

## **Annexes**

Annexe 1 : Guide d'entretien : patients hospitalisés au CHNWL

Annexe 2 : Guide d'entretien : patients sortis du CHNWL

Annexe 3 : Guide d'entretien : proches aidants

Annexe 4 : Guide d'entretien : soignants

Annexe 5 : Score de NIHSS

Annexe 6 : Tableau comparatif des modèles de soins de transition

Annexe 7 : Fiche thématique

## Guide d'entretien : patients hospitalisés au CHNWL

Bonjour Mr, Mm...

Avant tout, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude.

Comme stipuler dans le formulaire de consentement, nous allons réaliser un échange sur le thème de la transition de soin. La transition de soins signifie le changement de lieux, de milieu ou de fournisseurs de soins de santé d'une personne. Dans le cadre de cette étude, la transition de soins cible le retour à domicile ou le transfert vers une autre institution (MR/MRS/ ou autres), suite à l'aboutissement de la réadaptation, au sein du CHNWL. L'objectif est de récolter des informations par rapport à votre ressenti et votre expérience, dans un but d'amélioration continue.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin que je puisse recueillir votre témoignage dans sa globalité et par la suite réaliser une analyse approfondie. Cet enregistrement sera détruit 6 mois après l'aboutissement de l'étude.

Êtes-vous toujours d'accord de participer à cet entretien ?

Puis-je débiter l'enregistrement ?

Age : (1)

Sexe : (2)

Durée d'hospitalisation : (3)

- Suite à votre AVC, vous êtes dans un processus de réadaptation au sein du CHNWL, depuis (3). Où, vous situez-vous, aujourd'hui, dans ce processus de réappropriation de votre santé/ de réadaptation ?
- Dans le cadre de la transition de soin et par rapport à votre projet de soin, quel est l'environnement privilégié après le CHNWL ?
- La sortie est une phase de transition qui est préparée et planifiée. De quelle manière a-t-on abordé le sujet avec vous ?
- De quelle(s) manière(s) avez-vous pu participer à la planification et la préparation de cette transition ?

- Comment percevez-vous la sortie de l'institution/ la transition d'environnement ?
- Quels sont vos besoins/ vos attentes par rapport à cette transition ?
- Que pensez-vous des offres de soins, mise en place actuellement au CHNWL, en vue de cette transition ?
- Quelles- sont les ressources, les outils ou aides qui vous semble nécessaires, afin de pouvoir prendre en charge votre santé, une fois cette transition réalisée ?
- De quelle manière a-t-on abordé le suivi post-hospitalisation, avec vous ?

Je tiens à vous remercier pour votre témoignage et votre participation.

## Guide d'entretien : patients sortis du CHNWL

Bonjour Mr, Mm...

Avant tout, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude.

Comme stipuler dans le formulaire de consentement, nous allons réaliser un échange sur le thème de la transition de soin. La transition de soins signifie le changement de lieux, de milieux ou de fournisseurs de soins de santé d'une personne. Dans le cadre de cette étude, la transition de soins cible le retour à domicile ou le transfert vers une autre institution (MR/MRS/ ou autres), suite à l'aboutissement de la réadaptation, au sein du CHNWL. L'objectif est de récolter des informations par rapport à votre ressenti et votre expérience, dans un but d'amélioration continue.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin que je puisse recueillir votre témoignage dans sa globalité et par la suite réaliser une analyse approfondie. Cet enregistrement sera détruit 6 mois après l'aboutissement de l'étude.

Êtes-vous toujours d'accord de participer à cet entretien ?

Puis-je débiter l'enregistrement ?

Age : (1)

Sexe : (2)

Date de sortie de Lennox : (3)

Environnement actuel/ lieu d'habitation : (4)

- Suite à votre AVC, vous avez suivi un processus de réadaptation au sein du CHNWL, il y a ... (3). Comment décririez-vous les offres de soins et l'accompagnement fourni par l'équipe pluridisciplinaire du CHNWL, en vue de la sortie ?
- La sortie est une phase de transition qui est préparée et planifiée. De quelle(s) manière(s) aviez-vous pu participer à la planification et la préparation de cette transition ?
- Quelles- sont les ressources, les outils ou aides qui vous semble nécessaires, afin de pouvoir prendre en charge sa santé, une fois cette transition réalisée ?

- Comment décririez-vous le suivi post-hospitalisation ?
- Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées depuis votre sortie ? Dans quelle mesure celles-ci avaient été anticipées lors de l'hospitalisation ?
- Selon vous, qu'est-ce qu'il pourrait être amélioré dans l'organisation de la transition de soins du CHNWL ?

Je tiens à vous remercier pour votre témoignage et votre participation.

## Guide d'entretien : proches aidants

Bonjour Mr, Mm...

Avant tout, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude.

Comme stipuler dans le formulaire de consentement, nous allons réaliser un échange sur le thème de la transition de soin. La transition de soins signifie le changement de lieux, de milieu ou de fournisseurs de soins de santé d'une personne. Dans le cadre de cette étude, la transition de soins cible le retour à domicile ou le transfert vers une autre institution (MR/MRS/ ou autres), suite à l'aboutissement de la réadaptation, au sein du CHNWL. L'objectif est de récolter des informations par rapport à votre ressenti et votre expérience, dans un but d'amélioration continue.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin que je puisse recueillir votre témoignage dans sa globalité et par la suite réaliser une analyse approfondie. Cet enregistrement sera détruit 6 mois après l'aboutissement de l'étude.

Êtes-vous toujours d'accord de participer à cet entretien ?

Puis-je débiter l'enregistrement ?

Age : (1)

Sexe : (2)

Relation avec le patient : (3)

- Vous êtes le proche aidant de (3), qui est actuellement dans un processus de réadaptation au sein du CHNWL, suite à un AVC. Avez-vous eu des contacts avec l'équipe soignante, vous expliquant le déroulement du processus de réadaptation ? Comment cela s'est-il passé ?
- La sortie est une phase de transition qui est préparée et planifiée. De quelle manière a-t-on abordé le sujet avec vous ?
- De quelle manière avez-vous pu participer à la planification et la préparation de cette transition ?
- Quels sont vos besoins par rapport à la préparation de la sortie de votre proche ?

- Comment décririez-vous les informations reçues par le personnel soignant ? Sous quelles formes auriez-vous aimé recevoir les informations ?
- Pensez-vous avoir toutes les cartes en mains pour accompagner votre proche en dehors de l'institution (concernant notamment l'activité physique, la nutrition, le sommeil, la consommation des médicaments, la gestion des symptômes, la gestion des facteurs de risques, la gestion des émotions, la communication, etc.) ?
- Qu'est-ce qui pourrait, selon vous, être amélioré lors de préparation de la sortie, en tant que proche aidant ?

Je tiens à vous remercier pour votre témoignage et votre participation.

## Guide d'entretien : soignants

Bonjour,

Avant tout, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude et du temps que vous m'accordez.

Comme stipuler dans le formulaire de consentement, nous allons réaliser un entretien sur le thème de la transition de soin. La transition de soins signifie le changement de lieux, de milieux ou de fournisseurs de soins de santé d'une personne. Dans le cadre de cette étude, la transition de soins cible le retour à domicile ou le transfert vers une autre institution (MR/MRS/ ou autres), suite à l'aboutissement de la réadaptation, au sein du CHNWL. Elle comprend la préparation et la planification de la sortie, mais également le suivi de soins en dehors de l'institution. L'objectif est de récolter des informations par rapport à votre ressenti et votre expérience, dans un but d'amélioration continue. Je tiens donc à préciser qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Avec votre accord, l'échange sera enregistré, afin que je puisse recueillir votre témoignage et par la suite réaliser une analyse approfondie. Cet enregistrement sera détruit 6 mois après l'aboutissement de l'étude.

Êtes-vous toujours d'accord de participer ?

Puis-je débiter l'enregistrement ?

- Suite à votre expérience, comment décririez-vous une transition de soins de qualité? + Exemple d'une transition de soins, vécue, particulièrement réussie.
- Quels sont les éléments qui favorisent une transition de soins réussie ?
- Comment décririez-vous une transition de soins échouée? + Exemple d'une transition de soins, vécue, insuccès.
- Quels sont les éléments qui, selon vous, altèrent la transition de soin ?
- Quels sont les éléments qui, selon vous, améliorent la transition de soin ?
- Comment décririez-vous la collaboration entre les soignants, les patients et les proches ?

Je tiens à vous remercier pour votre participation.

# Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation	score
1a	<b>vigilance</b>	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
1b	<b>orientation</b> (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de bonne réponse	
1c	<b>commandes</b> (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué	
2	<b>oculomotricité</b>	0 oculomotricité normale 1 ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	<b>champ visuel</b>	0 champ visuel normal 1 quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1a=3)	
4	<b>paralysie faciale</b>	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale	
5	<b>motricité membre supérieur</b>	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)	<b>Dt G</b>
6	<b>motricité membre inférieur</b>	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)	<b>Dt G</b>
7	<b>ataxie</b>	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	<b>sensibilité</b>	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minime à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	<b>langage</b>	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme ; aphasie totale	
10	<b>dysarthrie</b>	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible	
11	<b>extinction, négligence</b>	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
		<b>TOTAL</b>	

Tableau comparatif des modèles de soins de transition

	TCM Transitional Care Model	CTI Care Transitions Intervention	BOOST Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions	RED Re-engineered Discharge	CCM Chronic Care Model	INTERACT Interventions to Reduce Acute Care Transfers
Hospital to home (or nursing home)	X	X	X	X		
Clinic to home					X	
Nursing home to hospital						X
High-risk patients identified	X					
Discharge planning	X	X	X	X		
Discharge instructions	X	X	X			
Medications addressed	X	X	X	X		
Early identification of potential problems	X	X		X		
Written discharge instructions	X	X	X	X		
Follow-up appointment prior to discharge				X		
Tools for health professionals	X	X	X	X	X	X
Patient & family education	X	X	X	X		
Patient-centered care	X	X	X	X	X	X
In-hospital visit	X	X		X		
Home visit(s)	X	X				
Follow-up phone calls	X	X				
Reduced hospital readmissions	X	X	X	X		X
Reduced overall healthcare costs	X	X	X	X	X	X
Improved patient outcomes	X	X	X	X	X	

From Enderlin, C.A., McLeskey, N., Rooker, J.L., Steinhauer, C, D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K.A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing, 34*(1), 47-52. DOI: 10.1016/j.gernurse.2012.08.003

## Fiche thématique

Thèmes (cadre théorique)	Sous -thèmes (émergeants du corpus)	Facteurs d'influences	Pistes d'amélioration
Planification	<p>Evaluation des besoins, de la préparation physique et psychologique, des connaissances, des stratégies d'auto-administration des soins</p> <p>Collaboration avec le patient, les aidants et l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>Elaboration d'un plan de transition (espace-temps)</p>	<p>Notion temps</p> <p>Point critique/évènement qui induit la transition</p>	Personne de référence
Coordination	<p>Communication entre le patient, les aidants et les soignants</p> <p>Connaissance du réseau de soin</p> <p>Travail pluridisciplinaire</p>	<p>Notion temps</p> <p>Engagement</p>	Personne de référence
Participation	<p>Participation du patient</p> <p>Participation de l'aidant</p> <p>Participation des futurs intervenants</p>	<p>Notion temps</p> <p>Engagement</p> <p>Pathologie /séquelles</p>	<p>Education thérapeutique</p> <p>Personne de référence (infirmière- éducateur)</p> <p>Participation (patient -aidant- médecin généraliste)</p> <p>Espace rencontre</p>
Communication	<p>Manière de communiquer (orale, écrite, téléphonique)</p> <p>Structure de la communication (complète, formelle)</p> <p>Qualité de la communication</p>	<p>Notion temps</p> <p>Pathologie/séquelles</p>	<p>Personne de référence</p> <p>Participation (patient -aidant- médecin généraliste)</p> <p>Espace rencontre</p>
Evaluation	<p>Evaluation des capacités d'auto-soins</p> <p>Prise de conscience</p> <p>Connaissances/croyances</p>	Notion temps	Education thérapeutique
Continuité des soins	<p>Communication</p> <p>Intéraction/ rencontre entre intervenants</p> <p>Empowerment</p>	Conditions sociétales	<p>Personne de référence</p> <p>Participation (patient -aidant- médecin généraliste)</p> <p>Espace rencontre</p>