

SECTION 1 : QUESTION DE RECHERCHE

Cette synthèse des connaissances porte sur les interventions de transition et leurs conditions de succès pour les personnes atteintes de maladies chroniques (MC). **Les interventions de transitions se définissent comme un ensemble d'actions** (ex. échange d'information entre les professionnels de santé, planification de congés d'hospitalisation), **pour assurer la coordination et la continuité des soins de santé et éviter les effets néfastes lorsque les patients à risque doivent avoir recours à différents types de soins dans différents sites de soins**¹⁻³. Il s'agit d'offrir des soins coordonnés et de qualité pour les personnes atteintes de MC qui utilisent souvent plusieurs types de services à l'hôpital (ex. unité d'hospitalisation, urgence) et dans la proximité (ex. clinique médicale, services de soins à domicile). Ces interventions de transitions sont devenues une priorité des agendas politiques et professionnels. Plusieurs organismes professionnels aux États-Unis (Collège des médecins, société des médecins internistes, société des gériatres) ont établi des consensus sur des énoncés de politiques⁴ et proposé des recommandations pour améliorer les transitions des patients. De même, l'amélioration des transitions des personnes atteintes de MC est au cœur des priorités d'action des utilisateurs de connaissances impliqués dans ce projet qui œuvrent dans différentes organisations du système de santé et à différents niveaux : Autorité de santé régionale (Agence); Centre des services de santé et sociaux; Hôpital; groupe de médecine de famille.

Trois questions de recherche seront examinées:

- Quelles sont les interventions visant une amélioration des transitions des patients atteints de MC entre l'hôpital et les services de proximité efficaces et efficientes ? Quelles sont les interventions inefficaces?
- Quels sont les composants essentiels d'une intervention pour qu'elle soit efficace et efficiente?
- A quelles conditions (contexte, implantation) les interventions sont-elles efficaces et efficientes ?

Les objectifs de cette synthèse des connaissances sont les suivants :

- 1- Déterminer les interventions de transition efficaces et efficientes et celles qui ne le sont pas
- 2- Identifier les composants des interventions essentiels pour que l'intervention soit efficace et efficiente
- 3- Analyser les conditions de succès ou d'échec des interventions selon le contexte et l'implantation (barrières et agents facilitateurs)
- 4- Appliquer et diffuser les connaissances produites par la synthèse

La gestion des maladies chroniques représente un défi pour le système de santé

Le système de santé doit répondre au double défi de l'accroissement des MC et du vieillissement de la population, qui exercent une pression considérable sur la viabilité du système de soins de santé⁵. En effet, le nombre de personnes avec MC ne cesse d'augmenter⁶ : $\frac{3}{4}$ des canadiens de 65 ans ou plus souffrent d'au moins une condition chronique et 42% souffrent de plusieurs MC⁷. Les MC modifient les pronostics de santé⁷ et augmentent les incapacités⁷. Les patients avec MC ont besoin d'une combinaison complexe de soins (soins de routine, soins urgents et soins spécialisés)⁹. Ainsi, les patients avec de multiples MC utilisent de façon massive les services hospitaliers^{10;11} : les personnes avec 3 conditions chroniques ou plus sont 4 fois plus souvent hospitalisées que celles n'ayant pas de condition chronique⁷. L'utilisation de l'hôpital est d'ailleurs plus fréquente au Canada que dans d'autres pays¹² particulièrement pour les personnes avec MC¹³. De plus, les patients avec de multiples MC entraînent une pression importante sur les services de proximité tels que les cliniques médicales¹⁴.

Attentes des utilisateurs des connaissances

Cette synthèse des connaissances s'inscrit dans la continuité d'une collaboration entre les utilisateurs de connaissances et les chercheurs qui souhaitent améliorer la prise en charge des MC. Cette collaboration a déjà permis de mener les travaux suivants (Annexe 2,3):

- 1) Une revue préliminaire de la littérature a permis notamment d'identifier 13 interventions de transition différentes.
- 2) En parallèle, des entretiens semi directifs et une procédure de consensus Delphi menées auprès de 111 cliniciens, gestionnaires et décideurs de l'Agence de Montréal, des services de santé et sociaux de la communauté, de l'Hôpital général Juif et d'un groupe de médecine de famille a permis d'établir un consensus sur les priorités d'action pour améliorer les soins des patients avec MC, à savoir l'amélioration des collaborations entre les hôpitaux et les services de proximité (cliniques médicales, centres locaux de services communautaires, etc) et la diminution des recours à l'urgence.
- 3) Une étude pilote sur la qualité des soins a notamment montré que durant l'hospitalisation d'un patients avec MC, il y a une tentative de contacter le médecin de famille dans seulement 18% des cas.

C'est dans cette suite logique que le thème de synthèse des connaissances a été choisi. Cette synthèse vise la recherche de solutions aux problèmes identifiés par les utilisateurs des connaissances. Ces derniers veulent être en mesure de sélectionner, d'adapter et d'implanter des interventions de transition pour les personnes avec plusieurs MC. Pour cela, ils ont besoin de prendre connaissance des données probantes sur les interventions de transition. Ils veulent connaître l'efficacité de ces interventions sur les résultats de santé, la qualité des soins et l'utilisation des services de santé ainsi que les possibilités d'économies potentielles que peuvent générer ces interventions (efficience). Ils ont aussi besoin de définir les stratégies d'implantation de ces interventions qui ont le plus de chance de mener à un succès.

Pertinence du thème de la synthèse des connaissances

Les problèmes de continuité et de qualité des soins font particulièrement irruption au moment des transitions quand les personnes changent de type et de lieu de soins : des services de proximité vers l'hôpital ou de hôpital vers les services de proximité^{1;15}. Ces transitions sont fréquentes : près de 40% des patients subissent plusieurs transitions dans les 30 jours suivants leur hospitalisation et 25% des patients subissent des transitions compliquées de récurrence¹⁶. Ces mauvais résultats s'expliquent en grande partie par le manque de coordination et de continuité des soins lors des transitions. Les médecins de l'hôpital ont peu d'information quand ils reçoivent les patients à l'urgence¹⁷. Lors des congés d'hospitalisation, des problèmes d'échange d'information et de collaboration sont souvent rapportés^{18;19;20;21}. Une revue des études observationnelles montre que la communication directe entre un médecin spécialiste hospitalier et un médecin de famille est rare (3 à 20% des cas); les résumés d'hospitalisation sont peu souvent disponibles à la première visite médicale après le congé (12% à 34%) et des informations cruciales comme le résultat des tests réalisés sont manquants²².

Au Canada, les transitions des patients avec MC sont fréquentes. Par exemple, après un congé de l'hôpital, 17% des patients avec MC retournent à l'urgence pendant leur convalescence dont plus de la moitié est ré hospitalisée¹¹. La moitié de ces personnes déclarent des problèmes lors du congé de l'hôpital, notamment une absence 1) d'instruction claire sur la surveillance des symptômes (20% des personnes) et 2) de planification de visite de suivi (32%)¹². Les traitements peuvent être modifiés pendant l'hospitalisation, sans que les médicaments prescrits avant l'hospitalisation soient révisés (42%)¹². L'incidence des effets secondaires des médicaments et d'erreurs thérapeutiques est de 23% suite au congé hospitalier; la moitié pourrait être évitée²³. Le plus souvent, les résumés d'hospitalisation sont reçus par le médecin de famille 15 jours et plus après le congé ou jamais²⁴. Ces médecins déclarent que près de la moitié de leurs patients ont des problèmes de santé car leurs soins ne sont pas suffisamment coordonnés entre les multiples lieux de soins²⁴.

Pour répondre à ces problèmes de transition, plusieurs types d'interventions ont été implantés et les résultats semblent prometteurs. A titre d'exemples, quand les patients sont préparés pour le congé de l'hôpital (par l'utilisation d'outils de communication et l'intervention d'un *coach* de transition), les ré

hospitalisations à 180 jours sont réduites de près de moitié (OR 0.57 CI=0.36-0.93) ainsi que les coûts hospitaliers^{6;25}. Quand une infirmière est responsable de planifier le congé, les ré hospitalisations sont moins fréquentes (20.3% vs. 37.1% pour le groupe contrôle) et les coûts des services de santé sont réduits (0.6 millions US\$ vs. 1.2)²⁶ avec une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction des patients²⁷. Quand les résumés d'hospitalisations sont envoyés au pharmacien de la communauté, les patients ont plus de chance d'obtenir le traitement recommandé (83% vs. 51% avant l'intervention)²⁸. D'autres interventions de transition ont montré une diminution des ré hospitalisations et des visites à l'urgence d'environ 50%^{29;30;31} et une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction des patients³². Certaines interventions de transition n'ont cependant pas été efficaces³³. Des barrières à l'implantation des interventions et des éléments facilitateurs (présence d'un leader, contexte favorable et stratégie d'implantation bien conçue) ont été identifiés³⁴.

Absence de revue systématique de la littérature sur les transitions

Malgré l'enjeu majeur que représente les transitions des personnes avec MC, il manque cruellement de synthèse des connaissances probantes sur l'efficacité et l'efficacité des interventions de transition. Muriel Guériton, bibliothécaire spécialisée dans les services de santé et les MC, a spécifiquement cherché la littérature sur les transitions en se basant sur la méthode recommandée dans le Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions³⁵ (méthodologie - Annexe 4). Une méta-revue portant sur le congé de l'hôpital ne permet pas de conclure en raison de l'hétérogénéité des interventions³⁶ ce qui suggère le besoin d'analyser les effets des interventions en les regroupant par groupes homogènes d'intervention.

Les quelques revues de la littérature retrouvées ciblent plutôt: 1) des interventions de transition entre les centres d'hébergement et l'hôpital³⁷; 2) des interventions de planification du congé hospitalier pour des personnes non spécifiquement atteintes de MC³⁸ ou pour des personnes âgées^{31;39;40;41;42} ou pour les patients avec une MC spécifique⁴³ comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques^{44;45}, les accidents vasculaires cérébraux⁴⁶ ou l'insuffisance cardiaque⁴⁷.

Ainsi, la recherche des revues de la littérature a permis de mettre en évidence que :

- Les revues ne couvrent pas l'ensemble des interventions de transition à la fois entre les services de proximité et l'hôpital et entre l'hôpital et les services de proximité. Elles ne considèrent pas les interventions portant sur le processus d'admission à l'hôpital ni les interventions plus systémiques.
- Les revues considèrent seulement certaines MC. Or, comme les patients avec MC souffrent le plus souvent de multiples MC⁶, les utilisateurs des connaissances veulent savoir quelles sont les interventions qui pourraient être appliquées pour l'ensemble des MC (intervention générique) plutôt que d'implanter des interventions spécifiques pour chaque MC, afin d'éviter de créer des silos par MC.
- Aucune revue ne porte sur les conditions de succès de l'implantation des interventions alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur pour les utilisateurs des connaissances.

Il est donc impératif de réaliser une synthèse de connaissances portant sur les interventions de transition entre l'hôpital et les services de proximité (dans les deux sens) pour l'ensemble des MC et sur leurs conditions de succès. Nos questions de recherche et nos objectifs visent à répondre à cette carence. La méthode de revue systématique mixte de la littérature est novatrice et permettra d'assurer que les utilisateurs des connaissances obtiennent des informations scientifiques et pratiques à la fois sur les interventions efficaces et efficaces et sur la meilleure façon de les implanter.

Participation des utilisateurs des connaissances à cette synthèse

Pour répondre à l'objectif 4, cette synthèse est intégrée dans un plan d'échange, d'application et de diffusion des connaissances pour informer la prise de décision et implanter des interventions efficaces et

adaptées au système de santé et diffuser largement les résultats en vue de l'action. Le choix du thème de la synthèse a été effectué en collaboration avec les utilisateurs des connaissances. Ces derniers participeront activement au processus de synthèse en mettant à contribution leur expertise aux étapes clés suivantes : 1) Développer une grille de recueil des données; 2) Discuter les groupes d'interventions élaborés et choisir les variables d'intérêt; 3) Interpréter les résultats finaux et discuter la robustesse de la synthèse. 4) Assurer l'application des connaissances (cf. section 2.2.6)

Cette revue systématique répond aux objectifs du plan stratégique des IRSC 2009-2014.

Cette synthèse est en ligne directe avec l'orientation stratégique 3 du plan des IRSC: « Profiter plus rapidement des avantages de la recherche pour la santé et l'économie ». En effet, cette revue systématique mixte vise à favoriser la synthèse, la dissémination, l'échange et la mise en pratique des connaissances et au final implanter des interventions fondées sur des données probantes et applicables en vue d'améliorer les transitions des personnes avec MC. Cette synthèse se situe aussi totalement dans l'orientation stratégique 2 du plan des IRSC « S'attaquer aux priorités de la recherche sur la santé et le système de santé », à savoir la prise en charge des MC. Elle vise à produire des connaissances et les appliquer pour augmenter la qualité des soins et l'efficacité du système de santé en diminuant les visites à l'urgence et les ré hospitalisations pour les personnes avec MC dont la prise en charge constitue un des défis principaux du système de santé.

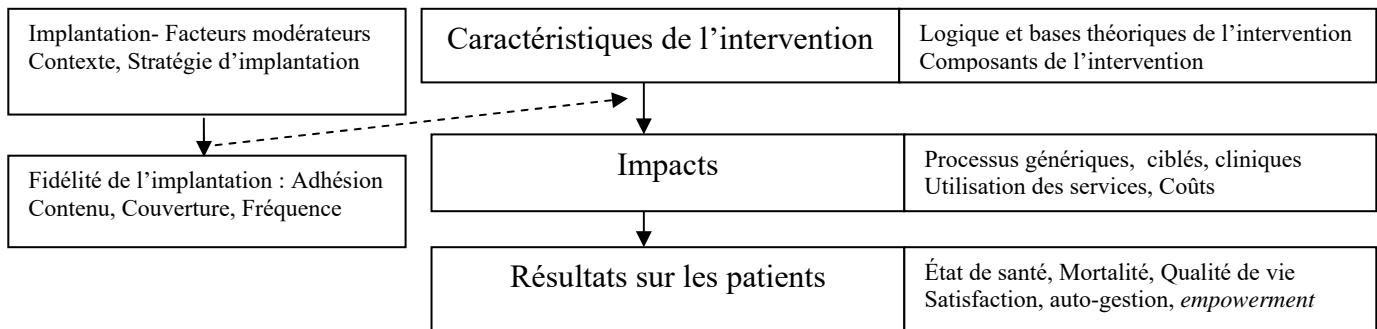
SECTION 2 : APPROCHE DE RECHERCHE

Compte tenu de l'importance de la problématique et de la complexité du sujet, la synthèse de connaissance proposée se situe dans le cadre général de l'évaluation des interventions complexes de santé^{46;47;48;49}, à savoir les interventions pour lesquelles plusieurs éléments sont nécessaires pour le déroulement souhaité de l'intervention⁴⁶. En effet, les interventions de transition sont de fait complexes car elles impliquent plusieurs organisations (ex. services de proximité et hôpitaux) et plusieurs types de professionnels de la santé (ex. médecins de famille et spécialistes, infirmières, etc.)⁴⁸.

2.1- CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS COMPLEXES

Le cadre conceptuel standard de l'évaluation des interventions complexes⁴⁸⁻⁵¹ sera mobilisé pour cette synthèse des connaissances, ce qui nécessite d'aller au-delà de l'évaluation des résultats pour les patients⁵² pour s'intéresser aux caractéristiques de l'intervention, à son implantation et son impact sur les processus organisationnels et cliniques⁴⁸⁻⁵⁰. Ceci permet en outre d'évaluer la généralisation et la validité externe de l'intervention⁵³. Ainsi, pour mener cette synthèse, nous utiliserons le cadre conceptuel représenté dans la figure suivante et qui est détaillé dans les paragraphes suivants.

Figure : Cadre conceptuel de l'évaluation des interventions de transition (adapté de l'évaluation des interventions complexes⁴⁸⁻⁵⁰)



Isabelle Vedel - Les transitions entre l'hôpital et les services de proximité des patients atteints de maladies chroniques : quelles sont les interventions efficaces et leurs conditions de succès? 99,826\$

2.1.1- Les caractéristiques des interventions de transition

Les caractéristiques des interventions⁵⁴⁻⁵⁷ seront étudiées au travers de :

- a. Leurs logiques et bases théoriques : objectifs, mécanismes permettant l'obtention des résultats (théorie de l'intervention), population cible, lieu de prise en charge, niveau de l'intervention : système (ex. politique de santé, structure du système de santé), organisationnel (ex. un hôpital et un service communautaire), professionnel (ex. infirmières, médecins) ou clinique (ex. soins).
- b. Leurs composants : actions menées, par quels professionnels de la santé, à quel moment de la trajectoire de soin, pour combien de temps et à quelle fréquence.

2.1.2- Les effets des interventions de transition : impacts et résultats

Les variables choisies découlent directement des caractéristiques des interventions^{48;51} et du niveau auquel l'intervention agit (plus ou moins proche du patient)⁵⁸. Ainsi, les effets positifs ou adverses, immédiats, à court-terme ou à long terme^{48;55} seront considérés :

- a. Les impacts sur les processus : « *processus génériques* » (les plus éloignés des patients); « *processus ciblés* » (plus proches des patients et concernant un aspect précis de la prise en charge); et « *processus cliniques* » (en lien direct avec les soins aux patients).
- b. Les impacts sur l'utilisation des services et sur les coûts.
- c. Les résultats pour les patients en termes de qualité de vie, de satisfaction, de capacité à se prendre en charge eux-mêmes (autogestion), d'état de santé et fonctionnel et de mortalité.

2.1.3- L'implantation des interventions de transition

L'implantation de l'intervention⁵¹ sera considérée afin de comprendre pourquoi une intervention est ou n'est pas un succès local^{49;59}. Ainsi, la fidélité de l'intervention⁴⁹ est définie comme le degré avec lequel l'intervention est implantée tel que prévu par ses concepteurs^{55;60}. L'étude de la fidélité permet en outre de déterminer si l'échec de certaines interventions sont liés à une implantation incorrecte ou à un défaut dans la logique de l'intervention elle-même, appelé erreur de type 3⁶⁰. Cette fidélité est mesurée par l'adhésion qui comporte 3 dimensions^{55;60} : 1) Contenu : les composants de l'intervention ont-ils été implantés tel que prévu ? 2) Fréquence-durée: les composants ont-ils été implantés aussi souvent et aussi longtemps que prévu ? et 3) Couverture (étendue): quelle proportion du groupe cible a participé à l'intervention?

L'adhésion est affectée par des facteurs potentiellement modérateurs^{55;60}: le *contexte* de l'intervention (contexte systémique, organisationnel, professionnel ainsi que des facteurs conjoncturels imprévus) et les *stratégies d'implantation*.

2.2- MÉTHODES SPÉCIFIQUES

La revue simultanée des études utilisant des méthodes quantitatives, qualitatives ou mixtes, connue sous le nom de **revue mixte de littérature** est une nouvelle forme de synthèse des connaissances de plus en plus souvent utilisée notamment dans la recherche sur les services de santé⁶¹⁻⁶³. L'utilisation de **revues systématique mixtes de la littérature** gagne en popularité du fait de leur capacité à permettre le développement d'une compréhension globale, approfondie et pratique notamment des interventions complexes, qui répond aux attentes des décideurs⁶³⁻⁶⁵. Cette méthode permet de déterminer les effets des interventions et aussi d'apporter des informations sur les enjeux liés à l'implantation⁶⁶ et le caractère approprié de l'intervention⁶⁷. La méthode proposée permettra de déterminer les interventions efficaces et inefficaces et d'identifier les conditions de succès ou d'échec⁶⁵⁻⁶⁸. Elle permettra de savoir comment faire en sorte qu'une intervention de transition efficace dans un contexte donné soit efficace dans un autre contexte⁶⁹ et de guider les décisions dans la gestion des services et le développement des politiques de santé^{63;68;70}. Ainsi, cette revue systématique mixte intégrée dans un solide plan d'échange et

Isabelle Vedel - Les transitions entre l'hôpital et les services de proximité des patients atteints de maladies chroniques : quelles sont les interventions efficaces et leurs conditions de succès? 99,826\$

d'application des connaissances avec les cliniciens, gestionnaires et décideurs permettra d'informer les pratiques cliniques et les politiques de santé⁷¹.

La revue mixte suivra les stratégies standards reconnues pour les revues systématiques^{72;73} et est présentée selon les critères PRISMA⁷⁴ : 1) critère d'éligibilité; 2) source d'information et stratégie de recherche; 3) processus de sélection des études; 4) évaluation de la qualité des études; 5) extraction des données et synthèse.

Nos travaux préliminaires (Annexe 2) et la recherche réalisée par la bibliothécaire dans une des bases de données ciblées a résulté en 4695 références (500 essais randomisés contrôlés, 860 études quasi-expérimentales, 1854 études descriptives, 1120 études qualitatives, 10 études mixtes). Quand la recherche sera étendue aux autres bases de données, nous estimons que 7500 références seront trouvées, 1125 seront sélectionnées sur la base du titre et de l'abrégé et plus de 100 études originales seront incluses dans cette synthèse (Annexe 4).

2.2.1- Critère d'éligibilité

Critère d'Inclusion: Études d'évaluation (quantitatives, qualitatives ou mixtes) des interventions de transition (systémiques, organisationnelles, professionnelles et/ou cliniques) des patients avec MC (liste des MC considérées - Annexe 7) entre l'hôpital et les services de proximité (transition des patients depuis l'hôpital - unité d'urgence ou d'hospitalisation- vers les services de proximité; ou depuis les services de proximité vers l'hôpital); langue anglais ou français; tous les pays.

Critères d'Exclusion : Doublons, revues de la littérature, éditoriaux et autres articles non-empiriques; langues autres que le français ou l'anglais; étude sur l'épidémiologie des MC; études sur les interventions de transition entre les centres de soins de longue durée et les hôpitaux ou au sein de l'hôpital (changement d'unité d'hospitalisation), ou sur l'orientation simple des médecins de famille vers les autres spécialistes; publications portant sur des populations indemnes de MC.

2.2.2- Sources d'information et stratégie de recherche

La stratégie élaborée par la bibliothécaire est présentée en Annexe 4. Les références publiées entre 1995 (date des premières interventions de transition) et 2011 seront cherchées dans les bases de données Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CINHALL, EMBASE, Psych INFO, Web of Science, ABI-Inform ou Business source premier ainsi que dans les bibliographies des revues de la littérature portant sur les transitions et les bibliographies des études incluses dans notre revue systématique mixte. Une matrice détaillant les concepts mobilisés, les mots-clés utilisés et les bases de données recherchées⁶⁵ sera maintenue à jour (modèle à l'annexe 4). Le logiciel EndNote sera utilisé pour gérer les références et éliminer les doublons.

2.2.3- Sélection des références pertinentes

Sélection sur la base du titre et de l'abrégé

Les références potentiellement pertinentes seront sélectionnées sur la base du titre et de l'abrégé par deux réviseurs de manière indépendante en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. En cas de désaccord entre ces réviseurs, la référence sera provisoirement incluse pour garder une bonne sensibilité. Un score Kappa sera calculé pour évaluer la corrélation inter-observateurs. Le logiciel *EPPI Reviewer 4* (<http://eppi.ioe.ac.uk/eppireviewer/login.aspx>) sera utilisé pour soutenir le processus de sélection.

Sélection sur la base de l'article complet

Les articles complets correspondant aux références potentiellement pertinentes seront retrouvés par la bibliothécaire, et sélectionnées par deux réviseurs de manière indépendante en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. Les deux co-chercheurs principaux seront responsables d'arbitrer les désaccords éventuels entre les réviseurs. Comme à l'étape précédente, un score Kappa sera calculé. Le logiciel *EPPI Reviewer 4* sera utilisé

2.2.4- Évaluation de la qualité des études

Étant donné que les études d'intervention de transition utilisent des méthodes très variées (études quantitative, qualitatives et mixtes), l'outil le plus approprié pour évaluer de façon critique la qualité de ces études est le Mixed Method Appraisal Tool⁹⁰ (MMAT nouvelle version de celle présentée dans Pluye, Gagnon et al 2009⁹¹) (Annexe 6) qui est le seul outil qui peut être appliqué à des devis de recherche variés, dont le processus de développement est clair, dont le contenu a été validé et qui comporte un guide d'utilisation⁷⁵. Si des informations sont manquantes dans l'article pour évaluer la qualité de l'étude sélectionnée, les publications associées seront trouvées (exemple: article méthodologique). L'évaluation de la qualité des études sélectionnées permettra 1) de décrire la qualité des études; 2) d'exclure les études de mauvaise qualité (aucun critère MMAT atteint); 3) de proposer des pistes d'amélioration éventuelle pour les futures études. Ces informations seront pertinentes pour les chercheurs et utilisateurs des connaissances participant à cette synthèse pour développer leur propre étude d'évaluation de leur(s) intervention(s) de transition.

2.2.5- Extraction des données et synthèse

Du fait de l'hétérogénéité des études, des interventions et des indicateurs d'impact et de résultat, la méthode de la **synthèse narrative** a été choisie⁷⁶. C'est une méthode transparente et reproductible⁷⁶. Pour mener cette synthèse narrative, nous utiliserons le guide méthodologique précis⁷⁶ qui a été testé^{77:78}. L'ensemble d'interventions hétérogènes sera analysé en regroupant les interventions par sous-groupes homogènes afin de pouvoir comparer des interventions similaires entre-elles (analyse *intra-groupe*) et les différents groupes (analyse *inter-groupe*) et de produire une synthèse qui a du sens^{65:77}. L'intégration des données issues des études quantitatives, qualitatives et mixtes sera réalisée en deux phases, suivant un devis mixte appelé 'séquentiel explicatif'^{79:80} : 1) Pour l'ensemble des études, les résultats des études qualitatives et quantitatives seront corroborés par une analyse de contenu et par analyse statistique, la *Qualitative Comparative Analysis*⁸¹; 2) Pour un échantillon de 30 études, une analyse en profondeur portera sur les barrières et agents facilitateurs à l'implantation des interventions.

a- Extraction des données

Les chercheurs extrairont les informations des études sélectionnées dans un tableau⁷⁷ à partir d'une grille développée par les chercheurs qui sera enrichie par les utilisateurs des connaissances (ébauche de grille en Annexe 5). Cette grille sera le point de départ du codage (codage déductif). Les chercheurs resteront cependant ouverts à l'émergence de nouvelles catégories (codage inductif) qui seront discutées avec les utilisateurs des connaissances. Les informations collectées porteront sur les caractéristiques de l'étude (devis, méthode, qualité, etc.), sur les caractéristiques de l'intervention, le contexte, les stratégies d'implantation, et l'adhésion. De plus, l'ensemble des effets des interventions seront recueillis⁶⁵.

b- Synthèse

Objectif 1 : Synthèse pour déterminer quels sont les sous-groupes d'interventions efficaces et inefficaces

a) *Regroupement des interventions sous forme de sous-groupes homogènes*

Les tableaux d'extraction des données seront analysés pour déterminer la présence de sous-groupes d'interventions en fonction des objectifs et des composants des interventions selon lesquels la synthèse ultérieure pourra être organisée^{65:77}. Par exemple, un sous-groupe comportera les interventions de type systémiques - intégration des services, un autre comportera les interventions de planification du congé de l'hôpital.

b) *Analyse de l'efficacité et de l'efficience des sous-groupes d'intervention*

Étant donné la variété des effets des interventions et des devis des études au sein de chaque groupe d'intervention, les données des études seront transformées pour construire des catégories communes ou thèmes⁷⁷ par deux codeurs indépendants qui utiliseront les codes préétablis (déduction) et des codes

Isabelle Vedel - Les transitions entre l'hôpital et les services de proximité des patients atteints de maladies chroniques : quelles sont les interventions efficaces et leurs conditions de succès? 99,826\$

émergents (induction). Une analyse de contenu des documents textuels sera réalisée^{77;82;83} car elle permet de réduire un phénomène complexe en quelques thèmes (codes principaux)⁶³ et donc d'identifier pour chaque article sélectionné les différents effets positifs ou adverses de l'intervention évaluée. Les résultats issus de l'analyse des études quantitatives, qualitatives et mixtes seront corroborés pour mettre à jour les convergences et les divergences en termes d'efficacité et d'efficience^{79;84}.

Objectif 2 : Analyse des relations au sein et entre les sous-groupes d'interventions pour déterminer les composants des interventions essentiels pour que les interventions soient efficaces et efficaces

Pour déterminer pourquoi les effets varient d'une intervention à l'autre, nous comparerons et contrasterons les résultats⁷⁷ : 1) des différentes interventions individuelles au sein même d'un groupe d'intervention (analyse *intra-groupe*); 2) des différents groupes d'intervention (analyse *inter-groupe*). Les facteurs modérateurs seront examinés et des analyses de sous-groupes menées. Ainsi, de nouveaux tableaux seront construits pour examiner l'influence de différents facteurs (logiques des interventions, composants de l'intervention etc) expliquant les différences d'effets des interventions. Ceci permettra de générer des hypothèses qui seront ensuite testées par un analyse statistique booléenne appelée *Qualitative Comparative Analysis QCA*⁸¹ pour produire un cadre d'interprétation générale utile aux décideurs et gestionnaires. Ce type d'analyse permet de déterminer les relations (*patterns of influence*) entre, d'une part, des facteurs explicatifs (les caractéristiques des interventions) et, d'autre part, les effets des interventions à expliquer⁸¹. Nous mènerons une analyse comparée de type crisp-set (logique booléenne). Les valeurs des facteurs explicatifs seront tout d'abord dichotomisées : un score de 1 signifie que le facteur d'intérêt est présent, un score de 0 qu'il est absent. En examinant toutes les configurations possibles des conditions avec le logiciel fs/QCA⁸⁵, il est possible d'établir des relations entre les caractéristiques de l'intervention et leurs effets. Un des co-chercheurs a déjà utilisé ce type d'analyse dans une revue de la littérature⁸⁶.

Objectif 3 : Analyse des conditions de succès et d'échec des interventions selon le contexte et l'implantation

Pour comprendre en profondeur les barrières et agents facilitateurs au succès des interventions liés au contexte et à l'implantation, nous analyserons en profondeur un sous-échantillon de 30 interventions qui seront sélectionnées par les chercheurs et les utilisateurs des connaissances à partir des résultats des analyses précédentes (cf. objectif 1 et 2) : les 15 interventions jugées les plus efficaces et les 15 interventions les plus inefficaces (analyse de cas extrêmes^{79;80}). Pour chaque intervention sélectionnée, nous rechercherons l'ensemble des articles scientifiques et des documents. Une analyse qualitative thématique⁸⁷ sera réalisée sur l'ensemble des documents afin d'identifier les éléments du contexte et les stratégies d'implantation qui représentent un élément favorable ou une barrière au succès des interventions.

c- Évaluation de la robustesse de la synthèse

La robustesse de la synthèse sera évaluée en soumettant les résultats de la synthèse à la critique des utilisateurs des connaissances. De plus, nous évaluerons l'impact de la qualité des études incluses (cf 2.2.4) sur les résultats de la synthèse⁷⁷. Les données des études de plus faible qualité seront écartées. Et les données issues des études de grande qualité seront ré-analysées par la *Qualitative Comparative Analysis QCA* afin de déterminer si les conclusions de la synthèse varient.

2.2.6- Plan d'échange, d'application et de diffusion des connaissances intégré

Un partenariat a déjà été initié entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances lors de la réalisation des études préliminaires (Annexe 2 et 3) et le choix du thème de cette synthèse. Les utilisateurs de connaissances se sont engagés à utiliser les résultats de cette synthèse pour améliorer les

Isabelle Vedel - Les transitions entre l'hôpital et les services de proximité des patients atteints de maladies chroniques : quelles sont les interventions efficaces et leurs conditions de succès? 99,826\$

relations entre l'hôpital et les services de proximité (cf. les lettres produites). Cette synthèse permettra de consolider ce partenariat. Ainsi, une réunion mensuelle aura lieu entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances afin de s'assurer qu'il sera tenu compte de leurs interrogations tout au long du processus. De plus, les utilisateurs des connaissances seront sollicités aux étapes clés de la synthèse et de l'application des connaissances (page 3-4 et figure Annexe 8):

1) *Développer une grille de recueil des données.* Un entretien individuel d'une heure sera réalisé avec les utilisateurs des connaissances pour améliorer la grille de donnée provisoire (Annexe 5).

2) *Discuter les groupes d'interventions élaborés et choisir les variables d'intérêt.* Une réunion sera organisée avec les utilisateurs des connaissances pour discuter des groupes homogènes d'interventions et choisir les variables d'intérêts (notamment les indicateurs d'efficacité et d'efficience) qui feront l'objet d'une analyse par la *Qualitative Comparative Analysis*.

3) *Interpréter les résultats finaux et discuter la robustesse de la synthèse.* Une réunion sera organisée avec les utilisateurs des connaissances.

4) *Assurer l'application des connaissances.* À la fin de la synthèse, des groupes de travail composés d'utilisateurs de connaissances participants à la synthèse et d'autres recrutés dans les organisations impliquées (cf. lettres produites) seront menés pour élaborer un plan d'application des connaissances au niveau régional, du Québec et du Canada.

L'autorité de santé régionale s'est engagée à tenir compte des résultats de cette synthèse dans les programmes et politiques régionales de santé; un groupe de travail sera chargé de formuler des recommandations au Ministère de la santé du Québec pour améliorer les transitions des patients avec MC tenant compte des résultats de la synthèse, des atouts du système de santé et des barrières pressenties à l'implantation de ces interventions.

Un plan de diffusion des résultats au Canada et à international a été élaboré par notre équipe pour :

- a. Les programmes d'enseignements (formation initiale et continue): maîtrise de médecine familiale (Université McGill), maîtrise et doctorat de santé publique (Université de Montréal), formation des résidents et des *fellows*, formation médicale continue de McGill, Division of *Continuing Professional Development (University of BC)*
- b. Les sociétés savantes Canadiennes : Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Family medicine forum*, Association Canadienne de gériatrie, Association canadienne de gérontologie.
- c. Les revues et conférences scientifiques : *North America Primary Care Research Group*, *Canadian Medical Association Journal*, *Annals of Internal Medicine*; journaux professionnels.
- d. Les groupes de travail internationaux : Organisation mondiale de la santé (*Role of Hospitals in Today's Health Systems*), *European Forum for Primary Care*.

SECTION 3 : FAISABILITÉ

Participation des utilisateurs des connaissances

Les utilisateurs des connaissances ont été choisis pour leur volonté d'implanter des interventions de transition à partir des résultats de cette synthèse. Certains occupent des positions de décideurs du système de santé: direction de l'Agence régionale de santé (F Abergel), direction du Centre des services de santé et sociaux (L Beauregard), direction d'hôpital (H Stern, L McVey). D'autres gestionnaires et cliniciens (M Karanofsky, S Joly, J Bianco, R Grad) travaillent au sein de programmes spécifiques pour la gestion de MC ou sont impliqués sur le terrain pour la planification de congé, le cheminement des patients et des projets de gestion intégrée des MC.

Équipe de chercheurs multidisciplinaires

L'équipe possède l'expertise multidisciplinaire nécessaire, a l'habitude de travailler ensemble et collaborent déjà avec les utilisateurs de connaissances.

Isabelle Vedel - Les transitions entre l'hôpital et les services de proximité des patients atteints de maladies chroniques : quelles sont les interventions efficaces et leurs conditions de succès? 99,826\$

Isabelle Vedel. Co-chercheur principal. Chercheur junior, elle s'est entourée de chercheurs chevronnés au plan méthodologique. Sa recherche porte sur les transitions des personnes avec MC. Elle a déjà conduit deux revues systématiques de la littérature⁸⁸ et a l'habitude de collaborer avec des utilisateurs des connaissances⁸⁹. Elle consacrera 2 jours par semaine à ce projet.

Pierre Pluye. Co-chercheur principal. Professeur agrégé (Université McGill), il possède une expertise, une expérience pratique, et enseigne les revues de la littérature mixtes et les méthodes mixtes aux étudiants gradués et post-doctoraux. Il a développé le MMAT^{62;90;91}. Il est co-représentant de McGill au Centre canadien Cochrane et du Réseau francophone Cochrane. Ses travaux sont fondés sur la collaboration avec des utilisateurs des connaissances. Il consacrera 0.5 à 1 jour par semaine à ce projet.

Les autres chercheurs consacreront 0.5 jour par semaine à ce projet et apporteront leur expertise complémentaire sur des aspects précis. François Béland. Professeur en administration de la santé. Son expertise dans l'évaluation des interventions complexes et sur les méthodes quantitative (utilisation des services et coûts) sera mobilisée. Liette Lapointe professeur en système d'information a déjà conduit des revues systématiques et a une expertise en méthode qualitative et en analyse de type *Qualitative Comparative Analysis* QCA. Johanne Monette, Gériatre et épidémiologiste participe actuellement à une revue systématique subventionnée par les IRSC. Elle sera impliquée dans l'analyse de l'efficacité des interventions cliniques. Simon Bergman, Chirurgien et chercheur, dirige actuellement une revue systématique. Son expertise en qualité des soins et indicateurs de résultats des interventions centrés sur les patients sera mobilisée. D'autres membres de l'équipe assureront un soutien indispensable pour cette synthèse. La coordinatrice de la recherche (Michèle Monette) et la bibliothécaire (Muriel Guériton) ont déjà participé à des revues systématiques et ont une expertise dans les MC. Deux étudiants de maîtrise en médecine familiale seront recrutés. Un étudiant de doctorat viendra renforcer l'équipe pour la QCA.

Description et justification de l'échéancier

La composition de l'équipe et le temps alloué par chacun permettra de réaliser cette synthèse des connaissances dans les délais prescrits. Le tableau ci-dessous illustre les principales étapes.

Étapes du projet	Date de début	Date de fin
stratégie de recherche. Entretiens avec utilisateurs des connaissances	Octobre 2011	Nov. 2011
Sélection des articles, extraction des données, analyse de la qualité	Déc 2011	Février 2012
Analyse des données et synthèse des connaissances	Mars 2012	Mai 2012
Plan détaillé d'application des connaissances/ Production du rapport	Juin 2012	Sept.2012
Diffusion des résultats: Québec, Canada et international	Octobre 2012	Janvier 2013

SECTION 4 : RÉSULTATS

Objectif 1 : Déterminer les d'interventions de transition efficaces et efficientes et celles qui ne le sont pas

Il existe une grande variété d'interventions dont certaines se ressemblent et d'autres diffèrent sans pouvoir dire exactement quelles sont les interventions similaires. Cette synthèse permettra :

a) d'identifier les types d'intervention et de les regrouper selon leurs caractéristiques communes. Cette classification produira un « langage commun » pour réduire la complexité liée à l'hétérogénéité des interventions. Ceci permettra de guider les revues de la littérature, les débats scientifiques et les études d'intervention portant sur les transitions des patients avec MC, un thème de recherche prioritaire.

b) déterminer les effets des interventions sur les processus de soins, l'utilisation des services et les coûts et la santé des patients. Ceci permettra de guider les devis d'essais randomisés contrôlés ou d'études quasi-expérimentales et notamment de sélectionner les interventions et déterminer l'échantillon et les variables principales et secondaires de résultat.

Isabelle Vedel - Les transitions entre l'hôpital et les services de proximité des patients atteints de maladies chroniques : quelles sont les interventions efficaces et leurs conditions de succès? 99,826\$

Objectif 2 : Identifier les composants des interventions essentiels pour que l'intervention soit efficace et efficiente

Les interventions de transition sont des interventions complexes qui mobilisent plusieurs lieux de prise en charge (ex. hôpital, services de proximité) et plusieurs professionnels (ex. médecins, infirmière, etc.) et plusieurs types d'actions (ex. formation des professionnels ou des patients, système d'information). Cette synthèse permettra :

- a) d'élaborer des recommandations sur les composants essentiels d'interventions de transition pour les patients avec MC qui devraient être implantées pour améliorer la prise en charge et les trajectoires des patients avec MC.
- b) de guider les travaux des chercheurs et des professionnels de la santé qui souhaitent développer et évaluer des interventions de transition.
- c) de planifier un essai d'intervention sur les transitions en partenariat avec les décideurs, gestionnaires et cliniciens de la région précédé d'une étude pilote à l'hôpital général Juif et les services de proximité (PASS des IRSC Programme d'Amélioration des Services de Santé).
- d) de faire avancer la recherche sur les méthodes de revue mixtes de la littérature par l'utilisation d'une méthode innovante pour la synthèse des connaissances (la *Comparative Qualitative Analysis*)

Objectif 3 : Analyser les conditions de succès ou d'échec des interventions (barrières et agents facilitateurs).

Trop souvent les interventions efficaces en contexte expérimental, ne sont pas appliquées de façon durable dans le système de santé. Cette synthèse permettra :

- a) d'identifier les barrières potentielles et les stratégies d'implantation ayant prouvé leur efficacité et celles qui ont échoué.
- b) de développer les connaissances dans le domaine de la science de l'implantation qui est en plein développement (voir les journaux dédiés tels que *Implementation Science*).

Objectif 4 : Appliquer et diffuser les connaissances produites par la synthèse

Le plan d'application et de diffusion des connaissances permettra:

- a) de générer des données pertinentes pour les cliniciens, gestionnaires et décideurs Canadiens et internationaux qui souhaitent trouver des solutions efficaces et applicables pour répondre aux problèmes de transition des patients avec MC.
- b) de fonder les programmes et les politiques pour les personnes avec de multiples MC sur des données probantes et de guider leur développement en termes de contenu des interventions à mettre en place et de stratégies d'implantation pertinentes. Ceci contribuera à diminuer les risques pour ces patients de recevoir des soins de qualité sous-optimale et à prévenir le déclin de leur état de santé. De plus, ces interventions viseront à diminuer les visites à l'urgence et les ré hospitalisations et à générer des économies pour le système de santé.
- c) d'intégrer les résultats de cette synthèse aux activités d'enseignement des chercheurs et utilisateurs des connaissances (formation initiale et continue, en santé et en administration de la santé), pour améliorer les pratiques cliniques et la prise en charge des patients avec MC de façon concrète et durable.
- d) d'influer les politiques et programmes d'autres pays, notamment les États-Unis et l'Europe par la diffusion des résultats au niveau international.