



La Source.

Institut et Haute
Ecole de la Santé

Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE
Domaine santé

**Comment le rôle infirmier peut-il avoir un impact sur
les réadmissions évitables ?**

Lausanne, 2024

Raphaël Ambass, Nathan Girardin et Nicolas Pons

Travail de Bachelor
Présenté à la Haute Ecole de la Santé La Source

Sous la direction de Monsieur Lionel Spycher

Hes·so

Remerciements

Nous remercions chaleureusement notre directeur de travail de bachelor (TB), Monsieur Lionel Spycher, pour son soutien et son expertise, ainsi que nos collègues de travail et les professionnels qui ont pu nous guider tout au long de ce travail de fin d'étude.

Merci également à Mathieu Geffray qui a accepté d'endosser le rôle d'expert lors de notre soutenance.

Un immense merci à nos familles, amis et collègues, pour leurs soutiens, leurs relectures et leurs conseils, sans qui ce travail n'aurait certainement pas eu lieu.

Résumé

Contexte

Selon un rapport de la revue médicale suisse de 2017 (Blanc & al., 2017), jusqu'à 20% de réadmissions ont lieu durant les 30 jours suivant la sortie du patient, allant jusqu'à 30% sur 90 jours. Au vu du nombre croissant de réadmissions, il est devenu primordial de pouvoir en prévenir les causes et de mettre en place des interventions dont l'objectif est de les diminuer. Le rôle infirmier est présent dans plusieurs études, mettant en avant la nécessité d'une approche individualisée et holistique du patient, basée sur une éducation adaptée à celui-ci et favorisant une auto-gestion qui est une méthode reconnue et en développement.

Question de recherche

“ Comment l'éducation thérapeutique dispensée par les infirmiers pourrait avoir une influence sur les réadmissions dans un contexte de soins aigus ?”

Méthodologie

Ce travail est basé sur des recherches dans plusieurs bases de données telles que “*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*” (CINAHL) ainsi que “*Pubmed*” (Medline). Les recherches qui en découlent sont issues de mots clefs et de descripteurs directement liés aux informations recueillies lors de nos lectures. Nous avons sélectionné six articles scientifiques par un processus appuyé sur des critères de sélection appliqués aux titres, puis aux résumés et enfin à une lecture critique des revues.

Principaux résultats

Les différentes études que nous traitons dans cette revue montrent des résultats significatifs d'une éducation thérapeutique dans la diminution des réadmissions, mais restent toutefois à développer et à préciser. Elle permet de rendre le patient plus à l'aise face à sa maladie en lui donnant les outils nécessaires au maintien de sa santé et à sa gestion. Le sujet des réadmissions est complexe et dépend de beaucoup de facteurs externes tels que le milieu de vie, la collaboration du patient et le savoir accumulé de celui-ci.

Discussion

L'éducation thérapeutique dépend de l'environnement du patient, de l'adhérence que celui-ci a envers le traitement et de la relation infirmier-patient. De plus, une éducation standardisée en pluridisciplinarité pourrait réduire les réadmissions évitables.

Avis aux lecteurs

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs.

Les citations d'articles et de livres anglophones sont des traductions libres.

Les dénominations masculines s'entendent aussi au féminin et inversement.

1. Introduction	6
2. Problématique et question de recherche	7
2.1 Phénomène d'intérêt	7
2.2 Contexte	8
Les soins aigus et les pathologies aiguës.....	8
Réadmission.....	8
Éducation thérapeutique (ETP).....	10
Rôle infirmier et intérêt pour la profession.....	11
2.3 Concepts majeurs	12
Adhésion - observance thérapeutique	13
Littératie en santé	14
Soins infirmiers fondés sur les forces selon Gottlieb	14
3. Question de recherche	15
3.1 PICO	15
4. Méthode	15
4.1 Base de données et justification	15
4.2 Mots-clés et descripteurs	16
4.3 Équation de recherche	17
4.4 Critères de sélection	19
4.5 Processus de sélection des articles	20
5. Résultats	21
5.1 Articles retenus	21
5.2 Description et analyse des articles retenus	22
5.3 Comparaison des résultats	32
6. Discussion et perspectives	36
6.1 Analyse des résultats et recommandations	36
6.2 Lien avec le modèle des soins fondés sur les forces de Gottlieb	39
6.3 Perspectives pour les soins et la recherche	39
7. Limites de la revue de littérature	40
8. Conclusion	41
8.1 Apprentissage lié au processus de recherche	41
8.2 Évolution personnelle et professionnelle	42
Liste de références	43
Bibliographie	43
Annexes :	49

1. Introduction

Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre de notre formation à la Haute École de Santé de la Source de Lausanne afin de conclure nos trois années d'études en soins infirmiers. Il s'agit d'une revue de littérature, complétée par plusieurs recherches d'articles scientifiques avec deux bases de données distinctes.

Lors de la réflexion sur le choix du thème et de la problématique, nous nous sommes dirigés vers la thématique des réadmissions, pour laquelle nous allons analyser plusieurs articles scientifiques. Cela nous permettra d'en ressortir des éléments essentiels et d'approfondir certains aspects en lien avec les interventions de soins infirmiers, notamment par une éducation thérapeutique pertinente.

Dans la première partie de cette revue, nous allons définir la problématique qui sera ensuite contextualisée et conceptualisée, puis nous argumenterons sur la pertinence de notre sujet de recherche en regard des soins infirmiers et du système socio-sanitaire actuel.

Ensuite, nous allons présenter notre question de recherche, son élaboration ainsi que la méthodologie utilisée pour effectuer cette revue de littérature. Nous formulerons les critères de sélections qui nous ont permis de retenir six articles scientifiques que nous analyserons.

Nous exposerons nos résultats qui permettront de répondre à la question de recherche, de discuter et de faire les liens avec le modèle théorique choisi.

Pour conclure, des recommandations pour la pratique clinique et la recherche seront proposées ainsi qu'un avis personnel sur la question et un développement sur notre pratique professionnelle.

2. Problématique et question de recherche

2.1 Phénomène d'intérêt

Lorsque nous avons débuté notre réflexion dans le choix d'une problématique pour la rédaction de notre travail de Bachelor, nous nous étions dirigés vers une thématique liée à notre pratique professionnelle au sein des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Dans ce cadre, nous nous sommes rendus compte qu'un grand nombre de patients reconsultaient peu de temps après leur sortie des urgences pour les mêmes indications. Partant de ce constat, nous avons commencé la lecture de revues ainsi que de différents articles de littérature grise et scientifique nous ayant permis de prendre conscience que les réadmissions étaient une problématique rencontrée également dans d'autres services.

De ces lectures, nous avons pu mesurer l'impact des réadmissions sur les coûts de la santé (Blanc, A.-L & al., 2017) ainsi que sur la capacité d'hospitalisation des hôpitaux étant déjà mis à mal par une population vieillissante, ainsi qu'une augmentation démographique de la population (Planète Santé, 2017). Les thématiques de littératie en santé et d'éducation thérapeutique sont abordées dans de nombreux articles et apparaissent comme des méthodes dans la lutte contre les réadmissions potentiellement évitables, raison pour laquelle nous les avons choisies (Albano, M.G & all, 2020). Celles-ci étaient principalement mises en avant et développées dans le cadre de maladies chroniques à l'aide de programmes d'éducation et de suivis post-hospitalisation. Cependant, nous avons été marqués par le manque d'études menées au sujet de l'éducation thérapeutique dispensée par les infirmiers et de son impact sur les réadmissions dans un contexte de soins aigus. Nous avons donc décidé de mesurer l'importance du rôle infirmier et avons opté pour le milieu des soins aigus, contexte qui nous est propre et dans lequel nous envisageons une future carrière. Pour ce faire, nous allons en premier lieu explorer les différents contextes qui nous permettront d'établir un cadre théorique nous amenant à notre problématique, afin de pouvoir en retirer des articles que nous analyserons et comparerons pour répondre à notre question de recherche.

2.2 Contexte

Les soins aigus et les pathologies aiguës

La maladie aiguë se caractérise comme d'apparition soudaine et d'une durée plus ou moins courte. Elle est souvent causée par un virus, une infection, une lésion traumatique ou encore engendrée par une intoxication médicamenteuse et qui présente une amélioration après l'instauration d'un traitement (NCOA., 2024).

A contrario, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement.

Responsables de 63 % des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont la toute première cause de mortalité dans le monde." Les différences ne se limitent pas uniquement à ces éléments mais ils permettent toutefois de pouvoir comprendre facilement et rapidement un des contextes majeurs de notre revue de littérature.

Le contexte de soins aigus englobe diverses pathologies nécessitant des hospitalisations de courte durée à la suite d'un traitement efficace et adapté avec une durée d'hospitalisation dans ce genre de service, moyenne chiffrée à 5,58 jours selon les chiffres de la plateforme d'information du système de santé vaudois de 2021.

Réadmission

Nous parlons de réadmission hospitalière lorsqu'un patient qui est sorti de l'hôpital se voit contraint d'être à nouveau admis pour la même cause, ou en lien avec celle-ci, sur une période donnée (Sheetrit.E & al., 2023). Il existe deux distinctions lorsque l'on parle de réadmission, les évitables et les inévitables/planifiées. Le rapport de l'OFSP de juillet 2023 donne la définition suivante, permettant de les distinguer l'une de l'autre : *"Les réadmissions potentiellement évitables correspondent aux réadmissions survenant dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital, motivées par un diagnostic déjà connu ou par une complication. Si les réadmissions sont dues à des nouvelles affections ou à des conditions prévisibles (chirurgie après un premier séjour d'investigation, accouchement après un premier séjour pour suivi de grossesse, chimiothérapie pour un cancer par exemple), elles sont considérées comme inévitables"*.

Dans ce travail, nous traiterons uniquement le sujet des réadmissions évitables sur une durée de 30 jours ou moins après la sortie de l'hôpital. L'utilisation de la période de 30 jours est un consensus permettant d'une part, une standardisation et une comparabilité pour toutes les

études. Elle est également un reflet de la qualité des soins en signalant par exemple, des problématiques dans l'établissement. De plus, c'est une période suffisamment longue pour prendre en considération les complications post-opératoires qui s'évaluent à 50% dans les 12 jours et plus suivant la sortie de l'hôpital (Tevis SE & al., 2014).

Pour saisir l'importance de cette problématique, il faut comprendre les enjeux socio-sanitaires qui en découlent. En effet, selon la revue médicale Suisse de 2017 (Blanc et al., 2017), les réadmissions évitables représentent un problème actuel et important pour les pays ayant un système de santé développé avec environ 20% des patients réadmis dans les 30 jours après une hospitalisation. Ce phénomène a un impact sur la sécurité des patients et leur confort mais également sur l'économie d'un pays, puisqu'il est estimé à un coût d'environ 26 milliards de dollars par année aux Etats-Unis. En Suisse, selon des experts, les économies potentielles en évitant les réadmissions se chiffrent entre CHF 32'706'000 à CHF 43'608'000 pour 2022 (Rapport OFSP sur les réadmissions hospitalières et désavantage socioéconomique en Suisse, Juillet 2023).

Toujours selon l'étude citée par la revue médicale suisse de 2017 (Blanc et al., 2017), les principaux facteurs de risques concernant les réadmissions évitables sont des facteurs socio-démographiques (vieillesse de la population, absence d'entourage, isolement social ou encore un faible niveau socio-économique), des facteurs liés à l'utilisation du système de santé (long séjour hospitalier, précédents séjours hospitaliers), ou encore des facteurs liés à l'état fonctionnel (trouble de la mobilité, qualité de vie, troubles cognitifs) et également des facteurs liés aux pathologies (insuffisance cardiaque, pneumonie, sévérité de la pathologie, drogues). Il existe différentes interventions potentiellement efficaces contre ces taux de réadmissions trop élevés. Parmi celles-ci, nous avons décidé de prioriser celles qui s'entreprennent avant la sortie de l'hôpital. En voici une liste (Blanc & al., 2017, tableau 2)

- Éducation thérapeutique du patient
- Apprentissage d'autogestion du patient
- Planification de la sortie
- Interventions sur les médicaments : réconciliation médicamenteuses / éducation spécifique à certains types de médicaments / informations et enseignements sur les médicaments afin d'améliorer l'adhérence et la compréhension du patient
- Planification des rendez-vous ambulatoires

L'intérêt de cette taxonomie nous a conduit à nous focaliser sur l'éducation thérapeutique qui fait partie intégrante du rôle de l'infirmier.

Éducation thérapeutique (ETP)

En préambule, nous allons procéder à un rappel historique afin de contextualiser les origines de l'éducation thérapeutique (Giordan, A., 2018).

En 1921, l'insuline est isolée et administrée pour la première fois aux patients diabétiques de type 1. L'efficacité de ce traitement permet de stabiliser l'état clinique des patients. Cependant, une question survient : comment traiter efficacement ces patients chroniques qui ne nécessitent plus d'interventions médicales intensives ?

Face à cette situation, certains praticiens choisissent de déléguer aux patients leurs propres suivis et leurs soins quotidiens.

C'est dans les années 1970 que Leona Miller, démontre l'effet positif d'une éducation thérapeutique auprès des patients diabétiques issus des milieux défavorisés de Los Angeles. Elle va les aider à contrôler leur diabète afin de gagner en autonomie, sans consommer trop de médicaments. S'amorce alors le début du transfert de compétences des soignants aux patients. En 1975, l'idée de l'ETP est reprise par Jean-Philippe Assal, un diabétologue des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), qui crée une unité de traitement et d'enseignement du diabète. Dans les années 1990, l'utilisation de l'ETP s'accroît dans les hôpitaux. L'intérêt se développe en Europe et devient recommandée pour bon nombre de pathologies. L'OMS précise que l'éducation thérapeutique se définit différemment d'une discipline et d'un texte à l'autre mais en donne la description suivante dans son guide introductif *“Elle consiste en une intervention éducative visant à améliorer les résultats cliniques, qui est conduite par des professionnels de santé formés pour soutenir les patients dans l'auto-prise en charge de leur maladie chronique avec l'appui de leurs soignants et de leurs familles.”* Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient et comprend un soutien psychosocial au cours des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières. De plus, elle permet l'apprentissage des comportements liés à la santé, à la maladie et au traitement dans le but d'aider le patient et sa famille. Cela permet de collaborer et de jouer un rôle dans leur prise en soins en maintenant une autonomie afin d'améliorer leur qualité de vie. L'ETP s'adresse majoritairement à des patients atteints d'affections chroniques mais se développe de plus en plus dans le cadre de situations aiguës telles que les plaies chirurgicales, le traitement prophylactique en cas d'immobilisation et l'adaptation de l'hygiène de vie à la suite d'un accident ischémique transitoire.

Du fait de l'importance d'une bonne éducation et la place que tient l'infirmier dans la prise en charge du patient, il est primordial pour celui-ci d'avoir conscience que son rôle est fondamental et qu'il se doit d'être formé.

Rôle infirmier et intérêt pour la profession

Notre travail ne traite pas spécifiquement du rôle infirmier, mais il nous a paru primordial d'en faire un rappel car il est le fondement de notre profession.

Pour commencer, il faut pouvoir définir ce que sont les soins infirmiers. Le conseil international des infirmiers donne comme définition : *“ Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers ”* (CII, 2002). Nous retrouvons dans cette définition, les quatre dimensions du paradigme infirmier (soins - santé - personne – environnement).

Un autre aspect du rôle infirmier est celui du “care ou caring”, majoritairement associé au rôle infirmier qui est à distinguer du terme “cure” qui lui est principalement mis en corrélation avec l'aspect médical. Le caring englobe l'humain sous ses perspectives bio-psycho-sociales. Le précurseur du caring, Jean Watson, en donne la définition suivante : *“le care ou caring représente l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. (Watson, Waingnier, & Caas, 1998)”*. Une autre définition donnée par Swanson dit : *“Le caring est une façon réconfortante d'être en relation avec une personne que l'on valorise avec engagement et responsabilité.”* (Swanson, 1993)

Ces deux définitions démontrent le côté humaniste de la profession ainsi que le rôle que doit tenir l'infirmier pour une prise en charge complète et sécuritaire. L'infirmier doit pouvoir s'adapter en fonction des situations à l'aide de l'ensemble des compétences qui lui ont été enseignées et qu'il a pu développer comme l'explique Pépin lorsqu'il dit : *“Les infirmières doivent pouvoir pratiquer avec jugement, compassion, leadership, rigueur scientifique, professionnalisme, et autres compétences, afin d'assurer la sécurité des personnes et la qualité des soins “* (Pépin, 2017, p.155).

Il faut toutefois être attentif ; appliquer le caring ne minimise pas l'importance de la composante technique des soins, particulièrement dans un milieu de soins aigus. Cependant, le geste doit être une opportunité pour le soignant de créer une relation avec la personne qu'il soigne. En effet, les soins sont des moments propices à la discussion afin de pouvoir connaître son patient,

de pouvoir comprendre ce dont il a besoin et d'établir un plan de soins adapté durant l'hospitalisation mais également à sa sortie de l'hôpital.

En plus de tout ce que nous avons cité ci-dessus, il nous a paru important de parler de collaboration interprofessionnelle qui est essentielle dans la pratique des soins infirmiers. L'Office Fédéral de la Santé Publique en donne comme définition : "Les prises en charge collaboratives se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins." (OFSP 2013). Une bonne collaboration pluridisciplinaire permet une prise en soin adéquate et une ligne directrice dans le plan de soin. Il est important que chaque acteur ait une vision du résultat recherché afin d'être cohérent auprès du patient.

2.3 Concepts majeurs

Nos thématiques et notre contexte général établis, nous nous sommes dirigés vers trois concepts qui nous ont semblé indispensables afin de pouvoir procéder à une intervention infirmière adaptée et cohérente par rapport à notre problématique et à notre question de recherche. L'éducation thérapeutique demande une collaboration entre le soignant et le soigné ce qui nécessite une participation de la part du patient à entendre et à mettre en pratique les instructions dispensées par le personnel médical. Pour cela, nous avons choisi notre premier concept qui est l'adhésion – observance thérapeutique. Il est également important d'améliorer les connaissances en santé du patient en apportant des bases théoriques pour qu'il puisse comprendre les bénéfices de ce que nous lui apportons, ce qui nous a amené à choisir notre deuxième concept, la littératie en santé. L'infirmier doit veiller à considérer les besoins du patient mais également ressortir les forces et les faiblesses de la personne afin de pouvoir adapter le plan de soins avant la fin de son hospitalisation. Le concept des soins infirmiers sur les forces a alors pris tout son sens dans notre démarche.

Adhésion - observance thérapeutique

Pour pouvoir expliciter plus clairement ce qu'est l'adhésion thérapeutique, nous allons nous aider d'une étude faite au Canada, financée par la Commission Européenne concernant la prise des traitements. L'étude divise l'adhésion thérapeutique en deux dimensions (Schneider M.P. 2013).

- La durée pendant laquelle le patient prendra son traitement,
- La manière dont le patient "dit persistant" gère et s'administre son traitement jour après jour.

En effet, certaines personnes prendront leur traitement de manière rigoureuse mais l'interrompront avant la fin tandis que d'autres le prendront avec certains oublis mais sur la durée nécessaire. L'OMS a défini l'adhésion thérapeutique à partir de 5 dimensions : sociaux-économiques, facteurs liés à la thérapie, les facteurs propres au patient, au système de santé et aux conditions liées à la pathologie du patient.

L'adhésion thérapeutique est un processus primordial dans le maintien d'une bonne santé chez un patient. Elle est basée sur différents facteurs tels que la compréhension qu'a le patient face aux traitements instaurés mais également directement face à la pathologie qui le touche. L'importance de créer un lien avec le patient est la confiance qu'il portera par la suite au système de santé. L'adhésion thérapeutique est un processus qui demande du temps et une cohésion pluridisciplinaire entre les professionnels de santé. Tout ceci peut être relié au concept de Self-efficacy, développé par Bandura et présente dans le concept de soins fondé sur les forces de Gottlieb qui se réfère au sentiment de capacité qu'a le patient à entreprendre des actions afin d'atteindre un but (Gottlieb L., 2014).

La décision finale et le comportement du patient lui appartiennent mais sont influencés par tous les éléments apportés durant son hospitalisation d'où l'importance d'une communication et d'une écoute active du patient.

Il est également nécessaire de mentionner l'importance de l'observance thérapeutique. L'observance thérapeutique ne prend pas en compte l'aspect humaniste et les différents facteurs cités ci-dessus de la thérapie. Elle fait référence uniquement au suivi de la prescription et non à la manière dont le patient prendra ses médicaments.

Littératie en santé

Selon Sorensen, K. & al., (2012), elle se définit comme "la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie."

La littératie en santé est un sujet qui touche toutes sortes de personnes, quelles que soient leur ethnie, leur âge, leur niveau d'éducation et leur statut socio-économique. Selon l'étude European Health Literacy Population Survey de 2021, un faible niveau en littératie est majoritairement représenté chez les populations vivant dans la précarité, avec un niveau social inférieur et un accès à l'enseignement et aux soins restreints. Ceci amène à une mauvaise perception de sa santé, des habitudes de vie inadaptées et un risque accru de complications des maladies engendrant une mortalité 1,5x supérieure (Baker & al., 2017). Le niveau en littératie influence sur la santé en préhospitalier mais également en post-hospitalier avec une faible adhésion thérapeutique causant des réadmissions mais également un recours aux services de santé inadaptés créant des coûts évitables. La Suisse n'est pas épargnée face au problème de la littératie en santé avec plus de 49% de la population en difficulté face aux diverses informations liées à la santé (*Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021*, s. d.).

En partant de ce postulat, l'infirmier tient un rôle majeur dans l'augmentation de la littératie des patients. En effet, il est au contact des patients avec qui il passe des moments d'échanges réguliers propices à l'apport d'informations et de connaissances. De ce fait, il convient à celui-ci d'évaluer les capacités de la personne et de fournir des informations dans un langage adapté et une communication claire et précise. De plus, il est essentiel que le soignant évalue et confirme que ce qu'il a transmis a été compris. L'objectif étant bien sûr de donner la possibilité à tous les patients d'avoir une gestion de leur santé sécuritaire et cohérente.

Soins infirmiers fondés sur les forces selon Gottlieb

Malgré une tendance aux changements avec l'évolution des soins centrés sur la personne et différentes théories infirmières, la médecine reste principalement focalisée sur les déficits et les faiblesses amenés par la maladie. Elle cherche à réparer les problèmes sans tenir compte des forces du patients. La théorie des soins infirmiers fondée sur les forces de Gottlieb permet un meilleur équilibre entre forces et faiblesses. Elle essaie d'englober de manière holistique la situation du patient et en ressort les forces internes et externes. Gottlieb a développé cette théorie sur la croyance qu'une relation soignant-soigné est la clé d'une bonne santé et du

processus de guérison. Elle inclut la pensée de Nightingale sur le fait que toute personne a droit au respect envers leurs croyances et valeurs mais intègre l'environnement et l'expérience qui permet au patient et à sa famille de prendre le contrôle de leur santé. (Gottlieb L., Gottlieb B., 2014) Pour pouvoir ressortir les forces de chacun, un modèle en spirale est utilisé et est divisé en quatre étapes qui sont "l'exploration" pour se connaître l'un et l'autre, "la focalisation" qui permet de ressortir les forces et créer des objectifs en fonction des besoins, "l'exécution" qui consiste en la mise en œuvre d'un plan de soins et pour finir, la "révision" pour adapter et ajuster celui-ci.

3. Question de recherche

3.1 PICO

“ Comment l'éducation thérapeutique dispensée par les infirmiers pourrait avoir une influence sur les réadmissions dans un contexte de soins aigus ?”

P	Patients adultes hospitalisés dans un contexte de soins aigus
I	Éducation thérapeutique dispensée par les infirmiers durant l'hospitalisation
Co	Réadmission dans les 30 jours suivant la sortie

4.Méthode

Ce chapitre va expliquer la manière dont nous avons procédé pour pouvoir trouver les articles nécessaires au développement de notre revue de littérature afin de répondre à notre question de recherche.

4.1 Base de données et justification

Afin de pouvoir trouver des données probantes, nous avons utilisé la base de données CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) car elle est spécifique pour la recherche dans le domaine des soins infirmiers. Nous avons également utilisé la base de données PubMed afin d'appuyer notre contenu avec d'autres articles. A côté de cela, nous avons trouvé bon nombre de littératures grises, à travers différents moteurs de recherche, pour étayer nos écrits et agrémenteur notre question de recherche ainsi que nos connaissances personnelles sur le sujet.

4.2 Mots-clés et descripteurs

Les mots-clés et les descripteurs, confirmés dans « HeTOP », ont été sélectionnés à travers notre question de recherche ainsi que la lecture de plusieurs articles et littératures grises.

Lors de nos recherches d'articles sur l'éducation thérapeutique et les réadmissions, nous avons pu constater que le terme « discharge », c'est-à-dire à la sortie du patient, était un thème qui réapparaissait régulièrement. Nous avons donc décidé de l'ajouter dans nos descripteurs ainsi que dans nos mots-clés afin de pouvoir obtenir un panel d'articles plus vaste.

CINAHL

Lors de nos recherches dans la base de données CINAHL, nous avons utilisé différents mots-clés pour pouvoir trouver nos articles. Nous avons traduit l'éducation thérapeutique à la sortie du patient par les termes “ discharge education, patient discharge, nurse-led discharge”. Concernant les réadmissions, nous avons utilisé “readmission, rehospitalization” et pour finir nous avons choisi “acute care, acute medical unit, subacute care” pour le contexte de soins aigus.

Mots-clés (traduction)	Descripteur
Therapeutic education Nurse-led discharge Nurse role	Discharge education Patient discharge
rehospitalization readmission	Patient readmission
Soins aigus Acute care Acute medical unit	Subacute care

PUBMED (MEDLINE)

Nous avons utilisé une stratégie similaire à notre recherche CINAHL. Nous avons employé certains mots-clés similaires que nous avons intégrés dans HeTop afin d’obtenir des MESH termes correctes. Pour les termes “éducation thérapeutique” et “Réadmissions” les MESH qui correspondaient étaient “Patient education as topic” et “Patient readmission”. Concernant les soins infirmiers, nous avons rajouté le mot-clef “nurs*” afin que soit référencé les mots commençant par “nurs”. Le descripteur “qualitative research” a été utilisé car nous souhaitions spécifiquement un article qualitatif pour avoir une approche plus humaine. Au fil de nos recherches d’articles, nous avons remarqué que la littératie en santé était un sujet récurrent, raison pour laquelle nous avons introduit le descripteur “Health literacy”. Pour réduire le nombre d’articles trouvés, nous avons utilisé ses deux descripteurs “Heart failure” et “Chronic disease”.

Mots-clés	Descripteur
Acute Care	Patient education as topic
Discharge education	Patient readmission
Nurs*	Nursing Evaluation Research
	Patient discharge
	Qualitative research
	Health literacy
	Heart failure
	Chronic disease

4.3 Équation de recherche

CINAHL

Pour arriver à notre équation de recherche finale, nous avons tout d’abord voulu procéder à une recherche très vaste qui a abouti sur un grand nombre d’articles n’étant pas, pour la plupart, en adéquation avec notre question de recherche. Dans le but d’obtenir des résultats plus spécifiques, nous avons modifié la terminologie choisie et utilisé plusieurs indicateurs booléens. Nous avons employé le descripteur “TI” (title) car ceux choisis initialement ne nous ont pas donné de résultat. Par la suite, nous avons mis un filtre sur la date de parution des articles souhaités et avons choisi de ne pas aller en dessous de 2014 pour que ceux-ci soient le plus proche possible de la situation actuelle malgré le fait que nous risquions de passer à côté d’articles de qualité. Nous nous sommes également accordés sur le fait de prendre uniquement des articles en anglais. Les tableaux ci-dessous montreront les équations trouvées avec le nombre de résultats d’articles et l’équation finale sera mise en évidence.

Équation article 2

Recherche 1	Recherche 2	Recherche 3	Recherche 4 (finale)
TI nurse role AND patient discharge OR nurse-led discharge AND readmission	TI nurse role AND patient discharge OR nurse-led discharge AND readmission AND acute medical unit Ajout acute medical unit	TI nurse role AND patient discharge OR nurse-led discharge AND readmission AND acute medical unit Filtre : 2014-2024	TI nurse role AND TI patient discharge OR nurse-led discharge AND readmission AND acute medical unit Ajout descripteur TI
351 résultats	160 résultats	56 résultats	9 résultats

Recherches effectuées le 30 Mai 2024.

[PUBMED \(Medline\)](#)

Pour ces équations, nous avons choisi la même stratégie de recherche que celle effectuée avec CINHALL. Nous avons utilisé plusieurs MESH termes ainsi que des mots-clefs afin d'optimiser nos recherches. Ce sont des articles écrits en anglais et ayant été rédigés il y a un maximum de dix ans. Pour construire nos équations de recherche, nous avons mis en commun plusieurs MESH termes en lien avec les réadmissions et l'éducation thérapeutique à l'aide d'opérateur booléen OR puis assemblé des MESH termes avec AND. Nous avons également écarté une thématique d'article à l'aide de l'opérateur booléen NOT.

Equation article 1

Recherche 1	Recherche 2	Recherche 3 (finale)
((patient discharge[MeSH Terms]) AND (patient readmission[MeSH Terms]))	((patient discharge[MeSH Terms]) AND (patient readmission[MeSH Terms])) AND (qualitative research[MeSH Terms]) Ajout notion qualitative	((patient discharge[MeSH Terms]) AND (patient readmission[MeSH Terms])) AND (qualitative research[MeSH Terms]) Ajout filtre 2014minimum
3508 résultats	46 résultats	40 résultats

Recherches effectuées le 30 Mai 2024

Equation article 3

Recherche 1	Recherche 2 (finale)
((("Nursing Evaluation Research"[MeSH] AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter]))) AND (Patient readmission[MeSH Terms])) OR (discharge education[MeSH Terms]) AND (acute care[Title/Abstract])) NOT (chronic disease[Title/Abstract]) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter]))	((("Nursing Evaluation Research"[MeSH] AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter]))) AND (Patient readmission[MeSH Terms])) OR (discharge education[MeSH Terms]) AND (acute care[Title/Abstract])) NOT (chronic disease[Title/Abstract]) AND ((y_10[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter]) AND (english[Filter])) Ajout filtre "clinical trial"
110 résultats	14 résultats

Recherches effectuées le 30 Mai 2024

Equation article 4

Recherche 1	Recherche 2	Recherche 3 (finale)
((patient readmission[MeSH Terms]) AND (patient education as topic[MeSH Terms])) NOT (chronic disease[Title/Abstract])	((patient readmission[MeSH Terms]) AND (patient education as topic[MeSH Terms])) NOT (chronic disease[Title/Abstract]) Ajout filtre 2014minimum	((patient readmission[MeSH Terms]) AND (patient education as topic[MeSH Terms])) NOT (chronic disease[Title/Abstract]) Ajout filtre English
498 résultats	185 résultats	177 résultats

Recherche effectuée le 30 mai 2024

Equation article 5 et 6

Recherche 1	Recherche 2	Recherche 3 (finale)
((health literacy) OR (patient education as topic)) AND (patient readmission) NOT (heart failure) NOT (chronic disease)	((health literacy) OR (patient education as topic)) AND (patient readmission) NOT (heart failure) NOT (chronic disease) AND ((y_10[Filter]) AND (humans [Filter]) AND (english[Filter])) Ajout filtre Humans, English, 2014 minimum	((health literacy) OR (patient education as topic)) AND (patient readmission) NOT (heart failure) NOT (chronic disease) AND ((y_10[Filter]) AND (humans [Filter]) AND (english[Filter]) AND alladult[Filter]) Ajout filtre Alladult
606 résultats	316 résultats	182 résultats

Recherche effectuée le 30 mai 2024

4.4 Critères de sélection

Critère inclusion	Critère d'exclusion
Publication récente, pas plus de 10 ans	Pathologie chronique et spécifique
Publication internationale	Tranche d'âges
Langue : anglais	Pédiatrie
Interventions infirmières pendant l'hospitalisation	Intervention post hospitalisation
Etudes Clinical trial et randomisées contrôlées	Réadmissions inévitables
Contexte de soins aigus	

4.5 Processus de sélection des articles

CINHAL

Après avoir trouvé une équation de recherche adéquate et selon des critères de recherche spécifiques à notre question de recherche, nous avons trouvé un total de neuf articles. A la lecture des titres et des abstracts, sept articles ont été éliminés car ils ne correspondaient pas à nos critères de sélection. Nous en avons finalement sélectionné deux puis à la suite d'une lecture minutieuse, nous avons décidé d'en retenir un seul.

PUBMED (Medline)

Lors de nos recherches d'articles avec nos équations de recherche, nous avons été confrontés à des difficultés en lien avec nos critères d'inclusions et d'exclusions. Nous n'arrivions pas à trouver suffisamment d'articles pertinents en utilisant qu'une seule équation, raison pour laquelle nous avons dû en choisir plusieurs. De ce fait, nous avons dû élaborer un total de 4 équations Pubmed qui nous ont permis d'obtenir des articles probants en lien avec nos critères. Nous nous sommes donc retrouvés face à ces équations, chacune nous fournissant plusieurs articles. De ces articles, nous avons sélectionné en fonction de leur titre ceux qui nous paraissaient les plus adaptés à nos besoins. S'en est suivi une lecture des abstracts puis une lecture complète des articles que nous avons jugé pertinent par rapport à notre question de recherche, ce qui nous a permis de choisir 4 articles définitifs.

Nous avons donc décidé de conserver ces équations afin d'avoir une meilleure sélection d'articles correspondant à notre problématique et ainsi contribuer à une meilleure analyse de notre sujet.

5. Résultats

5.1 Articles retenus

1. Considine, J., Berry, D., Sprogis, S. K., Newnham, E., Fox, K., Darzins, P., Rawson, H., & Street, M. (2020b). Understanding the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge : a qualitative descriptive study. *BMJ Open*, 10(5), e034728. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034728>
2. Lisby, M., Klingenberg, M., Ahrensberg, J., Hoeyem, P., & Kirkegaard, H. (2019b). Clinical impact of a comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit : Randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 100, 103411. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103411>
3. Bahr, S. J., Bang, J., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Krejci, J., Costa, L., Hughes, R. G., Hamilton, M., Siclovan, D. M., & Weiss, M. E. (2020). Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. *Nursing Research*, 69(3), 186-196. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000417>
4. Martin, L. A., Finlayson, S. R. G., & Brooke, B. S. (2017). Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical Patients Preparing Them to Fail? *World Journal of Surgery*, 41(6), 1447-1453. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3884-z>
5. Verhaegh, K.J, Buurman, B.M. Veenboer, G.C. De Rooij, S.E. Geerlings, S.E (2014). *The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study.* <https://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1465>
6. Baker, S., Malone, E., Graham, L., Dasinger, E., Wahl, T., Titan, A., Richman, J., Copeland, L., Burns, E., Whittle, J., Hawn, M., & Morris, M. (2020). Patient-reported health literacy scores are associated with readmissions following surgery. *The American Journal of Surgery*, 220(5), 1138-1144. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.071>

5.2 Description et analyse des articles retenus

Article 1: Understand the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge: a qualitative descriptive study (Considine.J & al., 2020)

Cette étude qualitative vise à mieux comprendre l'expérience des patients concernant leur réadmission au sein d'un établissement hospitalier en Australie. Selon des études, les réadmissions sur 28 jours suivant la sortie sont de 7,4% à 10,9% dans un intervalle de 9 à 10 jours dont les causes sont multifactorielles et provenant en grande majorité du service des urgences (90,6%). La majorité des articles ayant déjà été écrits sur la thématique des réadmissions, ne tiennent pas compte ni de l'expérience du patient ni de son ressenti, ce qui pourrait pourtant avoir un impact positif sur la diminution de ce taux. Le but de ce document est de mettre en avant deux thématiques concernant l'amélioration d'une éducation et de quelle manière la procédure de sortie pourrait être améliorée pour éviter des réadmissions. Les patients ont été sélectionnés, sous réserve de leur consentement, basé sur des critères d'inclusions et d'exclusions pour finalement s'élever à 30 participants. Des interviews, menées par deux infirmières inconnues des patients, ont été entreprises et ont permis de ressortir différentes thématiques mettant en avant la complexité et la variabilité d'une expérience de soins.

La thématique principale de l'analyse des données récoltées durant les interviews tourne autour de la communication entre les patients et le personnel soignant ainsi que la qualité de ces interactions. Le manque d'implication des infirmiers dans l'éducation est un autre facteur mis en avant par les patients concernant leurs capacités d'auto-gestion. Les expériences positives sont caractérisées par des interactions empathiques où les patients se sentent véritablement pris en considération et écoutés, permettant une meilleure gestion de leur santé une fois à domicile et réduisant le risque de réadmission. Les expériences négatives sont, quant à elles, marquées par une incompréhension du patient face à son diagnostic, une gestion de la douleur insuffisante et une sortie jugée précoce.

La communication est l'élément majeur aussi bien entre les soignants qu'avec le patient. Du point de vue patient, il est mis en avant que le langage médical utilisé et le manque d'information compliquent la gestion de leur santé à la sortie de l'hôpital. Ce manque de clarté, entraîne donc un sentiment de vulnérabilité. Les points forts de cette étude est la nature de la recherche et la richesse de celle-ci se basant sur des expériences concrètes. La limite a été qu'elle n'inclut pas l'avis des personnes de culture différente à cause de la barrière de la langue

(patient ne parlant pas anglais) ne permettant donc pas une analyse générale et applicable à toute personne.

Nous avons décidé de choisir cet article car il met en avant la thématique des réadmissions en amenant des arguments de la part de la population directement impactée par cette problématique et visant à un changement. Ceci nous permet de sortir des statistiques et d'avoir un avis humain sur la question tout en nous apportant des pistes d'amélioration dans notre pratique. De plus, même si celui-ci n'est pas directement explicité dans l'article, il tient principalement compte de la communication qui est un des éléments clés pour une éducation thérapeutique efficace.

Article 2: Clinical impact of a comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit: Randomised controlled trial (M. Lisby & al., 2019)

Cette étude randomisée a pour objectif de comparer le nombre de réadmissions dans les 30 jours entre des patients ayant suivi le protocole de sortie standard et des patients ayant suivi un protocole élaboré spécifiquement pour l'étude. Cette situation est au cœur de l'actualité car les hôpitaux s'orientent de plus en plus vers une politique de « culture du flux » réduisant les durées d'hospitalisation et où la priorité des infirmiers devient de libérer des lits pour assurer une constante affluence de patients. Cette situation engendre chez les infirmiers un sentiment de dévalorisation envers leur rôle propre qui est l'éducation aux patients en vue de maintenir un niveau de santé à domicile. L'article parle de plusieurs études ayant essayé différentes interventions telles que des lettres de sortie explicatives, conversations téléphoniques ainsi que des interventions de première intention mais qui n'ont démontré que de faibles résultats sur le taux de réadmissions.

L'hypothèse émise par le directeur de ce projet a été la suivante : une intervention globale menée par une infirmière à la sortie de l'hôpital, réduit la réadmission à 30 jours chez les patients non chirurgicaux sortant d'un milieu de soins aigus comparativement aux patients bénéficiant d'une routine de sortie standard.

L'étude a été effectuée dans un service de soins aigus de 34 lits en affiliation direct avec les urgences et sur une période d'une année. Le service rapporte un taux de consultation d'approximativement 40'000 patients par année avec une durée moyenne d'hospitalisation de 18h. Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de plus de 18 ans, présentant une condition médicale non chirurgicale et étant à risque de réadmission. Ont été exclu, les patients ayant déjà participé à une étude, les sourds / muets et personnes n'ayant pas la capacité mentale de

participer à l'étude. Les participants ont été sélectionnés chaque matin par une infirmière clinicienne à l'aide d'une tablette lui permettant de voir tous les patients présents dans l'unité avec des caractéristiques précises. L'intervention proposée, a été menée les jours de la semaine de 8h à 18h et consistait en 4 étapes :

- Évaluation de l'aide nécessaire au participant avec un algorithme prédéfini incluant les problématiques reliées à la capacité du patient de se gérer à domicile, comme avec la médication et certains soins.
- Un entretien avec l'infirmière a eu lieu après que le patient ait reçu les instructions du médecin afin de confirmer ce que celui-ci ait entendu, compris et accepté ces recommandations.
- À la suite des deux premières interventions, le niveau en littératie en santé de la personne est évalué en se basant sur l'échelle de Nutbeam.
- Une lettre de sortie est donnée ou envoyée au patient avec des informations sur les résultats, le traitement et la suite de la prise en soins. Dans le cas où la lettre est envoyée par la poste, un entretien téléphonique est mené deux jours après la sortie du patient pour s'assurer que celui-ci ait bien reçu la lettre et l'ait comprise.

L'étude visait un échantillon de 440 participants divisés en deux groupes de 220 participants avec un résultat attendu de 10% de réduction des réadmissions. Le recrutement des participants s'est déroulé jusqu'à ce que l'échantillon visé soit atteint ou que la durée de l'étude soit écoulée. Sur un total de 468 participants éligibles pour l'inclusion, 268 n'ont pas participé pour diverses raisons non citées dans l'article, pour finalement inclure 200 participants : 101 dans le groupe d'intervention et 99 dans le groupe contrôle. De ces patients, 17 ont été exclus car ayant finalement nécessité une hospitalisation après leur sélection.

Le résultat principal n'a pas relevé de différence, le nombre moyen de réadmissions sur le groupe d'intervention était de 0.28 (SD :0.70) contre 0.26 (SD :0.50) pour le groupe de contrôle. Le groupe d'intervention montre des réadmissions de 22% (entre une et cinq fois) comparé à 16% dans le groupe de contrôle (entre une et quatre fois).

Le deuxième résultat qui émane de cette étude a été le temps moyen entre la sortie et la réadmission des patients qui est de 10,2 jours pour le groupe avec intervention contre 9.8 pour le groupe standard.

À la suite d'analyse sur les causes de réadmissions, 33% de celles du groupe d'intervention ont été perçues comme évitables, contre 40% dans le groupe contrôle. De plus, cette étude n'a pas mis en avant de changement significatif dans la qualité de vie du patient (mobilité, self-care, activités habituelles, inconfort/douleur et anxiété).

En conclusion, l'intervention proposée par l'étude n'a pas montré de réduction significative sur les réadmissions à 30 jours. Toutefois, elle permet d'un point de vue soignant, une prise en soin plus holistique.

Nous avons pris la décision de conserver cet article car il nous permet de comprendre que l'éducation thérapeutique et la littératie en santé sont des éléments pouvant modifier la recrudescence des réadmissions mais ne sont cependant pas les éléments centraux de cette problématique. Bien que l'étude n'ait pas atteint l'échantillon recherché, les données qui en ressortent, restent probantes et nous apportent des informations importantes vis-à-vis du ressenti du patient face à sa prise en soin.

Article 3: Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital (Bahr & al., 2020)

Cet article présente une étude quantitative originaire d'Amérique du Nord ayant comme objectif premier de déterminer l'impact sur le taux de réadmission des patients ayant bénéficié des soins d'un même infirmier sur les deux jours précédents la sortie de l'hôpital. Le second objectif a été de déterminer, par une appréciation évaluative, l'impact de cette continuité à la sortie de l'hospitalisation sur les patients et les infirmiers. Deux autres buts secondaires ont également été abordés. Tout d'abord, l'effet du contexte des soins en tenant compte de la dotation en personnel infirmier et de la charge de travail puis si le niveau de formation et d'expérience des infirmières modèrent la relation entre la continuité des soins infirmiers et les réadmissions.

Nous avons choisi cet article car il est directement lié à notre problématique concernant les réadmissions en milieu de soins aigus, l'intervention infirmière ainsi que la compréhension du patient dans les informations données durant l'hospitalisation. L'éducation n'est pas spécifiquement mentionnée comme telle, mais nous avons considéré l'information au patient comme une forme d'éducation thérapeutique. Cette étude est décrite comme secondaire car elle utilise la base de données d'un précédent travail nommé "The Readiness Evaluation and Discharge Interventions" READI (Weiss et al., 2019), qui est un essai clinique randomisé sur une cohorte de plus de 144'000 patients adultes dans un service de médecine et de chirurgie entre l'Amérique du Nord et l'Arabie Saoudite.

Les auteurs ont donc utilisé l'étude READI basée sur des données tirées des dossiers médicaux électroniques des patients, ainsi que des informations sur les caractéristiques des infirmiers telles que les heures de travail effectuées par jour et par patient, ainsi que leur niveau de formation et d'expérience. Ces informations ont été recueillies dans 15 hôpitaux universitaires

et 16 hôpitaux périphériques en respectant les spécificités immuables de chaque unité de soins, ainsi que les critères d'inclusions suivants : patient âgé de plus de 18 ans, de médecine et de chirurgie, une hospitalisation minimum de deux jours et une sortie avec ou sans soin à domicile. Toutefois, les patients ayant été transférés dans un service de soins palliatifs ou sortis contre avis médical, ont été exclus. Après un triage en fonction de certains critères et de deux hôpitaux n'ayant pas la possibilité de transmettre les données recherchées, un échantillon total de 17'358 patients sera utilisé. Pour l'analyse, les auteurs ont décidé d'utiliser le modèle conceptuel de Stifter qui inclut les concepts de relation, de continuité, l'environnement de l'infirmier et les caractéristiques des patients. Ils ont également utilisé une échelle évaluative de la préparation à la sortie des infirmiers et des patients, des variables concernant les caractéristiques des patients et une vision dichotomique pour la continuité infirmière.

A la suite de l'analyse, il en ressort que chez 6441 patients ayant été suivis par un même infirmier, soit 35,4% de l'échantillon, une réduction de 0,85 points de pourcentage absolu (réduction relative de 7,8%) du taux de réadmission a été observée concernant l'effet direct d'une continuité infirmière. L'effet médiateur, deuxième objectif de cet article, a quant à lui, montré une réduction de 0,83 points de pourcentage. Cependant, il est important de tenir compte que chez les personnes âgées en moyenne de 59 ans, la sensibilité est plus élevée en lien avec un indice de comorbidité plus haut.

Le 3^{ème} but de l'étude ne démontre aucune association entre les caractéristiques du service et la continuité des soins infirmiers. Les résultats du 4^{ème} objectif, indiquent que les caractéristiques de l'environnement et des infirmiers ne montrent pas d'incidence sur la relation entre la continuité des soins infirmiers et les réadmissions.

Toutefois, dans les tableaux présentés, il est important de constater que dans les unités avec des infirmiers diplômés bachelor (BSN), le taux de réadmission est plus bas et l'efficacité de la continuité infirmière est augmenté tandis que dans les unités sans BSN, les réadmissions étaient moins fréquentes, mais les patients étaient plus susceptibles de consulter aux urgences sans toutefois être réadmis.

Les limites de cette étude ont décrit des variables non mesurées telles que ; la planification, la coordination et l'enseignement auprès des patients, auraient pu influencer les résultats. La période d'observance était relativement courte pour une étude de cette ampleur, ce qui aurait pu introduire un biais car les soignants étaient informés qu'une évaluation concernant la préparation de la sortie du patient serait menée par la suite. De plus, un nombre limité d'hôpitaux a été inclus, ce qui pourrait sous-estimer le taux de réadmission globale du pays.

Seule la continuité relationnelle a été étudiée, alors que la continuité de l'information et de la gestion n'a pas été incluse.

En conclusion, l'article montre que la continuité des soins ainsi qu'une bonne préparation avant la sortie de l'hôpital jouent un rôle significatif sur la réduction des réadmissions mais il souligne également l'importance d'une unité bien dotée en personnel infirmier expérimenté et bien formé. Les patients qui ont été mieux préparés avant leur sortie, avaient un taux de réadmission plus faible. La préparation à la sortie a servi de médiateur entre la continuité des soins infirmiers et les résultats sur la santé des patients après leur sortie de l'hôpital. Les effets sur certaines variables ont également été observés, notamment des heures de travail infirmière par patient et par jour plus élevées, et les infirmières avec un meilleur niveau de formation et davantage d'expérience ont montré des résultats améliorés en termes de réadmission.

Article 4: Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical patients Preparing Them to Fail? (Martin & al., 2017)

Cette étude quantitative d'Amérique du Nord menée en mars 2015, cherche à déterminer si le degré d'exposition des patients aux ressources et aux informations en pré et post opératoire a un impact sur le taux de réadmission. Nous avons choisi cet article car il contextualise les transitions de soins en se concentrant sur les interventions chirurgicales, donc dans un contexte de soins aigus et sur l'impact que cela a sur les réadmissions.

La méthode de cet article a été de comparer les patients qui auraient reçu d'avantage d'informations par rapport à d'autres durant leur hospitalisation. L'étude tente également de mesurer la fréquence des diverses sources d'informations fournies aux patients. Une hypothèse a donc été posée en admettant qu'une plus grande exposition à une variété d'informations sur la santé avant et après une intervention permettrait aux patients de se sentir mieux préparés à la sortie et, par conséquent, entraînerait une diminution des réadmissions.

C'est une enquête transversale menée auprès des membres de la communauté d'Alliance Health, organisme de santé basé aux Etats-Unis. Les personnes inscrites à Alliance Health ont été sélectionnées en fonction de leur expérience chirurgicale au cours des 18 derniers mois. Parmi les membres qui répondaient aux critères de sélection (n=3498), 55% (n=1917) ont accepté de répondre à l'enquête. Les patients devaient indiquer dans quelle mesure ils étaient préparés aux transitions de soins avant et après leur dernière intervention chirurgicale et quelles ressources ils utiliseraient si elles leur étaient proposées. Les différentes ressources se composaient

d'instructions écrites, de documents, de liens internet, de vidéos, d'entretiens avec d'autres patients ayant subi une intervention similaire ou encore d'entretiens avec divers soignants.

Il leur a également été demandé un taux de satisfaction concernant le chirurgien qui les avait opérés et s'ils avaient dû être réadmis dans les 30 jours suivant l'intervention.

Les ressources citées précédemment ont été comparées selon si elles avaient été fournies par l'équipe soignante ou utilisées de manière indépendante par les patients. L'analyse a mis ensuite en corrélation ces données statistiques afin d'explorer au mieux l'expérience et la perception des patients et des soignants qui ont participé à l'enquête. Les points essentiels abordés ont été l'importance de la préparation, le défi de la transition, le rôle de la communication, l'approche interdisciplinaire (qui comprend un ensemble de professionnels de la santé dont les infirmiers) et la stratégie basée sur des preuves (éducation pré et post opératoire).

Sur les 1917 personnes interrogées, 1514 (79%) avaient subi une intervention chirurgicale au cours de l'année écoulée et 1802 (94%) ont été identifiées comme des patients, tandis que 115 (6%) étaient des soignants ou des membres de la famille. Les disciplines chirurgicales représentées les plus courantes allaient de l'orthopédie (28%) à la chirurgie générale ((14%) et la gynécologie-oncologie (6%). En synthétisant les divers résultats, il convient de souligner que les réadmissions globales à 30 jours étaient à un taux de 10,8% et se sont produites plus fréquemment chez les patients ayant subi des interventions urgentes (22,4%). La réadmission était significativement plus faible d'environ 10% chez les patients qui se sentaient préparés avant et après leur intervention par rapport à 31% chez les patients qui n'ont déclaré aucune utilisation d'information sur leur santé. Cette transition entre les soins ambulatoires et hospitaliers avant et après une intervention chirurgicale sont des moments critiques. Cette étude démontre de manière quantitative qu'une préparation adéquate pour le patient ainsi qu'un apport d'informations est significative dans le taux de réadmission. Il existe donc une relation directe entre les patients qui utilisent davantage de ressources et ceux qui se sentent préparés aux transitions de soins sur ce taux de réadmission. L'ensemble de ces résultats suggère que les patients opérés doivent avoir un accès à de multiples sources d'informations, adaptées à leur style d'apprentissage, afin de se préparer au mieux à la suite de leur hospitalisation.

Article 5: The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. (Verhaegh & al. 2014)

C'est une étude quasi-expérimentale se déroulant dans quatre unités de médecine générale d'un hôpital Néerlandais de 1024 lits qui utilise une approche quantitative décrivant la problématique de vulnérabilité des patients lors de la transition des soins. Elle consiste en l'utilisation d'un éventail d'interventions multidisciplinaires complet pour accompagner le patient à sa sortie de l'hôpital dans le but de diminuer les réadmissions à 30 jours.

Pour cette étude, une équipe constituée de médecins spécialistes, d'infirmiers (dont un plus expérimenté) et de trois médecins assistants, ont créé un kit comprenant des interventions telles que la planification de la date de sortie 48 heures après l'admission, une check-list pour les infirmiers et les médecins assistants concernant la sortie de l'hôpital, une lettre de sortie personnalisée au patient contenant des informations en lien avec l'hospitalisation et pour terminer, une éducation thérapeutique sous forme d'entretien. Une mesure telle qu'une lettre de sortie en fonction de la situation du patient qui reprend les points essentiels de celles-ci afin de permettre une éducation thérapeutique ciblée.

Les auteurs ont défini deux objectifs. Le premier étant d'évaluer l'impact de l'introduction d'un ensemble d'interventions sur les réadmissions à 30 jours. Le second vise à évaluer l'effet de ce kit de sortie sur la durée d'hospitalisation en cas de réadmission, la durée avant celle-ci, le nombre de services de soins consultés après la sortie, le taux de mortalité et la rapidité à laquelle le médecin traitant reçoit le dossier médical. L'étude se déroule de septembre 2010 à décembre 2012 dans quatre unités de médecine générale dans un grand hôpital néerlandais de 1024 lits. Elle s'est divisée en trois périodes de septembre 2010 à décembre 2012 ; le pré-test inclut les patients ayant reçu la procédure de sortie standard, l'intervention est l'instauration d'un kit créé spécifiquement pour l'étude et le post-test consiste à évaluer l'effet de l'intervention quatre semaines après la sortie de l'hôpital.

Ils ont décrit avec précision sept critères d'éligibilités ; (1) 18 ans ou plus, (2) avoir été admis dans l'un des quatre services de médecine générale pendant plus de 48 heures, (3) être rentrés chez eux, (4) pouvoir parler ou comprendre le Néerlandais, (5) disposer d'un téléphone en état de marche, (6) ne présenter aucune notification de troubles cognitifs dans le dossier médical et (7) avoir une espérance de vie estimée à plus de trois mois. D'autres instruments nécessaires à l'élaboration de l'étude sont clairement exprimés : questionnaires, suivis téléphoniques, et analyse des dossiers médicaux. Un consentement éclairé a été obtenu avant l'inscription et a été approuvé par le comité d'éthique médicale du Centre Médical Académique de l'Université

d'Amsterdam, aux Pays-Bas. Les données ont été récoltées, appliquées et décrites par une infirmière de recherche formée, ce qui a permis une constance dans la mise en œuvre des interventions. Au cours de la période de l'étude, 2678 patients ont été évalués et triés en fonction des critères d'éligibilité pour finalement retenir 428 patients. Les résultats sont exprimés sous la forme d'un tableau qui démontre des différences importantes en fonction de certaines caractéristiques clinique et démographique.

Les données présentées ne montrent aucun impact significatif sur le taux de réadmission, le pré-test 12,9% contre 13.2% pour le post-test. Les auteurs reconnaissent que l'objectif principal de l'étude n'est pas atteint mais souligne des résultats secondaires positifs comme la tendance des réadmissions plus tardive, 10 jours pour le pré-test contre 14 jours pour le post-test ou l'envoi des dossiers médicaux passe de 14 jours à 5 jours.

Ces interventions ont permis une meilleure communication avec les médecins généralistes. Les auteurs suggèrent plusieurs améliorations pour diminuer les réadmissions comme améliorer l'adhésion au protocole des patients. Ils émettent certaines recommandations pour de futures recherches ; le rallongement de la période de suivi a plus de 30 jours et l'ajustement des stratégies d'adhésion aux interventions.

Nous avons choisi cet article car il met en évidence la multidisciplinarité et la nécessité de la communication entre professionnels pour améliorer la prise en charge des patients et éviter les réadmissions.

Article 6 : Patient-reported health literacy scores are associated with readmissions following surgery (Baker & al.2020)

C'est l'étude d'une cohorte qui développe une hypothèse autour de l'impact d'un faible taux de littéraie en santé sur un risque de réadmission plus élevé. Il implique des patients de quatre centres médicaux d'anciens combattants (Birmingham, Palo Alto, Milwaukee et Boston), qui ont été hospitalisés pour des chirurgies générales, vasculaires ou thoraciques. Ces données ont été collectées de août 2015 à juin 2017 avec comme critères d'inclusion une durée de séjour comprise entre 2 à 30 jours et d'être anglophone. La sélection des participants s'est faite un jour avant ou le jour-même de la sortie par une infirmière coordinatrice sur chaque site.

Chaque patient a été informé de l'étude et suivi pendant plus de 30 jours ou jusqu'à une réadmission et d'autres variables ont été ajoutées pour avoir des résultats représentatifs d'une généralité. Ils ont mesuré la littératie en santé de chaque patient avec l'outil validé "Brief Health Literacy Screen (BHLS)" composé de trois questions, ce qui a permis de mettre en évidence un

score réparti sous forme de tableaux et de figures. Ils ont donc retenu 722 patients dont 33.2% montraient un faible taux de littératie en santé.

Afin d'ajuster les résultats au plus proche de la réalité, ils ont utilisé différents outils de mesures comme le Mental Component Summaries (MCS), Physical Component Score (PCS), Charlson comorbidity index.

L'analyse des résultats montre qu'un faible taux de littératie en santé est un facteur de risque significatif sur les complications post opératoires et les réadmissions. Les patients ayant un faible taux de littératie en santé étaient davantage susceptibles d'être réadmis à l'hôpital à hauteur de 53% durant les 30 jours qui précèdent leur hospitalisation. De plus, le taux de réadmission était de 22,5% chez ces patients comparés à 13,3% chez ceux ayant une littératie suffisante. Ils en déduisent que la littératie en santé est importante à prendre en compte durant l'hospitalisation pour améliorer la communication et la planification des soins post-opératoire. Il est essentiel pour le soignant de prendre en considération le faible taux de littératie en santé des patients afin de permettre des interventions ciblées qui viseraient à améliorer leurs compétences et ainsi réduire les complications et les réadmissions. Les limites de cette revue sont que la population des anciens combattant n'est pas représentatif d'une généralité car elle est principalement constituée d'hommes caucasiens, généralement plus âgés avec un accès différent aux soins du système classique. De plus, plusieurs outils ont été utilisés pour mesurer le taux de littératie en santé est qui entraîne une variabilité dans les résultats et aucun seuil n'a été validé pour définir si celle-ci est adéquate, marginale ou inadaptée. S'agissant d'une étude observationnelle, différents facteurs n'ont pas été pris en considération tels que le niveau d'éducation générale du patient ainsi que le contexte socio-économique. Il en ressort également que la qualité des instructions de sorties n'a pas été évaluée durant l'étude.

En conclusion, il est important d'identifier et de soutenir les patients avec un faible taux de littératie en santé de manière proactive afin de réduire les charges pour le système de santé et d'améliorer les résultats cliniques raison pour laquelle nous avons décidé de sélectionner cet article pour notre revue de littérature. De plus, il est en lien avec les concepts que nous avons choisis lors de l'élaboration de notre travail.

5.3 Comparaison des résultats

Article 1: <u>Understand the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge: a qualitative descriptive study (Considine.J &al, 2020)</u>		
Questionnement de recherche	Résultats principaux	Implication pour la pratique
<p>Comment les patients perçoivent-ils leur expérience de réadmission à l'hôpital et quels éléments de communication et d'éducation pourraient améliorer les taux de réadmission ?</p>	<p>Communication et interactions : Les expériences positives sont caractérisées par des interactions empathiques où les patients se sentent écoutés et pris en charge. Les expériences négatives incluent une incompréhension du diagnostic, une gestion insuffisante de la douleur, et une sortie jugée précoce.</p> <p>Langage et clarté de l'information : les patients soulignent que le langage utilisé par les soignants et le manque d'information claire compliquent la gestion de leur santé après la sortie de l'hôpital.</p> <p>Éducation à la sortie de l'hôpital : les patients estiment que les infirmiers ne sont pas suffisamment impliqués dans l'éducation à la sortie de l'hôpital. Ceux ayant reçu de bonnes informations se sentaient plus à l'aise concernant leur santé une fois de retour à domicile.</p> <p>Expérience de soins variés : la complexité et la variabilité des expériences de soins</p>	<p>Les résultats qui ressortent de cet article nous permettrons d'adaptés notre pratique sur différents points. En effet, nous comprenons qu'il est essentiel d'améliorer la communication d'une part mais également notre manière de communiquer avec un accent sur l'empathie. De plus, le développement de l'éducation des patients avec des informations détaillées et claires apparait comme un élément essentiel à l'expérience des patients durant leur hospitalisation / réadmission.</p> <p>Inclure dans l'éducation avant la sortie, la préparation de la suite des soins à domicile en proposant un accès rapide à des informations concernant la situation du patient ainsi qu'une autonomie face aux soins nécessaires.</p>

<u>Articles 2: Clinical impact of a comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit: Randomised controlled trial (M. Lisby et al., 2019)</u>		
Questionnement de recherche	Résultats principaux	Implication pour la pratique
<p>Quels sont les effets d'un protocole de sortie élaboré sur les réadmissions des patients par rapport à une sortie classique dans une unité de soins aigus ?</p> <p>Comment une meilleure préparation à la sortie des patients peut-elle influencer le taux de réhospitalisations dans les 30 jours suivant la sortie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune différence significative dans le nombre de réadmissions ▪ Le temps moyen entre chaque retour de patient était de 10.2 jours pour le groupe d'intervention contre 9.8 jours pour le groupe contrôle. ▪ Aucune différence significative dans la qualité de vie des patients (mobilité, auto-gestion, activités habituelles, inconfort/douleur, anxiété) entre les deux groupes. 	<p>Une prise en soin plus holistique des patients, améliorant ainsi la perception de la qualité des soins.</p> <p>Évaluer et améliorer la littératie en santé = meilleur auto-gestion</p> <p>Des outils et des ressources pour aider les infirmiers à l'ETP tel que : des lettres de sortie explicatives et les conversations téléphoniques doivent être réévaluées et améliorées pour maximiser leur efficacité dans la réduction des réadmissions.</p>

<u>Article 3: Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital (Bahr & al., 2020)</u>		
Questionnement de recherche	Résultats principaux	Implication pour la pratique
<p>Quels sont les effets d'une continuité des soins deux jours avant la sortie d'une hospitalisation sur le taux de réadmission à 30 jours ?</p> <p>Quel impact peut avoir un continuum relationnel sur les réadmissions ?</p> <p>Quels sont les bénéfices d'avoir un infirmier mieux formé et avec une plus grande expérience ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus de 35% des patients bénéficie d'une continuité des soins dans divers services hospitaliers ▪ Réduction relative de 7,8% sur le taux de réadmission ▪ Une meilleure adhérence thérapeutique et compréhension de la maladie du patient est démontré 	<p>La prise en soins continue par le même soignant, augmentant la relation patient-soignant.</p> <p>Une réduction du taux de réadmission grâce à une implication plus grande du patient concernant sa santé</p> <p>Une dotation infirmière suffisante permet ce partenariat avec le patient.</p> <p>Une formation en corrélation avec la relation et la continuité des soins font la différence</p>

Articles 4: Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical patients Preparing Them to Fail? (Luke et al. 2017)

Questionnement de recherche	Résultats principaux	Implication pour la pratique
<p>Quels sont les effets d'une préparation adéquate avant et après une chirurgie ?</p> <p>Quel rôle cette préparation a-t-elle sur les réadmissions ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient se sent mieux préparé à sa sortie, avec une compréhension accrue de son intervention ▪ Une réduction du taux de réadmissions de 10% chez les patients avec des informations supplémentaires sur les 10,8% de réadmissions de l'étude globale 	<p>L'apport d'information est essentiel pour préparer le patient à sa sortie d'hôpital</p> <p>La qualité de la préparation avant et après une intervention prime</p> <p>Évaluer et améliorer la littératie en santé = meilleur auto-gestion pour le retour à domicile du patient</p>

Article 5: The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. (K.J. Verhaegh et al. 2014)

Questionnement de recherche	Résultats principaux	Implication pour la pratique
<p>Quels sont les effets d'un kit de sortie pour réduire les réadmissions de 30 jours ?</p> <p>Quelles sont les effets indirects de l'utilisation de ce kit sur les réadmissions ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats montrent des différences importantes dans certaines caractéristiques des patients, mais l'impact de l'intervention sur les taux de réadmissions à 30 jours n'est ni statistiquement ni cliniquement significatif selon les données présentées (le pré-test 12,9% contre 13.2%) ▪ Les auteurs reconnaissent que l'intervention n'a pas atteint ses objectifs principaux mais notent des résultats positifs secondaires. (Tendance des réadmissions plus tardive, 10 jours pour le pré-test contre 14 jours pour le post-test) ▪ Ces interventions améliorent la communication avec les médecins généralistes et l'envoi des dossiers médicaux (médiane de 14 jours pré-test contre 5 jours post-test). 	<p>Il est nécessaire de se concentrer sur les interventions multidisciplinaires de façon à adapter les besoins des différentes professions pour améliorer la sortie des patients de l'hôpital.</p> <p>Il faut prendre en compte les suites de la prise en charge de sortie des patients. (Communication avec les médecins généralistes)</p> <p>Il y'a plusieurs variables à prendre en compte lors des réadmissions : le temps et la durée d'hospitalisation, le temps jusqu'à la prochaine réadmission, le nombre et la durée des réadmissions, le nombre total de re consultations dans un service de soins, le taux de mortalité, la satisfaction de sortie, le temps de réception du dossier médicale.</p>

<u>Articles 6: Patient-reported health literacy scores are associated with readmissions following surgery (2020)</u>		
Questionnement de recherche	Résultats principaux	Implication pour la pratique
Est-ce que le taux de réadmissions est plus élevé les patients montrent un faible taux de littératie en santé ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats montrent des significations statistiques et cliniques importantes, notamment en ce qui concerne la relation entre la littératie en santé et les réadmissions ainsi que les complications post opératoires. ▪ 33.2% des patients présentent un faible taux de littératie en santé (score >4) ▪ 53% des patients présentent un faible taux de littératie en santé sont susceptibles d'être plus réadmis. (VA) ▪ Le taux global de réadmission à 30 jours était de 16,3%, avec une différence significative de HL (HL proportionnelle : 13,3% vs. HL faible : 22,5%). 	<p>Il est important de mesurer le niveau de connaissance en matière de santé chez les patients et d'identifier les personnes ayant un faible taux de littératie en santé au début de l'hospitalisation.</p> <p>Apporter des moyens pour augmenter le taux de littératie en santé afin de diminuer les réadmissions et les complications.</p>

6. Discussion et perspectives

6.1 Analyse des résultats et recommandations

Dans ce chapitre, nous allons entreprendre une discussion concernant les résultats que nous avons pu observer à travers nos articles afin de répondre à notre question de recherche :

“Comment l'éducation thérapeutique dispensé par les infirmiers pourrait avoir une influence sur les réadmissions dans un contexte de soins aigus ?”.

De manière globale, nous remarquons que le rôle infirmier tient une place centrale entre le patient et sa maladie grâce à l'éducation qu'il amène et a donc un impact sur la question des réadmissions bien qu'une stratégie pluridisciplinaire adaptée et coordonnée soit indispensable. L'éducation thérapeutique est une méthode vaste et complexe. En effet, elle englobe la transmission d'informations à l'aide d'une communication basée sur le niveau de littératie en santé, les forces et les faiblesses du patient ainsi qu'une relation de confiance soignant-soigné. A partir de nos analyses nous avons pu constater que les difficultés liées à l'organisation du service tel que la dotation en personnel infirmier et le manque de temps, ne permettent pas de respecter les éléments cités ci-dessus. Raisons pour lesquelles les résultats ne montrent que peu d'efficacité. Cependant, les informations transmises de la bonne manière ont une incidence positive sur le ressenti des patients face à leur maladie en améliorant leur capacité d'auto-gestion et permettant de prévenir une réadmission évitable. Elle améliore leur expérience d'hospitalisation et de ce fait, mène à une meilleure adhésion aux soins de la part du patient. De plus, l'ETP étant une intervention ponctuelle au cours de l'hospitalisation, il serait important qu'elle soit effectuée tout au long de la prise en charge du patient.

Nous pouvons donc en conclure que la manière d'amener une éducation thérapeutique adéquate dépend de l'environnement du patient, de l'adhérence thérapeutique et de la relation soignant-soigné. Selon nous, le taux de réadmissions évitable pourrait être impacté si une éducation thérapeutique standardisée et définie est pratiquée dans les service hospitaliers. À la suite de l'analyse des résultats de nos articles, nous avons sélectionné différentes thématiques que nous allons détailler ci-dessous et sur lesquels nous pourrions amener certaines recommandations.

Communication adaptée

La communication est l'élément essentiel dans la compréhension et améliore la satisfaction, l'adhésion aux traitements et réduit les litiges possibles entre l'infirmier et le patient. En effet, nous entendons beaucoup parler entre autres de l'IPASS, SAMPLE, qui sont des méthodes de transmissions pour les infirmiers ayant fait leurs preuves dans la diminution des complications, d'oublis ou d'erreurs. Notre suggestion serait donc d'utiliser un outil de communication du même type, adaptés à nos objectifs avec le patient afin d'assurer la compréhension de sa prise en charge globale.

Il conviendrait d'utiliser l'échelle de Nutbeam pour évaluer le niveau de littératie en santé du patient puis de procéder à plusieurs entretiens en adaptant notre éducation en fonction des connaissances du patient à chaque rencontre. Nous pouvons conclure avec la phrase d'Hippocrate *"Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours"* qui nous démontre l'importance de l'écoute, notion essentielle de la communication.

Mettre en avant le rôle infirmier dans l'éducation

Les compétences de l'infirmier sont vastes et étendues. Celles-ci sont actuellement utilisées de manière à répondre aux fonctionnements d'un système hospitalier basés sur la culture du flux et de la réduction des coûts. Nous proposons la création d'un horaire quotidien où un infirmier serait attribué uniquement à l'éducation thérapeutique des patients du service afin de mettre en avant le rôle propre de l'infirmier. Cela donnerait lieu à un temps de parole sans contrainte qui permettrait au soignant d'explorer pleinement les besoins du patient. Comme l'indique un article de l'hôpital de Genève (HUG., 2021), une meilleure communication avec le patient et lui consacrer du temps apporte une plus-value et permet de l'inclure dans sa prise en soins afin de créer un réel partenariat. Dans le but de réaliser cette recommandation il conviendrait d'implémenter une formation, des ajustements d'horaires et du personnel supplémentaire. Cela permettrait des prestations de soins sans augmenter la charge de travail pour l'infirmier référent du patient. De plus, nous proposerions l'utilisation étendue d'une check-list de sortie au même titre que celle créée par les Hautes Autorités de la Santé Française (HAS., 2015) permettant d'évaluer les facteurs de risque de réadmission, une continuité et une sortie adaptée du patient.

Favoriser les connaissances du patient

L'apport de connaissances aux patients permet à ceux-ci d'avoir toutes clés en main pour acquérir une autonomie dans leur prise en soins et le maintien d'un niveau de santé adéquat à la sortie. D'après nos analyses, une corrélation positive entre une bonne formation des patients durant l'hospitalisation et la réduction du taux de réadmission est définie de manière claire, lui donnant une place primordiale dans la pratique des soins infirmiers. Pour proposer une éducation efficace, nous proposons l'instauration de brochures informatives concernant spécifiquement le traitement de la pathologie, l'accès à des sites internet ou à des applications téléphoniques comprenant des références scientifiques vulgarisées pour qu'elles soient comprises par le plus grand nombre. De plus, organiser des entretiens en début de traitement permettrait d'introduire une éducation thérapeutique afin répondre aux éventuelles craintes et interrogations du patient. Au cours de l'hospitalisation, un deuxième entretien aurait lieu donnant la possibilité à celui-ci de revoir son traitement ou de s'exprimer sur l'évolution sa situation. Finalement, une dernière entrevue aurait lieu pour consolider les informations qui lui ont été transmises, et s'assurer que le patient ait la capacité de s'autogérer après sa sortie de l'établissement hospitalier et donc d'éviter une réadmission.

Pluridisciplinarité

À la suite de l'analyse de nos articles, il nous paraît essentiel d'évoquer la pluridisciplinarité car elle joue un rôle prépondérant sur le taux de réadmission. En effet, la coordination des différents professionnels de la santé, intra et extra muros, est significative dans la continuité des soins et est régulièrement reliée à la qualité du système de santé. Il est essentiel que les médecins, infirmières, physiothérapeutes et autres professionnels doivent travailler en harmonie afin d'assurer des soins appropriés à chaque patient. Il conviendrait par exemple de procéder à un entretien de sortie en présence du patient et des différents soignants (médecin, infirmier, personnels d'assistances). Pour renforcer le réseau de soins existant, il serait nécessaire d'améliorer la collaboration entre les différentes institutions en sensibilisant chaque acteur à la pluridisciplinarité.

6.2 Lien avec le modèle des soins fondés sur les forces de Gottlieb

Nous pouvons établir un lien direct entre le modèle des soins fondés sur les forces de Gottlieb et les différents contextes et concepts de notre travail. En effet, la théorie de Gottlieb englobe les différents aspects qui permettent de faire une éducation adéquate et holistique envers chaque patient que nous prenons en charge. Elle demande le respect des valeurs et des croyances de la personne qui émanent de la relation de confiance entre le soignant et le soigné créer par une communication active. Les différentes recommandations que nous avons citées ci-dessus sont des éléments qui convergent vers les objectifs du modèle des soins fondés sur les forces.

Pour nous, un patient en situation de soins aigus se retrouvent dans un environnement où il est démuni mais également dans la majorité des cas avec un sentiment d'incompréhension et d'impossibilité à faire face. Une maladie, bien qu'aiguë, impacte directement la vie des patients comme dans le cadre de pathologie thrombo-embolique (infarctus, embolie pulmonaire). Le modèle de McGill ou le modèle des soins fondés sur les forces permettra d'adapter le plan de soin pour que le patient puisse retourner à son domicile avec un plan de soins, des objectifs et des interventions adaptés. Ceux-ci engendreront une meilleure implication de celui-ci vis-à-vis de son traitement et un maintien de sa santé une fois au domicile. De plus, cela permettra d'alerter le patient sur des complications.

6.3 Perspectives pour les soins et la recherche

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs points sont essentiels pour les professionnels de la santé afin d'assurer un suivi approprié aux différents types de patients durant l'hospitalisation. Cependant le point qui définit notre rôle propre d'infirmier est bien l'accompagnement, la transmission d'information et l'engagement auprès du malade afin qu'il puisse avoir toutes les clés en main pour s'autogérer dès son retour à domicile. Bien entendu, cela va dépendre du patient, sachant que certains d'entre eux auront besoin d'un suivi supplémentaire à domicile. Les réadmissions en sont la preuve évidente, les patients manquent cruellement de suivi et de formations sur leur pathologie ce qui conduit à des réadmissions qui peuvent être évitable.

Il est donc essentiel de former de façon plus efficace le personnel soignant afin qu'en retour il puisse former les patients. Malgré certains freins comme le manque de temps, la dotation infirmière revue à la baisse ainsi qu'un budget constamment sous pression, il est impératif d'appliquer cette intervention car elle pourrait bien contribuer à une réduction significative des réadmissions. De ce postulat, il nous paraît important que les chercheurs se penchent de façon minutieuse sur le sujet en élaborant des études précises ne se basant pas uniquement sur des

pathologies spécifiques comme nous avons pu le constater lors de la recherche de nos articles. En effet, la thématique de maladie chronique prend une grande place dans les études car une éducation thérapeutique déjà bien développée est utilisée dans la prise en soins de telles problématiques. Le contexte de soins aigus, bien qu'en évolution, n'est pas encore assez exploré et ne permet pas de nous rendre compte de l'impact réel d'une intervention infirmière. Il conviendrait de mener des études à plus long terme et en incluant d'avantage de patients tout en comparant les différents éléments taxonomiques concernant les réadmissions.

A travers ce travail de Bachelor nous avons pu évaluer la situation dans son ensemble afin de déterminer certaines causes de réadmissions. Cependant ils nous manquent encore plusieurs éléments afin de pouvoir en tirer des conclusions et des recommandations déjà étudiées. Ce travail nous a mené à nous questionner et à établir quelques solutions qui pourraient être approfondies.

7. Limites de la revue de littérature

Cette revue de littérature englobe deux sujets difficiles à mettre en place dans la pratique qui sont l'éducation thérapeutique et les réadmissions dans un contexte de soins aigus. Le manque de temps, les hospitalisations de plus en plus courtes ainsi que le suivi difficile à organiser font que le nombre d'études traitant de ces deux sujets sont très limités. Un grand nombre d'articles traitent du sujet mais avec un focus fait sur les maladies chroniques que nous ne souhaitons pas aborder dans ce travail. De plus, le système de santé actuel ne donne pas de place à l'éducation thérapeutique dans le milieu de soins aigus, bien au contraire, nous sommes dans la recherche d'un flux rapide où les infirmiers n'ont qu'un temps limité. Nous avons donc dû adapter nos recherches et assouplir nos critères d'exclusion au vu du faible nombre d'articles à notre disposition afin de pouvoir en trouver un plus grand nombre.

De plus, les articles étant écrit en anglais et utilisant des termes scientifiques spécifiques, il nous a été difficile pour certaines parties de traduire et comprendre leur contenu.

8. Conclusion

En conclusion de cette revue de littérature, nous allons aborder dans premier temps ce que nous avons pu apprendre dans le domaine de la recherche notamment dans la méthodologie de recherche et dans l'élaboration d'analyse d'article scientifique. Par la suite, nous ferons une conclusion sur ce que nous a apporté personnellement et professionnellement l'écriture de ce travail.

8.1 Apprentissage lié au processus de recherche

L'élaboration de cette revue de littérature nous a permis tout d'abord de nous familiariser avec une méthodologie de recherche lors du choix du sujet mais également sur les différentes bases de données que nous avons utilisées, c'est-à-dire CINAHL et PubMed. Nous avons pu développer notre sens critique concernant le choix des articles et la pertinence des informations que nous souhaitions apporter et ainsi renforcer nos compétences infirmières.

Un autre élément que nous avons pu développer durant cet exercice a été notre manière de rédiger et de synthétiser une multitude d'information en amenant un fil conducteur tout au long du travail afin que le lecteur ne se perde.

Du fait que tous les articles soient en anglais, il a fallu nous perfectionner dans cette langue et utiliser des outils de traduction pour pouvoir mieux comprendre ce que nous lisions. Finalement, nous avons pu développer un vocabulaire scientifique qui nous sera utile durant toute notre carrière et nous permettra de mettre à jour nos connaissances de même que de savoir ou rechercher des informations cohérentes et affirmées par des études.

8.2 Évolution personnelle et professionnelle

Personnellement, ce travail nous a permis de développer certaines compétences, comme la collaboration, l'adaptabilité et la méthodologie. En effet, une telle revue demande du temps et une implication permanente qui requiert une stratégie impliquant des compromis entre nos vies privées et professionnelles.

Professionnellement, nous avons été sensibilisés au sujet des réadmissions et de leurs liens avec un manque d'éducation et de littératie amené au patient. C'est une thématique pour laquelle nous portions, avant même ce travail, un intérêt particulier et sur lequel nous avons pu approfondir nos connaissances et l'appréhender de manière plus adaptée. Nous mettons l'accent sur l'envie de créer un partenariat avec le patient le rendant acteur de sa santé en tenant compte de son savoir et de son ressenti. Pour ce faire, nous plaçons la communication et l'écoute au cœur de notre pratique pour pouvoir axer nos soins sur nos valeurs, les besoins et les craintes de nos patients. Nous pouvons donc affirmer que ce travail a été un atout pour nous tant sur un plan personnel que professionnel et qu'il représente un tremplin pour notre futur dans cette magnifique profession.

Liste de références

Bibliographie

- Albano, M., Gagnayre, R., de Andrade, V. & d'Ivernois, J. (2020). L'éducation précédant la sortie de l'hôpital : nouvelle forme d'éducation thérapeutique. Critères de qualité et perspectives d'application à notre contexte. *Recherche en soins infirmiers*, 141, 70-77. <https://doi.org/10.3917/rsi.141.0070>
- ANQ. (2021). *Analyse des réadmissions hospitalières 2019*.
https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2021/10/ANQaigu_Readmissions_CP_resultats_OFS-2019.pdf
- ANQ. (2019). *Résultats des analyses des réadmissions dans les hôpitaux*. ANQ.ch
<https://www.anq.ch/fr/communiqués-de-presse/resultats-des-analyses-des-readmissions-dans-les-hopitaux>
- Association Suisse des Infirmiers (n.d). *Soins aigus*. Sbk-asi.ch.
<https://sbk-asi.ch/fr/soins-travail/soins/domaines-specialite/soins-aigus>
- Avalems. (2021, août 16). *Le Caring, de J. Watson - Avalems*.
<https://avalems.ch/le-caring-de-j-watson/>
- Bahr, S. J., Bang, J., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Krejci, J., Costa, L., Hughes, R. G., Hamilton, M., Siclovan, D. M., & Weiss, M. E. (2020). Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. *Nursing Research*, 69(3), 186-196.
<https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000417>
- Baker, S., Malone, E., Graham, L., Dasinger, E., Wahl, T., Titan, A., Richman, J., Copeland, L., Burns, E., Whittle, J., Hawn, M., & Morris, M. (2020). Patient-reported health literacy scores are associated with readmissions following surgery. *The American Journal of Surgery*, 220(5), 1138-1144.
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.071>

- Blanc, A., Fumeaux, T., Stirneman, J., Bonnabry, P., & Schaad, N. (2017, 11 janvier). *Réadmissions hospitalières : problématique actuelle et perspectives*. Revue Medicale Suisse. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-544-45/readmissions-hospitalieres-problematique-actuelle-et-perspectives>
- Brunner L, Eggli Y, Marti J, Moschetti K, Nicolet A, Spycher J (Juillet 2023). *Réadmissions hospitalières et désavantage sociaux économique en suisse*. Office fédéral de la Santé public https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/zusammenfassung-rehospitalisationen-und-benachteiligung.pdf.download.pdf/R%C3%A9sum%C3%A9%20R%C3%A9admissions%20hospitali%C3%A8res_d%C3%A9savantage%20socio%C3%A9conomique.pdf
- Cara, C. (2018). *Les soins infirmiers humanistes – Caring pour faire la différence dans la souffrance et la déshumanisation*. <https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/Cara.pdf>
- Considine, J., Berry, D., Sprogis, S. K., Newnham, E., Fox, K., Darzins, P., Rawson, H., & Street, M. (2020). *Understanding the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge : a qualitative descriptive study*. BMJ Open, 10(5), e034728. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034728>
- Giordan, A. (2018). *Petite Histoire de l'éducation thérapeutique du patient dans les milieux francophones*. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 12(4), 361-371. [https://doi.org/10.1016/s1957-2557\(18\)30099-3](https://doi.org/10.1016/s1957-2557(18)30099-3)
- Golay A, Correira j, Pataky Z, Giordan A, Assal J-P.,(2023). *Education thérapeutique des patients : vers une médecine plus humaniste*. revmed.ch. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.845-2.1887>
- Gottlieb L., Gottlieb B., (2014) *Soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille* (1e éd). De Boeck Supérieur.

- Gottlieb, L. N. (2014). *Strengths-based nursing*. American Journal of Nursing, 114(8), 24-32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453039.70629.e2>
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
- Hôpital universitaire de Genève (2021). *Plus de temps pour les patients*. Hug.ch. <https://www.hug.ch/vision-2020/plus-temps-pour-patients>
- International Council of Nurses. (n.d.). *Définitions des soins infirmiers*. icn.ch <https://www.icn.ch/fr/ressources/definitions-des-soins-infirmiers>
- International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline/files/HLS19_International%20Report%20%28002%29_0.pdf
- Lisby, M., Klingenberg, M., Ahrensberg, J., Hoeyem, P., & Kirkegaard, H. (2019). *Clinical impact of a comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit : Randomised controlled trial*. International Journal Of Nursing Studies, 100, 103411. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103411>
- Martin, L. A., Finlayson, S. R. G., & Brooke, B. S. (2017). Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical Patients Preparing Them to Fail? *World Journal of Surgery*, 41(6), 1447-1453. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3884-z>
- Michael P. Carey, PhD & Andrew D. Forsyth (2009) *Teaching Tip Sheet: Self-Efficacy*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/self-efficacy>

- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). *Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health*. Annual Review Of Public Health, 42(1),159-173.<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Office fédéral de la statistique. (2021) *Hôpitaux, durée de séjour 2012-2021*. infosan.vd.ch. <https://infosan.vd.ch/chiffres-cles/hopitaux-duree-de-sejour-a>
- Organisation Mondial de la Santé. (2024) *Education thérapeutique du patient : Guide Introductif* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376404/9789289060875-fre.pdf?sequence=1>
- Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd). Chenelière éducation.
- Planète Santé. (2017). *Le vieillissement de la population bouscule le système de santé*.planetesante.ch. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Personnes-agees/Soins-des-aines/Le-vieillissement-de-la-population-bouscule-le-systeme-de-sante#:~:text=Explosion%20des%20maladies%20chroniques&text=Le%20vieillissem ent%20d%C3%A9mographique%20entra%C3%A9ne%20une,se%20d%C3%A9place r%2C%20manger%2C%20etc>
- Saskia M. De Gani, Rebecca Jaks, Urs Bieri, Jonas Ph. Kocher,.(2021).*Health Litteracy Survey 2019-2021*.migesplus.ch. <https://www.migesplus.ch/en/publications/health-literacy-survey-schweiz-2019-2021>
- Schneider, M. P., Herzig, L., Hugentobler Hampai, D., & Bugnon, O. (2013). *Adhésion thérapeutique du patient chronique : Des concepts à la prise en charge ambulatoire*. Revue Médicale Suisse, 9(386), <https://doi.org/10.53738/REVMED.2013.9.386.1032>
- Sheetrit E, Brief M, Elisha O,.(2023).*Predicting unplanned readmissions in the intensive care unit: a multimodality evaluation*.ScientificReports,13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-42372-y>

- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Staffoni, L., Schoeb, V., Pichonnaz, D., Bécherraz, C., Knutti, I., Bianchi, M. (2016). *Pourquoi s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins ?* sante-interpro.ch. <https://sante-interpro.ch/pourquoi-la-collaboration-interprofessionnelle/>
- Tevis, S. E., Kohlnhofer, B. M., Weber, S. M., & Kennedy, G. D. (2014). Postdischarge complications are an important predictor of postoperative readmissions. *The American Journal Of Surgery*, 208(4), 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.05.013>
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2019-2021) *International Report on the Methodology, Results and Recommendations of the European Health Litteracy Population Survey*. BCIHub. <https://bci-hub.org/documents/international-report-methodology-results-and-recommendations-european-health-literacy>
- The National Council on Aging (2024). *Chronic vs. Acute Medical Conditions: What's the Difference?* Ncoa.org. <https://www.ncoa.org/article/chronic-versus-acute-disease>
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Library of Medicine. (s. d.). Health Literacy tool shed.
[Healthliteracy.tuftsmedicine.org](https://healthliteracy.tuftsmedicine.org). <https://healthliteracy.tuftsmedicine.org/about>
- Verhaegh, K.J., Buurman, B.M. Veenboer, G.C. De Rooij, S.E S.E. Geerlings, S.E (2014). The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. <https://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1465>

Annexes :

Grille article 1

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	Le concept du titre explique l'envie de comprendre la perspective du patient concernant les réadmissions à la suite d'une prise en soins dans le service d'urgence et comment il l'a vécu.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Le résumé explique de quelle manière les données ont été acquise et comment elles ont été interprétées.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	Comprendre, du point de vue des patients et des soignants : (1) quelles caractéristiques du processus de sortie pourraient être améliorées pour éviter une réadmission hospitalière précoce non planifiée (dans les 72 heures suivant la sortie des soins aigus) et (2) quels éléments de la planification de la sortie auraient pu améliorer l'expérience de la sortie.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	Il est explicité l'état actuel de la situation en Australie concernant les réadmissions et donne des données chiffrés concernant la problématique. Il explique les facteurs de risques, les périodes les plus propices à des réadmissions et les raisons qui nécessite une deuxième hospitalisation.

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	Le cadre de recherche a été bien définis avec une mise en avant des concepts clés de l'objectif des études.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	La question de recherche est clairement énoncée dans le titre et l'abstract de l'article. Elle traite de la perception du patient face à la problématique.
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	La population étudiée a été défini par des critères d'inclusions et d'exclusion.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle 	Des interviews menés par deux infirmières qui n'avaient jamais eu contact avec les patients sélectionner. Le contenu de l'interview est basé sur des études précédentes ayant mis en avant que l'éducation à la sortie fût mal comprise, particulièrement la perspective du patient.

	favorisé une compréhension progressive de la situation ?	
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	Le consentement de chaque patient a été pris en compte avant de mener les interviews. Il n'y a pas eu de de risques spécifiques durant l'étude, tant pour les patients que pour les infirmières.
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	Les méthodes d'analyse des data est expliqué et décrite
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	Méthode et collecte de données bien décrites
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? 	Les données ont été codées séparément, puis les chercheurs se sont réunis pour affiner les codes et construire et réviser les thèmes par le biais d'un processus de consensus. Tous les auteurs ont ensuite revu les transcriptions et confirmé les thèmes. Un processus de codage ouvert a été utilisé, de sorte que les codes n'ont pas été fixés, mais développés et modifiés

	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	au cours du processus de codage.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ? 	Les résultats sont présentés de manière claire à l'aide d'un tableau expliciter par des mots.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	Les résultats ont été interprété selon des caractéristiques précises de l'admission et de l'éducation proposées (moment de la semaine, la durée d'hospitalisation, l'unité de médecine. Il est ressortit des interviews 5 thèmes principaux : Experience of care, hearing and being heard, what's wrong with me ? Not just about me et all about going home'
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	Les conséquences des résultats démontrent effectivement une problématique concernant l'éducation ont été la nécessité d'une meilleure communication entre toutes les équipes ou entre les soignants, une meilleure confirmation de la compréhension du patient et une décision partagée en regard du moment et de l'objectif après la sortie.

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Grille article 2

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Clinical impact of a comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit: Randomised controlled trial
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Déjà eu des études concernant la sortie dirigée par les infirmiers dans un contexte gériatrique mais pas encore dans un contexte de soin aigus. Cette étude randomisée à comme objectif de comparer une sortie dite classique de l'unité de soin aigu d'une sortie suivant un protocole élaboré pour l'étude en rapport avec le nombre de réadmission. Le résultat ne montrera pas de différence mais que l'intervention mise en place dans l'étude permettrait une prise en soins plus holistique.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	La problématique de recherche est de pouvoir indiquer si une meilleure préparation à la sortie des patients permet de réduire les réhospitalisations au 30 jours. C'est une situation au cœur de l'actualité étant donné l'objectif des hôpitaux d'avoir un flux plus grand et une politique de « culture du flux » avec une durée d'hospitalisation plus courte. La priorité des infirmiers est devenue la libération de lit pour assurer une arrivée de patient constante.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? 	Il est également cité différentes études ayant essayé plusieurs interventions dans l'objectif de réduire les réhospitalisations tel que des lettres de sortie

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	explicative, conversation téléphonique et des interventions de première intention qui ont uniquement montré de faibles résultats
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	Le contexte et le concept de l'étude sont bien expliqués et en adéquation avec le but de la recherche
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	L'hypothèse émise par le directeur de ce projet a été la suivante : Une intervention globale menée par une infirmière à la sortie de l'hôpital réduit la réadmission à 30 jours chez les patients non chirurgicaux sortant d'un milieu de soins aigus comparativement aux patients bénéficiant d'une routine de sortie standard.
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	Le consentement des patients a été demandé et aucun risque n'était présent pour les participants,
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon 	Menée dans un service de soins aigus de 34 lits en affiliation

	<p>précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>direct avec les urgences sur une période d'une année. Service avec un taux de consultation d'approximativement 40000 patients par année avec une durée moyenne d'hospitalisation de 18h. Les critères d'inclusions ont été les patients de plus de 18ans, condition médicale non chirurgicale, à risque de réadmission (évaluer avec les critères de Hallas's). Ont été exclu les patients ayant déjà participer à une étude, les sourds / muets et personnes n'ayant pas la capacité mentale de participer à l'étude. Les participants sont sélectionnés chaque matin par une infirmière clinicienne avec une tablette lui permettant de voir tous les patients présents dans l'unité. L'intervention proposé a été menée les jours de semaines de 08 :00 à 18h et consistait en 4 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'aide nécessaire au participant avec un algorithme prédéfini incluant les problématiques reliés à la capacité du patient de se gérer à domicile, la médication, des soins. - Un entretien avec l'infirmière après que le patient eut reçu les instructions du médecin dans le but de découvrir ce que la patient à entendu, compris et accepter concernant ces recommandations. - Suite aux deux premières interventions, le niveau en littératie en santé de la personne est évalué en se basant sur la définition de Nutbeam et une lettre de sortie est
--	--	---

		<p>donner au patient avec des informations sur les résultats, le traitement et de la suite de la prise en soins..</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un entretien téléphonique deux jours après la sortie pour s'assurer que le patient ait reçu la lettre et qu'il en ai compris les instructions.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>L'étude demandait un échantillon de 440 participants avec 220 dans chaque groupe. Le résultat excepté était de 10% de réduction des réadmissions. Le recrutement de participant s'est déroulé jusqu'à ce que l'échantillon visé soit atteint ou que les un ans soit passé.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu 	<p>Les instruments de mesure sont décrits, les résultats expliqués de manière détaillé. La fiabilité des résultats sur la cohorte est grande face au petit échantillon</p>

	d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?	
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	Le processus est décrit de manière complète et l'intervention également. Le personnel utilisé pour l'étude était compétent.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	La méthode d'analyse est décrite, les facteurs influencants sont pris en considération et énumérés.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	Total de 468 participants éligibles pour l'inclusion. 268 n'ont pas participé. 200 participants ont finalement été inclus, 101 dans le groupe d'intervention et 99 dans le groupe contrôle. 17 de ces patients ont été exclus car ayant nécessité une hospitalisation après le point de sélection. En finalité, 86 patients ont reçu la totalité de l'intervention.
DISCUSSION		

<p>Interprétation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p>Le résultat principal n'a pas relevé de différence sur les réadmissions. Le nombre moyen sur le groupe d'intervention était de 0.28 (SD :0.70) contre 0.26 (SD :0.50) pour le groupe de contrôle. 22% de groupe d'intervention on était réadmis entre une et cinq fois comparé à 16% dans le groupe de contrôle et réadmis entre une et quatre fois.</p> <p>Le deuxième résultat concernant les réadmissions a été le temps moyen entre chaque retour de patient. 10,2 jours pour le groupe d'intervention contre 9.8 pour le groupe contrôle. 33% des réadmissions du GI ont été perçu comme évitable contre 40% dans le GC.</p> <p>Le tableau 4 ne montre également pas de changement significatif dans la qualité de vie du patient (Mobilité, self-care, activités habituelles, inconfort/douleur et anxiété)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 	

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Grille article 3

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Les concepts clés sont précisé avec des critères d'inclusion et d'exclusion définit dans la méthodologie. La population cible se trouve être des patients médico-chirurgicaux sans pathologies définies, de 18ans et plus.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Le résumé démontre que l'étude quantifie les patients ayant eu une continuité de soins précédent les 2 jours de la sortie de l'hôpital est efficace grâce à une meilleure adhérence thérapeutique.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	Le sujet de l'étude est clairement formulé ; La continuité des soins 2 jours avant la sortie de l'hôpital. L'article est récent et parle d'une problématique actuelle qu'est les réadmissions. La signification concerne la compréhension de l'information des patients dans le but d'éviter un retour prématuré à l'hôpital. Cela implique une prise en charge plus personnalisée dans les soins infirmiers.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? 	L'étude ne parle pas de précédent. La recension fournit une synthèse de l'état de la question et au problème de recherche qui est les réadmissions suite à une continuité des soins non

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	respectée. Il n'y a pas d'appuie sur une source primaire.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>Oui, le modèle conceptuel selon Stifer est mis en avant concernant un continuum relationnel.</p> <p>Ce modèle de soins comprend la continuité des soins infirmiers, l'environnement et la caractéristique des patients.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>La population étudiée est clairement définie et les variabilités s'y rapportant sont énoncées.</p> <p>Les variables sont stipulées et démontrent les limites de l'étude.</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	L'anonymat a été respecté durant toute l'étude et l'enquête en soit ne comportait pas de risque évident.
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été 	La population visée est définie mais pas de façon détaillée. On parle de patients adultes, médico-chirurgicaux et sans pathologies définies.

	déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?	
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	Le devis de recherche est utilisé afin d'atteindre un but précis pour l'étude. Il démontre son efficacité dans les résultats de celle-ci.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	Les instruments de mesure sont définis mais les outils utilisés de sont pas évalués alors que si cela avait été le cas, la précision de l'étude serait meilleure.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable 	La collecte de données est clairement stipulée, mais certaines données démontrent des faiblesses et peuvent introduire des biais dans les résultats.

	indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?	
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	La méthode d'analyse est décrite, les facteurs influençants sont pris en considération et énumérés.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	Une continuité accrue des soins infirmiers lors de la sortie de l'hôpital démontre une réduction significative des réadmissions. Les patients ayant bénéficié d'une continuité des soins sont mieux préparés pour la transition au retour à domicile.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? 	<p>Les résultats sont interprétés et encourage les hôpitaux à développer la continuité des soins infirmiers.</p> <p>La formation continue est également mise en avant afin de gérer la transition de soins. L'interprétation et la conclusion est conforme aux résultats et souligne l'importance de la gestion du retour à domicile et la continuité des soins avant la sortie de l'hôpital.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	
--	---	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Grille article 4

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Le titre présente clairement le thème abordé sans préciser la population étudiée
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Le résumé synthétise clairement le ligne conductrice du sujet abordé comme étant la préparation des patients avant et après une chirurgie.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? • Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	La problématique des patients chirurgicaux qui font face à une mauvaise préparation quant à leur sortie de l'hôpital suite à une intervention chirurgicale.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? 	<p>L'étude ne parle pas de précédent.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question et au problème de recherche qui est les réadmissions suite à une continuité des soins non</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	respectée. Il n'y a pas d'appuie sur une source primaire.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	Le cadre conceptuel est celui de la transition des soins en chirurgie.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	La question de recherche se base sur une étude quantitative rétrospective incluant des patients ayant déjà subi une intervention chirurgicale.
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	Pas de données sur la considération éthique dans cette étude.
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? 	<p>La population visée était des patients ayant subi une chirurgie dans plusieurs hôpitaux Américains, d'origine et d'ethnie différente.</p> <p>Tous les patients étaient inscrits dans des bases de données spécifiques. Une</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	analyse des dossiers médicaux a été effectuée pour obtenir les résultats voulus.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	Le devis de recherche est utilisé afin d'atteindre un but précis pour l'étude. Il démontre son efficacité dans les résultats de celle-ci.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	Les instruments de mesure sont définis et les outils de mesure indique la préparation des patients, le taux de réadmissions et les complications post-opératoire.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? 	Le processus de chercher est spécifié. Il a été effectué par le biais d'analyse de dossier médicaux préexistants.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	La méthode d'analyse est décrite, les facteurs influençants sont pris en considération et énumérés. Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats ne sont pas tous stipulés et pris en considération.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	Les résultats démontrent qu'une préparation insuffisante est associée à des taux de réadmission plus grande. Les patients bien préparés montrent des taux de complications post-interventionnelles réduites.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? 	Les résultats confirment l'importance d'une préparation adéquate pour les patients de chirurgie. Les préparations avant et après interventions améliore de manière significative les suites post-opératoires. Les limites de l'étude un manque de données sur les stratégies de préparation et une collecte de donnée potentiellement biaisée.

	<ul style="list-style-type: none">• Les limites de l'étude ont-elles été établies ?• Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?• Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?• L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?	
--	---	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Grille article 5

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Le titre est efficace pour donner un aperçu de ce que l'étude implique, y compris la méthodologie (étude quasi-expérimentale) et l'intervention principale (faisceau de décharge complet).
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Oui, il est mis en évidence la problématique (réadmission 30jours), la méthode est clairement définie, le résultat et la discussion répondent à la problématique.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<p>Le problème est la vulnérabilité des patients lors des soins de transitions, la structure des décharges lors des congés. Le sujet est les interventions multidisciplinaires de sortie pour réduire les réadmissions de 30jours.</p> <p>Oui il se base sur des résultats actuels qui montre un taux de réadmission élevé.</p> <p>Oui, dans les décharge multidisciplinaire, l'infirmière est directement concernée par la préparation du patient à sa sortie mais les différentes professions qui l'entourent sont très importante pour la suite de la prise en charge du patient. (L'hôpital concerné est principalement composé d'infirmière)</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils 	Oui les données sont expliquées dans la méthode, avec une collecte d'information a trois

	<p>pertinents et rapportés de façon critique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<p>moments distincts dans un hôpital de 1024 lits de médecine générale entre 2010 et 2012.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>Le concept est mis en évidence dans le titre et définit par la suite comme une mise en œuvre de faisceau de décharge complet pour améliorer le processus de décharge, dans le titre est exprimée une étude quasi-expérimentale.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>Oui ils sont énoncés à plusieurs reprises, faisceau de décharge complet pour améliorer le processus de décharge et l'impact sur la réadmission des 30 jours, sur une population âgée de +de 18 ans dans quatre unités de médecine générale (hosp + 48 heures).</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>Oui, Un consentement éclairé écrit a été obtenu avant l'inscription. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale du centre médical académique de l'université d'Amsterdam, aux Pays-Bas.</p>

<p>Population, échantillon et milieu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>Oui, les critères : Les patients éligibles devaient répondre aux critères suivants : (1) 18 ans ou plus, (2) avoir été admis dans l'un des quatre services de médecine générale pendant plus de 48 heures, (3) être rentrés chez eux, (4) pouvoir parler ou comprendre le néerlandais, (5) disposer d'un téléphone en état de marche, (6) ne présenter aucune notification de troubles cognitifs dans le dossier médical, et (7) avoir une espérance de vie estimée à plus de trois mois.</p> <p>L'étude a été divisée en trois périodes. La période de pré-test s'est étendue de septembre 2010 à mars 2011, l'intervention a été mise en œuvre entre avril 2011 et janvier 2012, et la période de post-test s'est étendue de janvier 2012 à décembre 2012.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>L'étude utilise un devis de conception pré-post-test. Cela permet de comparer les résultats avant et après l'intervention pour déterminer son effet ce qui permet d'atteindre le but de l'étude. (Évaluer l'effet d'un faisceau de recherche multidisciplinaire sur la réadmission de 30 jours)</p> <p>Elle permet d'examiner les principales questions de recherche.</p> <p>La devis pré-post-test peut avoir des limitations en termes de validité interne parce qu'il ne contrôle pas toutes les variables confondantes qui pourraient influencer les résultats.</p> <p>La validité externe : l'étude inclut des mesures pour</p>

		améliorer la généralisation des résultats. (Quatre unité de médecine), l'hôpital est représentatif de la population néerlandaise et le contexte.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Oui, les variables sont obtenues de façon conceptuelle (variables démographiques, satisfaction des patients, communication de la date de sortie, lettre de sortie, éducation verbale avant la sortie, réadmission, donnée de base) mesuré à l'aide un questionnaire (infirmière qualifiés).</p> <p>Les instruments : questionnaire envoyé au domicile, suivi téléphonique, revue des dossiers médicaux. Il n'est pas mentionné si le questionnaire a été élaborer pour l'étude ou ont été adapté d'étude précédente.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure ne sont pas évaluées et ni présentées.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>Oui, le processus de collecte de données est décrit en détail, incluant les étapes et les méthodes utilisées pour contacter les patients et collecter les informations. Les données ont été recueillies par une infirmière de recherche formée, ce qui aide à minimiser les biais et à garantir la compétence dans la collecte des données. L'intervention est clairement décrite et appliquée de manière cohérente par la même infirmière de recherche, assurant une constance dans la mise en œuvre de l'intervention.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question 	<p>Oui, les méthodes d'analyse statistique sont clairement précisées et appropriées pour répondre aux questions de</p>

	<p>ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>recherche et vérifier les hypothèses.</p> <p>Les méthodes utilisées (Chi-square, Student t-tests, régression logistique) sont appropriées pour le niveau de mesure des variables et pour comparer les groupes pré-test et post-test. Les analyses tiennent compte des Co variables importantes et incluent des analyses de sous-groupes pour les patients à haut risque, ce qui permet de minimiser les biais et d'assurer une interprétation précise des résultats.</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<p>Oui, les résultats sont présentés de manière clair à l'aide de plusieurs tableaux. Toute les informations présentes dans la collecte d'informations sont présentes dans les divers tableaux.</p> <p>Les résultats montrent des différences importantes dans certaines caractéristiques des patients, mais l'impact de l'intervention sur les taux de réadmission à 30 jours n'est ni statistiquement ni cliniquement significatif selon les données présentées.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? 	<p>Oui, les résultats suivent le cadre de recherche.</p> <p>Non les résultats de concordent pas avec d'autre études similaires.</p> <p>Oui, la conclusion est cohérente avec les résultats obtenus. Les auteurs reconnaissent que l'intervention n'a pas atteint ses objectifs principaux mais notent des résultats positifs secondaires. (Tendance des réadmissions plus tardive,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p>envoi des dossiers médicaux).</p> <p>Ces interventions améliorent la communication avec les médecins généraliste. Ils suggèrent que pour réduire efficacement les réadmissions, améliorer l'adhésion au protocole des patients et adapté les stratégies à chaque discipline. Les recommandations pour la recherche seraient d'allonger la période de suivis à >30jours et l'ajustement des stratégies d'adhésion aux interventions.</p>
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Grille article 6

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>Oui, le concept est clairement défini quant à la population, il n'est mentionné que les personnes qui ont eu une chirurgie.</p> <p>« Patient-reported health literacy scores are associated with readmissions following surgery »</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, les grandes lignes sont bien précisées avec plus de précision sur la population.</p>
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<p>La problématique est « l'hypothèse que les patients ayant un faible HL auraient des taux de réadmission plus élevés après la chirurgie »</p> <p>Oui la problématique remet en question les causes des réadmissions et cherche à comprendre ce qui l'influence, ce qui est significatif pour les disciplines de la santé.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<p>Oui les articles antérieurs sont pertinents pour le sujet de la littéracie en santé et ses résultats post-opératoire, ils couvrent divers aspects. Ils fournissent une synthèse de l'état de la question. Il s'appuyant sur des articles primaires.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? 	<p>Oui les concepts sont mis en évidence sur le plan conceptuel. La littéracie en</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>santé est clairement définis et les autres concepts comme réadmission, post-opératoire, etc. sont abordé et expliqué dans le cadre de la littéracie en santé.</p> <p>Non il n'y a pas de cadre théorique.</p> <p>Oui il est justifié par l'importance du sujet de la littéracie en santé dans l'introduction.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>Oui l'hypothèse est clairement énoncée dans l'introduction ainsi que la population et les différentes variables.</p> <p>Oui ils découlent logiquement du but de l'hypothèse et que la question de recherche.</p> <p>Oui les variables utilisées reflètent les concepts, les réadmissions post-chirurgicale sont un indicateur de qualité.</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>Oui cela semble préserver de manière adéquate.</p> <p>Oui il se concentre sur une population typique et exclus les séjour trop long ou trop court, pour maximiser la pertinence et minimiser les risques.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle 	<p>Oui la population est définie : patient ayant subi une chirurgie générale, thoracique ou vasculaire (des quatre VA Medical Centers), séjour de 2 à 30 jours, langue anglaise.</p> <p>Ils ont pris tous les patients pendant la période indiquée.</p> <p>Il n'est pas indiqué dans la partie « méthode »</p>

	justifiée sur une base statistique ?	
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>Oui le devis de recherche permet d'atteindre le but de la recherche, c'est une étude de cohorte prospective et observationnelle.</p> <p>Oui cela permet d'examiner l'hypothèse sur la réadmission.</p> <p>Oui il minimise les obstacles, en utilisant des critères d'inclusion et d'exclusion précis, intègrent plusieurs services de VA pur généralisé les résultats.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Oui les variables définies de façon conceptuelle. Ils sont mesurés par BHLS. (3 questions sur une échelle de 5 points). C'est un outil validé et reconnu, il n'est pas créé pour l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est- 	<p>Oui il est clairement défini : identifié pendant le séjour à l'hôpital, informer de l'étude, interroger avant la sortie et suivi pendant 30 jours ou jusqu'à leur réadmission. Une lecture des dossiers médicaux ont permis d'apporter des informations supplémentaires. Ils ont minimisé le biais avec des transmission d'information</p>

	<p>elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p>	<p>entre personnel de recherche pour la cohérence. Des recruteurs formés (interview), des sauvegarde papiers et électronique (REDCap).</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>Oui la méthode d'analyse est précisée et spécifiée. Ils prennent en compte chaque variable et les comparaisons de groupe. Ils prennent en compte les facteurs pouvant influencer les résultats. Ceci permet de renforcer la fiabilité des résultats.</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<p>Les résultats de l'étude sont présentés de manière adéquate à l'aide de tableaux et de figures qui résument bien les données. Les informations présentées sont complètes et détaillées, incluant des analyses statistiques pertinentes. Les résultats montrent des significations statistiques et cliniques importantes, notamment en ce qui concerne la relation entre la littératie en santé et les réadmissions ainsi que les complications postopératoires. Ces découvertes peuvent avoir des implications importantes pour les interventions visant à améliorer la littératie en santé afin de réduire les réadmissions et les complications.</p>
DISCUSSION		

<p>Interprétation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p>Les résultats de l'étude sont interprétés de manière adéquate et en accord avec les hypothèses de recherche. Ils sont en ligne avec les études antérieures, et les conclusions sont conformes aux analyses présentées. Les limites de l'étude sont clairement établies, et les recommandations pour la pratique clinique et les recherches futures sont bien définies, offrant une voie claire pour améliorer la gestion des soins post-chirurgicaux chez les patients avec une faible littératie en santé.</p>
-------------------------------------	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.