA car cela dépend non seulement des facteurs physiques et cliniques, mais aussi socio-économiques.

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

Personne âgée hospitalisée, unité de soins aigus, EMS, intervention sociale, évaluation gériatrique.

Méthodologie de la recherche

Population de l'étude

3441 personnes âgées ont été hospitalisées dans l'unité de soins aigus de gériatrie, les auteurs ont choisi premièrement 957 patients qui pourraient bénéficier du service d'orientation en RPA à travers l'UTS. Cependant après les critères d'exclusion, les chercheurs ont sélectionné 415 patients avec l'âge moyen de 85.1 patients.

Suivi des patients post- hospitalisation

A partir de la date de la première demande ou renouvellement du RPA de l'hôpital, et pour une période de 6 mois, les données ont été recueillies. Ces données ont été obtenues par le patient et les services sociaux municipaux et communautaires principaux de Madrid.

Ils ont recueilli :

L'emplacement immédiat à la sortie de l'hôpital.

L'obtention d'une place pendant la période observée.

Le temps écoulé jusqu'à l'obtention d'une place.

Les causes de la non obtention de place.

Type d'analyse

- Les variables qualitatives ont été décrites par la distribution des fréquences et intervalles de confiance ([IC] 95%).
- L'association entre les variables qualitatives a été évaluée avec le test de chi 2 ou le test exact de Fisher. Le risque relatif (RR) a été estimé ainsi que leur IC à 95%.
- Ils ont analysé le comportement des variables quantitatives (âge, séjour et pension), à travers le test t ou étudiant U de Mann-Whitney. Les résultats ont permis d'utiliser les données dans la variable de dépendance.
- Pour la variable de mortalité, ils ont utilisé le test t ou étudiant U de Mann-Whitney.
- Pour l'analyse statistique des variables, le paquet SPSS 12.0 statistique a été utilisé.

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

L'âge moyen de l'échantillon (n = 415) était de 85,1 ans, allant de 63 à 102 ans, avec une prédominance de femmes de (61,9%), qui ont un âge moyen de 3,5 ans de plus que les hommes (95% CI: 02.02 à 04.08).

Il y a eu des différences statistiquement significatives dans le séjour moyen à l'hôpital, les patients qui étaient des candidats pour une place en RPA ont eu un séjour plus long que le total des patients évalués dans l'unité de gériatrie. Plus précisément, la durée médiane de séjour était de 20 jours pour les patients orientés vers un RPA. Ils n'ont pas trouvé de différence significative selon le sexe (p = 0,05). Le diagnostic primaire le plus fréquent était les troubles respiratoires (DRG 541).

En ce qui concerne l'état fonctionnel des patients étudiés, près de 6 sur 10 orientés RPA étaient auparavant dépendants pour trois ou plus des activités de la vie quotidienne (AVQ).

En ce qui concerne la situation sociale et le mode de vie des personnes âgées dans l'échantillon, un quart vivait seul et un peu plus d'un tiers avec le conjoint ou une autre personne âgée.

Le revenu médian mensuel de pension était 385,00 euros (de base de référence 2002, 14 paiements par an), significativement plus faible chez les femmes qui gagnent 190,12 euros (p = 0,023).

22% des patients traités (n = 92) avaient réalisé une demande pour aller en RPA avant l'hospitalisation.

Pour la destination du patient 8,9% sont décédés lors de l'admission.

Parmi les survivants, 49,2% de l'échantillon sont allés directement à la maison

50,8% de patients ont été institutionnalisés directement. Parmi eux, 29,2% ont déménagé dans une unité de long séjour et les 70,8% restant sont partis dans une résidence.

Finalement, 10,3% des patients orientés vers le RPA depuis l'UTS ont trouvé une place après le séjour hospitalier.

Les résultats montrent que plus de 80% des personnes âgées avaient besoin de quelqu'un d'autre au moment de la sortie de l'hôpital pour la réalisation de leurs AVQ.

Les aspects cliniques et fonctionnels n'ont pas montré du poids à leur obtention de place en RPA. Au lieu de cela, les facteurs socio-économiques et ceux liés aux interventions sociales ont été associés à l'obtention d'une place.

Conclusion générale

L'hospitalisation des patients âgés fragiles les amène souvent à effectuer une demande de place en RPA, bien qu'une obtention de place à court terme depuis l'unité des soins aigus soit rare. Certains facteurs socio-économiques et l'intervention sociale facilitent l'accès.

Certaines personnes âgées décèdent pendant l'attente de place en RPA à cause des démarches administratives qui sont assez longues.

Démarche interprétative

Apports de l'étude

En particulier, les patients orientés vers un RPA sont très fragiles, avec des besoins de santé importants, cela souligne en outre l'importance de l'institutionnalisation.

Limites

Il existe un biais dans la sélection des patients car la situation clinique et fonctionnelle n'est pas prise en compte.

Les chercheurs n'ont pas comparé l'échantillon avec la population de base afin de généraliser les résultats au niveau extrahospitalier.

L'obtention d'une place en RPA ne dépend pas de la durée du séjour.

L'extrapolation de l'étude se limite à la communauté de Madrid car les barèmes utilisés sont de cette région.

La période de suivi pourrait être considérée comme une limite, car la plupart des patients n'obtiennent pas de place en RPA pendant le temps d'attente à l'hôpital.

II. Risk of Continued Institutionalization After Hospitalization in Older Adults

Goodwin, J. S., Howrey, B., Zhang, D. D., & Kuo, Y.-F. (2011). Risk of continued institutionalization after hospitalization in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(12), 1321-1327. <https://doi.org/10.1093/gerona/glr171>

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

❖ **Identité des auteurs :** Cette étude est écrit par 4 auteurs qui font partis du « Department of Medicine, Sealy Center on Aging, University of Texas Medical Branch, Galveston »

- James S. Goodwin
- Bret Howrey
- Dong D. Zhang
- Yong-Fang Kuo

❖ **Nom et type de revue :** « Journal of Gerontology » MEDICALE SCIENCES pages 1321-1327 Copyright © 2017 The Gerontological Society of America

Le « Journal of Gerontology » est une publication de la Société de Gérontologie d'Amérique (GSA). Depuis 1945, les auteurs s'intéressent à promouvoir la recherche scientifique du vieillissement afin d'encourager les échanges entre chercheurs et praticiens de différentes disciplines. [Traduction libre] (Références : Oxford University Press. (2017). [Page Web]. Accès :

https://academic.oup.com/biomedgerontology/pages/General_Instructions_2

❖ **Lieu de l'étude :** La recherche est réalisée aux Etats Unis.

Pour le financement ils ont reçu de l'aide du « National Institutes of Health » (grants R01 AG033134, K05 CA134923, and P30 AG024832)

❖ **Les objectifs pratiques :** Les risques de placement en EMS d'une personne âgée après une hospitalisation

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Objet de la recherche

Les auteurs de l'étude cherchent à estimer le pourcentage de séjours des personnes âgées en EMS, qui ont été occasionnés par une hospitalisation, ainsi que les facteurs de risque associés au placement en institution après une hospitalisation

Question de recherche

Quel est le pourcentage d'admissions en EMS occasionnées par une hospitalisation ?

Comment ont évolué ces placements dans le temps ?

Comment change le risque de placement en EMS selon chaque personne âgée, ses maladies et les caractéristiques du système de santé.

Hypothèse de travail

L'hypothèse de l'étude est que la plupart des placements en EMS sont produits par un événement aigu qui a besoin d'une hospitalisation.

Selon les chercheurs, l'hospitalisation présente également des risques qui pourraient mener à une entrée en EMS.

Cadre théorique de la recherche

La recherche a été réalisée à travers une étude de cohorte rétrospective, utilisant 5% des personnes assurées à Medicare (système d'assurance maladie pour les personnes de plus de 65 ans aux Etats-Unis d'Amérique) [Traduction Libre] (Références : Medicare.gov (2017). [Page Web]. Accès : <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/whats-medicare/what-is-medicare.html>

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

La majorité des placements des personnes âgées dans une institution de soins de longue durée (équivalence des EMS en Suisse), ont été précédés par une hospitalisation. Cependant dans l'étude, les chercheurs montrent aussi qu'après cette hospitalisation, une grande partie des patients sont transférés dans les Skilled Nursing Facility (SNF) également associés à une augmentation de placements EMS.

Les SNF peuvent être considérés comme un centre de réhabilitation, les soins intermédiaires, un endroit pour accompagner les personnes avec maladies chroniques.

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Etude de cohorte rétrospective comprise entre les années 1996 et 2008.

Utilisation des archives d'inscription de Medicare, ainsi que les archives d'analyse et de révision des fournisseurs de Medicare (MEDPAR)

Les chercheurs ont utilisé toutes les admissions hospitalières des unités de soins intensives comprises entre janvier et avril (4 mois) pour chacune des années étudiées.

Pour faire un groupe de comparaison entre les patients non hospitalisés et les patients hospitalisés, ils ont choisi un échantillon aléatoire pour chaque année.

Ils ont décidé de récolter les données des personnes âgées ayant été hospitalisées durant les 4 premiers mois de l'année, puis placées en EMS durant les mois suivant de cette même année.

Population de l'étude

Les chercheurs ont basé leur étude sur un échantillon de 5% des bénéficiaires de Medicare, dans une durée de temps comprise entre 1996 et 2008. L'étude a été réalisée sur les consultations recensées en soins intensifs, dont 3.482.468 de personnes âgées n'avaient pas été hospitalisées et 1.348.776 avaient été hospitalisées.

Critères d'exclusion :

- Les patients arrivés d'un Skilled Nursing Facility (SNF) ou d'un Nursing Home. (2.831.083 consultations sans hospitalisation et 1.315.272 consultations avec hospitalisation).
- Les patients âgés de moins de 66 ans révolus au moment de l'étude. (2.296.083 consultations sans hospitalisation et 1.101.747 consultations avec hospitalisation).
- Les patients décédés jusqu'à 225 jours après leur sortie de l'hôpital. (1.777.202 consultations sans hospitalisation et 907.766 consultations avec hospitalisation).
- Les patients qui étaient aussi dans une autre institution de maintien de santé. (1.593.506 consultations sans hospitalisation et 762.243 consultations avec hospitalisation).
- Pour finir, les patients qui ont fait plus une consultation pendant la période de 4 mois. (1.149.568 consultations sans hospitalisation et 762.243 consultations avec hospitalisation).

Type d'analyse

La différence dans le pourcentage de patients en EMS après leur hospitalisation a été évaluée par un Chi-care.

Ils ont utilisé la régression logistique pour évaluer l'association des caractéristiques spécifiques avec les probabilités de placement en EMS.

Toutes les analyses ont été développées en utilisant la version SAS 9.2

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

- Il existe un taux approximatif 10 fois supérieur de résidence en EMS dans le groupe des patients hospitalisés par rapport aux patients non hospitalisés. (5.55% vs 0.54%)
- Les caractéristiques associées avec l'augmentation du taux de placement en EMS autant dans le groupe de patients hospitalisés que dans le groupe de patients non hospitalisés sont les suivantes : l'âge avancé, le genre féminin, le fait de ne pas avoir de médecin traitant, le fait d'avoir une démence diagnostiquée préalablement, un diagnostic de délire ou incontinence, ainsi qu'une haute quantité de comorbidités
- Le 75.11% des placements en EMS a été après une hospitalisation.
- Durant les 6 mois suivant leur hospitalisation, les patients pris en charge dans un grand hôpital ou dans un hôpital universitaire étaient moins placés en EMS.
- Le transfert dans un (SNF) après l'hospitalisation donne comme résultat un plus grand risque de partir en EMS.
- Le pourcentage des patients de Medicare transférés en (SNF) a augmenté avec le temps de 10,8% en 1996 à 16.5% en 2008

Conclusion générale

Le parcours du placement en EMS a changé avec le temps. La majorité des nouvelles admissions dans ces institutions sont précédées par une hospitalisation. Le placement en EMS est souvent précédé par un séjour en SNF.

Particularité de l'étude

C'est la première étude nationale réalisée sur le placement en EMS après une hospitalisation.

Les auteurs explorent les implications et les risques d'une hospitalisation qui provoquent un placement de la personne âgée en EMS.

Ethique

Dans l'étude, l'éthique utilisée n'est pas explicite, cependant ils mentionnent avoir reçu l'approbation de Medicare pour effectuer cette recherche

Démarche interprétative

Apports de l'étude

Le placement peut être provoqué par différents facteurs.

Un événement aigu comme un accident-cérébral-vasculaire ou un infarctus du myocarde a besoin d'une hospitalisation. Cela peut changer l'état fonctionnel du patient, ayant comme résultat des soins à long terme en EMS.

Le processus d'hospitalisation en soi peut être associé à une perte d'état physique et d'indépendance.

Les processus de transfert dans un SNF pourraient engendrer aussi le placement

Comme facteur protecteur du placement, les patients avec un médecin traitant une année avant l'admission à l'hôpital ont été 25% moins prédisposés à aller en EMS

Les limites

Les résultats font référence aux personnes inscrites à Medicare, de 66 ans ou plus qui ne font pas partie d'une organisation de maintien de santé. Les personnes plus jeunes ou inscrites dans une organisation de maintien de santé pourraient aussi présenter différents risques de placement.

Les données administratives de Medicare ne contiennent pas d'information sur les facteurs de risques tels que le soutien social et la détérioration fonctionnelle

Il existe un manque d'information sur les préférences individuelles de chaque patient

Le rôle de la ré-hospitalisation après l'hospitalisation initiale n'a pas été évalué dans cette recherche.

Les chercheurs n'ont pas évalué le taux de survie des patients une fois que ces derniers ont été placés en EMS.

Pistes de réflexion

Les recherches sont importantes afin de réduire les placements des personnes âgées en institution.

Le 75% de placement en EMS ont été précédés ou précipités par une hospitalisation, l'hospitalisation est un moment propice pour commencer un programme de prévention.

Les données de Medicare pourraient être utilisées pour déterminer les prestations post-hospitalières des (SNF) qui mènent le patient à retourner à domicile ou à partir en EMS.

Se focaliser dans la prise en charge des patients plus âgés qui se font hospitaliser, pourrait réduire les placements en EMS

III. Older People's Experiences of Relocation to Long-Term Care

Fraher, A., & Coffey, A. (2011). Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing Older People*, 23(10), 23-27

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- ❖ **Identité des auteurs** : Cette étude est écrit par 2 auteurs :
 - **Anne Fraher**
 - **Alice Coffey**
- ❖ **Nom et type de revue** : Nursing older people, c'est une étude qualitative
Source : <https://rcni.com/nursing-older-people>
- ❖ **Lieu de l'étude** : Irlande du sud. 2011
- ❖ **Les objectifs pratiques** : Mettre en exergue le rôle important des infirmières dans la décision du placement en EMS et également dans l'adaptation de la personne âgée dans son nouvel environnement.

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Objet de la recherche

L'objectif de l'étude est d'explorer les expériences des personnes âgées dans le processus décisionnel de la relocalisation, et également leurs expériences précoces post relocalisation.

Question de recherche

Quelles sont les **expériences des personnes âgées dans le processus décisionnel du placement en EMS ?**

Hypothèse de travail

Compréhension de l'importance du rôle infirmier dans le processus décisionnel du placement en EMS.

Cadre théorique de la recherche

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

EMS, approche de soin centré sur la personne, relocalisation, soins de transition

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont effectué des entretiens individuels qui ont été enregistrés. Le but lors des entretiens était de conserver le processus informel pour faciliter l'expression des participants. Par la suite, les entretiens ont été transcrits textuellement et analysés en utilisant la méthode phénoménologique de **Colaizzi** (méthode phénoménologique de recherche en psychologie ; consiste à utiliser des questions généralisées, et par la suite les spécifier en fonction des réponses obtenues).

Accès :

https://books.google.ch/books?id=NHw_VCL0P-AC&pg=PA35&lpg=PA35&dq=méthode+colaizzi&source=bl&ots=JGULb0aVbs&sig=OZ1p8geayLIKb1rTFjuWXd_xbVM&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwicu-aQw-TAhXFCsAKHUHsAH0Q6AEIMDAB#v=onepage&q=méthode%20colaizzi&f=false

Population de l'étude

Des personnes âgées ayant été placées dans un EMS depuis maximum 3 mois.

2 hommes : 76 et 86 ans.

6 femmes : entre 80 et 92 ans.

7 résidents d'un EMS publique et 1 résident d'un EMS privé.

Critères de sélection : Avoir plus que 65 ans, parler anglais, ne pas avoir des difficultés à parler, score minimum 23 de MMTS- mini mental test score.

Accès MMTS :

<http://www.sgca.fr/outils/mms.pdf>

Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche qualitative de type phénoménologique.

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

Les facteurs précipitants l'entrée en EMS

Isolement social : Les auteurs ont constaté que dans les cas où l'isolement social est un problème pour la personne âgée, l'idée du placement en EMS pourrait être vue comme une solution à ce problème et également faciliter l'adaptation de la personne âgée en EMS.

La peur a été considérée aussi comme un facteur précipitant d'entrée en EMS. En effet, les personnes âgées qui avaient peur de chuter surtout la nuit ont été partantes d'entrer en EMS.

Détérioration de la santé : Par exemple un AVC avec des séquelles importantes et le fait de recevoir une assistance minimale à la maison ont été vus par les résidents comme un facteur précipitant d'entrer en EMS.

Les facteurs qui favorisent la prise de décision et l'adaptation en EMS

Le fait d'être déjà allé en EMS pour un répit des proches a été un facteur facilitateur pour certaines personnes dans le processus décisionnel.

Les facteurs qui entravent l'adaptation en EMS

Il y avait des participants qui ont dû changer leur EMS, car ils ne l'ont pas aimé et cela a entraîné une détresse. Certains résidents n'ont pas accepté entièrement le fait de vivre en EMS. Partir de la maison a provoqué beaucoup de tristesse chez les aînés.

Les personnes âgées ont remarqué que les infirmières étaient toujours précipitées par manque de temps.

Cependant, même si la plupart des résidents étaient satisfaits de l'EMS, la maison leur manquait.

Intimité : La plupart des résidents n'aimaient pas le fait de partager leur chambre avec d'autres personnes. Cela a aussi été vu comme un problème pour les visiteurs.

La famille et les proches aidants : 6 familles ont déclaré avoir été incluses dans le processus décisionnel, alors que les aînés avaient des informations minimales. Certaines personnes âgées ont déclaré que leur famille avait décidé à leur place ; la famille a trouvé que l'EMS sera un endroit plus sûr que la maison.

L'équipe soignante : Certaines personnes âgées ont dit que la décision a été prise par l'infirmière qui les avait pris en soin. Cela pour certaines personnes était positif et pour d'autres pas.

Il y avait des personnes âgées qui voyaient l'EMS comme un endroit de réhabilitation et comptait rentrer à la maison après.

Prise de décision

Non participation à la prise de décision : 4 participants ont souligné un manque d'information sur le déménagement et leur état de santé actuel. La majorité des participants n'étaient pas inclus dans le processus décisionnel et avaient reçu des informations minimales. Il y avait un seul participant qui a déclaré avoir pris lui-même la décision d'entrer en EMS.

Accepter la situation : Les personnes âgées ont eu plus de facilité à accepter leur nouveau lieu de vie s'il y avait des similitudes avec leur ancien lieu de vie. La plupart des résidents ont été ravis de leur nouvelle vie.

Les résidents ont apprécié une grande variété des activités qu'ils pouvaient effectuer au sein de l'EMS.

Conclusion générale

Le placement en EMS est souvent déclenché par une détérioration de la santé/ et ou un événement de crise dans la vie de la personne âgée.

Cette étude analyse les expériences des personnes âgées dans le processus décisionnel de la relocalisation, et s'intéresse également à leurs expériences précoces post relocalisation.

Il en ressort l'importance de communiquer avec les personnes âgées qui vont entrer en EMS et les inclure dans le processus décisionnel, également la nécessité d'adopter une approche de soins centrée sur la personne.

Démarche interprétative

Apports de l'étude

La décision de placement en EMS est souvent faite dans un contexte d'hospitalisation aiguë, cela conduit à une non-préparation, d'où la nécessité de donner plus de temps aux patients pour s'adapter à cette décision.

De plus, les auteurs pensent que même si certaines personnes ont anticipé leur déménagement, les décisions sont souvent prises à la hâte, avec peu ou pas de planification ; ce qui a des conséquences négatives pour certains.

Les infirmières peuvent aider en préconisant une période d'anticipation, où des informations sur l'EMS sont fournies aux patients, ainsi que les faire participer au processus décisionnel.

Une évaluation individuelle de pré-admission devrait être complétée pour permettre aux soignants de traiter les facteurs clés de la vie d'une personne, ainsi que les aspects fonctionnels, de la santé et du soutien social, de l'utilisation des services et de la qualité de vie. Cela informerait l'EMS d'accueil des besoins et des préférences de la personne à l'avance, ce qui permettrait une approche plus axée sur la personne dans le processus d'admission, maintenir sa vie privée et sa dignité.

Les services de répit devraient être connus comme un moyen utile d'aider quelqu'un à s'adapter aux soins de longue durée. Les infirmières qui travaillent avec les personnes âgées et leurs familles doivent les informer des avantages des services de répit.

Limites

Les auteurs ne parlent pas des limites de leur étude, mais quelques unes ont été identifiées. L'échantillon est limité à 8 personnes, aucune information sur la saturation des données, ni sur les questions d'entretien avec les participants, ni sur le temps d'entretien.

Pistes de réflexion

L'étude a révélé que le soutien communautaire était inadéquat pour les besoins des personnes âgées. Un problème particulier était le calendrier du soutien reçu.

Les services de soutien devraient être fournis 24 heures sur 24 pour permettre aux personnes de rester chez eux pendant plus longtemps et atténuer la peur de vivre seul. Les décisions visant à déplacer quelqu'un vers des soins de longue durée sont souvent effectuées avec précipitation dans des contextes hospitaliers aigus avec peu de préparation. Les patients devraient avoir le temps de s'adapter à cette décision. Les infirmières peuvent aider en préconisant une période d'anticipation où des informations sur la maison de soins sont fournies au patient et à la famille qui participe à la décision. Une évaluation individuelle de pré-admission devrait également être complétée pour permettre aux fournisseurs de soins de traiter les facteurs clés de la vie d'une personne, y compris les aspects de la fonction, de la santé, du soutien social, de l'utilisation des services et de la qualité de vie. Cela informerait l'établissement de soins de réception des besoins et des préférences de la personne à l'avance, ce qui permettrait une approche plus axée sur la personne au processus d'admission. Les services de répit doivent être reconnus comme un moyen utile d'aider quelqu'un à s'adapter aux soins de longue durée.

Les infirmières qui travaillent avec des personnes âgées et leurs familles devraient les informer des avantages des services de relève, en particulier ceux qui peuvent dépendre d'avantage de soutien à la maison. Des recherches plus poussées devraient de répit pour les besoins des personnes âgées et son potentiel amélioration. Les préférences d'une personne devraient être prises en compte lors de l'examen du type de logement disponible, et les soins fournis devraient être centrés sur la personne et maintenir la vie privée et la dignité des personnes.

IV. Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study

Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R., & Imhof, L. (2017). **Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study.** *International Psychogeriatrics*, 29(3), 517-527. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001964>

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs

1. Andrea Luise Koppitz, Jutta Dreizler, Lorenz Imhof : Institute of Nursing, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur, Switzerland (ZHAW)
2. Jeanine Altherr : Waid City Hospital, Zurich, Switzerland
3. Georg Bosshard : Department of Geriatrics, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland
4. Rahel Naef : Center of Clinical Nursing Science, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

Le nom et type de revue

International Psychogeriatrics: page 1 of 11 © International Psychogeriatrics Association 2016.

« *International Psychogeriatrics* » Est une revue très reconnue qui publie des recherches dans le domaine de la psycho-gériatrie et lue par plus de 1000 membres de l'Association internationale de Psycho-gériatrie. Ce journal vise à mettre en lumière tous les aspects de la santé mentale de la personne âgée dans le monde entier. Les éditeurs font 12 publications par an depuis 2012. [Traduction libre] (Références : Cambridge University Press. (2017). [Page Web]. Accès : <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics>, consultée le 6 mai 2017)

Le lieu de l'étude

Zurich, Suisse.

Pour la réalisation de cette recherche, les auteurs ont reçu le soutien économique de « Age Fondation », Zurich, Suisse.

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Comprendre en profondeur la relocalisation non planifiée en EMS et explorer son impact sur l'adaptation de la personne âgée.

Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche a été d'explorer les expériences d'admission non planifiées de personnes âgées en EMS et l'impact sur leur adaptation.

Question de recherche

La question de recherche n'est pas explicite dans l'étude, cependant dans la lecture de ce dernier il est possible de la définir ainsi : « Quelles sont les expériences de la personne âgée lors d'une admission non planifiée en EMS ? »

Hypothèse de travail

Dans l'étude, les auteurs font l'hypothèse que les admissions non planifiées des personnes âgées en EMS engendrent plus de conséquences négatives sur la santé de ces derniers que des placements prévus à l'avance. Il existerait une augmentation de l'anxiété et de l'angoisse des aînés qui résulterait une plus grande difficulté d'adaptation de ces personnes à leur nouvel environnement.

Cadre théorique de la recherche

Pour réaliser cette étude, les chercheurs ont utilisé un entretien qualitatif basé sur le modèle de transition de Meleis

Pour l'analyse des données qualitatives, ils ont utilisé la méthode d'analyse de Maryring.

Principaux concepts et/ou notions utilisés

L'adaptation et la transition expérimentées par les personnes âgées qui ont une admission en EMS.

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Les entretiens semi-structurés ont été effectués selon la théorie de Meleis, et analysés avec l'approche de Mayring. Ensuite, le logiciel statistique SPSS (Statistical Package for the Social Science) a été utilisé pour l'analyse des données socio-démographiques des participants

Ces entretiens ont consisté à questionner les personnes âgées sur leurs expériences d'admission, leurs stratégies pour faire face à la nouvelle situation, et leurs procédures d'adaptation dans la vie quotidienne

Plusieurs questions ont été posées dans l'entretien :

- 1 Quelles sont vos habitudes quotidiennes maintenant ?
- 2 Quelles sont les personnes ou les choses qui vous manquent ?
- 3 De quelle manière avez-vous été inclus dans la prise de décision pour entrer dans cet EMS ?
- 4 Comment évaluez-vous votre temps ici dans l'EMS ?

Les entretiens ont été enregistrés numériquement et transcrits littéralement. Ils ont déterminé que la collecte des données finissait quand il n'y avait plus de nouvelles informations.

Population de l'étude

Les participants ont été sélectionnés de 4 EMS de zones urbaines et rurales du Canton de Zurich. La taille des EMS varie de 47 à 110 lits pour un personnel infirmier de 42 à 100 personnes avec des qualités différentes.

31 personnes ont participé à la recherche, l'âge moyen était de 83,1 ans. (Se référer au tableau 3). Les participants avaient plus de 65 ans et logeaient dans l'EMS depuis 2 semaines à 93 mois. Ils avaient été placés sans planifications préalables suite à un séjour à l'hôpital (p.2)

Type d'analyse

Les entretiens semi structurés narratifs et les données ont été analysés avec la méthode d'analyse de Mayring 2010.

La méthode de Philippe Mayring est « une approche empirique permettant une analyse méthodologiquement contrôlée de textes, à l'intérieur de leur contexte de communication, suivant des règles d'analyse de contenu, et des modèles par étapes, sans quantification hâtive » tiré de :

Boussaguet, L., Jacquot, S., & Ravinet, P. (2015). *Une French Touch dans l'analyse des politiques publiques ?* Presses de Sciences Po.

Accès :

<https://books.google.ch/books?id=h1RoBwAAQBAJ&pg=PT458&dq=approche+Philippe+Mayring&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiPwM3XyuzTAhXJDMAKHQHIAscQ6AEIJzAA#v=onepage&q=approche%20Philippe%20Mayring&f=false>

Pour la présentation de la recherche qualitative, ils ont utilisé l'outil « COREQ » (Tong et al.2017) page 2

Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche

La manière dont les personnes âgées vivent leur admission non planifiée peut être contextualisé par 2 principes de relocalisation : la continuité et la participation

- La continuité : Les personnes âgées interrogées ont exprimé le souhait de continuer à avoir une stabilité et une permanence dans leurs habitudes quotidiennes et relations sociales. Cependant, les expériences liées à une admission non planifiée sont caractérisées d'instables, compliquées et décevantes. Les chercheurs ont utilisé des exemples pour illustrer ce manque de continuité.
- La participation : C'est le fait d'inclure ou non la personne âgée dans le processus décisionnel du départ en EMS. Cependant, certaines personnes âgées ont été confrontées à une non inclusion dans la prise de décisions. Elles se sont senties rejetées et obligées de surmonter une décision qu'elles n'avaient pas prise. D'autres personnes âgées ont apprécié le fait d'avoir été incluses dans la prise de décision et pour elles, ce fut un point important pour une bonne adaptation.

Ces 2 principes sont caractérisés par 4 facteurs:

1. Être éloigné : Le sentiment d'être éloigné a affecté les personnes âgées qui ont vécu une admission non planifiée dont la participation avait été minimale dans la décision d'entrée en EMS.
Après la relocalisation en EMS, les personnes âgées se sont rendues compte qu'il fallait s'adapter au nouvel environnement tout en changeant leurs habitudes et leur organisation de vie. Elles se sont senties isolées et éloignées de leur histoire de vie vers laquelle le retour n'était plus possible.
2. Être limité : Les personnes âgées se sont senties confrontées de différentes manières aux limites de l'institution. Elles ont pu ressentir qu'on leur retirait la capacité de décider par elles mêmes. Et par conséquent, moins de participation aux activités de l'EMS et une moins bonne adaptation au nouveau lieu de vie.
3. Être soigné : Les personnes âgées se sont senties bien entourées par le personnel soignant de l'institution, avec la possibilité de participer aux décisions. De plus, elles se sont senties bien accompagnées par les amis et la famille. Même lorsque l'admission n'avait pas été planifiée, elles ont vécu cette relocalisation comme un soulagement.
4. Aller de l'avant : Certaines personnes âgées interviewées étaient décidées d'aller de l'avant et ont valorisé le fait d'être capables de planifier et de prendre des décisions par elles-mêmes. Elle se sont senties en confiance et ont pu garder le contrôle de leur nouvelle vie et ont pu établir une continuité avec leur vie passée

Conclusions générales

Pendant l'hospitalisation, les professionnels de la santé doivent évaluer, discuter, et planifier le chemin nécessaire de la personne âgée pour une entrée en EMS.

Pour les personnes âgées, une relocalisation dans un EMS signifie vivre avec des problèmes de santé complexes, dans un environnement social, émotionnel et physique complètement nouveau. Dû à l'admission non planifiée en EMS, les personnes âgées n'arrivent pas à surmonter des questions liées avec leur fin de vie de manière adéquate.

Particularité ou originalité de leur étude

Ethique

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de Zürich (KEK-ZH n° :2012-0467).

Page 2

Démarche interprétative

Apports de l'étude

C'est un modèle pour évaluer l'adaptation de la personne âgée en EMS suite à une admission non planifiée. Le processus de la personne âgée pour faire face à la nouvelle situation est étudié.

Propose des conseils pour faciliter l'adaptation :

Être éloigné : Préparer la personne pour l'adaptation physique, sociale et émotionnelle

Être limité : Déterminer avec la personne les nouvelles habitudes quotidiennes

Être soigné : Développer une relation de confiance basée sur la réalité, participer aux soins sociaux et infirmiers

Aller de l'avant : Incorporer l'admission en EMS dans l'histoire de vie de la personne, lui apprendre que l'EMS a plus d'avantages que d'inconvénients

Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les personnes âgées interrogées qui avaient été relocalisées en EMS depuis déjà plusieurs années, avaient de la difficulté à se souvenir des difficultés liées à leur relocalisation non planifiées. Elles étaient plus attentives aux soucis actuels.

La durée des entretiens a été compliquée à gérer à cause de l'âge avancé et de la fragilité des personnes âgées qui avaient parfois des difficultés à se maintenir concentrées pour donner des informations pertinentes.

Pistes de réflexion

Les professionnels ont besoin de connaître les événements et trajectoires de vie des personnes âgées ainsi que leurs symptômes liés à la relocalisation afin de mieux les accompagner dans leurs transitions.

La communication entre les infirmières est primordiale dans la continuité des soins.

Les infirmières doivent évaluer les nécessités actuelles et soutenir l'adaptation des personnes âgées pour leur offrir une intervention individualisée.

D'autre part, il est nécessaire d'avoir plus de recherches pour développer des indicateurs de qualité afin d'améliorer le processus de passage de la personne âgée en EMS. En utilisant la participation de la famille

V. Examining Waiting Placement in Hospital: Utilization and the Lived Experience

Wilson, D. M., Vihos, J., Hewitt, J. A., Barnes, N., Peterson, K., & Magnus, R. (2013). **Examining Waiting Placement in Hospital: Utilization and the Lived Experience.** *Global Journal of Health Science*, 6(2), 12. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p12>

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

❖ **Identité des auteurs** : Cette étude est écrite par 6 auteurs :

- Donna M. Wilson, Jill Vihos, Jessica A. Hewitt, Nancy Barnes, Karen Peterson, tous de la faculté des soins infirmiers, université d'Alberta, Edmonton, Canada
- Ralph Magnus : Services d'aumônier, Santé de l'Alliance, Hôpital des moines grises, Edmonton, Canada

❖ **Nom et type de revue** : Global Journal of Health Science (GJHS) est un journal d'accès ouvert, évalué par des pairs. Le journal vise à fournir une plate-forme pour que la communauté mondiale de la recherche partage ses résultats, ses idées et ses points de vue sur tous les aspects de la science de la santé.

Source : <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs>

❖ **Lieu de l'étude** : Ce travail a été soutenu par une bourse de l'Institut canadien de recherche en santé (# HOA-80057), ce qui a permis l'achat de données hospitalières; Le financement supplémentaire de Caritas ou de Covenant Health a permis la phase d'étude qualitative

❖ **Les objectifs pratiques** : Cette étude mixte en 2 parties a été entreprise pour mieux comprendre et décrire les expériences des personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS.

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Objet de la recherche

Comprendre et décrire les expériences des personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS, et clarifier l'utilisation des hôpitaux par ces personnes en Alberta, une province de l'Ouest canadien.

Question de recherche

Quelle est l'expérience de vie des personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS ?

Hypothèse de travail

L'hypothèse n'est pas nommée dans cette étude.

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

Attente de placement, ALC (Alternative Level of care), EMS, hospitalisation

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Le département responsable des services de santé et des données de santé d'Alberta, a été invité à donner pour les 2 années récentes (2006-2007 et 2007-2008) les données complètes des patients hospitalisés.

Population de l'étude

Les données ont été collectées de façon routinière sur tous les patients de chaque hôpital de la province d'Alberta. La collecte des données qualitatives a consisté à interviewer les personnes âgées de 65 ans et plus à travers des entretiens semi-structurés, parlant anglais, mentalement compétentes, patientes de 2 services complets des hôpitaux d'Alberta. Initialement, l'échantillon simple était entre 20 et 25 participants. Après 12 mois, les données n'arrivaient pas à saturation, d'où l'ajout de 9 participants parmi 200 candidats, ce qui donne un échantillon total entre 29 et 34 participants, et a permis la saturation des données. Les entretiens semi-structurés contenaient 5 questions ouvertes et étaient le premier outil de collecte de données. Les questions étaient les suivantes :

- 1) Qu'est ce qui vous arrive et pourquoi vous êtes là ?
- 2) Comment avez-vous appris que vous devriez aller en EMS ?
- 3) Quel est votre ressenti par rapport au déménagement en EMS ?
- 4) Que faites vous quotidiennement pendant ce temps d'attente ?
- 5) Qu'est ce que ça fait d'attendre à l'hôpital une place en EMS ?

Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche mixte constituée :

- D'une étude qualitative phénoménologique (implique d'interviewer les personnes jusqu'à saturation des données c'est-à-dire un point où aucune nouvelle information ou nouvelle compréhension des données recueillies n'émerge) => qui interviewent

les patients hospitalisés en attente d'une place en EMS, âgée de 65 ans et plus, pour comprendre leurs expériences de vie dans cette période d'attente.

- D'une étude quantitative => Les données collectées ont été examinées après avoir été mise à jour dans le programme Microsoft ACCESS.

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

Résultat de l'étude quantitative

Sur un total de 557'058 personnes admises dans un lit d'hôpital dans ces 2 années (2006-2007 et 2007-2008), 2,3 % (soit un total de 13043) avaient une désignation ALC (Alternative Level of Care), et 60,6% de ces 13043 attendaient une place en EMS, avec une moyenne d'âge de 80,2 ans.

Résultat de l'étude qualitative

3 thèmes émergent de l'interview qualitative, avec chacun 2 sous thèmes :

- ❖ Prendre connaissance de ce mouvement significatif qui est d'aller en EMS
 - Réalisation et résignation => beaucoup ont exprimé le chagrin de multiples pertes, étaient conscients de la situation, mais disent ne pas se sentir bien d'aller en EMS
 - Participation au processus décisionnel => Beaucoup disent ne pas avoir été consulté quant à la décision d'aller en EMS
- ❖ Attente ennuyeuse et désagréable
 - Attente et encore attente => tous les participants ont indiqué que leur routine quotidienne consistait à attendre. Beaucoup ont signalé dormir tout au long de la journée, parce qu'ils n'avaient rien à faire que de regarder l'horloge
 - Solitude et isolement social => beaucoup ont signalé que c'est le résultat de peu de visites, et les infirmières qui sont très occupées et priorisent leur temps et leurs efforts pour les personnes qui nécessitent des soins aigus
- ❖ Les hôpitaux ne sont pas désignés comme des places d'attente
 - Quelques services ou programmes => Les participants signalent que l'hôpital dispose peu ou pas de programmes pour les patients hospitalisés qui attendent une place en EMS. Par exemple, les téléviseurs de chevet et les téléphones impliquent des frais journaliers importants en plus des frais d'hébergement quotidien

- Stagnation physique et mentale => était évidemment évidente et apparente lors des interviews ; les participants avaient peu à dire, difficile de les engager dans des conversations sur le sujet d'attente de place en EMS

Conclusion générale

Cette étude a cherché à fournir des preuves sur l'utilisation hospitalière des patients qui attendent à l'hôpital une place en EMS, ainsi que l'expérience de vie de ces personnes pendant ce temps d'attente. Les résultats de cette étude mettent l'accent sur l'importance de lutter contre les mythes et autres points de vue communs sur le vieillissement et l'attente de placement. Attendre à l'hôpital une place en EMS, était vu comme presque insignifiant concernant l'utilisation des lits de l'hôpital. Cependant, les résultats de cette étude indiquent que les hôpitaux ne conviennent pas pour une attente de place, et que d'autres endroits alternatifs pourraient être une meilleure option, comme par exemple à la maison, avec des soins à domicile améliorés. De plus, les résultats de cette étude devraient alerter les professionnels de la santé sur les possibles impacts sociaux, psychologiques et physiques que l'attente d'une place en EMS pourrait avoir sur les personnes âgées. Comme il s'agit d'une étude limitée à deux hôpitaux canadiens, les gestionnaires des hôpitaux, les professionnels de la santé sont invités à évaluer leurs programmes et services hospitaliers, afin de déterminer s'ils répondent aux besoins de santé physiques, sociaux et émotionnels des patients hospitalisés qui attendent une place en EMS.

Ethique

Avant d'entreprendre cette étude, l'approbation de l'éthique de la recherche a été obtenue auprès du conseil d'éthique de recherche sur la santé de l'université d'Alberta. Tous les participants devaient être jugés par les infirmières comme capables de prendre des décisions et de donner leur consentement. Ensuite, les participants recevaient des informations orales et écrites et signaient le formulaire de consentement avant que la collecte des données ne commence.

Démarche interprétative

Apports de l'étude

Des études antérieures ont montré que le déménagement en EMS était très stressant, mais cette étude indique que ce stress se produit avant le déménagement en EMS et qu'il est déclenché par la prise de conscience qu'un mouvement va se produire à un moment donné dans l'avenir qu'on soit d'accord ou pas, et que ce moment reste inconnu.

Les résultats de cette étude augmentent les connaissances actuelles fondées sur les preuves des effets de relocalisation sur les personnes âgées.



La découverte la plus importante à souligner dans cette étude est que l'hôpital a été révélé comme un environnement de vie sombre pour ces patients hospitalisés qui attendent une place en EMS ; ces derniers n'étant pas reconnus comme ayant besoin des soins particuliers ou spéciaux.

Limites

Cette étude est limitée à 2 hôpitaux canadiens et le nombre de personnes qui y ont participé est assez limité ; les auteurs auraient pu étendre la recherche sur tous les hôpitaux canadiens où il y a des patients qui attendent une place en EMS. Les résultats ne peuvent être généralisés, mais doivent alerter sur les impacts que l'attente d'une place en EMS à l'hôpital pourrait avoir sur les patients âgés hospitalisés.

Pistes de réflexion

Comme l'attente de place pour l'EMS à l'hôpital va sans doute continuer avec la population âgée qui augmente, il est :

- Important de prendre en considération la façon dont cette période transitionnelle peut être améliorée
- Nécessaire de faire des recherches pour identifier et tester des options telles que les nouvelles approches pour aider les personnes âgées à se préparer à ce déménagement avec moins de détresse. Ces recherches devraient également déterminer si l'implication directe de la personne dans la décision est utile, si le fait de visiter un ou plusieurs EMS pourrait réduire cette peur de déménager en EMS, ou alors si le fait de choisir l'EMS pourrait aider à la réussite de la relocalisation. Cette étude propose aussi qu'on pourrait faire des recherches pour déterminer les conseils efficaces qu'on pourrait donner à ces personnes âgées hospitalisées qui attendent une place en EMS, afin de les aider à accepter ce déménagement.

VI. Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry

Davies, S. (2005). **Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry**. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x>

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- ❖ **Identité des auteurs** : Cette étude est écrit par 1 auteur :
 - Sue Davies
- ❖ **Nom et type de revue** : *Journal of Advanced Nursing*
- ❖ **Lieu de l'étude** : UK

- ❖ **Les objectifs pratiques** : **Les objectifs pratiques de ce papier sont d'explorer le degré avec lequel la théorie de transition de Meleis a été utile/et ou applicable au niveau des proches aidants dans le contexte d'un placement en EMS.**

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Objet de la recherche

Les perceptions des proches aidants qui ont récemment participer **au déménagement** d'une personne âgée en EMS.

- Décrire et comprendre les expériences des proches aidants.
- Décrire et comprendre les perceptions des soignants et des proches aidants par rapport au soutien que ces derniers reçoivent, et leur degré d'implication dans le processus de transition particulièrement, lors de l'admission.
- Collecter et suggérer des informations pour la personne âgée et ses proches aidants lors de la transition en EMS

Question de recherche

Comment aider les proches aidants des personnes âgées qui sont dans le processus de transition en EMS ? Dans quelle mesure la théorie de transition de Meleis peut-elle aider les proches aidants lors d'une transition en EMS ?

Hypothèse de travail

La théorie de transition a un potentiel pour assister les infirmières dans l'identification adéquate des stratégies pour aider les proches aidants tout au long du processus de transition dans le contexte d'un placement en EMS. Cependant, la théorie n'a pas reconnu la contribution positive des proches aidants dans le processus de la transition. Les auteurs soulignent que la théorie n'a pas pu représenté adéquatement la nature réciproque et interactive de la relation entre les **infirmières** de l'EMS et les proches aidants. Ainsi les auteurs suggèrent que la théorie nécessite un ajustement pour reconnaître le rôle des soignants informels.

Cadre théorique de la recherche

L'auteur présente la théorie de la Transition de Meleis (p.659)

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

Personne âgée, transition, EMS, proche aidant

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont utilisé la méthode des entretiens sémi-structurés. Tables numéro 2. Démarche inductive. Qualitative Solutions and Research (QSR NUD*IST); « Code based theory builders » : générateurs d'hypothèses.

Source :

http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero21/21SavoieZajc.pdf

Population de l'étude

Proches aidants qui ont récemment participé au déménagement d'une personne âgée en EMS

Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche de type qualitative (inductive)

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

Un tableau (n ° 3-5) présenté de page 665 à 669 récapitule et associe les résultats de la recherche avec les concepts majeurs de la théorie de transition. L'analyse des données relève 3 phases de transition :

- Faire le mieux possible
- Faire le mouvement
- Améliorer

Tableau 3 (comparaison de la théorie avec les résultats de la recherche) :

- Type de transition : quelque soit le type, la transition peut affecter les proches aidants qui assistent une personne âgée qui va intégrer un EMS
- Caractéristiques : la majorité des proches aidants étaient confrontés non seulement à une transition situationnelle car ils doivent changer leur relation avec la personne âgée mais aussi à une transition de santé/maladie qui est la conséquence de leur vieillissement.
- Conscience : initialement beaucoup de proches aidant ignorent la nature traumatique de la transition, plus tard les expériences ont démontré que c'était souvent un processus douloureux accompagné de fortes émotions.
- Engagement : le degré d'engagement des proches aidants dans le processus de la transition est variable ; ceux qui ont été proactifs dans la recherche des informations, ont souvent eu des expériences positives.
- Changement et différence : les proches aidants décrivent avoir eu un changement de leur propre rôle d'aidant. Ils ont fait des efforts pour conserver leur identité de proche aidant.
- Le temps (Time span) : les participants ont décrit 3 points principaux : faire le mieux possible (concerne la période de la décision de placement en EMS), faire le mouvement (implique le transfert physique en EMS), le faire mieux (implique leur changement d'identité de proche aidant, suivre les soins donnés à la personne âgée, et maintenir la relation avec la personne âgée).
- Conscience personnelle : puisque le placement en EMS n'a pas été anticipé, peu de proches aidants ont considéré son impact.
- Croyances culturelles et attitudes : la plupart des proches aidants considèrent les EMS de manière négative, cela les conduit à avoir un sentiment de culpabilité. Ce sentiment les a empêché d'exprimer leurs besoins.
- Statut socio-économique : souvent précaire, il contribue à avoir un sentiment de perte du contrôle des événements, alors que dans le cas contraire les proches aidants ont pu participer au choix de l'EMS.
- Préparation : la plupart des participants n'étaient pas informés par rapport aux services que les personnes âgées pouvaient bénéficier dans les EMS. Là où les proches étaient plus impliqués dans le processus, les expériences ont été souvent positives.

- Condition communautaires : les participants ont exprimé qu'ils ont reçu de l'aide des amis et des autres membres de la famille, de plus ils se partageaient la responsabilité pour continuer à soutenir la personne âgée. Ceux des participants qui travaillaient seuls dans le processus de l'adaptation de la personne âgée se sont senti isolés.
- La société : les proches aidants avaient une mauvaise image de l'EMS qui leur a été rapportée par les médias. De plus, ils étaient conscients que l'équipe soignante de l'EMS avait des mauvaises conditions de travail.

Conclusion générale

Limitation significative de la théorie de transition de Meleis dans la considération du rôle du proche aidant.

Ethique

L'information fournie par chaque participant a été protégée de façon confidentielle et les données ont été anonymes et codées. Le consentement a été négocié sur plusieurs jours pour s'assurer que le participant était conscient de ce que son implication nécessitera.

Démarche interprétative

Apports de l'étude

Cette étude permet de considérer le proche aidant comme une ressource importante dans le processus de transition en EMS.

Limites

Les auteurs en aucun moment dans l'étude ne parlent des limites de leur recherche.

Pas de questions posées lors des entretiens.

VII. Making it better': Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study

VIII. The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study

King, B. J., Gilmore-Bykovskyi, A. L., Roiland, R. A., Polnaszek, B. E., Bowers, B. J., & Kind, A. J. H. (2013). The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1095-1102. <https://doi.org/10.1111/jgs.12328>

Année de publication : 2013

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

❖ **Identité des auteurs** : Cette étude est écrit par 6 auteurs :

- Barbara King : design, acquisition, analyse et interprétation des données, rédaction de l'étude, approbation finale de la version à publier
- Gilmore Bykovskyi : conception, analyse et interprétation des données, rédaction et révision critique de l'étude, approbation finale de la version à publier
- Roiland : analyse et interprétation des données, rédaction et révision critique de l'étude, approbation finale de la version à publier
- Polnaszek : acquisition et interprétation des données, rédaction et révision critique de l'étude, approbation finale de la version à publier
- Bowers : conception, analyse et interprétation des données, révision critique de l'étude, approbation finale de la version à publier
- Kind : conception, design, analyse et interprétation des données, rédaction et révision critique de l'étude, approbation finale de la version à publier

❖ **Nom et type revue** : The Journal of the American Geriatrics Society publie des études pertinents dans les termes les plus généraux pour les soins cliniques des personnes âgées. Ces études peuvent couvrir une variété de disciplines et de domaines et peuvent être des bénéfices potentiels immédiats, intermédiaires ou à long terme pour la pratique clinique.

Source : http://www.medscape.com/viewpublication/1010_about1

❖ **Lieu de l'étude** : pas spécifié

- ❖ **Les objectifs pratiques** : Il s'agit d'une surveillance critique dans le domaine de la recherche en soins de transition, spécialement parce que le transfert dans un établissement de soins infirmiers spécialisés est un des plus forts prédicteurs de l'expérience de ré-hospitalisation dans les 30 jours. Pour concevoir des interventions de soins de transition de l'hôpital vers un établissement de soins infirmiers spécialisés afin de réduire ces ré-hospitalisations, les processus primaires à la fin de la réception de ces transitions doivent être mieux comprises.

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Objet de la recherche

Cette étude examine comment les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés administrent les soins aux personnes admises des hôpitaux, les barrières qu'elles éprouvent et les résultats associés aux variations de la qualité de transition.

Question de recherche

Pas spécifiée

Hypothèse de travail

Pas spécifiée

Cadre théorique de la recherche

Cette étude a été menée à l'aide de la méthode « Grounded Dimensional Analysis » (GDA), une alternative de la théorie « Grounded Theory Methodology ». GDA est un outil qui utilise les interviews et les observations pour faciliter la mise en lien des conditions, et résultats avec les processus.

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

Care transitions, communication, skilled nursing facility

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Pour la récolte des données, des entrevues semi-structurées approfondies ont été réalisées dans des groupes focus (N=26), ou individuellement (N=1). Les interviews audio ont été enregistrées, puis transcrites textuellement. Pendant la phase GDA, la collecte et l'analyse des données sont cycliques et simultanées. L'équipe de recherche a analysé les données après chaque entrevue ou groupe de discussion, et les questions d'interview suivantes ont été développées. Une analyse simultanée des données s'est également produite lors des entrevues par la modification des questions d'interview, pour maximiser les comparaisons, une importante stratégie analytique de GDA. L'analyse a progressé dans 3 phases :

- **Codage ouvert** : implique le codage ligne par ligne des données pour examiner comment les infirmières ont compris la transition entre l'hôpital et le SNF (Skilled Nursing Facility) ou établissements de soins infirmiers spécialisés, les actions engagées à la suite de leurs compréhensions, et les conditions qui ont influencé ces actions.
- **Codage axial et codage sélectif** : ont développé les relations entre les conditions et les conséquences associées aux différentes composantes du processus de transition.

Tout au long des phases de collection et d'analyse des données, des diagrammes conceptuels expliquant le processus de transition ont subi des révisions constantes.

Population de l'étude

Les données ont été recueillies entre juin 2011 et février 2012, de 27 infirmières enregistrées, représentant 5 maisons de soins infirmiers spécialisés, dans 3 communes de Winsconsin

Type d'analyse

L'analyse pour cette étude a été faite grâce à la méthode GDA

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

- **Qualité globale de transition de l'hôpital vers un établissement de soins infirmiers spécialisé**

Les infirmières ont constaté de multiples déficiences avec une mauvaise qualité de communication identifiée comme principale barrière à une transition saine et efficace. Pour faciliter une transition sûre, les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés ont besoin des informations spécifiques et à jour, avec la description des événements hospitaliers remarquables par exemple les traitements, le régime alimentaire, le niveau d'activité, les informations sociales telles que les préférences et les besoins... Les informations de transition proviennent de trois sources : la personne, la famille et l'hôpital, avec les informations hospitalières comme source primaires. Cette étude se focalise en premier sur le processus que les infirmières des SNF utilisent pour implémenter le plan de soin médical plutôt que social, bien qu'elles décrivent les deux comme important.

- **Qualité des informations envoyées par les hôpitaux**

Les informations sont souvent manquantes et incomplètes, entraînent des retards dans les soins, ce qui menace ainsi la sécurité de la personne, entraîne une insatisfaction de la personne soignée et ses proches.

- **Les conséquences d'une mauvaise qualité de communication**

Sur la personne soignée et ses proches => les retards dans les soins, une insatisfaction de la personne et de ses proches sur la qualité des soins et la transition, l'insécurité, un risque élevé de ré-hospitalisation.

Sur l'équipe infirmière => une augmentation du travail, du stress, de la frustration, un sentiment d'incompétence, de culpabilité

Conclusion générale

Les infirmières ont constaté de multiples carences dans les transitions entre l'hôpital et les établissements de soins infirmiers spécialisés, avec une communication de mauvaise qualité identifiée comme principal obstacle à la sécurité et à l'efficacité des transitions. Cette information devrait être utilisée pour affiner et soutenir la diffusion d'interventions fondées sur les données probantes, pour soutenir les soins de transition.

Démarche interprétative

Apports de l'étude

Les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés, ont plusieurs suggestions pour améliorer la transition :

- Les hôpitaux doivent communiquer les informations médicales au moins 24h avant l'admission de la personne dans un établissement de soins infirmiers spécialisés. Toute modification doit être communiquée immédiatement après la modification
- Les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés voulaient avoir un accès immédiat au fournisseur de prescription, avec des connaissances de la personne à jour, avant que la personne ne soit admise dans l'établissement
- Idéalement, le fournisseur de prescription devrait être capable de clarifier les informations inexacts ou contradictoires
- Les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés ont souligné le besoin d'information concentrée, standardisée et complète
- Cette étude est le premier qui approfondit le processus de travail des infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés, les barrières perçus et les résultats associés aux variations de la qualité de transition entre l'hôpital et les établissements de soins infirmiers spécialisés
- Les infirmières ont décrit de nombreux problèmes de sécurité, les inefficacités, et les résultats négatifs pour les individus et le personnel, qui résultent généralement des transitions entre les hôpitaux et les établissements de soins infirmiers spécialisés, avec une faible qualité de communication identifiée comme obstacle majeur pour des transitions sûres et efficaces

- Un manque de formation en soins de transition chez les professionnels de santé pourrait contribuer à une faible qualité de communication, et dans une certaine mesure à une réactivité limitée des infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés dans les tentatives de conciliation des informations insuffisantes
- Les résultats suggèrent que la faible qualité de communication pourrait directement être liée aux résultats tels qu'une réhospitalisation
- L'institut d'amélioration de la santé et les autres ont formulé des recommandations importantes pour améliorer les soins de transition, y compris la communication entre infirmières, mais selon les infirmières des établissements de soins infirmiers spécialisés dans cette étude, la qualité et le contenu de ces soins de transfert sont souvent faibles.

Limites

L'échantillon représente les infirmières travaillant dans des régions géographiquement similaires, avec un nombre limité d'hôpital. Bien que ces hôpitaux représentent une variété de milieu urbain, rural, académique et des paramètres de pratique communautaire, ils peuvent ne pas être représentatifs de tous les hôpitaux à l'échelle nationale. En outre, cette étude n'inclut pas les maisons de soins à but lucratif.

Cette étude a examiné les transitions vers les établissements de soins infirmiers spécialisés, et les résultats ne peuvent être généralisés pour les patients transférés en réhabilitation ou d'autres paramètres ambulatoires.

Pas de renseignement démographique recueilli, ce qui limite la capacité d'interpréter si les différences dans le processus de travail peuvent être liées à la formation ou aux expériences de travail passées, parce qu'il est impossible d'affirmer avec certitude la fréquence avec laquelle les infirmières rencontrent dans la qualité de l'information, et la façon dont elles répondent à ces situations.

IX. Nurses'and personal care assistants'role in improving the relocation of older people into nursing homes

Ellis, J. M., & Rawson, H. (2015). **Nurses' and personal care assistants' role in improving the relocation of older people into nursing homes.** *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 2005-2013. <https://doi.org/10.1111/jocn.12798>

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- ❖ **Identité des auteurs** : Cette étude est écrit par 2 auteurs :
 - Julie M. Ellis
 - Helen Rawson
- ❖ **Nom et type de revue** : *Journal of Clinical Nursing*, il s'agit d'un journal infirmier international, qui fait de la recherche dans la théorie et la pratique infirmière.
- ❖ **Lieu de l'étude** : Australie
- ❖ **Les objectifs pratiques** : Cette étude présente les résultats (point de vue de la personne âgée et ses proches) d'une étude qui explore le rôle infirmier et le rôle des proches aidants dans l'amélioration du processus de transition d'une personne âgée qui va intégrer un EMS

L'objet de l'étude et le cadre théorique

Objet de la recherche

L'objectif de l'étude est de comprendre et de décrire le rôle des infirmières et les proches aidants lors de la transition d'une personne âgées en EMS.

Question de recherche

Comment améliorer la transition de la personne âgée et ses proches lors d'entrée en EMS ?

Hypothèse de travail

En premier lieu l'équipe soignante a souligné l'importance de la connaissance des avantages et désavantages de la transition en EMS, également le rôle clé infirmier de l'environnement et d'autres services mis en place lors de la transition. En deuxième lieu, les suggestions pour améliorer le processus de la relocalisation ; les auteurs soulignent l'importance de la mise en place du temps auprès des nouveaux résidents et l'approche centrée sur la personne.

En conclusion : L'équipe soignante a un rôle primordial dans le processus de la transition.

Les principaux concepts et/ou notions utilisés

Personne âgée, EMS, transition, infirmier, proche aidant.

Méthodologie de la recherche

Outil pour la récolte de données

Entretiens de 30 min ; utilisation de questions ouvertes.

« En vous basant sur vos expériences courantes sur ce qui se passe quand une personne âgée est relocalisée en EMS, pouvez-vous me parler de votre rôle dans ce processus, vos réactions à ces événements et des choses qui pourraient être faites différemment ? »

Population de l'étude

7 infirmières diplômées, 5 infirmières spécialisées et 8 proches aidants. Saturation à 18, mais les deux autres ont été enregistré (p.2007). L'âge moyen des participants : 47, le sexe féminin et la moyenne d'année de leurs expérience été 17 ans.

Type d'analyse

Il s'agit ici d'une étude descriptive qualitative

Présentation des résultats

Les principaux résultats de la recherche

L'analyse des interviews a relevé deux sujets clés :

- Perception de la relocalisation pour la personne âgée et sa famille. Ce sujet a comporté 3 sous thèmes :

Thème 1 : La conscience de la relocalisation pour le résident et sa famille

Le manque de la famille, les êtres chers, le chez-soi et le sentiment de solitude ont été déterminés par les participants comme les facteurs qui influencent la perception et la conscience du sens de la relocalisation.

Ils soulignent aussi que le résident la nuit d'avant, était dans le même lit que sa femme et le premier jour en EMS, est dans un lit seul.

Il y a des résidents qui demandent l'heure pour aller au lit, et quand le soignant dit qu'il peut aller à l'heure qu'il veut, le résident dit que sa femme lui a toujours dit l'heure pour se coucher. Les résidents demandent aux soignant des raisons d'être heureux pour être dans l'EMS.

Un des points importants que les **infirmières** soulignent est concernant la difficulté des résidents lors de leur premier jour en EMS ; ils doivent laisser leur maison et famille et faire face à un nouvel environnement et aux personnes différentes.

Thème 2 : Les avantages et désavantages de la relocalisation

Les avantages sont : équipe soignante, les soins infirmiers 24h/24h, autres services prodigués en EMS ainsi que son environnement.

Le résident reçoit les meilleurs soins de l'équipe, il y a toujours quelqu'un qui peut les soigner et les aider et se sent en sécurité.

Accès facile aux soins médicaux, physiothérapie, dentiste et podologue, autres services (animation en suisse pas dans l'étude), coiffeur.

La restauration a été rapportée aussi comme un avantage.

Les désavantages sont : Le manque de soignant lié aux questions financières et le désavantage majeur relevé par les participants à l'étude. De ce fait, les soignants doivent raccourcir leur temps passé auprès des résidents. Les soignants sont toujours précipités et les résidents le savent.

Des questions importantes pour les résidents et les familles, et également comment les participants perçoivent la complexité de l'expérience des résidents et les familles lorsque la personne âgée quitte sa maison ou l'hôpital et intègre l'EMS.

Questions importantes pour la famille et les résidents :

Les résidents et la famille semblent ne pas être au courant du fait que le but de l'EMS est de leur fournir un environnement plus proche du domicile. Il y a souvent des questions concernant les heures de visites.

Les horaires de visite semblent être un désavantage pour les familles de nouveaux résidents.

Proposition d'amélioration de la transition: Les participants ont fait des suggestions pour améliorer la transition :

Assurer un environnement bienveillant : Les auteurs mettent en évidence l'importance d'une équipe spécialisée pour les nouveaux résidents.

Mettre de l'énergie et du temps pour que les résidents se sentent comme à la maison, également les accompagner au niveau émotionnel.

Système d'amitié : trouver un ami le plus tôt possible avec des intérêts similaires au nouveau résident.

Accueillir le nouveau résidant avec un thé du matin autour duquel la famille, les soignants et les résidents sont présents.

Tous les membres de l'équipe peuvent faire un effort et aller se présenter au niveau résident.

Engager dans le nouvel environnement : Les participants suggèrent de faire participer le nouveau résident dans les activités de l'EMS dès que possible.

Faire participer la famille durant tout le processus de la relocalisation. Faire venir la famille avant l'installation en EMS et la faire participer le plus long temps possible. Les participants relèvent que faire engager la famille et la personne âgée dans le processus de la relocalisation permet d'assurer une transition saine.

Approche centrée (holistique) sur la personne

Avoir une approche centrée sur la personne pour identifier ses besoins individuels ; inclure les familles dans le processus de la transition.

Conclusion générale

Le personnel de soin joue un rôle important dans l'amélioration du processus de relocalisation des personnes âgées dans un EMS, tout en contribuant à la discussion à la discussion de ce sujet clinique important.

Ethique

Validation éthique a été obtenu auprès de L'University's Human Research Ethics Committee.

Démarche interprétative

Apports de l'étude

Cette étude sensibilise sur l'importance et la complexité de la transition en EMS ; les avantages et désavantage de l'entrée en EMS. Les auteurs suggèrent comment on peut améliorer le processus de transition et les problèmes fréquents que les nouveaux résidents et leurs familles rencontrent.

Cette étude met en évidence le rôle fondamental de l'**infirmière** dans le processus de transition. Cette conscience permettra à la création d'un environnement facilitateur de la transition.

Les auteurs soulignent aussi l'importance d'une formation de l'équipe soignante par rapport à la transition.

Concept de bienvenue et d'amitié.

Limites

Les auteurs n'abordent pas les limites.

Les résultats obtenus sont similaires avec la littérature existante.

Entretiens de 30 min.

